



Etyka w zawodzie terapeuty uzależnień – rola niestygmatyzującej postawy

Sylvia Wajs | Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0000-0003-4142-7425

Streszczenie

Słowa kluczowe:

stygmatyzacja,
uzależnienie
od substancji
psychoaktywnych,
terapia uzależnień

Jednostki z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych dotyka specyficzny rodzaj stygmatyzacji. Postrzega się je w kategoriach łączących chorobę psychiczną z przestępczością, nadając im etykietę ludzi szczególnie niebezpiecznych. Świadczący usługi w zakresie zdrowia psychicznego wzmacniają stereotypy na temat osób dotkniętych problemem uzależnienia, w tym postrzeżanego niebezpieczeństwa, nieprzewidywalności i winy. Napiętnowanie związane z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych stanowi główną przeszkodę w podejmowaniu i kontynuowaniu leczenia przez osoby uzależnione. Wskazana grupa społeczna jest silniej napiętnowana w porównaniu z chorymi na inne zaburzenia psychiczne. Atrybutem dyskredytującym jest zarówno używanie substancji psychoaktywnych, jak i utrzymywanie abstynencji i leczenie w poradni odwykowej. Osoby, które nie były społecznie stygmatyzowane z powodu nałogu, przez podjęcie leczenia w poradni bywają zdyskredytowane i ujawnione jako noszące piętno „alkoholika” czy „narkomana”. Dodatkowo etykieta osoby „chorej psychicznie” jest pacjentom nadawana i utrwalana przez terapeutów stawiających diagnozę medyczną, a pozostaje nawet po zakończeniu leczenia. Uzależnienie jest wciąż chorobą o niskim wskaźniku skuteczności terapii. Coraz częściej jako jedną z możliwych przyczyn wskazuje się korzystanie z przestarzałych modeli terapii, a także sposobów kształcenia przyszłych terapeutów. Rozbudowanie szkoleń na terapeutów uzależnień o tematykę stygmatyzacji osób z problemem uzależnienia i sposobów jej przeciwdziałania, a także wprowadzanie cyklicznych warsztatów wśród pracowników placówek odwykowych wydaje się być na obecną chwilę jednym z wartych rozważenia i zbadania rozwiązań. Może się to okazać istotne m.in. dla pogłębiania relacji terapeutycznej, która jest jednym z najważniejszych czynników sprzyjających wzrostowi skuteczności terapii.

Ethics in the profession of addiction therapy – the role of a non-stigmatizing attitude (Summary)

Keywords:

stigmatization,
substance use
dependence,
addiction therapy

Individuals addicted to psychoactive substances face a specific type of stigmatization. They are often viewed in terms that associate mental illness with criminality, labeling them as particularly dangerous. Mental health professionals

also tend to support stereotypes about those affected by addiction, including perceived danger, unpredictability, and guilt. The stigma associated with substance use disorders is a major barrier preventing individuals from seeking and continuing treatment. This group faces stronger stigmatization compared to those with other mental disorders. The discrediting attribute is both; the use of psychoactive substances, as well as maintaining abstinence and treatment in a detox clinic. Those who were not socially stigmatized due to addiction may experience labeling and stigma by entering treatment, where they can be seen as "alcoholics" or "drug addicts." Furthermore, therapists often assign and reinforce the "mentally ill" label through medical diagnoses, a label that persists even after treatment ends. Addiction remains a condition with a low therapeutic success rate. Increasingly, outdated therapy models and methods used to educate future therapists are seen as potential contributing factors. Expanding addiction therapist training to include topics related to the stigma of substance use dependence and strategies to counteract it, as well as introducing regular workshops for staff at rehabilitation centers, seems to be a solution worth consideration and study. It may improve one of the most important healing factors of psychotherapy – the therapeutic relationship, thus contributing to the increase in the effectiveness of addiction therapy.

Wstęp

Napiętnowanie jest często występującym zjawiskiem społecznym. Dostrzeżenie odmienności jednostki oparte na posiadaniu przez nią charakterystycznego znaku oraz wynikająca stąd dewaluacja stanowią definicję zjawiska piętnowania. Napiętnowanie społeczne definiuje się z kolei jako akceptację przez społeczeństwo uprzedzeń wobec określonej napiętnowanej grupy, co objawia się dyskryminacją jednostek należących do owej grupy (Corrigan, Watson 2002: 16).

W literaturze jako główne przyczyny stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi wymienia się niski poziom wiedzy na temat zaburzeń w populacji, uprzedzenie wobec osób chorych psychicznie, a także ich dyskryminację (Dalky 2012: 520). Ludzi z zaburzeniami psychicznymi postrzega się w kontekście dolegliwości, nie dostrzegając ich cech indywidualnych. Osoba stygmatyzowana nie jest akceptowana w społeczeństwie, ponieważ występuje konflikt między oczekiwaniami w stosunku do niej a tym, jaka ona w rzeczywistości jest (Goffman 2005: 32). Według Petera Haywarda i Jenifer Bright (2009: 345) stereotyp osoby z zaburzeniem psychicznym oparty jest na czterech głównych błędnych stwierdzeniach: 1) chory psychicznie jest niebezpieczny, 2) chory ponosi odpowiedzialność za swój stan zdrowia, 3) jego choroba jest chroniczna i trudna do wyleczenia, 4) jest on nieprzewidywalny i niezdolny do prawidłowego wypełniania ról społecznych.

Osoby świadczące usługi w zakresie zdrowia psychicznego nie są wolne od stereotypów na temat chorób psychicznych, w tym postrzeganego niebezpieczeństwa, nieprzewidywalności i winy osób z zaburzeniami (Kingdon 2004: 401). Dotychczas

przeprowadzone badania wskazują na to, iż osoby nadużywające substancji psychoaktywnych, czyli substancji, które mają właściwości pozwalające zmienić świadomość, nastrój oraz procesy myślowe (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 2012: 51), są przedmiotem większej stygmatyzacji wśród profesjonalistów niż inne chroniczne zaburzenia, w tym inne zaburzenia psychiczne. Stygmatyzacja pacjentów przez terapeutów uzależnień ujawnia się w bardziej zadaniowym podejściu do nich, mniejszej okazywanej empatii, mniejszym zaangażowaniu w terapię, braku silnego sojuszu terapeutycznego, co z kolei może przekładać się na wyniki terapii (Curtis, Harrison 2001: 373) i stoi w sprzeczności z głównymi założeniami *Kodeksu etycznego terapeuty uzależnień* (2007).

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych a stygmatyzacja społeczna

Rozwój uzależnienia uwarunkowany jest predyspozycją genetyczną oraz wpływem czynników środowiskowych, kulturowych i psychospołecznych. Wedle World Health Organisation (WHO) uzależnienie jest zaburzeniem, którego głównymi objawami są: głód substancji, zespół abstynencyjny, zmiana tolerancji, upośledzona kontrola, przyjmowanie substancji pomimo wiedzy o jej szkodliwości oraz zaniechanie alternatywnych źródeł przyjemności. Wedle kryteriów zawartych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) z 2022 roku, by móc zdiagnozować uzależnienie od substancji psychoaktywnych powinny wystąpić przynajmniej trzy ze wskazanych objawów na przestrzeni ostatniego roku. Diagnozą uzależnień w Polsce zajmują się lekarze psychiatry, psychologowie kliniczni oraz certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień. Zazwyczaj osoby uzależnione zgłaszają się na terapię, gdy pojawiają się znaczące konsekwencje nadużywania substancji psychoaktywnych, a uzależnienie zaczyna wpływać destrukcyjnie na ich życie (Zdybek, Derbis 2018: 17).

Obecnie do najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych na świecie należą kolejno: zaburzenia depresyjne (12,8%), fobie specyficzne (7,7%), nadużywanie alkoholu (4,1%) oraz dystymia (4,1%). Natomiast w Polsce najczęściej stawia się diagnozy zaburzeń lękowych (14–20%) i depresji (7–10%). Na trzecim miejscu są zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (5–10%), a w szczególności alkoholu. Zarówno w badaniu polskim, jak i na Ukrainie, gdzie rozpowszechnienie nadużywania alkoholu oszacowano na 10%, zaburzenie to osiągnęło najwyższy współczynnik w porównaniu z badaniami w innych krajach (Demyttenaere i in. 2004: 2581). Nadużywanie substancji psychoaktywnych ponaddwukrotnie częściej dotyczy mężczyzn (1,8%) niż kobiet (0,8%). Na świecie w 18 krajach rejestruje się wyższe niż w Polsce odsetki używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Największe rozpowszechnienie ich używania odnotowano w Hiszpanii (12%), Holandii (12%), we Francji (11%) oraz we Włoszech (11%). We wskazanych krajach spożycie substancji psychoaktywnych jest dwa razy wyższe niż w Polsce. Najczęstsze dla polskiej

populacji jest nadużywanie takich substancji chemicznych, jak alkohol, narkotyki i papierosy, ale coraz powszechniejsze są też uzależnienia od leków (Pęksa, Dembe 2020: 37). Dodatkowo osoby uzależnione od środków chemicznych często borykają się z problemem tzw. podwójnej diagnozy, co wpływa na utrzymywanie się nałogu i zmniejszenie umiejętności radzenia sobie w trudnych życiowych sytuacjach. Najczęściej wymieniane jest współwystępowanie zaburzeń osobowości oraz zaburzeń nastroju i lękowych (Regier i in. 1990: 2511).

Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych postrzega się w kategoriach łączących chorobę psychiczną z przestępczością, nadając im etykietę ludzi szczególnie niebezpiecznych. Podziela się także przekonania, iż owe jednostki same są winne swojej choroby (Room 2005: 143). Ogół społeczeństwa uważa osoby zażywające narkotyki za w większej mierze zasługujące na potępienie niż osoby cierpiące na choroby psychiczne czy chore na wirusa HIV (Corrigan, Kuwabara, O'Shaughnessy 2009: 139). Uzależnieni stają się tym samym silniej napiętnowani niż osoby z innymi dolegliwościami zdrowotnymi, w tym psychicznymi (Schomerus i in. 2011: 105). Napiętnowanie związane z używaniem substancji psychoaktywnych stanowi główną przeszkodę w podejmowaniu i kontynuowaniu leczenia przez osoby uzależnione. Piętno uzależnienia, utrwalane przez diagnozę psychiatryczną, powstrzymuje osoby z tym problemem przed korzystaniem z leczenia, przyczyniając się do pogłębienia choroby, dalszych negatywnych skutków zdrowotnych (np. zarażenie wirusem HIV, HCV) i zwiększonej śmiertelności (np. zgony spowodowane przedawkowaniem; Boekel van i in. 2013: 23).

Przejawy stygmatyzacji społecznej są znaczącymi stresorami, które wśród osób podatnych na uzależnienie mogą wywoływać zarówno objawy internalizacyjne (np. depresja, lęk), jak i zewnętrzne (np. złość, wrogość). Ofiary napiętnowania mogą sięgać po substancje psychoaktywne jako formę radzenia sobie z rozproszeniem uwagi i odwrócenia jej od niepokojących lub niewygodnych myśli i uczuć. Więź społeczna, zaangażowanie i niestygmatyzująca postawa rodziny są przy tym kluczowymi czynnikami ułatwiającymi zapobieganie uzależnieniom, leczenie i powrót do zdrowia (Ventura, Bagley 2017: 339). Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych często niestety borykają się z odrzuceniem społecznym, np. ze strony członków rodziny i przyjaciół, czego przejawami są nieodbieranie telefonów, zakaz wstępu do domów, a nawet wyparcie się (Earnshaw i in. 2013: 1785). Odrzucenie to pogłębia ich samoizolację powstałą na skutek uzależnienia. Osoby uzależnione i zinternalizowane przekonania o społecznej dyskryminacji mogą odnosić do swojego Ja i uznawać za prawdziwe, co tworzy podłoże autostygmatyzacji. Jest ona związana m.in. ze spadkiem samooceny, poczuciem wstydu i beznadziei, czy niechęcią do poszukiwania profesjonalnej pomocy, co bardzo utrudnia wychodzenie z nałogu (Bielińska, Lisiecka, Radiukiewicz 2013: 31; Corrigan, Kleinlein 2005: 11). Najnowsze badania wskazują, że stygmatyzacja ze strony społeczeństwa i najbliższej rodziny jest jednym z głównych powodów nawrotów uzależnienia, podczas gdy odczuwane wsparcie społeczne ma konstruktywny wpływ na wychodzenie z uzależnienia (Shahid, Asmat 2023: 848).

Stygmatyzacja podjęcia terapii

Cechą dyskredytującą jest zarówno używanie substancji psychoaktywnych, jak i utrzymywanie abstynencji i leczenie w poradni odwykowej. Osoby, które nie były stygmatyzowane z powodu nałogu, przez podjęcie leczenia w poradni bywają zdyskredytowane społecznie i ujawnione jako noszące piętno „alkoholika” czy „narkomana”. Dodatkowo etykieta osoby „zaburzonej psychicznie” jest pacjentom nadawana i utrwalana przez terapeutów stawiających diagnozę medyczną. Poddanie się terapii i zmiana dotychczasowego stylu życia zwykle nie sprzyja destygmatyzacji jednostki z piętnem uzależnienia. Etykieta ta pozostaje nawet po zakończeniu leczenia (Room 2005: 143). Co więcej, w trakcie samego leczenia osoby uzależnione nie-rzadko doświadczają stygmatyzacji od personelu medycznego i terapeutów. Badania wskazują, iż terapeuci mogą kierować się uprzedzeniami, utożsamiając problem uzależnień ze skłonnością do przemocy, manipulacji, chwiejnością emocjonalną, zewnętrzną motywacją do leczenia. Skutki nadużywania substancji psychoaktywnych bywają przy tym pochopnie diagnozowane jako niektóre z zaburzeń osobowości czy zaburzenia afektywne. W literaturze zwrócono także uwagę, iż opisywanie pacjentów przez specjalistów negatywnymi stygmatyzującymi terminami („alkoholik”, „narkoman”) przyczynia się do niepodejmowania lub porzucania przez nich terapii (Skinner i in. 2009: 232).

Szczególnie pesymistyczne nastawienie w stosunku do omawianej grupy wykazują lekarze psychiatrii (Caldwelli, Jorm 2001: 42). Bardziej przychylny stosunek do osób uzależnionych przejawiają specjaliści, którzy niedawno ukończyli szkolenie i zajmują się problemem uzależnień dość krótko (Skinner i in. 2009: 232). Należy przy tym zaznaczyć, iż specjaliści z zakresu terapii uzależnień przejawiają mniej uprzedzeń wobec uzależnionych pacjentów niż lekarze i terapeuci niespecjalizujący się w leczeniu osób ze wskazaną przypadłością. Profesjonaliści, którzy w przeszłości sami zmagali się z uzależnieniem bądź nadużywaniem substancji psychoaktywnych, przejawiają mniejszą skłonność do naznaczania etykietami i stygmatyzowania swoich pacjentów (Miller i in. 2001: 410). Co istotne, sami terapeuci pracujący w placówkach leczenia odwykowego są zdania, iż negatywne postrzeganie osób uzależnionych przyczynia się do tego, że jako specjaliści są traktowani jako pracownicy niższej kategorii (Wieczorek 2015: 113).

W latach 1960–1970 pracownicy służby zdrowia postrzegali alkoholizm jako przypadłość dotykającą w głównej mierze osoby w kryzysie bezdomności. Pacjentów z uzależnieniem traktowano jako mniej uprawnionych do leczenia niż ludzi z innymi problemami zdrowotnymi. Osoby uzależnione chemicznie postrzegano jako słabsze, bardziej bezcelowe i beznadziejne przypadki niż inni chorzy. Już w tamtym okresie istniały badania potwierdzające, że bardziej współczująca postawa profesjonalistów sprzyja lepszej relacji, silniejszemu przymierzowi terapeutycznemu i lepszemu zaangażowaniu pacjentów w proces leczenia (Chafetz 1979: 293). Od tamtego czasu

perspektywa patrzenia na problem uzależnień zmieniła się z moralnej na bardziej medyczną, z jasnymi kryteriami diagnostycznymi (Hasin i in. 2013: 830).

Mimo aktualnej wiedzy na temat wpływu napiętnowania na niską wyleczalność osób uzależnionych stygmatyzacja podjęcia terapii nadal stanowi istotny globalny problem. Istnieją przy tym pewne zmienne, które przyczyniają się do szczególnego napiętnowania osób uzależnionych przez specjalistów, są to: postrzeganie problemu uzależnień z perspektywy moralnej, negatywne przekonania, brak szkolenia, czasu i wsparcia (Cazalis, Lambert, Auriacombe 2023: 13). Postrzeganie i ocenianie osób uzależnionych z perspektywy moralnej, zamiast medycznej, uważa się za jeden z głównych powodów stygmatyzacji, który może przyczyniać się do utrzymywania piętna uzależnienia (Avery, Avery 2019: 54). Wedle perspektywy moralnej jednostka uzależniona jest odpowiedzialna za swoje zaburzenie i jego wyleczenie. W podejściu medycznym jest ona z kolei ofiarą wymagającej choroby. Takie przypisywanie odpowiedzialności, historycznie związane z chorobami psychicznymi a nie fizycznymi, skutkuje mniej współczującą postawą personelu medycznego (Weiner 1988: 548). W jednym z nowszych badań (Avery i in. 2020: 305) wykazano, że większość profesjonalistów popiera koncepcję uzależnienia jako choroby przewlekłej. Mimo to ponad połowa z nich nadal wierzy, iż pacjenci sprawują kontrolę nad uzależnieniem, przyjmując, że stanowi ono poniekąd ich wybór. Perspektywa postrzegania problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych jako nieuleczalnego zaburzenia może zwiększać wśród terapeutów poczucie bezradności (Barnett i in. 2018: 697).

Stygmatyzacja a Kodeks etyczny terapeuty uzależnień

W ośrodkach terapii odwykowej w Polsce pacjenci korzystają zwykle zarówno z terapii indywidualnej, jak i grupowej. Ośrodki te mogą mieć różne programy, oparte na różnych modelach leczenia uzależnień. Pierwszym jest model leczenia Minnesota, który zakłada, że uzależnienie jest chorobą nieuleczalną, w której zaprzeczanie problemom i brak motywacji do leczenia jest konieczny do przepracowania elementem zdrowienia (Chodkiewicz, Nowakowska 2011: 177). Przyjęcie, że choroba zostaje z pacjentem na całe życie oraz konieczność silnej identyfikacji jako „osoba uzależniona” może utrwalać w pacjencie piętno i osadzać jego poczucie tożsamości w przeważającej mierze na samym uzależnieniu. Terapia oparta na powyższym modelu podkreśla także bezsilność pacjenta, zamiast wspierać jego poczucie sprawczości. Model poznawczo-behawioralny terapii uzależnień oparty jest z kolei na założeniu, że uzależnienie jest konsekwencją pewnych przekonań i nawyków. Celem terapii jest wobec tego modyfikacja owych błędnych przekonań (Beck, Dozois 2011: 379), a mniej uwagi poświęca się trudnym doświadczeniom (w tym traumatycznym) pacjenta oraz kontekstowi społecznemu, w jakim ten jest osadzony. Może to prowadzić do poczucia, że jego problemy wynikają jedynie z „błédnego” lub „nieprawidłowego” myślenia i wzmacniać w nim poczucie wadliwości i wyobcowania. Modelem korzystającym

z obu tych koncepcji jest Integracyjny Model Psychoterapii Uzależnień (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006: 44). Autorzy tego modelu wprowadzają dodatkowo pojęcie mechanizmów uzależnienia, które wiążą się z samooceną osób uzależnionych. Mechanizm nałogowego regulowania uczuć wpływa na dokonywanie afektywnych wyborów życiowych, mechanizm iluzji i zaprzeczeń sprawia, że osoby uzależnione nie są w stanie dostrzec realnych przyczyn własnych problemów, mechanizm rozproszenia i rozdwojenia Ja powoduje z kolei rozbieżność w systemie Ja, co wiąże się z osłabieniem wiedzy o samym sobie i chwiejnym poczuciem własnej wartości. Koncepcja mechanizmów uzależnienia przewiduje, że pacjenci na początku terapii powinni przeżywać efekt skonfrontowania się z konsekwencjami uzależnienia, co może powodować przejściowe obniżenie samooceny i wskaźników jakości życia (Zdybek, Derbis 2018: 17). W modelu tym uzależnienie często określane jest jako centralny problemem tożsamościowy pacjenta, co może owocować internalizacją etykiety „osoby uzależnionej” i wzmacniać przekonanie, iż nie jest się w stanie funkcjonować poza tą tożsamością. Obecnie, na szczęście, odchodzi się od sposobów interwencji, gdzie osoba z problemem uzależnienia mogła doświadczać stygmatyzacji ze strony innych pacjentów, a nawet terapeutów, jak np. golenie głowy za karę czy noszenie przez pacjentów tabliczek z obraźliwymi sformułowaniami, co działo się niegdyś w ośrodkach typu Monar.

Uzależnienie jest wciąż chorobą o niskim wskaźniku skuteczności terapii. Statystyki pokazują, że tylko 20–53% pacjentów utrzymuje abstynencję powyżej roku po zakończeniu terapii. Polskie badania wskazują na efektywność terapii na poziomie około 40% osób długotrwale utrzymujących abstynencję (Mellibruda 1997: 277). Coraz częściej jako jedno z możliwych przyczyn wskazuje się korzystanie z przestarzałych modeli terapii uzależnień, czynniki związane z samym terapeutą, a także sposób kształcenia przyszłych terapeutów uzależnień. Badania wskazują na bardziej pozytywne nastawienie wśród młodych profesjonalistów, którzy niedawno ukończyli studia (Skinner i in. 2009: 232), a także na fakt, iż negatywne nastawienie wobec osób uzależnionych nasila się podczas szkolenia (Avery, Avery 2019: 54). Podobną zależność potwierdzają badania przeprowadzone wśród terapeutów, wskazujące, iż wraz ze wzrostem stażu pracy pogłębia się stygmatyzująca postawa wobec osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Bielenberg i in. 2021: 8). Wyniki przytoczonych badań mogą wydawać się szczególnie interesujące w kontekście kluczowych zapisów kodeksu etycznego obowiązującego terapeutów uzależnień, a także profesjonalistów ich szkolących.

Zgodnie z *Kodeksem etycznym terapeuty uzależnień* dobro pacjenta powinno stanowić najwyższą wartość dla osób zajmujących się profesjonalnie pomocą osobom z problemem uzależnienia. Owo dobro winno być podstawą obranej strategii terapii. Kolejnym ważnym aspektem jest poszanowanie godności pacjenta. Przedstawione w kodeksie rekomendacje zawierają różnorakie rozumienie pojęcia godności osobistej; chodzi tu nie tylko o godność osobową, przysługującą każdej jednostce

ze względu na to, że jest człowiekiem, ale również o godność osobistą osoby będącej w procesie terapii. Godność osobista człowieka wyraża się w prawie do respektowania jego systemu wartości i prawie do podejmowania własnych decyzji, oraz do nieoceniania go pod względem moralnym. Zasada akceptacji zawarta w *Kodeksie etycznym terapeuty uzależnień* sprowadza się w głównej mierze do przyjęcia faktu, iż problem uzależnienia nie jest złem moralnym, jest to bowiem stan choroby i jako taki ocenom moralnym podlegać nie powinien. Terapeuta uzależnień winien zdobyć umiejętność odróżniania charakteru danej osoby od jej stanów i zachowań związanych z nałogiem. Jednostka z problemem uzależnienia jest zwykle w stanie cierpienia. W czasie trwania terapii może być słabsza od swojego terapeuty – psychicznie, ale też społecznie. Zawarte w owym kodeksie zasady powinny dawać pacjentowi gwarancję, iż podjęta terapia nie będzie skutkować minimalizacją jego dobra, a raczej zapewni mu bezpieczne warunki do wprowadzania konstruktywnych zmian w swoim życiu. Kodeks zobowiązuje terapeutę do niestygmatyzującej postawy oraz zakazuje dyskryminacji pacjenta z jakiegokolwiek powodu (Sawicka 2012: 402). W rzeczywistości jednak tylko ci terapeuci, którzy podpisali oświadczenie, w którym akceptują zasady *Kodeksu etyki terapeuty uzależnień*, i zadeklarowali ich przestrzeganie, formalnie odpowiadają przed Komisją ds. etyki za naruszenie zapisów owego kodeksu, przy czym szacuje się, że jest on podpisywany jedynie przez jedną trzecią certyfikowanych terapeutów (Strzelecki 2013: 3).

Zakończenie

Badacze wskazują na szkodliwe skutki stygmatyzacji i wpływ, jaki ma ona m.in. na poczucie wartości i skuteczności pacjentów (Corrigan 2001: 48). Starając się uniknąć negatywnych następstw stygmatyzacji, osoby z problemem uzależnienia stosują rozmaite strategie obronne, takie jak zachowywanie informacji o leczeniu w tajemnicy, wycofanie z kontaktów społecznych lub też aktywnie próbują zmienić nieprzychylny stosunek społeczeństwa, np. poprzez edukowanie. Piętno społeczne może wywierać destrukcyjny wpływ na dotknięte nim jednostki poprzez działanie kilku mechanizmów. Pierwszym i najbardziej oczywistym jest doświadczanie bezpośredniego odrzucenia. Kolejny mechanizm oddziałuje poprzez internalizację stereotypów i oczekiwanie społecznego odrzucenia. Takie trwożliwe oczekiwanie może zacząć się rozwijać u osoby dotkniętej uzależnieniem już po pierwszych spotkaniach ze specjalistą, który okaże mu odrzucenie, brak szacunku czy też brak zrozumienia dla doświadczanych przez niego trudności. Wiąże się to dla osoby dotkniętej działaniem stereotypu ze zwiększonym odczuwaniem wstydu, spadkiem samooceny, zmianą koncepcji siebie, brakiem wiary w skuteczność własnych działań i pogorszeniem funkcjonowania społecznego. Ukrywanie piętna może się również wiązać ze zwiększonym odczuwaniem stresu związanego z kontrolowaniem interakcji społecznych, a co za tym idzie – niepodejmowaniem terapii. Ów poziom stresu może także zwiększać

podatność na wystąpienie kolejnych epizodów zaburzeń lub nasilać objawy już występujące (Link, Phenan 2006: 268).

Napiętnowanie doświadczane podczas kontaktu z terapeutą, który w sposób świadomy, bądź też nieświadomiony, może przybierać postawę stygmatyzującą pacjenta, wpływa nie tylko na obniżoną samoocenę osoby poszukującej profesjonalnej pomocy, zwiększone obciążenie stresem czy obniżone poczucie własnej skuteczności (Link, Phelan 2006: 258), ale przede wszystkim stanowi barierę w dalszym poszukiwaniu pomocy terapeutycznej czy utrzymaniu się w procesie terapii (Corrigan, Kleinlein 2005: 11). Osoby z uzależnieniem obawiają się przypięcia im przez specjalistów łatki „psychicznie chorych”, o ile podejmą się leczenia, a także doświadczenia odrzucenia i stygmatyzacji, zarówno przez terapeutów, jak i społeczeństwo. Badania potwierdzają, iż jednostki uzależnione poszukujące pomocy instytucjonalnej częściej doświadczają z tego powodu stygmatyzacji (Philips 1963: 963).

Nie sposób nie docenić znaczenia kształtowania niestygmatyzującej postawy wśród osób zajmujących się profesjonalnie terapią uzależnień. Sprzyja ona bowiem budowaniu bezpiecznych warunków dla wprowadzania dobrych zmian w życiu jednostki dotkniętej omawianym problemem, a także zwiększaniu jej motywacji do leczenia. Rozbudowywanie szkoleń przyszłych terapeutów o tematykę stygmatyzacji osób z problemem uzależnienia i sposobów jej przeciwdziałania, a także wprowadzanie cyklicznych warsztatów dla pracowników placówek odwykowych wydaje się być obecnie jednym z wartych przemyślenia rozwiązań. Szczególnie ważne w tym aspekcie wydaje się być podkreślanie podczas szkoleń, że uzależnienie nie stanowi problemu moralnego, związanego ze złą wolą jednostki, a zdrowotny (Szulc 2020: 36). Mogłoby to okazać się pomocne dla polepszenia i pogłębienia relacji terapeutycznej, która jest jednym najważniejszych czynników leczących w terapii.

Interwencjami przeprowadzanymi wśród terapeutów w innych krajach w celu redukcji stygmatyzacji wobec osób z uzależnieniem były m.in. szkolenia oparte na podejściu empatycznym i redukcji uprzedzeń. Skuteczne okazały się w tym aspekcie m.in. szkolenia skoncentrowane na empatii i akceptacji, uczące terapeutów wspierania autonomii pacjenta bez jego oceniania (*motivational interviewing*) oraz treningi komunikacji (Lanken i in. 2015: 352). Przyczyniają się one do lepszego zrozumienia przez specjalistów trudności, z jakimi mierzą się osoby uzależnione, w kontekście swojej choroby, jak i społecznym. Osoby z uzależnieniem, które czują się nieoceniane i akceptowane, wykazują większą motywację do współpracy, co może zwiększać szanse na sukces terapeutyczny. Korzyści ze szkoleń płyną także dla samych terapeutów, u których może dochodzić do spadku obciążenia emocjonalnego i zwiększenia satysfakcji ze swojej pracy (Lanken i in. 2015: 352). Wskazane rozwiązania nie są kosztowne, a mogą umożliwić rozszerzenie percepcji profesjonalistów na trudności, z jakimi ich pacjenci muszą mierzyć się nie tylko w czasie trwania aktywnego nałogu, lecz także w trakcie terapii i po jej zakończeniu.

Bibliografia

- Avery J.D., Avery J., 2019, *The Stigma of Addiction an Essential Guide: An Essential Guide*, Berlin.
- Avery J.J., Avery J.D., Mouallem J., Demner A.R., Cooper J., 2020, *Physicians' and attorneys' beliefs and attitudes related to the brain disease model of addiction*, „The American Journal on Addictions”, Vol. 29, No. 4.
- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. (red.), 2012, *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych*, Warszawa.
- Barnett A.I., Hall W., Fry C.L., Dilkes-Frayne E., Carter A., 2018, *Drug and alcohol treatment providers' views about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: a systematic review*, „Drug Alcohol Rev”, Vol. 37, No. 3.
- Beck A.T., Dozois D.J.A., 2011, *Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions*, „The Annual Review of Medicine”, No. 62.
- Bielińska M., Lisiecka A., Radiukiewicz A., 2013, *Rola piętna w procesie wychodzenia z nałogu*. „Serwis Informacyjny Narkomania”, t. 62, nr 2.
- Bielenberg J., Swisher G., Lembke A., Haung N.A., 2021, *A systematic review for stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders*, „Journal of Substance Use Treatment”, No. 313.
- Boekel van L.C., Brouwers E.P.M., Weeghel van J., Garretsen F.L., 2013, *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review*, „Drug and Alcohol Dependence”, Vol. 131, No. 1–3.
- Caldwell T.M., Jorm A.F., 2001, *Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals*, „Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing”, Vol. 10, No. 1.
- Cazalis A., Lambert L., Auriacombe M., 2023, *Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review*, „Drug and Alcohol Dependence Reports”, No. 9.
- Chafetz M.E., 1979, *Alcohol and Alcoholism: The complexities of alcohol abuse require multiple research approaches toward effective treatment and prevention*, „American Scientist”, Vol. 67, No. 3.
- Chodkiewicz J., Nowakowska K., 2011, *Preferowana orientacja temporalna a przebieg leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu*, „Psychiatria Polska”, t. 45, nr 2.
- Corrigan P.W., Kuwabara S.A., O'Shaughnessy J., 2009, *The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample*, „Journal of Social Work”, No. 9.
- Corrigan P.W., Kleinlein P. (eds.), 2005, *The Impact of Mental Illness Stigma*, Washington.
- Corrigan P., Watson A., 2002, *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, „World Psychiatry”, Vol. 1, No. 1.
- Corrigan P.W., 2000, *Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, Vol. 7, No. 11.
- Curtis J., Harrison L., 2001, *Beneath the surface: Collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification*, „Journal of Advanced Nursing”, Vol. 34, No. 6.
- Dalky H.F., 2012, *Mental illness stigma reduction interventions review of intervention trials*, „Western Journal of Nursing Research”, Vol. 34, No. 4.
- Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J., Chatterji S., 2004, *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World*, „JAMA The Journal of the American Medical Association”, Vol. 291, No. 21.

- Earnshaw V.A., Smith L.R., Chaudoir S.R., Amico K.R., Copenhaver M., M., 2013, *HIV Stigma Mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework*, „AIDS and Behavior”, Vol. 17.
- Goffman E., 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk.
- Hasin D.S., Stinson F.S., Ogburn E., Grant B.F., 2007, *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*, „Archives of General Psychiatry”, No. 64.
- Hayward P., Bright J.A., 2009, *Stigma and mental illness: A review and critique*, „Journal of Mental Health”, Vol. 6, No. 4.
- Kingdon D., Sharma T., Hart D., 2004, *What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness?*, „Psychiatric Bulletin”, Vol. 28, No. 11.
- Kodeks etyczny terapeuty uzależnień*, 2007, Zarządzenie nr 8/2007 Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień oraz Regulaminu Pracy Komisji ds. Etyki, <http://www.kbnp.gov.pl>.
- Lanken P.N., Novack D.H., Daetwyler C., Gallop R., Landis J.R., Lapin J., Schindler B.A., 2015, *Efficacy of an internet-based learning module and small group debriefing on trainees' attitudes and communication skills toward patients with substance use disorders: Results of a cluster randomized controlled trial*, „Academic Medicine”, Vol. 3, No. 90.
- Link B.G., Phelan J.C., 2006, *Stigma and its public health implications*, „Lancet”, Vol. 11, No. 367.
- Mellibruda J., 1997, *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, t. 3, nr 28.
- Mellibruda J., Sobolewska-Melibruda Z., 2006, *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- Miller N.S., Sheppard L.M., Colenda C.C., Magen J., 2001, *Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorder*, „Academic Medicine”, Vol. 76, No. 5.
- Pęksa J.W., Dembe K., 2020, *Leczenie uzależnienia od leków nasennych i uspokajających w podstawowej opiece zdrowotnej – współpraca lekarza i psychologa*, „Psychoterapia”, t. 4, nr 195.
- Phillips D.L., 1963, *Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders*, „American Sociological Review”, No. 29.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K., 1990, *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*, „JAMA”, Vol. 261, No. 11.
- Room R., 2005, *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*, „Drug and Alcohol Review”, No. 24.
- Sawicka K. (red.), 2012, *Moralne powinności terapeuty uzależnień*, Warszawa.
- Schomerus G., Lucht M., Holzinger A., Matschinger H., Carta M.G., Angermeyer M.C., 2011, *The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies*, „Alcohol and Alcoholism”, Vol. 46, No. 2.
- Shahid A., Asmat A., 2023, *Stigmatization and perceived social support as predictors of treatment of substance use disorder (SUD), A systematic review*, „Journal of the Pakistan Medical Association”, Vol. 73, No. 4.
- Skinner N., Roche A.M., Freeman T., McKinnon A., 2009, *Health professionals' attitudes towards AOD-related work: moving the traditional focus from education and training to organizational culture*, „Drugs”, Vol. 16, No. 3.
- Strzelecki J., 2013, *Etyka składa się z pytań*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, t. 62, nr 2.

Szulc M., 2020, *Bo każdy pijak to złodziej! Problem stygmatyzacji i destygmatyzacji osób uzależnionych*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia”, t. 92, nr 4.

Ventura A.S., Bagley S.M., 2017, *To Improve Substance Use Disorder Prevention, Treatment and Recovery: Engage the Family*, „Journal of Addiction Medicine”, No. 11.

Weiner B., 1985, *An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion*, „Psychological Review”, Vol. 92, No. 4.

Wieczorek Ł., 2015, *Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej*. „Alkoholizm i Narkomania”, t. 28, nr 2.

Zdybek P., Derbis R., 2018, *Poczucie jakości życia i samoocena pacjentów w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 24, nr 3.

Biogram

Sylwia Wajs – Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, doktorantka w Szkole Doktor-skiej Nauk Społecznych UW. Temat rozprawy doktorskiej: „Stygmatyzacja i autostygmatyzacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – predyktory i mechanizmy zmiany”. Główne zainteresowania badawcze to terapia uzależnień chemicznych i behawioralnych, stygmatyzacja i autostygmatyzacja osób z problemem uzależnienia, nowe trendy w psychoterapii.

Sylwia Wajs – Faculty of Psychology, PhD candidate at the Doctoral School of Social Sciences, University of Warsaw. Dissertation topic: „Stigmatization and Self-Stigmatization of Individuals Addicted to Psychoactive Substances – Predictors and Mechanisms of Change.” Main research interests include therapy for chemical and behavioral addictions, stigmatization and self-stigmatization of individuals with addiction issues, and new trends in psychotherapy.