

# Sławomir Ślaski

---

## Praktyczne zastosowanie metody "studium przypadku" w odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu

---

Studia Psychologica nr 1, 81-96

---

2000

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

# M E T O D Y

Studia Psychologica  
UKSW  
1 (2000) 1

SŁAWOMIR ŚLASKI

## **PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE METODY „STUDIUM PRZYPADKU” W ODNIESIENIU DO OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU**

W artykule tym przedstawiono kilka definicji i opisów metody „indywidualnych przypadków” spotykanych w literaturze przedmiotu, gdyż – jak podkreśla wielu badaczy i praktyków – jest to podstawowa metoda pracy każdej służby społecznej (Zabrodzka, 1960).

Następnie na bazie metody studium przypadku zostanie przedstawiony praktyczny opis konstruowania programu pomocy osobie uzależnionej od alkoholu.

### **1. WYBRANE DEFINICJE**

Metoda „studium przypadku” powstała w USA w latach dwudziestych naszego stulecia. Stworzył ją W. Healy, który badał indywidualnie nieletnich przestępców. Twierdził on, że wprowadzone indywidualne badania mają jedynie pomóc w stawianiu diagnozy i określać prognozę zachowań na przyszłość. Sądził, że najbardziej efektywna pomoc osobie w kierunku likwidacji zachowań przestępczych powinna obejmować oddziaływania na osobowość i środowisko. Zdaniem Healy`ego w całej problematyce przestępczości najważniejszym ośrodkiem zainteresowań powinien być zawsze sprawca czynu przestępczego.

W latach późniejszych naszego wieku teorię „studium przypadku” zaczęto socjologizować, ukierunkowując praktykę indywidualnych przypadków na ulepszanie społecznego środowiska człowieka (Górski, 1986). Ten tok myślenia reprezentowała w Polsce okresu międzywojennego H. Radlińska (1961). W swojej koncepcji łączyła ona socjologiczny i psychologiczno-terapeutyczny aspekt metody „studium przypadku”. Uważała, że przyczyn ludz-

kich trudności życiowych należy szukać przede wszystkim w wadliwym oddziaływaniu środowiska. Już wtedy dostrzegą i podkreślała konieczność pracy nad korzystną dla człowieka zmianą jego środowiska.

Obecnie stosując metodę „studium przypadku” zachowuje się wszystko to, co wartościowe w teorii i praktyce W. Healy`ego i jego europejskich kontynuatorów, a jednocześnie dostosowuje się do współczesnych potrzeb związanych z rozwojem psychospołecznym człowieka. Jak zauważa O.Kondas (1984, s. 158) metoda „studium przypadku jest w praktyce psychologicznej regułą”. Stanowi ona podstawę każdej pracy klinicznej, ponieważ obejmuje szerokie i wielostronne informacje o pacjencie.

Z metodologicznego punktu widzenia studium przypadku „jest metodą badania, w której dążymy do możliwie wszechstronnego opisu zbiorowości czy jednostki z uwzględnieniem dosyć bogatego zestawu zmiennych; interesują nas zarówno wartości tych zmiennych, jak też zależności między nimi. Przedmiot badania ma wyraźnie charakter jednostkowy. W studium przypadku przystępujemy do poszukiwań badawczych bez wstępnych hipotez, z zamiarem dokładnego zbadania zjawiska w jego rzeczywistym kontekście” (Nowak, 1970. s. 324).

Allport (1972. s. 149) w angielskiej *Encyclopeady of Psychology* podaje: „studium przypadku to metoda z psychologii osobowości, która zmierza do określenia wyjątkowych właściwości charakteru człowieka. Wymaga ona bardzo szczegółowych studiów (często trwających długi okres) indywidualnego rozwoju, który zawiera wszystkie dane o osobie badanej. Te dane o jednostce pochodzą z psychodiagnostyki testowej, anamnezy – biografii szczegółowej, odgrywanych ról”.

Bowers (za: Górski, 1986. s. 103) definiuje metodę studium przypadku w następujący sposób: „jest sztuką, w której wiedza życiowa i nauka o człowieku oraz o środowisku, a także umiejętności obcowania z ludźmi są użyte w celu zmobilizowania sił w jednostce i odpowiedniej pomocy w społeczeństwie dla ulepszenia wzajemnego przystosowania się jednostki i jej środowiska”.

Można w wyżej wymienionych definicjach zauważyć kilka aspektów, które są pomijane lub podkreślane przez poszczególnych autorów. A mianowicie, dążymy w studium przypadku do zebrania wszystkich informacji o danej jednostce w jej środowisku bliższym

i dalszym, bez odrywania jej od tego środowiska. Gdy zbierzemy dane o jednostce, musimy wyróżnić wiele zmiennych, hipotez roboczych i sprawdzić je za pomocą różnych narzędzi badawczych, co wymaga od psychologa dużej wiedzy teoretycznej i praktycznej. Definicja metodologiczna daje nam też możliwość podporządkowania metodologii badań w stosunku do studium przypadku, tzn. nie możemy uogólniać wyników badania jednej osoby na całą populację, ale możemy stosować wszelkie metody, by wyjaśnić zachowanie jednostki.

Podstawowe założenia „studium przypadku” są następujące:

- indywidualizacja w postępowaniu – znalezienie i ułatwienie jednostce linii postępowania właściwej i zgodnej z jego charakterystycznymi możliwościami osobistymi;

- autodeterminacja – zapewnienie osobie możliwości wyboru podejmowania decyzji dotyczących własnego postępowania, co prowadzi do wzrostu usamodzielnienia i odpowiedzialności;

- powściągliwość w wyciąganiu wniosków wiążących – wiedza psychologiczna i pedagogiczna ma służyć do wprowadzenia u osoby zmian pozytywnych.

Przedstawiona metoda nie może być używana tylko do oceny ubytków fizycznych czy psychicznych podopiecznych (Veillard-Cybulscy, 1968).

## 2. OPIS STUDIUM PRZYPADKU W PSYCHOLOGII KLINICZNEJ.

Calonghi i Grasso (za: Ostrowska, 1970) w schemacie studium przypadku wymieniają tylko dwa momenty: diagnozę i terapię. Oba te zagadnienia są ważne pod kątem zastosowania praktycznego. Diagnoza powstaje na podstawie danych uzyskanych w ankiecie socjalnej, badaniu biometrycznym, badaniu psychologicznym i wywiadzie.

Omawiając ankietę socjalną, autorzy wskazują na jej wagę wpływającą z samej istoty zaburzeń, a więc nieprzystosowania społecznego. Chcąc więc trafnie postawić diagnozę, należy bardzo dokładnie poznać środowisko w sensie ekonomicznym, moralnym i religijnym.

Badanie biometryczne ma celu ewentualne wykluczenie chorób organicznych.

Na badanie psychologiczne składa się systematyczna obserwacja, wywiad i badania testowe. W badaniu tym zależy nam na wykryciu

cech charakterystycznych dla danego podmiotu i ich zależności z trudnościami, jakie osoba napotyka w życiu.

Badanie testowe obejmują testy inteligencji ogólnej, testy uzdolnień, inwentarze osobowości, skale postaw i wartości, testy projekcyjne. Wywiad powinien uzupełniać to, czego nie możemy dowiedzieć się pza pomocą testów.

Wyżej wymienione etapy badania prowadzą do postawienia właściwej diagnozy przypadku. Formułowanie diagnozy nie jest łatwe, zaczynamy od postawienia hipotezy roboczej, a następnie weryfikujemy ją przy współudziale psychiatry i asystenta społecznego. Zadaniem psychologa klinicznego jest ustalenie tylko właściwej diagnozy. Następnie pracę podejmuje pedagog-wychowawca.

Diagnoza zmierza do ustalenia terapii. Terapia może być fizyczna i psychologiczna. Terapią fizyczną jest leczenie medyczne, gimnastyka rehabilitacyjna, kinezyterapia. Ta ostatnia – według autorów – ma duży wpływ nawet na schorzenia psychiczne.

Terapia psychologiczna może przebiegać w rodzinie, w szkole oraz przez zmiany środowiska (Ostrowska, 1970).

O.Kondas (1984) podzielił studium przypadku – z praktycznego punktu widzenia – na takie etapy:

#### 1. Wstępne wiadomości o pacjencie.

Informacje wstępne obejmują tzw. minimum danych orientacyjnych, do których należą: wiek, płeć, wykształcenie, stan rodzinny, z kim dana osoba mieszka, miejsce pracy, okres zatrudnienia, dane dotyczące rodziców, udział w organizacjach społecznych, stan zdrowotny, wady cielesne i powód konsultacji.

#### 2. Nawiązanie kontaktu.

Dobry kontakt oznacza pozytywny stosunek między pacjentem a psychologiem. Celem dobrego kontaktu jest pozyskanie zaufania pacjenta i jego współpracy, która pomaga właściwemu procesowi psychodiagnostycznemu. Nawiązanie dobrego kontaktu zależy zarówno od osobistych cech i od postawy klinicysty, jak i od pewnych wpływów zewnętrznych. Z zewnętrznych okoliczności na nawiązanie kontaktu wpływa wygląd pomieszczenia, w którym przyjmujemy pacjenta, opinia o danej placówce leczniczej.

#### 3. Diagnostyczne wywiady połączone z anamnezą.

Na treść wywiadu – sugeruje autor – powinny składać się dane o życiu osoby, o jej przeżyciach psychicznych, indywidualnych cechach osobowości, poszczególnych funkcjach psychicznych.

#### 4. Badania psychodiagnostyczne.

Powinny zawierać pięć następujących etapów:

- sformułowanie problemu, pytań i postawienie hipotezy;
- dobór właściwych metod badawczych;
- właściwe badanie, ustalenie danych, wywiad i stosowanie dalszych wybranych metod, łącznie z anamnezą psychologiczną;
- ocena jakościowa i ilościowa wyników;
- sformułowanie diagnozy, wniosku o ewentualnych zależnościach między stwierdzonymi danymi oraz zapis diagnozy w karcie choroby.

Autor przestrzega przed stosowaniem stałej serii testów w badaniu psychologicznym. W psychologii klinicznej (w przeciwieństwie do psychologii pracy) nie można u każdego pacjenta stosować tych samych metod. Oprócz straty czasu zmniejsza się szansę zindywidualizowania podejścia do pacjenta. Podstawą oceny stanu pacjenta powinny być specjalnie wybrane metody.

#### 5. Obserwacja.

W rozwiązywaniu problemów pojedynczego przypadku obserwacja powinna uwzględniać:

- ogólny charakter zachowania – aktywność ogólną bądź konkretne formy zachowania, jak np. oznaki niepokoju, zahamowania, ruchliwość;
- zachowania społeczne – nawiązywanie kontaktów, manifestowanie zainteresowania otoczeniem, współpraca w grupie albo przeciwnie;
- zachowania werbalne – częstość, ogólny charakter i treść wypowiedzi, dominujące tematy, towarzyszące objawy mimiczne;
- reakcje emocjonalne – żywość i intensywność reakcji emocjonalnych, dominujący nastrój, skłonność do płaczu, śmiechu.

Trzeba dodać, że obserwowanie pacjenta powinno odbywać się w różnych porach dnia, podczas zwykłych codziennych zajęć i badania psychologicznego

#### 6. Sformułowanie diagnozy.

Diagnoza psychologiczna powinna składać się z dwóch części:

- opisu danych i ustaleń uzyskanych w badaniu psychologicznym, włącznie z jakościową analizą funkcji psychicznych lub ich zaburzeń, z ważniejszymi danymi o rozwoju osobowości;
- kategoryzacji i interpretacji stwierdzeń z oznaczeniem stopnia zmian psychicznych i zaburzeń, aż po ewentualne sformułowanie

proponowanych form opieki i leczenia. Bardzo ważną fazą formułowania diagnozy jest kompletowanie cząstkowych stwierdzeń składających się na ogólny obraz pacjenta, wyrażony w kategoriach psychologicznych (względnie psychopatologicznych), a jednocześnie charakteryzujący cechy danego przypadku. Zadaniem diagnosty jest także dokonanie różnicowania między cechami danego pacjenta, które mają charakter powszechny, a tymi, które są specyficzne właśnie dla niego. Dalej trzeba odróżniać to, co klinicznie ważne, od tego, co mniej zasadnicze dla stworzenia całościowego obrazu klinicznego.

7. Plan psychologicznych oddziaływań (psychoterapia lub reedukacja). Po sformułowaniu diagnozy należy ustalić plan terapii pacjenta. Psychoterapia musi ściśle opierać się na diagnozie i ma na celu:

- usunięcie objawów chorobowych,
- przekształcenie osobowości w kierunku prawidłowego przystosowania (Kratochwil, 1980).

8. Kontrolne badanie psychologiczne i obserwacja podczas leczenia.

Badania kontrolne mają pomóc psychologowi w ocenie, czy osiągnięte zmiany u pacjenta są zgodne z celem terapii, czy też terapię należy już zakończyć.

9. Sprawozdania i badania kontrolne.

Przedstawione powyżej różne aspekty metody studium przypadku miały za zadanie pomóc w praktycznym konstruowaniu programu pomocy psychologicznej osobie uzależnionej od alkoholu. Teorię psychologiczną, którą zastosowano do wyjaśniania zachowań osoby uzależnionej od alkoholu, była strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnień J. Mellibrudy (1997), opisana w polskiej literaturze.

### 3. STUDIUM PRZYPADKU OSOBY UZALEŻNIONEJ OD ALKOHOLU

Henryk (lat 70) zgłosił się do Działu ds. Uzależnień Ośrodka Pomocy Społecznej na Żoliborzu w Warszawie po interwencji córki, która zagroziła mu wyrzuceniem z domu do konkubiny, ponieważ pił piwo, chodził brudny; wstydziła się sąsiadów. Konkubina natomiast nie chciała się z nim spotykać, kiedy było od niego czuć piwo lub wyglądał brzydko (po przepiciu) – był nieogolony, miał przekrwione oczy, co kłóciło się z wyglądem na trzeźwo – zawsze zadbanym. Miał wtedy tydzień niepicia alkoholu i nie było widać fizycznych objawów abstynencyjnych. Motywacja do leczenia uwarunkowana sytuacyjnie.

## 1. Historia picia alkoholu.

Pierwsze próby alkoholu zaczęły się podczas Powstania Warszawskiego w wieku 17 lat, by złagodzić stres związany z niewygodami tamtego czasu. Pierwsze kilkunastodniowe picia zaczęły się rok później w obozie jenieckim już po zakończeniu wojny. Wówczas decydowały się jego losy powrotu do kraju, czemu towarzyszył alkohol – wódka. Wtedy pili alkohol prawie wszyscy aresztowani. Trwało to prawie rok i klient nie pamięta okresów niepicia alkoholu. Później, po powrocie, w wieku 20 lat, do kraju, nasiliło się picie alkoholu, kiedy UB prześladowało go jako byłego żołnierza AK. Uciekł na Górny Śląsk, ale już wtedy pił alkohol, bo nie mógł bez niego wytrzymać. Wtedy pojawiły się, w wieku 23 lat, regularne ciągi alkoholowe kilkunastodniowe. W wieku 40 lat, na skutek zagrożenia rozwodem przez pierwszą małżonkę, podejmuje pierwsze leczenie odwykowe – anticolem. Jednak po około 6 miesiącach abstynencji przerywa kurację, wierząc, że będzie mógł pić alkohol kontrolowanie, co na początku mu się udaje (pije tylko w weekendy). Po dłuższym czasie (2-3 lata) ciągi alkoholowe wydłużają się do tygodnia, klient pije do nieprzytomności, objawy abstynencyjne są coraz bardziej dotkliwe, czasami są zaburzenia pamięci pod wpływem alkoholu. Pojawiają się problemy w pracy i w rodzinie (pierwszy rozwód). Klient wznawia leczenie anticolem i przez rok utrzymuje abstynencję. Od tego momentu pije tylko alkohole niskoprocentowe (piwo i wino) i udaje mu się ciągi picia ograniczyć do 3 dni oraz nie tracić przytomności pod wpływem alkoholu. Okresy niepicia alkoholu trwają 4-5 dni. W tym czasie rozwiódł się z drugą żoną z powodu alkoholu, mimo że ona także piła alkohol, i to znacznie więcej. Nasilone picie alkoholu pojawiło się, kiedy klient przeszedł na emeryturę w 1988 roku. Wtedy to ciągi picia (najczęściej piwo) trwały kilka miesięcy, aż do momentu powikłań z wątrobą lub awantur z córką. Wtedy klient znajdował się w szpitalu na oddziale internistycznym lub uciekał do Katowic do siostry. W ostatnim roku klient pił piwo i wino po kilka miesięcy, przerywał, gdy nie mógł pić z powodu uszkodzonej wątroby (hospitalizacja) i astmy (hospitalizacja).

## 2. Objawy uzależnienia od alkoholu:

- utrata kontroli nad piciem;
- zaburzenia pamięci pod wpływem alkoholu;
- picie ciągami;
- zmiana tolerancji na alkohol;



- zespół abstynencyjny bez objawów delirium;
- przymus picia alkoholu;
- picie alkoholu mimo szkodliwych (fizycznych, rodzinnych) następstw;

- koncentracja życia wokół picia alkoholu.

Z w.w. objawów wynika, że zgodnie z klasyfikacją ICD-10 klient jest uzależniony od alkoholu.

Inne środki chemiczne zmieniające nastrój:

- leki – nigdy nie nadużywał;
- narkotyki – nigdy nie próbował;
- kawa – pije sporadycznie;
- papierosy – nie pali od 20 lat.

### 3. Zdrowie fizyczne.

Problemy z trzustką i wątrobą (kilkakrotnie hospitalizowany), wypisany z zaleceniem diety i abstynencji alkoholowej. Chory na astmę od kilkudziesięciu lat.

### 4. Zdrowie psychiczne.

Nigdy nie leczony psychiatrycznie. Nie było prób samobójczych. Chorób psychicznych w rodzinie nie było.

### 5. Aktualna rodzina.

Dwukrotnie żonaty. Z pierwszego małżeństwa dorosła (zameężna) córka, z którą obecnie mieszka. Obie żony już nie żyją. Druga żona zmarła z powodu nadużywania alkoholu już po rozwodzie z nim. Obecnie żyje w konkubinacie od 5 lat.

### 6. Rodzina pierwotna.

Rodzice klienta już nie żyją, zginęli w czasie wojny. W domu nikt nie nadużywał alkoholu. Matka natomiast lubiła często zażywać leki na migrenę. Spośród rodzeństwa (siostra i brat) brat także jest uzależniony od alkoholu, ale nigdy się nie leczył odwykowo, obecnie w ogóle nie pije alkoholu ze względu na stan zdrowia.

### 7. Zawód i wykształcenie.

Klient jest technikiem budowlanym i zajmował szereg stanowisk kierowniczych; z tego względu nie poniósł większych strat wynikających z nadużywania alkoholu. Obecnie na emeryturze. Finansowo jest zadowolony, ale przyznaje, że wydaje sporo pieniędzy na alkohol, także dla kolegów.

### 8. Służba wojskowa.

Nie odbywał służby wojskowej, ponieważ w czasie wojny walczył w Armii Krajowej.

#### 9. Sytuacja prawna.

Oprócz przesłuchań przez UB po wojnie nigdy nie miał konfliktów z prawem.

#### 10. Kontakty towarzyskie.

Ma wielu kolegów i przyjaciół jeszcze z czasów wojny i od kieliszka. Z czasem, gdy pogłębiało się uzależnienie od alkoholu, więcej czasu poświęcał kolegom pijącym. Jest towarzyski i serdeczny, szarmancki w stosunku do pań. Lubi przebywać w gronie kobiet.

Rodzinny kontakt utrzymuje tylko z siostrą z Katowic. Z córką kontaktuje się sporadycznie ponieważ zięć nie toleruje alkoholu w domu. Klient i córka zamieszkują jednorodzinny dom, gdzie są dwa oddzielne wejścia, więc mogą nie spotykać się codziennie.

#### 11. Zainteresowania.

Zbiera pamiątki związane ze swoim oddziałem AK, a także pamiątki po warszawskim oddziale Policji Państwowej, gdyż tam pracował jego ojciec. Lubi jeździć na rowerze i przygotować dobry obiad. Innych zainteresowań nie miał, lubił także spotykać się z kolegami i rozmawiać przy piwie.

#### 12. Wolny czas.

Najczęściej chodzi na spacerzy lub jeździ na rowerze. Dużo czasu zajmuje mu przygotowanie własnego ubioru, ponieważ lubi ładnie wyglądać. Mimo wszystko, skarży się też na nudę i jej przypisuje winę za nadużywanie alkoholu.

#### 13. Życie duchowe.

Pochodzi z rodziny katolickiej, ale nie wierzy w Boga i nie chodzi do kościoła. Wyznaje raczej ogólnoludzkie idee: uczciwości, poświęcenia, przyjaźni. Nie zetknął się z ruchem AA.

#### 14. Problemy seksualne.

Ma o sobie jako mężczyźnie bardzo dobre mniemanie. Nigdy nie narzekał na brak partnerek. Wręcz przeciwnie, często miał 2-3 partnerki seksualne. Właśnie z powodu zdrad małżeńskich i alkoholu rozwiódł się z pierwszą żoną. Czasami pod wpływem alkoholu, gdy dużo pił, miał problemy z potencją. Obecnie od 5 lat utrzymuje kontakty seksualne z jedną kobietą. Przyznaje, że brak mu takiej energii seksualnej jak kiedyś, ale też czuje, że jest emocjonalnie związany z obecną partnerką i chce być w tym związku.

#### 15. Charakterystyka pacjenta:

– motywacja do terapii – klient zmotywowany do terapii sytuacyjnie, ponieważ jest rzeczywiście przestraszony planem porzuce-

nia go przez konkubinę. Sam przyznaje, że nigdy dotychczas nie był tak mocno związany emocjonalnie z żadną kobietą;

– rozpoznawanie i akceptowanie własnego uzależnienia od alkoholu – rozpoznaje u siebie objawy uzależnienia, ale trudno mu je zaakceptować. W czasie wywiadu jest skupiony na prezentowaniu siebie jako osoby i ucieka od rozmów o alkoholu. Osobę uzależnioną zupełnie inaczej sobie wyobrażał – brudną, trzęsącą się, samotną, często bez mieszkania;

– sfera intelektualna – ogólny poziom inteligencji (mimo 70 lat) w normie. Nie skarży się na problemy z pamięcią, koncentracją uwagi czy kojarzeniem faktów. Przyznaje, że sfera poznawcza była zawsze dla niego ważna;

– sfera emocjonalna – w kontakcie indywidualnym otwarty, ale mało okazuje uczuć. Ma problemy z ich rozpoznawaniem. Przyznaje, że coraz częściej dręczy go poczucie winy w stosunku do córki, której w dzieciństwie mało poświęcał czasu. Zawsze także traktował z dystansem kobiety, dlatego znał ich tak dużo. Inaczej traktuje obecnie swoją konkubinę – czuje się z nią blisko emocjonalnie związany;

– obraz siebie – ma bardzo niskie poczucie wartości z powodu średniego wykształcenia, alkohol przeszkodził mu w ukończeniu studiów. Nie lubi siebie też jako ojca, ponieważ opuścił rodzinę, gdy córka miała 6 lat. Jest uparty i odpowiedzialny i uważa, że te cechy doprowadziły go do sukcesu w wielu sferach (zawodowej, towarzyskiej);

– kontakty z innymi ludźmi – w zasadzie nie ma problemów z nawiązywaniem kontaktów towarzyskich, ale często czuje się samotny. Jednak przyznaje też, że zawsze brakowało mu przyjaciela – mężczyzny, często jego życie obracało się wokół kobiet i przez alkohol utracił kolegów niepijących alkoholu. Koledzy w jego wieku, z którymi pił alkohol, już nie żyją, prawdopodobnie przez alkohol;

– życie duchowe – zawsze miał problemy w wiarą i Bogiem, wojna tylko je pogłębiła, a Polska Ludowa utrwaliła. Wierzy raczej w moc sprawczą rozumu;

– zdolność zapobiegania nawrotom picia alkoholu – nie rozpoznaje u siebie objawów nawrotu uzależnienia od alkoholu ani możliwości zapobiegania im;

– umiejętności ważne dla trzeźwego życia – wstydi się i nie umie zwracać się o pomoc w swoich problemach do innych ludzi.

16. Lista problemów Henryka.

OBSZAR A. Wiedza na temat uzależnienia od alkoholu, rozpoznawanie tego faktu i gotowość do pracy nad sobą.

1. Brak wystarczającej i usystematyzowanej wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu.

2. Niepełna świadomość związku między nadużywaniem alkoholu a problemami życiowymi.

3. Brak akceptacji własnego uzależnienia od alkoholu.

OBSZAR B. Uszkodzenia życia emocjonalnego i duchowego.

1. Brak umiejętności rozpoznawania i okazywania uczuć.

2. Mała świadomość nt. uszkodzenia życia emocjonalnego przez alkohol (poczucie winy i żalu).

3. Poczucie żalu związane z rozliczaniem się ze swego życia.

4. Niepełna znajomość i akceptacja duchowości.

OBSZAR C. Zdolność do rozumienia siebie i innych oraz tworzenia konstruktywnej wizji własnego życia.

1. Brak wiedzy o systemie iluzji i zaprzeczania.

2. Brak konstruktywnej wizji życia bez alkoholu.

OBSZAR D. Dezorganizacja „JA” i brak oparcia w sobie.

1. Brak realnego spojrzenia na samego siebie.

2. Brak zdolności do zaakceptowania siebie takiego, jaki jestem.

OBSZAR E. Kontakty z otoczeniem społecznym.

1. Brak umiejętności radzenia sobie z samotnością i jej przeżywania.

2. Mała świadomość wpływu nadużywania alkoholu na kontakty społeczne.

3. Brak umiejętności nawiązywania bliskich kontaktów z mężczyznami.

OBSZAR F. Zdolność do zapobiegania nawrotom uzależnienia od alkoholu.

1. Brak umiejętności rozpoznawania sygnałów zapowiadających nawrót uzależnienia od alkoholu.

2. Brak zdolności zapobiegania nawrotom uzależnienia od alkoholu.

OBSZAR G. Umiejętności ważne dla trzeźwego życia.

1. Brak umiejętności korzystania z pomocy innych niepijących alkoholu ludzi.

2. Rozpoznanie deficytowych umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia.

## 17. Problemy wybrane do Osobistego Planu Terapii.

Wybrane problemy do Osobistego Planu Terapii mają stanowić uzupełnienie programu terapeutycznego, który klient będzie realizował w grupach: edukacyjnej, I, II, III kroku, zapobiegania nawrotom picia alkoholu, rozwoju duchowego, grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików.

Kolejność obszarów problemowych do diagnozowania nie jest przypadkowa i kierowano się następującymi kryteriami wyboru:

– OBSZAR B. Rozpoznawanie własnych uczuć pozwoli na bardziej adekwatne funkcjonowanie indywidualne i społeczne. Dotyczy to szczególnie pojawiającego się poczucia winy i żalu wynikającego z nadużywania alkoholu, a także żalu związanego z okresem rozliczania się ze swojego życia.

– OBSZAR C. Istotne jest, by pacjent zobaczył swoje deformacje w spostrzeganiu siebie i otoczeniu za sprawą nadużywania alkoholu i zaczął budować swoje trzeźwe życie.

– OBSZAR D. Realne spojrzenie na siebie (w wieku 70 lat), na swoje szanse i zagrożenia w tym wieku pomogą pacjentowi na bardziej pozytywny stosunek do siebie i podniesienie własnej wartości.

– OBSZAR E. Zdiagnozowanie pacjenta w tej sferze pomoże mu w uświadomieniu destrukcji, jakiej doznał przez nadużywanie alkoholu, a także znalezieniu grupy osób uzależnionych niepijących alkoholu (szczególnie mężczyzn).

## 18. Osobisty Plan Terapii.

– OBSZAR B.

Problem 1. Brak umiejętności rozpoznawania i okazywania uczuć.

CEL 1. Uzyskanie wiedzy nt. znaczenia uczuć w życiu każdego człowieka;

CEL 2. Rozpoczęcie nauki rozpoznawania i okazywania swoich uczuć.

Zadanie 1. Wysłucham i zrobię notatki z wykładu nt. uczuć, przedstawię je terapeutom.

Zadanie 2. Zaczę prowadzić dzienniczek uczuć i omawiać go z terapeutą co 2 tygodnie.

Zadanie 3. Zapytam trzy osoby na grupie, okazywanie jakich uczuć pomaga zbliżyć się do innej osoby? Jakie uczucia ja najczęściej okazuję? Omówię to na spotkaniu indywidualnym.

Problem 2. Niewielkie umiejętności radzenia sobie z nieprzyjemnymi uczuciami (poczucie winy i żalu).

CEL 1. Nieradzenie sobie z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi.

Zadanie 1. Sporządę listę nieprzyjemnych uczuć, których najczęściej doświadczam, i omówię ją z terapeutą.

Zadanie 2. Porozmawiam z trzema osobami, jak sobie radzą z nieprzyjemnymi uczuciami, opracuję własny sposób radzenia i przedstawię go w kontakcie indywidualnym.

– OBSZAR C.

Problem 1. Brak wiedzy o systemie iluzji i zaprzeczania.

CEL 1. Rozpoznanie własnego systemu i zaprzeczania.

Zadanie 1. Po wykładzie o systemie iluzji i zaprzeczania rozpoznam i zapiszę najważniejsze zniekształcenia obrazu własnej osoby i otoczenia, porozmawiam o tym z terapeutą.

Zadanie 2. Napiszę pracę nt. jak moje uzalenie się i samotność pomagało mi pić alkohol, przedstawię je na grupie, zapiszę informacje zwrotne, omówię to z terapeutą.

Zadanie 3. Poproszę trzy osoby uzależnione z AA z trzeźwością conajmniej 3-letnią, by opowiedzieli w jaki sposób oszukiwali się, by dalej pić alkohol, zapiszę to i porozmawiam z terapeutą.

Problem 2. Brak konstruktywnej wizji życia bez alkoholu.

CEL 1. Uświadomienie sobie w obecnym czasie hierarchii wartości.

CEL 2. Nauczenie się planowania życia bez alkoholu.

Zadanie 1. Napiszę najważniejszych dla mnie 5 wartości, czy będą one pomocne w utrzymaniu trzeźwości, zapytam o to pięć osób, zapiszę informacje zwrotne, omówię to na spotkaniu indywidualnym.

Zadanie 2. Napiszę swój plan trzeźwienia, przedstawię go na grupie, zapiszę informacje zwrotne, porozmawiam o tym z terapeutą.

– OBSZAR D.

Problem 1. Brak realnego spojrzenia na samego siebie.

CEL 1. Poznanie siebie, swoich słabych i mocnych stron.

Zadanie 1. Napiszę 10 zdań nt. kim jestem, przeczytam to na grupie, zapiszę informacje zwrotne, porozmawiam o tym z terapeutą.

Zadanie 2. Napiszę pracę pt. Moje słabe i mocne strony, przedstawię ją na grupie, zapiszę informacje zwrotne, omówię to w kontakcie indywidualnym.

Problem 2. Brak zdolności do zaakceptowania siebie takiego, jaki jestem.

**CEL 1. Poznanie swoich ograniczeń**

Zadanie 1. Napiszę pracę nt. jakie błędy popełniłem w życiu, jaki wpływ na to miało nadużywanie alkoholu, przedstawię pracę na grupie, zapiszę informacje zwrotne, omówię to z terapeutą.

Zadanie 2. Napiszę pracę nt. dlaczego nie mogę być doskonały, przeczytam na grupie, zapiszę informacje zwrotne.

– OBSZAR E.

Problem 1. Brak umiejętności radzenia sobie z samotnością i przeżywania jej.

CEL 1. Poznanie i radzenie sobie ze stanem osamotnienia.

CEL 2. Uświadomienie sobie wpływu nadużywania alkoholu na poczucie osamotnienia.

Zadanie 1. Napiszę, co mogę zrobić, gdy mam wolny czas, co lubię robić (oprócz już znanych), jakie zaniedbałem zainteresowania, przedstawię to na spotkaniu indywidualnym.

Zadanie 2. Podam pięć przykładów pokazujących sposób, w jaki picie alkoholu pogłębiało moje osamotnienie, zapiszę informacje zwrotne, omówię to z terapeutą.

Problem 2. Brak umiejętności nawiązywania bliskich kontaktów z mężczyznami.

CEL 1. Uświadomienie sobie przyczyn braku konstruktywnych kontaktów z mężczyznami.

Zadanie 1. Napiszę, czego obawiam się kontaktach z innymi mężczyznami, porozmawiam o tym z terapeutą.

Zadanie 2. Napiszę, co zmieniłoby się w moim życiu, gdybym zaprzyjaźnił się z mężczyzną, omówię to z terapeutą.

Zadanie 3. Znajdę swojego sponsora (mężczyznę) w AA.

19. Sprawozdanie z realizacji przez klienta Osobistego Planu Terapii.

Od początku terapii klient uczestniczył systematycznie we wszystkich poleconych zajęciach grupowych i wykonywał wszystkie zadania, mimo że robił postępy bardzo powoli. Rozpoznał prawidłowo u siebie wszystkie objawy uzależnienia od alkoholu, ale proces akceptacji tego stanu trwał (ponad rok) do czasu indywidualnych rozmów na ten temat na mitingach AA. Od razu uczestniczył w programie AA, mimo że miał problemy z akceptacją tożsamości alkoholowej i duchowości AA. Swoją Siłę Wyższą przyjął jako grupę AA, z której czerpał bardzo dużo dla swojej trzeźwości, na co podawał konkretne przykłady, używał sloganów AA.

Problemy stanowiła praca nad rozliczeniem własnego życia związanego z nadużywaniem alkoholu, co wywołało także żal z racji zaważsowanego wieku. Pojawił się duży żal w stosunku do siebie i utraconego kontaktu z córką oraz obniżony nastrój. Na spotkaniach indywidualnych płakał. Pojawiło się też szybko poczucie winy i chęć zadośćuczynienia córce. Córka przyjęła przeprosiny i dzięki temu ten problem nie przewijał się już więcej w terapii. Poprawiły się relacje z córką i wnuczkami, zięć nadal odnosił się do niego z rezerwą.

Problem stanowiła praca nad poprawą kontaktów z innymi mężczyznami. Klient wykonał zaproponowane zadania, ale sam przyznał, że emocjonalnie jest daleko od tego problemu. Znalezienie przez klienta sponsora AA też zakończyło się połowicznym sukcesem, ponieważ klient znalazł go i spotykał się z nim kilka miesięcy, ale w końcu zrezygnował ze spotkań podając pierwotne przyczyny. Na grupach nie było widać problemów wobec mężczyzn (brak otwartości, serdeczności) i zaprzestano dalszej pracy w tym względzie.

Najważniejszą sprawą w terapii klienta było początkowe zmotywowanie go do podjęcia jakiś działań na rzecz rozwiązania przedstawionych problemów. Ponieważ klient wykazywał się dużą odpowiedzialnością i umiejętnością planowania różnych rzeczy, wykonywanie zadań przez klienta związanych z terapią odwykową nie stanowiło prawie żadnego problemu (oprócz kontaktu z mężczyznami).

Za punkt honoru przyjął sobie nawrócenie na drogę trzeźwości swojego sąsiada (z nim najczęściej pił alkohol), ale do tej pory, mija już 2 lata, to nie udało się mu. Może to świadczyć o uciekaniu od swojego problemu alkoholowego, co można było także zauważyć w trakcie sesji indywidualnych i grupowych.

Uczestniczył aktywnie w grupie zapobiegania nawrotom uzależnienia od alkoholu i uzyskał wystarczającą wiedzę i umiejętności w tym temacie.

W grupie rozwoju duchowego zaczął uczestniczyć ze względów towarzyskich i po kilku spotkaniach z niej zrezygnował.

Po zakończeniu terapii uczestniczył aktywnie w ruchu AA.

Praca miała za główny cel przybliżyć psychologom praktykom metodę „studium przypadku”, jej różne definicje, najważniejsze zadania, genezę i rozwój w XX wieku. Pokazała także użyteczne za-



stosowanie jej do diagnozy i psychoterapii uzależnień, co – jak zwracało uwagę już wcześniej wielu badaczy – podkreśla jej uniwersalność w pracy na rzecz innych osób.

#### BIBLIOGRAFIA

- Allport G. W. (1972). *Encyclopedia of Psychology*. London. Search Press.
- Calonghi L., Grasso P. G. (1970). *Psychologia kliniczna w służbie chłopców trudnych*. Tłum. K. Ostrowska. Niepublikowany maszynopis.
- Górski S. (1986). *Psychoterapia w wychowaniu*. Warszawa: IWZZ.
- Kratochwil S. (1980). *Psychoterapia*. Warszawa: PWN.
- Kondas O. (1984). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Mellibruda J. (1997). Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3. 307-24.
- Nowak S. (1970). *Metodologia badań socjologicznych*. Warszawa: PWN.
- Radlińska H. 1961. *Pedagogika specjalna*. Wrocław: Ossolineum.
- Veillard-Cybulscy M.H. (1968). *Nieletni przestępcy w świecie*. Warszawa: PWN.
- Zabrodzka H. (1960). Casework. *Szkoła specjalna*. 1. 2-8