

## Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniu BSFT w praktyce leczenia uzależnień

*Nawet wieloletni, chroniczni alkoholicy mogą się zmienić i zacząć kontrolować swoje życie.  
(I. K. Berg)*

Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniu (Brief Solution Focused Therapy - SFT, czy jak obecnie się często mówi – Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniu) powstała w końcu lat 80 w USA. Jej prekursorami byli Steve de Shazer i Insoo Kim Berg, terapeuci, superwizorzy i nauczyciele wielu psychoterapeutów na całym świecie, do grona ich uczniów piszący te słowa miał zaszczyt od 1990 też się zaliczać.

SFT nie jest podejściem psychoterapeutycznym ograniczającym swoje zastosowanie do problematyki uzależnień, wręcz odwrotnie: to uniwersalny model pomagania ludziom, który znajduje również zastosowanie w leczeniu problemów związanych z uzależnieniami.

Rozwijany przez wielu współpracowników i kontynuatorów de Shazera i Berg, do Polski dotarł szybko, bo już w 1990. Szybko zyskał sobie uznanie i podobnie jak na całym świecie stosowany jest przez szkolonych przez nas<sup>1</sup> praktyków w wielu obszarach pomagania.

\*\*\*

- Uzależnienie *nie jest niczym szczególnym*. Uzależnienie jest tylko *jedną z wielu przypadłości*, z jakimi przychodzi się ludziom zmagać, jednym z wielu różnorodnych problemów, z jakimi ludzie zgłaszają się – lub nie zgłaszają – do terapii.
- Uzależnienie *jest szczególnym* problemem, z jakim przychodzi ludziom się zmagać. Jest *specyficznym rodzajem problemu*, a w zasadzie zespołem problemów, wywołanym przez specyficzne przyczyny i podległym specyficznym mechanizmom, a ponadto w specyficzny sposób wpływającym na ludzkie życie i związki.

O ile pierwsza teza wzbudza u wielu osób niepokój lub irytację, o tyle druga przyjmowana jest zwykle ze zrozumieniem i akceptacją, jako rodzaj aksjomatu, obowiązującego obecnie. Czy słusznie? Myślenie dywersyfikujące, obecne we współczesnych podejściach klinicznych, będące skutkiem analitycznego i racjonalistycznego sposobu uprawiania nauki, skutkuje budowaniem coraz nowych bytów w nauce, niekoniecznie wprowadzając nowe jakości w sposobie jej uprawiania. Uszczegółowianie, różnicowanie – inaczej myśli się o uzależnieniu od alkoholu, inaczej – od leków, czy od narkotyków. Rodzą się nowe byty, wspierane dodatkowo walką o dofinansowania dla placówek *ZAJMUJĄCYCH-SIĘ-CZYMS-CALKIEM-INNYM*. Pozwalam sobie wątpić w słuszność takiego postępowania - dzielenia pomagania ludziom na coraz mniejsze odcinki, tworzenia i kurczowego pilnowania swojej „wyjątkowej” specjalności. Prowadzi to do coraz większej specjalizacji, a jednocześnie ignorancji w innych obszarach dotyczących ludzkiego życia.<sup>2</sup>

Człowiek, a zwłaszcza jego funkcjonowanie psychologiczne jest wynikiem wielu wzajemnie sprzężonych ze sobą oddziaływań, zarówno czynników społecznych (bieżących i przeszłych) oraz biologicznych (konstytucjonalnych i aktualnych), a być może także innych (mówi się tu zwykle o duchowości człowieka). Specjalizacja i różnicowanie zachodzące w obszarze

---

<sup>1</sup> Mowa o Centrum Terapii Krótkoterminowej w Łodzi, szkolącym i popularyzującym SFT w Polsce od lat 90tych.

<sup>2</sup> Czy zdarzyło się czytelnikowi słyszeć o pacjencie, u którego lekarz specjalista nie umiał postawić rozpoznania z zakresu specjalności innego kolegi? Trudno ostatnio uniknąć takich historii – często tragicznych w skutkach.

pomagania ludziom w zakresie problemów uzależnienia prowadzi – bo musi – do wielu uproszczeń. Niekorzystnych i ograniczających możliwości działania terapeutów. Powyższy wywód, choć może wydawać się odległy od tematu, prowadzi do stwierdzenia o znaczeniu fundamentalnym: zależnie od rodzaju trującej substancji przyjmowanej przez człowieka, organizm reaguje różnymi objawami uszkodzenia (zatrucia), ale nie różnymi uzależnieniami.<sup>3</sup> Zasadne jest zatem raczej myślenie o człowieku w sytuacji problemowej (który używa alkoholu w sposób problemowy), a nie człowieku uzależnionym od alkoholu.<sup>4</sup> W dalszym ciągu artykułu stosować wprawdzie będę pojęcie uzależnienia od alkoholu, ale uwagi moje można zastosować także do innych form kłopotów, jakie mają ludzie. Odnoszą się bowiem do Człowieka.

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniu nie zajmuje się uzależnieniem od alkoholu jako jakimś szczególnym bytem. Samo stwierdzenie problemu z alkoholem jest traktowane jedynie jako opis problemu, który spowodował zgłoszenie po pomoc.

Zajmujemy się raczej oczekiwaniami klienta co do zmiany jego życia. Człowiek zgłaszający się do terapii i opisujący problemy z używaniem alkoholu informuje nas o tym, że w jego życiu w związku z używaniem alkoholu występuje problem. Prosimy go raczej o przedstawienie celu, jaki chce osiągnąć w trakcie pracy z terapeutą, a nie o stwierdzenie, że alkohol jest problemem. Cel może być całkowicie inny.

Nie czyni się przy tym tutaj założenia, że zgłoszenie czy nawet uznanie własnych problemów z alkoholem jest równoważne z gotowością do jakiegokolwiek zmiany, czy przerwania picia lub do chęci trwałej abstynencji. Ważnym dla właściwego przebiegu pracy w tym modelu jest fakt braku zainteresowania terapeuty dla jakiejs zmiany (choćby najsluszniejszej społecznie lub ideologicznie), a życzliwe zainteresowanie i nieustanne wpieranie zmiany pożądanej przez klienta. Nie chodzi przy tym - jak twierdzą niektórzy - o całkowity indyferentyzm moralny, relatywizm czy obojętność na ludzki ból. Człowiek jest – jak wiadomo - całością, systemem złożonym i wzajemnie zależnym, nie jest więc ważne w jakim miejscu rozpocznie się pracę na zmianą. Właściwie prowadzona praca nad poprawą życia człowieka musi doprowadzić - wcześniej raczej niż później - do konkluzji o koniecznym przekonstruowaniu obszarów dotkniętych patologią.

Określenie celu do terapii, który byłby ważny i korzystny dla klienta jest podstawową umiejętności skutecznego terapeuty. Poświęcenie uwagi zagadnieniom ważnym dla klienta pozwala na znalezienie jego motywacji do zmiany.<sup>5</sup> Zmorą psychoterapii (także odwykowej) jest pokutujące od czasów Freuda widmo oporu pacjenta przed zmianą. Oporu, który trzeba przełamać dla dobra pacjenta. Pacjent nie przejawia oporu sam z siebie, pacjent (właśnie pacjent, a nie klient, jak wolimy w SFT nazywać osobę korzystającą z pomocy, aby podkreślić jej udział w terapii i podmiotowość) reaguje całkowicie logicznym sprzeciwem – „oporem” – na przymuszanie go do zmiany określonej dla niego przez wszechwiedzącego terapeuty. Rolą terapeuty SFT jest zauważenie i wzmocnienie motywacji własnej klienta, aby była pomocą w terapii i wsparciem dla niego w zmianie, a nie skłanianie go do określonej poprawy.

---

<sup>3</sup> Zaskakujące - dla mnie samego- wsparcie znalazłem w przyjętych współcześnie kategorii diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV. Zespół uzależnienia rozpoznawany jest tam dzięki stwierdzeniu występowania łącznie kilku objawów, przez określony czas, przy czym część tych objawów ma charakter wielowymiarowy (silne pragnienie przyjmowania substancji, silne pochłonięcie sprawą przyjmowania substancji, zmiana zainteresowań, przeznaczanie większości czasu na działania związane z przyjmowaniem substancji). ZZA jest rozpoznawany na podstawie definicji dotyczącej ogólnie pojmowanego uzależnienia od substancji. Specyfikacja zachodzi na poziomie rozpoznawania rodzaju używanej substancji, objawów zespołów abstynencyjnych, a nie istoty uzależnienia.

<sup>4</sup> Konsekwencje etykietowania pacjentów omawiane były wielokrotnie – patrz np. *Picie kontrolowane* W.R.Miller, R.F.Munoz, PARPA 2006

<sup>5</sup> „Każdy klient ma motywację” mówił S de Shazer.

SFT nie zajmuje się problemami ani ich rozwiązywaniem. Nie interesuje nas określenie celu: „Przestać pić”, ponieważ nie mówi to nic o tym, czego chce klient.

W SFT nacisk położony jest na budowanie pozytywnego życia, a nie na rozwiązywanie jakichkolwiek problemów<sup>6</sup>. Paradoksalne jest, że terapeuci w wielu szkołach pomagania deklarują pracę nad poprawą życia klienta, ale swoją uwagę poświęcają głównie usuwaniu z ich życia problemów. Czynią tak, mimo werbalizowania rozumienia „znaczenia objawów w życiu pacjenta”, czyli de facto decydując się na usuwanie elementu z definicji *ważnego dla pacjenta*.<sup>7</sup> Czasami takie postępowanie uzasadniane jest dodatkowo koniecznością analizy problemu dla znalezienia rozwiązania.

W pracy z osobami uzależnionymi czynnikiem, który trzeba brać pod uwagę, jest często tunelowe myślenie przejawiające się w nastawieniu na „zaprzestanie picia”<sup>8</sup>. Terapeuci przyjmując takie deklaracje jako dobre określenie celu natychmiast znajdują się w tej samej matni co ich pacjenci, do tego nie mając zwykle wsparcia w ich współpracy. Nie ma w tym niczego dziwnego, jako, że człowiek pijący problemowo sam nie jest do końca zorientowany w tym, jak rozumieć swoją sytuację i jakie decyzje dotyczące używania alkoholu chce podjąć. Jednak ten tunelowy sposób widzenia rzeczywistości utrudnia mu refleksję nad zmianą w życiu: „Co się ma zmienić?! Chcę przestać pić! Reszta będzie taka sama!”. To oczywiście nieprawda, jeśli popatrzy się na odmienione życie tych spośród naszych klientów-pacjentów, którzy poradzili sobie z używaniem alkoholu. Uleczyła ich zmiana życia, a nie - życie zmieniło się na skutek wyleczenia skutkującego nie-piciem. Dlatego ważne jest szukanie celu wystarczająco dobrego, aby warto było przestać pić. Pomocą w tym może być już sam fakt zgłoszenia, zawierający efekt jakiejś refleksji nad swoją sytuacją i poczucie bezradności w przeprowadzeniu poprawy samemu, ale także powstrzymanie się lub ograniczenie używania alkoholu.<sup>9</sup>

SFT nie zajmuje się problemami. Gdyby w wiedzy i rozumieniu problemu znajdował się klucz do rozwiązania, pijący człowiek wiedziałby najlepiej jak sobie poradzić i nie zgłaszał się do terapii. Problem nie zawiera rozwiązania i dlatego trwa. Rozwiązania trzeba szukać poza nim, w radzeniu sobie klienta, w lepszych chwilach jego życia.

Właśnie tam, w czasie tzw. „wyjątków”<sup>10</sup> uruchamiane przez klienta były jego własne zasoby, umiejętności radzenia sobie z problemem. Fakt ich istnienia potwierdzi każdy człowiek skłoniony do refleksji nad tym, czy kiedyś przez chwilę poradził sobie lepiej, np. powstrzymał się od napicia alkoholu, mimo namów kolegów. Fakt takiej chwilowej poprawy (w kontekście całej sytuacji, w której przeważa picie problemowe) zwykle tłumaczony jest przez otoczenie pacjenta jako objaw jego słabej lub złej woli (czyli paradoksalnie – na jego niekorzyść!) – „przecież może nie pić!” albo „on ma słabą wolę, nie da sobie rady” – a przez terapeutów ignorowany, jako nie znaczący. Niesłusznie.

Dowodzi on, że klient rzeczywiście umie powstrzymać się od picia, ale nie posiada motywacji lub nawyku korzystania z tej umiejętności.<sup>11</sup> To przykład wyjątku, ale przypadkowego, a nie wolicjonalnego. Terapia może mimo to oprzeć się na istnieniu takiego wyjątku i szukać sposobów na jego utrwalenie.

---

<sup>6</sup> Od tradycyjnych podejść terapeutycznych SFT różni właśnie położenie głównego akcentu na budowaniu rozwiązania, a nie na rozwiązywaniu problemu.

<sup>7</sup> Jak można dziwić się oporowi pacjenta w takiej relacji?

<sup>8</sup> Ale nie jest to specyfika wyłącznie osób z tym rodzajem problemów. Podobnie jest np. z uciążliwymi objawami jak tiki, napady lęku, czynności przymusowe, etc.

<sup>9</sup> „Często klienci potrzebują jedynie lekkiego wsparcia, aby iść dalej w stronę pozytywnej zmiany, którą ONI ZACZĘLI.”

I K Berg

<sup>10</sup> Wyjątkowych, bo wolnych od problemowego zachowania momentach.

<sup>11</sup> „Zdrowienie nie zaczyna się z momentem gdy klient zgłosi się do naszego biura; nie zaczyna się nawet gdy przestaje pić.(...) Zdrowienie zaczyna się z dniem, gdy klient pomyśli po raz pierwszy: „Muszę coś zrobić z tym piciem”.

I K Berg

Czasem napotykamy tu na brak przekonania klienta, czy niezbędna jest abstynencja. Siłą utrwalonego wzorca życia związanego z używaniem alkoholu, określonymi kontaktami społecznymi, rytmem dnia, etc. powoduje, że ludzie wahają się, rozważając możliwe alternatywne sposoby postępowania. Terapeuta SFT nie jest zainteresowany określonym wyborem<sup>12</sup>, a do tego wiemy dobrze o auto motywującym charakterze własnego doświadczenia człowieka. Z tego powodu – jeśli nie niesie to zbytniego ryzyka dla klienta lub innych osób – można podjąć próby poszukiwania sposobów właściwego utrwalania wyjątków – np. ograniczania picia, etc. Zaskakującym skutkiem takiego postępowania jest wzrost motywacji klienta do zmiany, do podejmowania odpowiedzialności<sup>13</sup> i współpracy z terapeutą.

Porażki, które przy tym mogą się zdarzyć, są zwykle mniej groźne niż utrata przez klienta zaufania do terapeuty lub wstyd przed powrotem do terapii - jeśli prorokowaliśmy mu jego przegraną, aby próbować powstrzymać go przed sprawdzeniem swojego „głupich” pomysłów. Ważną sprawą jest okazywana i przede wszystkim autentyczna akceptacja dla osoby klienta, jaką musi posiadać terapeuta. Terapeuta SFT jest osobą życzliwie przyjmującą opowieści klienta, niezależnie od tego, co podpowiada mu jego wiedza kliniczna. Nie oznacza to oczywiście głupoty, ani amnezji terapeuty, raczej jego skłonność do zadawania klientowi na podstawie własnej wiedzy i doświadczenia pytań, zmierzających do zrozumienia jego powodów do określonych sądów i wyborów – tak długo oczywiście, póki są one zgodne z prawem.<sup>14</sup> Jest to wymóg stawiający terapeutę wysokie wymagania, co do umiejętności dystansowania się do własnych sądów wartościujących i zdolności aktywnego słuchania. To duża różnica w stosunku do tradycyjnego modelu terapii (zwłaszcza zaburzeń takich jak uzależnienie), zakłada bowiem, że klient miał ważne powody, dla których coś zrobił, a nie że zaprzecza (czyli kłamie), czy jest pod wpływem nieświadomych mechanizmów obronnych. Korzyścią z takiego sposobu myślenia i postępowania jest budowanie zaufania i odpowiedzialności klienta, który nie musi i nie jest w żaden sposób zachęcany do wyjaśniania swego postępowania przy pomocy tłumaczenia się. Interesuje nas radzenie sobie, lepsze postępowanie w przyszłości – ważne są więc raczej wnioski niż usprawiedliwienia. To właśnie następny ważny dla SFT element – monitorowanie poprawy (czy szerzej: zmiany) i wyciąganie na jej podstawie wniosków do zastosowania w następnych krokach do realizacji. Ten element pracy jest obecny w trakcie przede wszystkim następnych spotkań, gdy klient może relacjonować swoje postępy w drodze do własnego celu i ewentualne refleksje nad koniecznymi modyfikacjami postępowania.

Istotnym elementem pracy w modelu Skoncentrowanym na Rozwiązaniu jest nieustanne wzmacnianie pozytywnych elementów w zachowaniu klienta. Dokonywane jest to dzięki życzliwemu nastawieniu terapeuty, podkreślającego osiągnięcia lub pozytywne refleksje klienta w trakcie całej sesji, a także na jej koniec każdego spotkania terapeutycznego w formie pozytywnej informacji zwrotnej. Nie jest to bezkrytyczne chwalenie, ale raczej

---

<sup>12</sup> Nie jesteśmy przecież wcale przekonani, co do nieodwracalnego charakteru utraty kontroli, a już z pewnością co do pewności diagnozy trwałej utraty kontroli u określonej osoby – można stwierdzić tylko brak kontroli w przeszłości, ale nigdy w przyszłości.

<sup>13</sup> Dr Luc Isebaert na warsztacie prowadzonym dla Centrum Terapii Krótkoterminowej w 2006 r. opisał doświadczenia swojego zespołu oddziału odwykowego w szpitalu Saint John's w Brugge: „Początkowo uważaliśmy, że możemy na podstawie diagnozy przewidzieć, kto z naszych pacjentów utrzyma abstynencję, a kto będzie miał nawroty i powinien utrzymywać abstynencję. Okazało się, że nie. Wtedy postanowiliśmy ich pytać o zdanie: kto chce pić kontrolowanie, a kto uczyć się abstynencji. Wkrótce wezwał mnie dyrektor szpitala. Okazało się, że ilość pacjentów wracających na nasz oddział znacząco spadła. Oni sobie lepiej radzili, jeśli sami zaplanowali swoją drogę! Dlatego uważam, że jeśli myślisz, że wiesz, co jest dobre dla pacjenta - nie lepiej będzie jeśli mu tego nie będziesz mówić.”

<sup>14</sup> „Prowadząc terapię, moi koledzy i ja staramy się zwracać baczną uwagę na to, co klienci mówią i jak to mówią, a jednocześnie odrzucamy przyjmowanie czegokolwiek na wiarę.” S. de Shazer

przedstawienie ważnych i dobrych dla osiągnięcia postępu zachowań i przemyśleń klienta, o których dowiedzieliśmy się od niego.

Wiele osób mogłoby w tym miejscu zapytać o sposób realizacji takiego postępowania terapeutycznego, czyli o techniki terapeutyczne. SFT nie koncentruje się na używaniu specyficznych, szczególnych technik.<sup>15</sup> Używać można wielu znanych technik, ale ważne jest ich nastawienie na szukanie i wspieranie poprawy, a nie zgłębianie porażek i patologii klienta. Zamiast przywiązywać się do jakichś technik czy schematów zdrowienia SFT stara się być elastyczne i dopasowywać się do konkretnego klienta i jego potrzeb i nie oczekiwać, że klient dopasuje się do naszego modelu postępowania.

Kryteria sukcesu i zakończenia terapii w SFT to osiągnięcie celów zakładanych przez klienta lub innych pozytywnych zmian w zadowalającym dla niego zakresie.<sup>16</sup> On określił, czego chce i tylko on wie, czy już to osiągnął. Nawet jeśli wiemy<sup>17</sup>, co jeszcze powinien zmienić – bądźmy mu wdzięczni, że nam zaufał i poświęcił swój czas. I tyle.

I na koniec: niech was nie zwiedzie prostota. Jak powiedział terapeuta SFT Michael Hjerth: „Skrzypce mają tylko jeden smyczek i cztery struny. Grają pięknie. Ale czy jest łatwo nauczyć się na nich pięknie grać?”

Żeby być dobrym terapeutą SFT dobrze jest dużo wiedzieć i umieć. A dodatkowo - nie dać się tej wiedzy ograniczyć.

\*\*\*

#### Dobre rady dla terapeuty

- Pamiętaj, że żaden problem nie będzie trwać wiecznie.
- Zaufaj mądrości klienta. Założyciele AA dali sobie radę bez terapeutów, bo znaleźli własną drogę.
- Pamiętaj, że każdy ma jakąś motywację. Szukaj jej i zastanawiaj się, jak jej użyć.
- Rób to, co działa – przyspieszysz zdrowienie. Nie ma konieczności wywoływania dużych zmian - małe są wystarczające.
- Pamiętaj, że rozwiązania są niezależne od problemów. Zawsze są jakieś lepsze chwile - szukaj ich.
- Nie rób rzeczy niepotrzebnych, które spowolniają zdrowienie, nie utrudniaj klientowi.
- Pytaj, zbieraj informacje, komentuj – zawsze na temat dobrych rzeczy (wywiad pozytywny, zalecenia, docenianie radzenia sobie, decyzje o zaprzestaniu, starania udane lub *tylko* starania, szukanie pomysłów gdzie indziej).
- Proponuj tylko to co, klient może przyjąć – nie to, co Ty chcesz lub uważasz za ważne – to stanowi o różnicy między pomaganiem a manipulacją
- Okazuj szacunek i akceptację klientowi – to czyni nas ludźmi, daje poczucie wartości w sytuacji, gdy nie czujemy swojej siły, jesteśmy bezradni.

---

<sup>15</sup> Najlepszą techniką na skłonienie do refleksji jest zastanawianie się samemu i pytanie drugiej osoby.

<sup>16</sup> Zawsze przy omawianiu modelu pracy SFT pojawia się pytanie o skuteczność takiego sposobu pomagania. W lecnictwie odwykowym najlepsze badania skuteczności wykonywał zespół Saint John`s Hospital z Brugge (Belgia). M.in. w wynikach wskazano:

- Populacja 131 alkoholików badanych w 4 lata po hospitalizacji
  - Na 100 ( 84% populacji leczonych) – 60 było abstynentami lub 40 kontrolowało, hospitalizowanych powtórnie po leczeniu było 26,1%
  - Różnica pomiędzy grupą leczoną w stronę kontrolowanego picia a abstynencyjną była nieistotna statystycznie
- Informacje w badaniu uzyskiwano z wywiadu telefonicznego oraz od rodziny

<sup>17</sup> Nie wiemy, ale uważamy, że wiemy – zgodnie z naszym przekonaniem, wiedzą, szkołą terapii, oczekiwaniem naszej instytucji, czy moralnym osądem.

- Miej wiarę w siły klienta i spodziewaj się od niego dobrego, dopasowania się do Twojej pozytywnej opinii – aby znów poczuć przyjemność bycia słusznie chwalonym!
- Dawaj uwagi adekwatne do możliwości, oparte na realiach – bo nadmiarowe będą odrzucone jako sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem.

\*\*\*

Jacek Lelonkiewicz – psycholog kliniczny, trener Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany psychoterapeuta SFT, certyfikowany psychoterapeuta Europejskiej Federacji Psychoterapii i superwizor Canadian Council of Professional Certification, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista przeciwdziałania przemocy. Członek Polskiej Federacji Psychoterapii i Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu. Odbył 4-letni staż w Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie oraz staż w Brief Family Therapy Center, USA. Współtwórca Ośrodka Terapii Odwykowej w Łodzi. Od 1994 do 2006 założyciel i dyrektor Ośrodka Terapii Rodzin i Hostelu dla Matek z Dziećmi w Łodzi. Licencjonowany współpracownik PPCI i ICAS w Polsce. Jego doświadczenia zawodowe obejmują pracę z pacjentami neurotycznymi, border-line, pacjentami uzależnionymi od alkoholu, treningi psychologiczne i pracę rozwojową z ludźmi zdrowymi, a także superwizowanie i prowadzenie szkoleń. Od 1990 stosuje podejście SFT w terapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej. Szkolił i propagował ten model pracy, uczył pierwszych praktyków stosujących to podejście w Polsce. Członek Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy PARPA. Członek – przedstawiciel Polski w Europejskim Stowarzyszeniu Terapii Krótkoterminowej EBTA. Współzałożyciel Centrum Terapii Krótkoterminowej w Łodzi, polskiego ośrodka SFT.

Więcej: [WWW.centrumtk.com](http://WWW.centrumtk.com)