

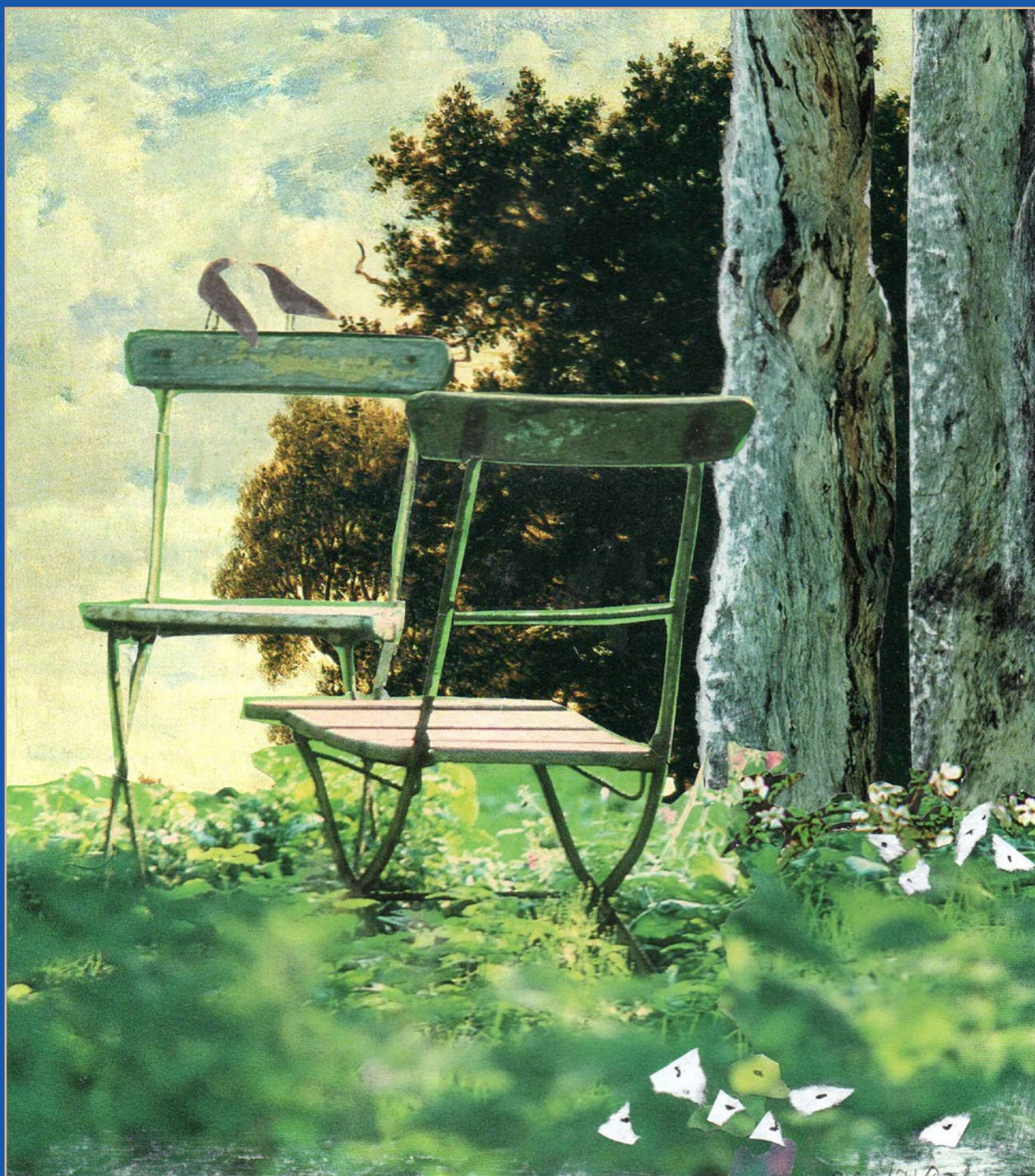
Nr 1/2024 (Rok XXVII)

ISSN 2719-9738

KWARTALNIK

TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH





W następnym numerze między innymi

- zagrożenie opioidami
- terapia młodych
- prawo i hazard

WSTĘP



Ideą przewodnią naszej pracy jest stały rozwój. Dwóch psychologów R. Hester i W. Miller już w 2003 doliczyli się i zbadali blisko stu programów uzależnienia.

W tym numerze Natalia Smogulecka, pisząc na temat traumy i jej związków z zaburzeniami zachowań seksualnych, przywołuje w swoim tekście badanie P. Carnesa, który w 2005 roku opisał jedenaście sposobów, w jakie uzależnienia mogą wchodzić ze sobą w interakcje. Dziś zapewne moglibyśmy uzupełnić o kolejne. Badań, analiz, programów i metod wciąż przybywa. Jednak czy koją nasz terapeutyczny niepokój, który ujawnia się mocno w superwizjach?

Już dziś mogę zapowiedzieć zwrócenie uwagi na kolejne jego źródło. Następny numer przyniesie refleksje na temat zagrożenia opioidami w Polsce. To, co wiemy o problemach społecznych, to fakt, że nie możemy ich uniknąć, że możemy im wychodzić naprzeciw, rozpoznawać źródła,

szukać metod interwencji. Im więcej wiemy na temat tego, z jakim zagrożeniem mamy do czynienia, tym mniej bezradności. Przynajmniej teoretycznie.

Bieżący numer przynosi kolejne spojrzenie na uzależnienia. Tym razem w perspektywie teorii poliwalgalnej Porgesa. To przygotowana przez Magdalenę Krzywotulską ledwie zajawka, którą chcieliśmy zaciekawić naszych bardziej dociekliwych Czytelników.

W numerze nadal o traumie i uzależnieniu. Temu zagadnieniu poświęciliśmy w ostatnich latach wiele miejsca. Tym razem o skutkach traumy relacyjnej pisze Joanna Chmarzyńska-Golińska. Te związki między traumą a uzależnieniem pozwalają lepiej rozumieć kwestie regulacji emocji. Pisze o tym Justyna Kotowska w pierwszym artykule na ten temat. To nasz komentarz do obszernego opracowania pt. „Regulacja emocji a problemowe używanie alkoholu”, przeglądu literatury autorstwa Małgorzaty Rydzewskiej, Justyny Zaorskiej i Andrzeja Jakubczyka. Zachęcamy do zapoznania się z tym opracowaniem, ale podkreślając jego wagę, decydujemy się na przybliżenie niektórych treści w naszym piśmie. Problem regulacji emocji otwiera drogę koncepcjom terapii osób uzależnionych, które czerpią z nurtów doświadczeniowych. Opierając się na analizowanych procesach zmiany, ten kierunek daje nadzieję na zwiększenie efektywności stosowanych w Polsce terapii. Do tematu będziemy wracać.

Nasz numer zaczynamy rozmową z Joanną Sobczyńską, konsultantem wojewódzkim w Łodzi w dziedzinie terapii uzależnień. Staramy się w ten sposób

przybliżyć zadania konsultantów, również w kontekście specjalizacji. To temat, który wymaga informowania, przybliżania idei powoływania takich funkcji i szerzej, właśnie rozwoju dziedziny psychoterapii uzależnień.

Takie rozwojowe przejścia mają swoje konsekwencje. Środowiskowe, systemowe, często osobiste. Tam, gdzie problem otwiera proces, struktura zwykle reaguje kryzysem. Opisano to w wielu opracowaniach. Z kryzysu – jeśli wyciągać wnioski – rodzą się nowe idee.

W znanej już powszechnie publikacji „Ponad DSM” jej autorzy, S. Hayes i S. Hofmann, zwracają uwagę na zmianę paradygmatu, w którym proces i zmiana wyznaczać mogą dalszy rozwój w obszarze zaburzeń psychicznych, a zaburzenia i uzależnienia to jednak jedna rodzina źródeł problemów. Trudno dziś powiedzieć, czy i w jaki sposób możemy czerpać z idei, o których mówią autorzy opracowania. Niemniej, pięć uznanych w Polsce podejść, również w dziedzinie terapii uzależnienia, jest być może tych idei otwarciem. Stąd właśnie w numerze spojrzenie na kwestie integracji w terapii osób uzależnionych Joanny Romaniuk. Zakładam, że na ten temat możemy mówić z różnych perspektyw teoretycznych.

Forpocztą zmian są również zapisy w ICD11. Staramy się już o nich mówić. Konsekwencji będzie wiele, jak mówi w swoim artykule Roman Wojnar. Od diagnozy po interwencję i działania systemowe.

Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny

SPIS TREŚCI

- Str. 5** Wszystko wydaje się nowe
*Rozmowa z **JOANNĄ SOBCZYŃSKĄ**, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychoterapii uzależnień w województwie łódzkim*
- Str. 7** Integracja w psychoterapii osób z problemem uzależnienia w praktyce klinicznej – **JOANNA ROMANIUK**
Poszukując właściwej drogi leczenia osób z problemem uzależnienia, zrozumiałam, że nie ma jednego zawsze skutecznego nurtu terapeutycznego, a złożoność problemów tej grupy pacjentów wymaga niezwykle zindywidualizowanego podejścia i integracji różnych sposobów myślenia

- Str. 12** Wsłuchując się niewysłuchane. Traumarelacyjno-rozwojowa a uzależnienia – **JOANNA CHMARZYŃSKA-GOLIŃSKA**
Analizycka jungowska Marion Woodman mawiała, że nałogi to niewysłuchane części nas samych. W moim rozumieniu „niewysłuchane części to te, które nie zaistniały w umyśle opiekuna, nie zostały rozpoznane i odzwierciedlone, w efekcie czego uległy dysocjacji
- Str. 17** Jak nie umrzeć ze strachu, czyli o dążeniu do bezpieczeństwa w niebezpiecznych czasach – **MAGDALENA KRZYWOTULSKA**
W historii ewolucji naszego gatunku przebywanie w samotności w oderwaniu od grupy groziło niebezpieczeństwem. Tłumaczy to, dlaczego wielu ludzi w trakcie trwania pandemii reagowało kryzysem. Teoria poliwalgalna mówi, że każdy z nas ma biologiczny imperatyw łączenia się z innymi w celu uzyskania spokoju i poczucia bezpieczeństwa
- Str. 22** Odtajnione CSBD – **NATALIA SMOGULECKA**
Kompulsywne zachowania seksualne (CSBD) – dla niektórych osób stają się strategią regulowania stanów afektywnych, a także swoistym bezpiecznikiem, który zawsze jest pod ręką i dzięki któremu można odciąć się od tego, co bolesne czy przerażające
- Str. 26** Podwójna diagnoza: wyzwania psychoterapii pacjentów z uzależnieniem i współwystępującą psychozą – **NATALIA KUSKA**
Grupa pacjentów z podwójną diagnozą należy do najtrudniejszych i najbardziej nieufnych klientów poradni i ośrodków leczenia uzależnień. Niełatwo nawiązać z nimi kontakt terapeutyczny
- Str. 30** Hazard i substancje psychoaktywne
Rozmowa z DR ŁUKASZEM WIECZORKIEM z Instytutu Psychiatrii i Neurologii
- Str. 32** Diagnostyka traumy i uszczerbku na zdrowiu w świetle ICD-11 – **ROMAN WOJNAR**
Nowe wytyczne i możliwości diagnostyczne zawarte w ICD-11 mogą spowodować znaczne rozszerzenie puli pacjentów, którzy będą chcieli skorzystać z pomocy w placówkach leczenia uzależnień
- Str. 34** Regulacja emocji a doniesienia z badań. Implikacje kliniczne, część I – **JUSTYNA KOTOWSKA**
Duże znaczenie dla diagnozy i poznawania świata pacjenta ma odejście od posługiwania się jednym konstruktem, jakim jest mechanizm nałogowego regulowania uczuć, gdyż pomaga w uporządkowaniu świata wewnętrznych doświadczeń, który i tak jest już trudniej dostępny i zdeintegrowany ze względu na rozwijającą się chorobę alkoholową
- Str. 37** Bariery na drodze do zdrowienia – **ANNA GRONOWSKA – KAROLKIEWICZ**
Czy terapia uzależnień rzeczywiście dostępna jest dla wszystkich? O trudnościach i potrzebach osób niesłyszących opowiada psycholożka
- Str. 40** W bezpiecznej przestrzeni – **PAWEŁ ROSIŃSKI**
Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest okazją do kształtowania i rozwijania w sobie każdego elementu triady
- Str. 43** Stojąc w przedpokoju – **MARTA FAJFER**
Superwizja psychoterapii uzależnień – perspektywa superwizanta i superwizora
- Str. 46** Z wizytą w Ostrowie Wielkopolskim
Istniejący od ponad 30 lat Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Ostrowie Wielkopolskim stawia na nowoczesną terapię integrującą różne szkoły psychoterapii i dostosowuje je do potrzeb każdego swojego pacjenta
- Str. 48** Sesja wiosenna egzaminów certyfikacyjnych
Rozmowa z koordynatorem komisji egzaminacyjnych – DR JOLANTĄ RYNIĄK

ISSN 2719-9738

TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Pismo bezpłatne, dostępne wyłącznie w prenumeracie. Zamówienia prenumeraty na www.touib.pl (Prenumerata). Zastrzegamy sobie prawo do redagowania, skracania otrzymanych tekstów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja: dr Ireneusz Kaczmarczyk – **REDAKTOR NACZELNY**
Jarosław Banaszak – **SEKRETARZ REDAKCJI**
Piotr Cholerzyński – **REDAKTOR WYDANIA INTERNETOWEGO**
Ewa Grzesiak – **ASYSTENTKA REDAKCJI**
Agnieszka Ilinicz-Kielkiewicz – **ILUSTRACJE**
Mariusz Mamet | Mac Map – **SKŁAD KOMPUTEROWY**

ADRES REDAKCJI

ul. Wspólna 27, 61-479 Poznań
email: touib.pmiz@gmail.com; www.touib.pl

Wydawca: **PRACOWNIA MOTYWACJI I ZMIAN**

Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Rozwój merytoryczny placówek leczenia uzależnień i psychoterapeutów uzależnień stanowi dla mnie jeden z priorytetów

WSZYSTKO WYDAJE SIĘ NOWE

Rozmowa z **JOANNĄ SOBCZYŃSKĄ**, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychoterapii uzależnień w województwie łódzkim

Wraz z powołaniem krajowej konsultant w dziedzinie psychoterapii uzależnień weszliśmy w obszarze uzależnień w nową epokę, czy zadania konsultanta wojewódzkiego są porównywalne do jakiejś innej wcześniejszej funkcji?

– To bardzo ciekawe stwierdzenie „weszliśmy w obszarze uzależnień w nową epokę”. Uważam, że to proces, w którym jesteśmy, uczestniczymy, współtworzymy. Wiele zmian już za nami, wiele jeszcze do zrobienia. Z dużą ekscytacją, ciekawością i zaangażowaniem uczestniczę w tym procesie.

Na wniosek konsultant krajowej prof. Barbary Bętkowskiej – Korpały, zostałam powołana przez wojewodę łódzkiego, w sierpniu 2023r, na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychoterapii uzależnień dla województwa łódzkiego. Decyzja ta była poprzedzona wieloma rozmowami, spotkaniami i przemyśleniami, konsultowana i opiniowana przez właściwe samorzady zawodowe. To trudne zadanie, którego podjęłam się po wielu miesiącach rozważań. Wiąże się z dużym zakresem zadań i sporymi oczekiwaniami.

Do tej pory nie było w systemie leczenia uzależnień podobnej funkcji, nie mamy wzorców do naśladowania, a odpowiednikiem i swoistym drogowskazem mogą być jedynie konsultanci wojewódzcy z dziedzin pokrewnych tj. psychologia kliniczna czy psychiatria. Zadania konsultanta wojewódzkiego wynikają ściśle z Ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, z dnia 6 listopada 2008 r. (dalej: ustawa o konsultantach, Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, ze zm.), która weszła w życie w dniu 5 czerwca 2009 r. i na niej opieram zakres swoich działań. [przypis. red. Patr: ramka]



Z kim przede wszystkim ma współpracować konsultant w realizacji swoich zadań? Kogo reprezentuje i przed kim?

– Ściśle współpracuję z konsultantem krajowym oraz z konsultantami wojewódzkimi. Do tej pory otrzymały już powołania, Anna Przenzak – woj. świętokrzyskie, Dorota Reguła – woj. warmińsko – mazurskie, Bożena Maciek – Haściło – woj. wielkopolskie, Iwona Niewiadomska – woj. lubelskie, Jolanta Ryniak – woj. małopolskie. Kolejne osoby dołączą do naszego grona w niedalekiej przyszłości.

Spotykamy się regularnie na zebraniach, jesteśmy w stałym kontakcie telefonicznym i mailowym, podejmujemy wspólnie wiele działań konsultacyjnych, opiniujących, inicjujących. Na poziomie administracji województwa jestem przedstawicielem Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, współpracuję z wojewodą oraz dyrektorem Departamentu Zdrowia Publicznego.

Na co może liczyć system lecznictwa z Waszej strony? Poszczególne placówki? Na jakie wsparcie?

– Wraz z pozostałymi konsultantami chcemy zadbać o jakość świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień, wspierać placówki lecznicze w realizacji ich celów, zdefiniować potrzeby i oczekiwania

środowisk terapeutycznych, reagować na bieżąco w sprawach istotnych dla środowiska, inicjować i konsultować zmiany dotyczące aspektów prawnych, ustaw, rozporządzeń, procedur dotyczących poprawy i wzmocnienia konstruktywnych zmian. Dynamiczne zmiany w systemie lecznictwa uzależnień wymagają skoordynowanych i systemowych działań ze strony wielu instytucji zaangażowanych w pomoc, terapię, leczenie osób z uzależnieniami i ich bliskich. Wsparcie dla poszczególnych jednostek z terenu województwa łódzkiego, w tym wymagającym zadaniu – to mój główny cel.

Zadania przypisane to jedno, a zadania, które się pojawiły w rzeczywistości, to drugie. Jesteś pierwszym powołanym konsultantem, co zastałaś w swoim „wirtualnym”, zapewne, biurze? Z czym się mierzysz? Z czym mierzą się inni konsultanci, których przybywa?

– W moim „wirtualnym” biurze zastałam „przestrzeń” do wypełnienia i zagospodarowania. Wszystkie zadania, które realizowałam, były pionierskie.

Obecnie bardzo wspierają mnie moje koleżanki konsultantki, mamy wiele wspólnych pomysłów, tworzymy wspólne rozwiązania, konsultuję z nimi swoje zakresy. Ważne wydaje mi się tworzenie wspólnego myślenia o psychoterapii uzależnień, wymiana doświadczeń, integrowanie środowiska psychoterapeutów pracujących z różnymi uzależnieniami na terenie naszego województwa. Dbałość o jakość udzielanych świadczeń medycznych, podnoszenie poziomu umiejętności psychoterapeutów uzależnień, szkolenie nowych kadr to zadania do wykonania w najbliższych miesiącach i latach.

Czy konsultant ma wpływ na rozwój merytoryczny terapii, czy to jedynie administracja?

– Właśnie to zadanie wydaje się kluczowe. Nie chcę pełnić jedynie funkcji administracyjnej, choć część zadań wią-

że się ze sprawozdawczością, tworzeniem dokumentów, opiniowaniem. Rozwój merytoryczny placówek leczenia uzależnień i psychoterapeutów uzależnień stanowi dla mnie jeden z priorytetów.

Co czeka powoływanych konsultantów w tym roku?

– Dla mnie ważnym zadaniem jest uruchomienie pierwszej w województwie łódzkim specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Fundacja Vis Salutis otrzymała akredytację na prowadzenie takiego szkolenia dla grupy 24 osób. Po kwalifikacji nadesłanych zgłoszeń, w której brałam udział, wyłonione zostały ostatecznie 23 osoby. Rozpoczną one, w kwietniu, pierwsze zajęcia.

Chcemy dbać o jakość uczenia, w kształceniu specjalistów, dlatego ważne jest zdobywanie wiedzy jak i doświadczenia. W przyszłości planujemy zwiększać liczbę miejsc specjalizacyjnych, pomagać w uzyskaniu dofinansowania do szkoleń, ułatwiać możliwości zdobywania doświadczenia i podnoszenia kwalifikacji w placówkach stażowych. Podobnie jest w innych województwach.

Tymczasem teraz...

– Wspólnie z konsultant krajową i konsultantkami wojewódzkimi odbywamy regularne spotkania. Jesteśmy uważne na zmiany w przepisach prawnych, konsultujemy je i wnosimy własne spostrzeżenia, monitorujemy postępy prac w tym zakresie.

Jesteśmy obecnie na etapie tworzenia rekomendacji dotyczących tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, współpracujemy w sprawie stworzenia nowej ustawy dotyczącej przeciwdziałania i leczenia uzależnień, przygotowujemy

rekomendacje dotyczące zatrudnienia specjalistów i instruktorów terapii uzależnień w placówkach służby zdrowia, chcemy zadbać o stworzenie standardów opieki nad pacjentami z uzależnieniem i ich bliskimi.

Informowanie o roli i znaczeniu konsultantów to zapewne ustawiczne działanie?

– W województwie łódzkim, wspólnie z Regionalnym Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, planujemy zorganizować w dniu 26 czerwca tego roku konferencję z okazji Światowego Dnia Przeciwdziałania Narkomanii. Będziemy mówić o „zmianach”. Swoją obecność, między innymi, potwierdzili już: prof. Barbara Bętkowska – Korpała, prof. Jan Chodkiewicz, dr Aleksandra Lewandowska (konsultant krajowy z psychiatrii dzieci i młodzieży), dr Anna Przenzak. Zaproszeni do udziału są przedstawiciele różnych środowisk związanych z uzależnieniami (KCPU, WOLU, MONAR, psychiatria dzieci i młodzieży itp.). Mam wielką nadzieję na owocne dyskusje, wymianę poglądów, pomysły na rozwiązanie różnych trudności. Zapraszam serdecznie.

Co z procesem kształcenia?

– Dostaję wiele telefonów, e-maili z pytaniami dotyczącymi ścieżki kształcenia, pojawiają się pytania o jakość świadczonych usług w placówkach z terenu województwa, pytania dotyczące planowanych zmian w systemie leczenia uzależnień. Część z nich wiąże się z ciekawością, ale też niepokojem. Staram się wyjaśniać, udzielać odpowiedzi, kierować do odpowiednich instytucji i osób odpowiedzialnych za zakres zgłaszanych trudności, uspokajać. Jest dużo pracy, wszystko wydaje się nowe.

Jak może wyglądać współpraca z KCPU? Nie wszyscy jeszcze rozpoznają charakter tych zmian i możliwości, jakie ze sobą niesie, choćby właśnie współpracy różnych środowisk i decydentów.

– Współpraca z KCPU wygląda bardzo dobrze. W lutym w naszym województwie odbyło się spotkanie kierowników placówek leczenia uzależnień. Były obecne dyrektor Bogusława Bukowska i kierownik działu Aneta Koczaska-Siedlecka. Rozmawialiśmy o bieżących problemach, zastanawialiśmy się nad nowymi rozwiązaniami.

Kolejną wizytę przedstawicieli KCPU w naszym województwie zaplanowano już na czerwiec, wspólnie możemy zrobić bardzo dużo.

Jako konsultanci wojewódzcy wciąż jesteśmy w procesie rozpoznawania zakresów naszej odpowiedzialności i kompetencji, a współpraca z różnymi środowiskami i decydentami to zadanie na kolejne miesiące. Jak dotąd nie spotkałam się z utrudnieniami w tym zakresie.

Czuję duże wsparcie ze strony Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, Regionalnego Centrum Polityki Społecznej, Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Uzależnień w Łodzi.

Dziękuję za rozmowę.

Rozm. I.K.

JOANNA SOBCZYŃSKA

specjalistka w dziedzinie psychoterapii uzależnień, superwizorka psychoterapii uzależnień, certyfikowana psychoterapeutka i superwizorka aplikantka PTPS. Pracuje na stanowisku kierownika oddziału i poradni leczenia uzależnień Centrum Psychiatrycznego w Warcie – Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu.

Zakres zadań konsultanta wojewódzkiego został opisany w art. 10 ust. 1 i 3 w/w ustawy:

1. kontrola dostępności świadczeń zdrowotnych,
2. kontrola podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień,
3. kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
4. sporządzanie opinii na temat stosowanego postępowania diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków,
5. wnioskowanie do właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny,
6. wydawanie, na wniosek wojewody, opinii o spełnieniu przez zakład opieki zdrowotnej warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie psychoterapii uzależnień,
7. przygotowanie, w terminie określonym przez konsultanta krajowego, opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie psychoterapii uzależnień,
8. obowiązek udzielania konsultantowi krajowemu informacji i opinii niezbędnych do realizacji jego zadań,
9. składanie właściwemu wojewodzie oraz właściwemu konsultantowi krajowemu rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez konsultanta dziedzinę medycyny – obowiązek sporządzenia sprawozdania.

Joanna Romaniuk

Poszukując właściwej drogi leczenia osób z problemem uzależnienia, zrozumiałam, że nie ma jednego zawsze skutecznego nurtu terapeutycznego, a złożoność problemów tej grupy pacjentów wymaga niezwykle zindywidualizowanego podejścia i integracji różnych sposobów myślenia

INTEGRACJA W PSYCHOTERAPII OSÓB Z PROBLEMEM UZALEŻNIENIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

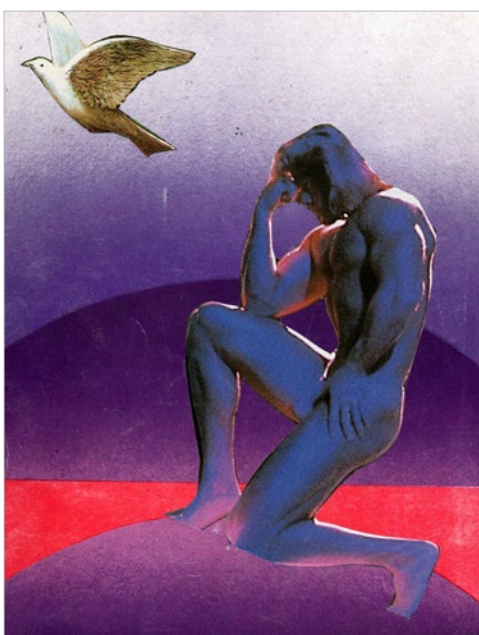
„Człowieka nie da się przejrzeć, przeniknąć myślą, opisać za pomocą teorii. Można natomiast go przyjąć, „odczuć”, doświadczyć głębi jego tajemnicy. Każdy człowiek jest większy niż nasze teorie na jego temat.”

Jon Frederickson

My, terapeuci, zbyt często jesteśmy przywiązani do modalności terapeutycznej, w której odbyliśmy szkolenie. Zbyt rzadko próbujemy włączać w swoją pracę odrębne sposoby rozumienia, techniki czy doświadczenia specjalistów z innych dziedzin. Mówiąc o integracji, mam na myśli integrację nurtów terapeutycznych, sposobów leczenia (terapia indywidualna, terapia grupowa, grupy wsparcia itd.), technik terapeutycznych, a także środowiska pracującego z osobami z problemem uzależnienia oraz ich bliskimi.

W artykule opiszę subiektywną perspektywę wypływającą głównie z doświadczenia pracy w gabinecie z pacjentami indywidualnymi i z grupami terapeutycznymi, które wskazuje na to, że integracyjne myślenie jest niezbędne. Wychodzę z założenia popartego doniesieniami z badań nad skutecznością terapii, że „wspólne dla różnych nurtów terapeutycznych czynniki leczące, czyli te związane z relacją i przymierzem terapeutycznym między pacjentem a terapeutą, wpływają na skuteczność terapii w podobnym lub w większym stopniu, co czynniki specyficzne związane z konkretnymi modalnościami terapeutycznymi.”¹

Jako psychoterapeutka wywodząca się z podejścia psychodynamicznego dobrze wiem, że ograniczanie się wyłącznie do tego paradygmatu jest niewystarczają-



ce w leczeniu szerokiego spektrum osób z problemem uzależnienia. Niezależnie od tego, którą teorią psychodynamiczną się kierowałam, leczenie okazywało się mało skuteczne a czasem całkowicie nieskuteczne.

Dla przykładu – pracując z pacjentem z problemem uzależnienia z narcystycznym rysem osobowości i o cechach aleksytymicznych nie wystarczyło korzystać wyłącznie z technik werbalnych – niezbędne okazało się włączenie technik behawioralnych, psychoedukacji oraz doświadczenia pracy z ciałem.

Inny pacjent z diagnozą ADHD, uzależnieniem od gier komputerowych oraz alkoholu, miał poważny kłopot z adaptacją do settingu psychodynamicznego i niezbędne okazało się skierowanie go

na Oddział Dzienny Leczenia Uzależnień na pół roku.

Dopiero na podstawie informacji zwrotnych otrzymywanych od pacjentów w toku leczenia możemy dostosować swój sposób pracy do potrzeb danej osoby.

CZYM JEST INTEGRACJA?

Integracja to nie eklektyzm. Nie chodzi tylko o kompilacyjne korzystanie z różnych elementów teorii i pojęć. Chodzi o tworzenie spójnej całości wynikającej z procesu łączenia różnych sposobów myślenia, modeli pracy i technik terapeutycznych. Ta spójna całość jest oryginalnym podejściem danego terapeuty czy zespołu terapeutycznego². Charakteryzuje się określonymi ramami terapeutycznymi, które z grubsza są stałe i wyznaczają bazę do leczenia.

Na tę bazę nakładamy sposoby myślenia i pracy, które według nas najlepiej mogą się przysłużyć danej osobie. Oznacza to, że część danego integracyjnego podejścia ma elementy stałe, wspólne dla różnych modalności psychoterapeutycznych, oraz zmienne – w których terapeuci stosują postawę elastyczną, indywidualnie dopasowując się do cech, sytuacji i problemów danej osoby. Przy czym uwzględniać należy również kontekst społeczny, historyczny i kulturowy pacjenta.

By móc integrować nurty terapeutyczne, trzeba najpierw poznać to, co się

² Prezentowany sposób pracy i szkolenia psychoterapeutów jest wypracowanym modelem Zespołu ds. Uzależnień Bożeny Maciek – Hańciło prowadzącej Szkołę Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia w Laboratorium Psychoedukacji.

¹ Lidia Cierpiatkowska, Kierunki rozwoju, *Terapia osób uzależnionych i ich bliskich*. Nr 3/2021

integruje – minimum jeden nurt bardzo dogłębnie i co najmniej drugi dobrze. Oczywiście poznanie wielu nurtów kompleksowo może być trudne, ale ideą integracji jest uczenie się, stałe rozwijanie sztuki terapeutycznej, by móc jak najlepiej, zgodnie z aktualną wiedzą i aktualnymi doniesieniami z badań, pomagać pacjentom.

FENOMENOLOGICZNE I HOLISTYCZNE SPOJRZENIE NA CZŁOWIEKA

Każdy człowiek jest istotą wyjątkową, niepowtarzalną, i choć wiele nas – ludzi – łączy, nie ma takiej metody terapeutycznej, która działałaby na każdego tak samo.

Osoba z problemem uzależnienia najczęściej ma również inne kłopoty – doświadczenie traumy, zaburzenia osobowości, autyzm, ADHD (ok 45% – 55% osób z diagnozą ADHD nadużywa substancji psychoaktywnych³), depresję, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia lękowe lub inne. Nieuzasadnione dziś jest ograniczanie się do jednej diagnozy w opisie pacjenta. Stosowane dotychczas kategorie „podwójnej diagnozy” należy rozszerzyć do wielowymiarowych diagnoz lub „złożonej diagnozy uzależnienia”. Nie możemy leczyć wyizolowanego problemu. Należy leczyć człowieka ze wszystkimi problemami, jakich doświadcza, widzieć go holistycznie.

Istnieje mnóstwo mitów na temat leczenia osób z problemem uzależnienia, np., że nie można jednocześnie stosować farmakoterapii przeciwdepresyjnej lub leków na ADHD. Najnowsze badania w zakresie neurobiologii potwierdzają, że wręcz często jest to wskazane. Odpowiedni sposób pracy z daną osobą można wybrać dopiero podczas procesu poznawania jej. Na początku nie wiemy, co będzie najistotniejszym czynnikiem leczącym w procesie zdrowienia danej osoby.

Holistyczne spojrzenie na człowieka oznacza uwzględnianie wszystkich sfer życia pacjenta. Uważne bycie z drugą osobą powoduje, że zauważamy różne jej problemy, na przykład: z wagą, z brakiem kondycji fizycznej, pobudzeniem psychoruchowym, tikami nerwowymi, trudnościami z oddychaniem, wysypką itp. Ważne, by takich sygnałów nie pomijać, omawiać każdy aspekt osoby



pacjenta, ponieważ to, co widzimy w gabinecie, wpływa bezpośrednio na życie pacjenta. Często rozmowa kończy się motywowaniem do odbycia konsultacji u innego specjalisty: internisty, dietetyka, psychiatry itd. Pacjenci uzależnieni byli wielokrotnie i poważnie zaniedbywani w relacjach pierwotnych. Z powyższego wynika, że posiadają deficyty w umiejętnościach opieki nad sobą i możliwościach samoukojenia. W terapii pomagamy pacjentowi rozwijać te umiejętności.

Człowiek nie jest chorobą. Człowiek nie jest alkoholikiem, depresją czy zaburzeniem. Choroba czy zaburzenie to tylko część osoby. Człowiek ma szansę zmieniać swoje życie, rozwijać i poprawiać jego jakość. Mam ogromne szczęście widzieć to w swojej pracy, choć nie zawsze. Zdarza się, że pomimo wielu prób nie udaje się być skuteczną terapeutyczną konkurencją wobec prób samoleczenia pacjenta poprzez nałogowe używanie substancji lub czynności. Tę część pracy – ograniczenia sztuki psychoterapeutycznej – należy również zaakceptować.

Uwzględniając całość funkcjonowania człowieka, jego dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, musimy na początku zadbać o poprawę jakości życia.

Po pierwsze, by miał siły i był wystarczająco zdrowy, aby skorzystać z psychoterapii. Po drugie, by odczuł poprawę samopoczucia i swoją sprawczość, co wzmacnia motywację do leczenia. Pomijając całkowicie problem używania pacjenta lub ignorując jego kłopoty współistniejące, nie jesteśmy w stanie pomóc w pracy nad zmianą w nim samym oraz w jego życiu.

SZKOLENIE PSYCHOTERAPEUTÓW

Szkolenie terapeuty to droga rozwoju osobistego, kompetencji człowieka, a nie studia polegające na zdobywaniu wiedzy. Rozwijamy swoje możliwości empatii, współczucia, zaciekawienia drugim człowiekiem, odwagi mówienia, uważnej obecności z sobą samym i z drugim człowiekiem. Szkoląc terapeutów pracujących z osobami z problemem uzależnienia, kładziemy nacisk na rozwijanie kompetencji społecznych i zdolności do refleksyjności.

Warunkiem integrowania nurtów, sposobów pracy i technik terapeutycznych jest regularna i rzetelna superwizja u osób, które pracują z pacjentami z problemem uzależnienia. Podczas superwizji można poddawać wglądowi nasz proces przeciwprzeniesieniowy w reakcji

³ Wenesa Gajos, Wykład podczas Konferencji Neuroaktywni – Zaburzenia koncentracji uwagi i ADHD, 17.02.2024r.

na relację przeniesieniową, do której zaprasza nas pacjent. Przeciwwprzeniesienie w pracy z osobą z problemem uzależnienia, czyli z osobą z doświadczeniem traumy relacyjnej, jest zazwyczaj silne, skomplikowane i może być dotkliwe dla psychoterapeuty. Niejednokrotnie terapeuta musi radzić sobie z poczuciem niekompetencji, bezradności, niepokoju, wzrastającej agresji, impulsem do brania nadmiernej odpowiedzialności oraz innymi trudnymi stanami. By móc skutecznie prowadzić proces pacjenta, terapeuta potrzebuje posiadać własne bezpieczne relacje, w których może zajmować się swoim procesem wewnętrznym otwarcie i swobodnie. Najlepiej sprawdzają się długoterminowe i stabilne (o względnie stałym składzie i działające na określonych zasadach) grupy superwizyjne i grupy Balinta, prowadzone przez profesjonalnie przygotowanych superwizorów.

Ważne, by terapeuta miał własne głębokie doświadczenie terapii. Wystarczająco wnikliwe, by poznał w znacznym stopniu swoje „ślepe plamki”, czyli własne obszary konfliktowe czy szczególnie wrażliwe, by móc je na bieżąco identyfikować i opiekować się nimi, co zapobiega rzutowaniu ich na proces terapeutyczny. Terapeuta może dojść z pacjentem do tego miejsca, do którego sam doszedł w swojej drodze rozwoju.

Ważni są nauczyciele, od których się uczymy. Cenię sobie doświadczenie odbywania superwizji u różnych superwizorów: psychoanalitycznego, psychodynamicznego, specjalizującego się w Intensywnej Krótkoterminowej Terapii Psychodynamicznej ISTDP, terapeuty uzależnień. Dzięki temu mogę korzystać z wiedzy i doświadczenia płynących z teorii psychodynamicznych klasycznych i współczesnych, w tym teorii opartej na relacji z obiektem, Krótkoterminowej Intensywnej Terapii Psychodynamicznej ISTDP, Terapii Skoncentrowanej na Emocjach EFT, ale też z teorii więzi, podejścia egzystencjalnego, poznawczego i behawioralnego, odkryć neuronauki. Staram się patrzeć na człowieka z różnych perspektyw, by móc jak najlepiej go zrozumieć.

TECHNIKI TERAPEUTYCZNE

Techniki to terapeutyczne sposoby nawiązywania relacji z człowiekiem. Choć brzmi to instrumentalnie, tak na-

prawdę „to sposoby okazywania szacunku, akceptacji, współczucia i miłości pacjentom”⁴. Szalenie ważne jest dopasowywanie technik – sposobów budowania relacji – do danej osoby, jej problemów, wyzwiań oraz osobowości.

Największy udział w budowaniu relacji mają głębokie, podkorowe struktury mózgu. Pamięć niejawną odgrywa ogromną rolę w procesie nawiązywania relacji – każdy z nas ma nieświadome wzorce tworzenia więzi⁵. Kiedy przychodzi do gabinetu wystraszony pacjent, pełen wstydu i lęku, to najlepiej wpłynąć na niego nasz spokój, nastawienie na wysłuchanie go i akceptacja. Na głębokim nieświadomym poziomie pacjent odbiera naszą reakcję na siebie, niezależnie od tego, co prezentujemy na zewnątrz.

Jedną z moich ulubionych i najbardziej skutecznych technik jest uważne słuchanie pacjenta. Bez komentowania i dodawania swojej perspektywy. Pacjent może wtedy lepiej usłyszeć siebie. Zwłaszcza w pierwszym roku leczenia odgrywa to szczególną, więziotwórczą rolę. Posiadanie stabilnej, względnie pewnej, odpowiedzialnej i empatycznej relacji, w której znalazła się przestrzeń na wypowiedzenie się do woli, sama w sobie jest lecząca. Ludzie dzisiaj lubią mówić, ale nie zawsze mają kogoś, kto ich słucha. To częsty deficyt naszych pacjentów skutkujący m. in. poczuciem osamotnienia.

Terapia jest odmianą medytacji opartej na uważności, odbywanej wspólnie z przewodnikiem – terapeutą. Terapeuta pomaga pacjentowi skupić uwagę na rzeczywistości tu i teraz, na jego wewnętrznych przeżyciach w bieżącej chwili. Zawsze, kiedy człowiek zwraca uwagę na rzeczywistość bieżącej chwili, staje się jakby bardziej obecny⁶. Istotnym elementem wspierającym psychoterapię osób z problemem uzależnienia są metody wspierające takie jak: mindfulness, techniki medytacyjne oraz relaksacyjne.

Ciało dziecka otrzymuje cielesny testament od matki⁷. Ciało jest świadkiem traumy relacyjnej. To w nim się zapisuje doświadczenie z okresu przedwerbalnego. Niektóre doświadczenia pacjenta możemy wyczytać jedynie z ciała, np.

⁴ Jon Frederickson, *Współtworzenie zmiany*, 2014 r.

⁵ Philip J. Flores, *Addiction as an Attachment Disorder*, 2011 r.

⁶ Jon Frederickson, *Współtworzenie zmiany*, 2014 r.

⁷ Clara Mucci, *Borderline Bodies*, 2018 r.

lęk z postawy ciała. W doświadczeniu traumy często dochodzi do dysocjacji – przerwania komunikacji pomiędzy ciałem a mózgiem. Terapeuta również musi dbać o swoje narzędzie pracy – ciało. Przykładowo w czasie sesji możemy nieustannie zwracać uwagę na swoje ciało, poczucie uziemienia, obserwować, kiedy wzrasta, a kiedy spada napięcie, lęk, uczucia. Świadoma postawa ciała terapeutów wspiera siłę terapii. W trakcie sesji terapeutycznej lub jako sesje wspierające terapię można proponować pracę z oddechem.

Często uwzględniam również teorię Aleksandra Lowena, np. kierując pacjenta poza terapią indywidualną na grupę pracy z ciałem. Zwłaszcza wtedy, kiedy większość objawów przejawia się w ciele, a np. z powodu aleksytymii trudniej jest pracować werbalnie. W grupach terapeutycznych akceptuję taką zasadę, która tworzy się samoistnie z inicjatywy pacjentów, że można wstać w czasie sesji, wyjść do łazienki, nalać sobie wody itp. Umawiamy się przy tym, że osoba komunikuje, co się z nią dzieje i, jeżeli to ważne, rozmawiamy o tym.

Z innej strony patrząc, niezależnie od wszystkiego, korzystne jest, aby pacjent w terapii miał dobre doświadczenie więziowe, które wzmacnia korę przedczołową, odpowiedzialną za kontrolę emocji, samokontrolę itd. Czasem nic więcej nie mogę dać człowiekowi jak dobre i z szacunkiem jego potraktowanie.

Często przychodzi taki moment w procesie zdrowienia pacjenta, kiedy praca utyka – pacjent jest stabilny emocjonalnie, nie ma objawów depresyjnych, lękowych itp., umie regulować emocje, ma dosyć wysoką satysfakcję ze swoich relacji, utrzymuje trzeźwość, ale nadal pojawia się pewien rodzaj „braku”. Czy jest ktoś, kto nigdy nie czuje pustki egzystencjalnej? To dosyć naturalne zjawisko, z którym trzeba sobie poradzić. Wejście na drogę poszukiwania, odkrywania czy określania sensu swojego życia często jest ważnym elementem procesu kończenia terapii.

KOMPETENCJE TERAPEUTY WSPIERAJĄCE BUDOWANIE RELACJI WSPÓŁTWORZĄCYCH ZMIANĘ

Najważniejsze kompetencje terapeuty wiążą się z budowaniem relacji i regulacją

emocji. Uzależnienie jest konsekwencją zaburzenia więzi i w związku z tym również regulacji emocji⁸. Terapeuta nie jest neutralny, jest obecny i zaangażowany emocjonalnie, choć pozostaje wciąż w swojej roli. Terapeuta przejawia postawę autentyczności, akceptacji i wrażliwego, empatycznego zrozumienia przeżyć pacjenta⁹. Jest dostrojony emocjonalnie do potrzeb pacjenta i reaguje swoją obecnością. Terapeuta i jego indywidualny sposób budowania relacji stanowią narzędzie terapeutyczne. Wszystko, co stało się w relacji, musi zostać naprawione w relacji¹⁰.

Terapeuta doświadcza siebie takim, jakim rzeczywiście jest. Wykazuje głęboką wrażliwość i nieoceniające zrozumienie dla drugiej osoby, troszczy się o nią i komunikuje jej swoje uczucia w umiejętny sposób. Jakość relacji terapeutycznej jest dzwignią zmiany terapeutycznej.

Terapeuta to „kontener” na świat wewnętrzny pacjenta. Nie ocenia, przyjmuje, akceptuje porażki pacjenta oraz jego trudności. Nie poddaje się, nie obraża i nie zmienia nastawienia do pacjenta, kiedy ten słabnie, ma nawrót objawów, manipuluje, kłamie¹¹. W ten sposób zachodzi korekcyjne doświadczenie akceptacji ze strony terapeuty, który pomaga uzależnionemu w uznaniu siebie jako wartościowej osoby.

UZALEŻNIENIE JAKO KONSEKWENCJA ZABURZENIA WIĘZI

Więź rozumiem jako ciągły proces transakcyjny, a nie osiągnięty stan lub trwałą cechę jednostki. Wewnętrzne modele operacyjne przywiązania, a co za tym idzie, systemy behawioralne pozostające w relacji do systemu przywiązania, mogą być modyfikowane w toku życia. Ekspozycja na ludzi zmienia ludzi – silne doświadczenie przywiązania zmienia system nerwowy danej osoby. Przywiązanie reguluje ośrodkowy układ nerwowy i stabilizuje człowieka, a długotrwała ekspozycja na silne przywią-

zaniowe środowisko może kształtować wzór tworzenia relacji, który zapisuje się w nieświadomej pamięci. Reprezentacje więzi dynamicznie ewoluują przez całe ludzkie życie w odpowiedzi na nowe okoliczności, chociaż same te reprezentacje również mocno oddziałują na okoliczności, w jakich znajduje się człowiek. Dobra wiadomość jest taka, że nawet posiadając wyjściowo pozabezpieczny styl



przywiązania można w toku terapii osiągnąć wypracowany styl przywiązania oparty na poczuciu bezpieczeństwa¹².

Terapeuta pokazuje pacjentowi swoją postawę, na czym polega akceptowanie kogoś bez oceniania i eksploatacji, kochanie bez idealizowania i szczerze wyrażanie uczuć bez wstydu. Robi to w celu stworzenia pacjentowi warunków do uczenia się kochania siebie, innych, świata. Osoby z problemem uzależnienia przejawiają ograniczoną zdolność do miłości.

DLACZEGO INTEGRACJA W PSYCHOTERAPII JEST TAK WAŻNA?

Jesteśmy bardziej skuteczni w pracy terapeutycznej, mogąc dostosować sposoby pracy do indywidualnych cech i potrzeb pacjenta. Bazując na badaniach na temat skuteczności terapeutów, pamiętamy, że to jakość relacji terapeutycznej jest

kluczowa¹³. Integracja wzmacnia możliwość bycia obecnym, zaangażowanym i autentycznym w kontakcie z pacjentem – co pomaga tworzyć relację, w której możliwa staje się wewnętrzna zmiana pacjenta. Z bogactwa nurtów terapeutycznych wybieramy te elementy, które przynoszą najwięcej korzyści pacjentom z problemem uzależnienia oraz ich bliskim. Mając dostęp do większego spektrum sposobów pracy, możemy skorzystać z większej liczby dróg prowadzących do zdrowienia pacjenta. Korzystając wyłącznie z jednego podejścia, terapeuta niejednokrotnie musi uznać swoją bezradność.

W sposobach pracy bardziej chodzi o to, czego nie robić, niż o to, co robić. Integracja nie polega na dowolnym stosowaniu różnych technik wedle subiektywnego przekonania. Powinna przebiegać wedle określonych zasad, w ramach określonych granic. Intencją integracji jest kierowanie się najwyższym dobrem pacjenta. W zawodzie psychoterapeuty, tak samo jak w zawodzie lekarza, pierwsza zasada brzmi: Nie szkodź! W przypadku pracy z osobami uzależnionymi czasem nawet tę zasadę trudno spełnić. Pojawiają się niejednokrotnie dylematy etyczne dotyczące dyrektywności, wpływu na wolę pacjenta, granic autonomii przy wysokim poziomie autoagresji. Można by rozwinąć tę zasadę jako unikanie powtarzania w procesie leczenia traum i trudnych doświadczeń, które doprowadziły pacjenta do nadużywania substancji lub czynności nałogowych. W założeniu brzmi łatwo, w praktyce, kiedy np. spotykamy pacjenta wrogo nastawionego do specjalistów, agresywnego, impulsywnego lub zaniedbanego higienicznie – jest trudne w realizacji.

Stały powinien być setting terapeutyczny, dostępność terapeuty, nastawienie terapeuty do pacjenta, transparentność sposobu pracy. Ważne, by wyjaśniać pacjentowi, dlaczego podejmujemy określone wybory.

Dla przykładu, jeśli zdecydujemy się postawić stanowczą granicę pacjentowi nadużywającemu narkotyki poprzez skierowanie go na oddział stacjonarny, przed tym powinniśmy porozmawiać, jak widzimy aktualnie jego stan, co idzie zgodnie z kierunkiem terapii, a co wręcz przeciw-

⁸ Bożena Maciek-Haścito, *Uzależnienie jako zaburzenie więzi. Model pracy z osobami uzależnionymi w oparciu o teorie psychodynamiczne. Terapia osób uzależnionych i ich bliskich*. Nr 2/2023.

⁹ Carl R. Rogers, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkań*. 1981 r.; str. 20.

¹⁰ Clara Mucci, *Borderline Bodies*, 2018 r.

¹¹ Wilfred R. Bion, *Elementy psychoanalizy*, 2012 r.

¹² Philip J. Flores, *Addiction as an Attachment Disorder*, 2011 r.

¹³ Jan Czesław Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, 2006 r.; str. 211.

nie, a także wyjaśnić naszą intencję propozycji zmiany formy leczenia. Jednocześnie istotne jest, by zapewnić stałość relacji, czyli jasno określić, kiedy pacjent może wrócić do relacji terapeutycznej z nami i w jaki sposób. Celem jest także zaopiekowanie się pacjentem, by nie powtórzyło się w relacji z nami jego wcześniejsze doświadczenie bycia odrzuconym.

Nie chodzi o to, żeby przyjmować wszystkie nowe podejścia i techniki, tylko o zaciekawienie nimi i uważne ich weryfikowanie w praktyce. Możemy uczyć się praktycznie wyłącznie na własnym doświadczeniu i korzystać tylko z tych sprawdzonych i bezpiecznych dla procesu leczenia. Trzeba znaleźć równowagę pomiędzy otwartością na nowości a ostrożnością.

Przykładem może być moje podejście do aplikacji używanych na urządzeniach przenośnych, które wspomagają proces zdrowienia. Będąc przekonaną o największym znaczeniu żywego kontaktu człowieka z człowiekiem w procesie zdrowienia, byłam sceptyczna wobec technologicznego wsparcia terapii. Po kilku doświadczeniach korzystania przez moich pacjentów z tego rodzaju wsparcia, traktuję to jako korzystną dla niektórych osób technikę pracy, zwłaszcza w początkowym okresie leczenia, kiedy zdolność do samokontroli w obszarze trzeźwości jest najmniejsza. Są różne zastosowania dostępnych dzisiaj nowoczesnych technologii, które możemy integrować z procesem leczenia poprzez relację.

Potrzeby więzi i przynależności to naturalne ludzkie potrzeby, z którymi się rodzimy. Pacjenci uzależnieni zwykle doświadczają jakiegoś rodzaju poczucia samotności, braku wystarczająco dobrych relacji w życiu. Próbą doświadczenia korekcyjnego jest doświadczenie grupy terapeutycznej prowadzonej przez profesjonalnie przygotowanych terapeutów grupowych. Bardzo dobre efekty przynosi łączenie psychoterapii indywidualnej z doświadczeniem grupy terapeutycznej.

ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY

Integracja polega na współpracy z innymi. Pracując w pojedynkę, nie ma się tak szerokiej perspektywy. Moje doświadczenia, poza szkoleniami i supervizjami, obejmują pracę w różnych zespołach integrujących różne nurty.

Aktualnie pracuję w dużym zespole w dużym mieście, gdzie integrujemy

różne podejścia, głównie te wyrastające z teorii psychodynamicznych. Pracuję również w małym ośrodku w małym mieście, gdzie integrujemy nurt psychodynamiczny, poznawczo-behavioralny oraz pracę terapeutów uzależnień.

Integracja umożliwia lepsze dopasowywanie technik terapeutycznych do specyfiki pacjentów, która jest inna w dużym mieście, a inna w małym.

Praca zespołowa polega na integracji kilku umysłów, wielu nurtów i sposobów pracy, dzięki czemu możliwe staje się doskonalenie naszej pracy. Praca w zespole jest jedną z metod rozwijania warsztatu terapeuty. Rolą grupy terapeutycznej jest pomieszczanie różnorodności i czerpanie z niej bez negowania jakiegokolwiek pomysłu. Na tym samym polega integracja w zespole terapeutycznym. Nie da się ukryć, że silną stroną zespołu jest przywiązanie do autentycznych ludzi. Przywiązanie specjalisty do zespołu leczącego odgrywa dużą rolę w możliwościach korzystania z niego i przekłada się na skuteczność procesów leczenia¹⁴. W atmosferze bezpieczeństwa i życzliwości pozwalamy sobie na uczenie się poprzez eksperymentowanie, w którego naturę wpisane jest popełnianie błędów. Rozwój kompetencji terapeuty wspiera grono stałych współpracowników, ale duże znaczenie ma również kontakt z innymi specjalistami podczas warsztatów, seminariów, konferencji.

SŁABSZE STRONY INTEGRACJI PSYCHOTERAPII

Integracja jest wymagająca pod względem czasu i energii. Niełatwo zrozumieć inne podejścia, nie idąc na dodatkowe szkolenia. Zwykle ma się „nawyki, stereotypy i przekonania” wyniesione ze swojej Alma Mater. Integracja wymaga zdystansowania się do wiedzy wyniesionej ze szkoły. Wyzwaniem jest również elastyczność – konieczność ciągłego dostosowywania się do człowieka, za każdym razem innego. Tolerancja na odmiennosc i różnice – w zespołach często się spieramy i musimy kontenerować różnice zdań i sposobów myślenia. Wyzwaniem jest sama droga rozwijania swoich umiejętności budowania relacji.

¹⁴ Bo Bach, *Klasyfikacja Zaburzeń Osobowości w ICD-11, wprowadzenie dla psychoterapeutów, Wykład podczas Konferencji Mentalizacja, Ciało i Neuronauka Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, 12-14.05.2023 r.*

To czyni tę pracę ciekawą i piękną, ale jednocześnie ekstremalnie wymagającą.

Minusem jest niewątpliwie brak podreçznika, który mówiłby, jak pracować. Na bazie badań i doświadczenia własnego trzeba samodzielnie stworzyć swój warsztat pracy. Wymaga to nieustannego kształcenia się, poznawania nowych sposobów pracy oraz śledzenia odkryć i badań naukowych. Wymaga codziennej kreatywności w pracy z pacjentami, co jednocześnie jest zaletą. Prawdopodobnie mnogość i różnorodność wyzwań, przed jakimi stają psychoterapeuci, pomaga im ćwiczyć mózg i zachować długowieczność.

Integracja oznacza dla mnie uczenie się skutecznych sposobów pracy poprzez doświadczenie pracy z pacjentami oraz innymi specjalistami. Poprzez rozwijanie swojej uważnej obecności, kontaktu ze swoimi uczuciami w perspektywie doświadczeniowej tu i teraz, pragnieniami oraz impulsami. Otrzymując feedback od swoich pacjentów, możemy uczyć się tego, co działa w procesie leczenia. Integracja umożliwia również dialog międzypokoleniowy i przeciwdziałania usztywnianiu się w swoich poglądach.

JOANNA ROMANIUK



psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka PTP, prowadzi zajęcia w Szkole Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia w Laboratorium Psychoedukacji.

BIBLIOGRAFIA

1. Bach B, *Klasyfikacja Zaburzeń Osobowości w ICD-11, wprowadzenie dla psychoterapeutów, Wykład podczas Konferencji Mentalizacja, Ciało i Neuronauka Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, 12-14.05.2023 r.*
2. Bion W.R., *Elementy psychoanalizy, 2012 r.*
3. Cierpiałkowska L., *Kierunki rozwoju, Terapia osób uzależnionych i ich bliskich. Nr 3/2021*
4. Czabala J.Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii, 2006 r.; str. 211.*
5. Flores P.J., *Addiction as an Attachment Disorder, 2011 r.*
6. Frederickson J., *Klamstwa, którymi żyjemy, 2018 r.*
7. Frederickson J., *Współtworzenie zmiany, 2014 r.*

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: www.touib.pl

Joanna Chmarzyńska-Golińska

Analityczka jungowska Marion Woodman mawiała, że *nałogi to niewysłuchane części nas samych. W moim rozumieniu „niewysłuchane części to te, które nie zaistniały w umyśle opiekuna, nie zostały rozpoznane i odzwierciedlone, w efekcie czego uległy dysocjacji.*

WSŁUCHUJĄC SIĘ W NIEWYSŁUCHANE. TRAUMA RELACYJNO-ROZWOJOWA A UZALEŻNIENIA

Każde dziecko potrzebuje, by relacja z rodzicem dostarczyła mu spokoju, harmonii, stałości i akceptacji. Potrzebuje również przestrzeni do przeżywania własnych stanów i ochrony przed nadmiernym stresem dorosłych. W zdrowym rozwoju, wspierana pomieszczeniem i mentalizowaniem, psychika dziecka tworzy powiązania, czyli integruje swoje części. Przy adekwatnych do możliwości wiekowych wyzwaniach dla psychiki oraz w towarzystwie emocjonalnej opieki – afekt, doznania fizyczne oraz funkcje poznawcze rozwijającego się młodego człowieka naturalnie korzystają z wewnętrznego potencjału do integracji.

W sytuacji traumy relacyjno-rozwojowej procesy integracji w psychice dziecka zostają zakłócone. Istnieje duża korelacja pomiędzy tym, jak nasze dziecięce potrzeby zależności, kontaktu, dostrojenia, odzwierciedlenia i kojenia były zaspokajane we wczesnym dzieciństwie, a tym, czy i w jaki sposób jesteśmy zdolni do bycia w kontakcie ze sobą. Wiedza na temat traumy i reakcji na nią – na różnych poziomach psychosomy – pozwala zrozumieć, że wiele objawów i trudności może być postrzeganych jako adaptacja do okoliczności, w jakich dziecku przyszło wzrastać. W takim ujęciu akcent przesuwa się z koncentracji na objawach na bardziej przyczynowe ich rozumienie. Również w kontekście uzależnień pojawia się konkluzja, że używanie substancji psychoaktywnych może być trybem „samoleczenia” wygenerowanym przez traumę. Wówczas uzależnienie ukazuje się jako pierwsze – zupełnie jak wierzchołek góry lodowej.

Spróbuję odnieść się do tego, jak rozumiem „podwodną część góry lodowej” w kontekście uzależnień.



SZKODLIWE „SAMOLECZENIE”

W jednym ze swoich wierszy Emily Dickinson pisze:

*Bywa ból tak zajadły
– że wyżera w nas otchłań
potem przykrywa odrętwieniem
– tak aby pamięć mogła obejść
Przejdź przez nią – po niej
– jak Lunatyk*

(Dickinson, 1995, s. 77).

W świetle powyższego cytatu relacja z substancją może być rozumiana jako próba „przykrycia odrętwieniem”

psychofizycznego bólu i dysregulacji, wobec których osoba nie posiada zdolności przetwarzania go czy identyfikowania. Kluczowe w kontakcie z substancją czy zachowaniem (później stanowiących uzależnienie) byłoby wyjściowe samopoczucie. Jeśli jest nim stan w miarę pozytywny lub neutralny, to ryzyko uzależnienia jest małe. Jeśli jednak stan wyjściowy stanowi znaczne psychiczne cierpienie i powoduje niską samoocenę, które pod wpływem „użycia” zostają złagodzone, to ryzyko uzależnienia będzie znaczne.

Uzależnienia, podobnie jak tendencje do samoookaleczeń, mogą rozwinąć się jako próba kontrolowania niemożliwych do zniesienia stanów psychicznych. W takim ujęciu możliwe, że uzależnienia powiązane są bardziej z pragnieniem podołania życiu niż z dążeniem do autodestrukcji. Szczególnie stany przewlekłej dysregulacji – nadmiernego pobudzenia czy odrętwienia, gdy nie idą w parze z nabytą w trakcie rozwoju kompetencją do regulacji afektu, zmuszać będą do poszukiwania nawet szkodliwej ulgi.

Gabor Mate, lekarz i psychoterapeuta, który kilka dekad pracował z osobami uzależnionymi, cytuje Keitha Richardsa, gitarzystę The Rolling Stones, który był uzależniony od heroiny: „Stajemy na głowie, żeby przez kilka godzin nie być sobą”. Prawdopodobnie to „bycie sobą”, którego nie można znieść, dotyczy nieznośnego rozstrojenia psychofizycznego i ciągłego poczucia lęku, przy jednoczesnej niezdolności do samoregulacji. Gabor Mate sam widział, jak nałóg zabiera ludziom wszystko – urodę, zdrowie, zdolność do pracy, rodzinę, przyjaciół. Nurtowało go pytanie, dlaczego uzależnienie ma nad nimi taką władzę. Doszedł do wniosku, że uzależniające substancje posiadają szczególnie znaczenie dla osób, które doświadczyły traumy relacyjno-rozwojowej.

TRAUMA RELACYJNO-ROZWOJOWA (WCZESNODZIECIĘCA)

Używając terminu trauma wczesnodziecięca czy trauma relacyjno-rozwojowa, mam na myśli skumulowane niekorzystne doświadczenia, które miały miejsce w trakcie rozwoju dziecka oraz działały się w ramach relacji przywiązania. Tego rodzaju trauma rozciągać się może od doświadczeń przemocy i przekraczania granic, przez zaniedbanie, do braku opieki emocjonalnej, czyli niezaspokajania dziecięcych potrzeb zależności, kontaktu, dostrojenia i akceptacji. Na tym krańcu kontinuum może to być trauma cicha, o nieoczywistym i nierzucającym się w oczy charakterze, wynikająca z braku odzwierciedlenia. Rodzic zaabsorbowany swoimi problemami nie będzie w stanie widzieć umysłu dziecka, czyli nie będzie

zdolny do mentalizacji. Dysocjacja zazwyczaj pojawi się tam, gdzie nie ma możliwości przetworzenia silnych bodźców i ich integracji, a tak będzie, gdy niedojrzała psychika nie ma pośredniczenia opiekuna w pomieszczeniu tych afektów. Na skutek dysocjacji nadmierne pobudzenie czy ból zostają pofragmentowane i oddzielone. Procesy dysocjacyjne mają też swoje kontinuum – od adaptacyjnych, po bardziej destrukcyjne dla psychiki – wszystko zależy od kontekstu, stopnia nasilenia oraz na ile jest to zjawisko przejściowe, a na ile uporczywe. Incydentalna dysocjacja może chronić niedojrzałą psychikę dziecka poprzez izolowanie nadmiernego afektu. Jednak gdy mechanizmy dysocjacyjne pojawiają się masowo w wczesnych etapach życia, to zakłócają rozwój i mogą prowadzić do deficytów. W stanie dysocjacji trudno wchodzić w kontakt z własnymi emocjami, uczyć się je pomieszczać, identyfikować, różnicować i nazywać. Niezintegrowane, zdysocjowane afekty należeć będą do obszaru *nie-ja* i mogą stać się trudnym do zniesienia chaosem, a także bezimiennym bólem, którego można chcieć uniknąć za wszelką cenę, również za pomocą nałogów.

W istocie zdolność do samoregulacji emocjonalnej powstaje na skutek tego, że dziecko w trakcie rozwoju ma dostęp do kogoś kto, po pierwsze – sam jest zdolny do samoregulacji emocjonalnej, i po drugie – z poziomu wyregulowanej, zrównoważonej energii będzie dostarczał dziecku dostrojenia i ukojenia. Z punktu widzenia naszej zdolności do radzenia sobie z życiem, naszej odporności psychicznej, umiejętności pomieszczenia pobudzeń, integracji afektywnych i poznawczych funkcji, niezwykle ważne okazują się doświadczenia z początkowej fazy naszego rozwoju. To, jak reagujemy na sytuacje stresowe w życiu dorosłym, zależy będzie od naszej wcześniejszej organizacji psychicznej – od fundamentów psychiki, które budują się w oparciu o szeroko rozumiane biopsychospołeczne czynniki. Warto tu wskazać ważną rolę doświadczeń przywiązaniowych. Wczesna więź z opiekunem w sposób znaczący buduje w dziecku centralne sieci regulujące stres.

REGULACJA EMOCJONALNA

Dzieci uczą się samoregulacji emocjonalnej i samoukojenia w ramach ufnej więzi z dostrojonymi do ich potrzeb opiekunami. Jeśli doświadczenia z opiekunem będą w znacznej mierze adekwatne, to staną się podstawą do bezpiecznego bycia w świecie, do bycia zakotwiczonym – w sobie, w życiu i w łączności z innymi.

Jak to się dzieje, że opiekun uczy dziecko radzić sobie z tak wieloma aspektami bycia żywym, czy bycia w emocjach, czyli buduje w dziecku główne układy regulujące? Niemowlęta i dzieci nie mają zdolności do samoregulacji i nie posiadają w umyśle tarczy przeciwbodźcowej, która chroni przed nadmierną stymulacją. Funkcją opiekuna staje się zarówno ochrona niedojrzałego umysłu dziecka przed przestymulowaniem, jak i pozostawianie w bliskim kontakcie, odzwierciedlenie i dostrojenie. Psychoanalityk jungowski Donald Kalsched uważa, że pobudzenia somatosensoryczne i afektywne u niemowląt są bardzo wysokie – nazywa je energiami archetypicznymi: *Energia archetypiczna posługuje się wysokimi napięciami powiedzmy, że 440 woltów, i żeby ją włączyć w świadome ludzkie ego, trzeba zredukować to napięcie do 220 woltów, łatwiejszych do opanowania. Przemiana ta dokonuje się poprzez ludzkie relacje (Kalsched, 2015, s. 44).*

W ujęciu Kalcheda odnajdujemy wyobraźniowy opis tego, co Wilfred Bion nazywał *revere*, a co w kontekście relacji matka-niemowlę, opisywało stan umysłu matki polegający na jej zadumie, na oddaniu się uczuciom i skojarzeniom, które umożliwiają przeżywanie i myślenie własnego dziecka. Psychika matki i jej umysł w stanie *revere* stanowią coś na kształt zewnętrznego organu metabolizującego.

Margaret Mahler nazywała ten czas w rozwoju „podwójną jednością”, a analityk jungowski Erich Neumann „postmacicznym etapem embrionalnym”.

Mamy tu czas, w którym dziecko nie musi się kontrolować w wyrażaniu siebie i doświadcza bycia przyjętym. U Donalda Winnicotta odnajdziemy to pod postacią *wystarczająco dobrej matki*, która chroni dziecko przed niebezpieczeństwami świata, dostosowuje się do jego potrzeb oraz jest emocjonalnie re-

sponsywna. Taka matka, podobnie jak dostarcza dziecku pokarm, który jest ono w stanie przyswoić, tak też poddaje obróbce surowe afekty i pobudzenia, by oddać je w formie, z którą niemowlę potrafi sobie poradzić. Jeśli opiekun dostarcza bezpiecznej więzi, jeśli dostraja się do dziecka emocjonalnie, odzwierciedla jego stany, ma ono szansę rozwijać w sobie zdolność zarówno do wytrzymywania własnych doświadczeń, jak i nadawania im znaczeń.

Natomiast kiedy niekorzystne doświadczenia dzieją się w czasie, gdy intensywnie tworzy się struktura mózgu i układu nerwowego, to znajdują trwałe odzwierciedlenie w szlakach neuronalnych. Gdy potrzeby dziecka nie są zaspokajane w wystarczająco dobry i adekwatny do etapu rozwoju sposób, nie ma możliwości, żeby samo nabyło umiejętności rozpoznawania i komunikowania własnych potrzeb i uczuć. Spuścizną traumy relacyjno-rozwojowej zazwyczaj będą trudności z regulacją afektu. Dzieci, a potem dorośli, których mózg i układ nerwowy modelowany był przez wysoki poziom lęku i stresu, mają aktywne obiegi związane z trybem przetrwania. Można utknąć w reakcjach obronnych, a nawet niemal nie dysponować innymi obiegami neuronalnymi. Nie ma tu zatem mowy o możliwości wybrania sobie innych reakcji.

Doświadczenie traumy szokowej, jak i relacyjno-rozwojowej, uszkadza zdolność do regulacji emocjonalnej oraz zaburza funkcje autonomiczne. By to opisać, potrzebujemy skupić się wokół dwóch gałęzi autonomicznego układu nerwowego: współczulnej i przywspółczulnej. Współczulna mobilizuje, przygotowuje do walki albo ucieczki, a przywspółczulna wyhamowuje lub umożliwia zamarcie, gdy walka bądź ucieczka nie są możliwe. Płynna naprzemiennosc działania tych układów stanowi podstawę regulacji w zdrowiu. W skumulowanej traumie relacyjno-rozwojowej dochodzi do przeciążenia i nadmiernego napięcia na obu gałęziach AUN. Gałąź współczulna jest maksymalnie aktywna, aby zmobilizować duże ilości energii do walki lub ucieczki, a gałąź przywspółczulna próbuje hamować zbyt wysokie pobudzenie współczulne. Trauma to nie zaburzenie, ale doświadczenie

związane z naszym biologicznym wy-miarem istnienia i choć trauma wywoływana jest przez wydarzenie, to traumatyzowanie jest formą utknięcia w pierwotnych reakcjach, w zablokowanej energii. Jeśli wysokie pobudzenie, które szykowało do walki i ucieczki, nie zostało rozładowane, dochodzi do jego kompresji wewnątrz, a to tworzy „drugą warstwę traumy”. Nierozładowane pobudzenie rodzi poczucie dalej trwającego zagrożenia ze strony otoczenia, jak również poczucie niejasnego „zła” wewnątrz.

Osoba w takim przewlekłym traumatyzowaniu traci zdolność odczuwania w ciele i w umyśle spokoju. Może cierpieć na szereg dolegliwości somatycznych: bóle głowy, żołądka, pleców i miednicy. Może pozostawać bierna i odłączona od życia.

W związku z powyższym traumatyczny rozwój nie istnieje jako przeszłość danej osoby, lecz jest trwałą dysfunkcją w teraźniejszości, którą nazywamy *Złożonym Zespołem Stresu Pourazowego* (CPTSD). Łączy on cechy zaburzenia stresowego pourazowego z ich utrwaleniem na poziomie głębszych struktur. Skutkuje to odczuwaniem lęku i beznadziei, obrazem Ja opartym na toksycznym wstydzie i nienawiści do siebie, trudnym do regulacji afektem oraz reaktywnymi zaburzeniami przywiązania.

UCZUCIE OSAMOTNIENIA I TOKSYCZNY WSTYD

Pozostając w temacie cierpienia skrytego pod uzależnieniem, chcę sięgnąć do muzyczno – literackiego języka, by poszerzyć spojrzenie o kilka kolejnych wątków. Przywołam znany tekst utworu muzycznego Ryśka Riedla „List Do M.”:

*Mamo piśzę do Ciebie wiersz
Może ostatni, na pewno pierwszy
Jest głęboka, ciemna noc
Siedzę w łóżku, a obok śpi ona
I tak spokojnie oddycha
Dobiega mnie jakaś muzyka
Nie, to tylko w mej głowie szum
Siedzę, tonę i tonę we łzach
Bo jest mi smutno, bo jestem sam
Dławi mnie strach
Samotność to taka straszna trwoga
Ogarnia mnie, przenika mnie
Wiesz mamo, wyobraziłem sobie, że
Że nie ma Boga, nie ma Boga, nie*

Nie ma Boga, nie

O nie

Spokojny jest tylko mój dom

Gdzie Ty jesteś, a mnie, a mnie tam nie ma, nie

Gdzie nie wrócę już, chyba nie

Mamo, bardzo Cię kocham, kocham Cię

Myslałem, że Ty skrzywdziłaś mnie

A to ja, to ja skrzywdziłem Ciebie

Szkoda, że tak późno pojąłem to

I tak późno to, to zrozumiałem

Zrozumiałem to

Samotność to taka straszna trwoga

Ogarnia mnie, przenika mnie

Wiesz mamo, wyobraziłem sobie, że

Że nie ma Boga, nie ma Boga, nie

TRAUMA ZDRADY

Ursula Wirtz uważa, że spuściznę traumy można rozpoznać po takim doznaniu wewnętrznym, które bywa opisywane jako kontakt z nieobecnym Bogiem (Wirtz, 2021). Taka osoba często doświadcza samotności, poczucia własnej nicości, czegoś na kształt spadania w otchłań bądź bycia wrzuconym w milczący kosmos, pozbawiony boskiej obecności. Ludzie doświadczeni wczesnodziecięcą traumą doznali przede wszystkim uszczerbku w obszarze ufności i możliwości relacyjnych. „Wyobraziłem sobie, że nie ma Boga” – możliwe, że w sposób przemieszczony na Boga, dochodzi tu do głosu rozpacz i przerażenie związane z faktem, że ten, kto miał być miłością i opieką, nie był dostępny (czy też nie jest).

Dziecko ma w sobie coś na kształt pierwotnej ufności, że opiekun nie zawiedzie, dlatego doświadcza szoku i bezbrzeżnego osamotnienia, gdy to właśnie opiekun staje się źródłem opuszczenia i cierpienia. W istocie jest trochę tak, jak gdyby opuszczenie ze strony opiekuna łączyło się z poczuciem jakiejś fundamentalnej zdrady, która potem przekłada się na trudności w nawiązaniu bliskiej relacji z drugim człowiekiem. To poważny problem, gdy traumatyzowany w dzieciństwie człowiek, nie potrafi sięgnąć po regulujący i leczący potencjał relacji. Alan Schore dodaje: *Brak wsparcia w dzieciństwie powoduje, że nie ufamy innym na tyle, by zwrócić się do nich o pomoc w osiągnięciu tej samokontroli. Wówczas jedynym rozwiązaniem, stanowiącym próbę regulacji tych uczuć, wyda nam się zdysocjowanie się od tych emocji, sięgnięcie po narkotyki lub samo ranienie* (Sieff, 2017, s. 202)

Uzależnienia zdają się nieść informacje o tym, że ośrodek uspokojenia czy ożywienia w mózgu danej osoby nie został powiązany z relacyjnością. Dziecko w trakcie rozwoju nabywało doświadczenia, że jego potrzeby ukojenia lub kontaktu nie znajdują adekwatnej odpowiedzi w relacji z opiekunem. Wówczas rozwiązaniem stanowiącym próbę regulacji tych uczuć będzie zdysocjowanie się od tych stanów albo wspomóżenie odcięcia się od siebie poprzez sięganie po relację z substancją. Bardzo trudno jest zrezygnować nawet z niezdrowego sposobu samoregulacji, dopóki nie zostanie on zastąpiony lepszą formą.

TOKSYCZNY WSTYD

Dziecko, które doświadczyło nieadekwatnej opieki, niesie w sobie uczucie wstydu. Przykrość i ból, których doznało w relacji z opiekunami, uznało za wynikły z własnej skazy. Taki rodzaj wstydu jest nieznośny i pojawiają się dążenia, by go wytłumić, również poprzez uzależnienia. Dodatkowo obraz Ja, jako kogoś złego i ze skazą, może domagać się samospełnienia. Można dążyć do znalezienia jakiegoś kontekstu, jakiejś ramy – „obrazu nędzy i rozpacz”, który zawrze i ucieleśni bezimienne poczucie wstydlivej wadliwości. To bardzo smutny wątek, że osoby strauumatyzowane niszczą siebie same. Sandor Ferenczi nazywał to identyfikacją z agresorem (Ferenczi, 2021). To częsta konsekwencja wczesnej traumy, że dziecko (a potem dorosły) nie stanie po stronie swoich potrzeb, a raczej będzie trzymać stronę tych, którzy ignorowali jego potrzeby i uczucia, co w praktyce sprowadza się do różnych form autodestrukcji.

Poczucie wstydlivej wadliwości i skazy ma podwójną funkcję. Po pierwsze, w ten sposób dziecko chroni rodziców i ich wyidealizowany obraz. Po drugie, daje to dziecku złudne poczucie kontroli: „wszystko z mojej winy” albo „gdy będę lepszy, skończy się moje cierpienie”.

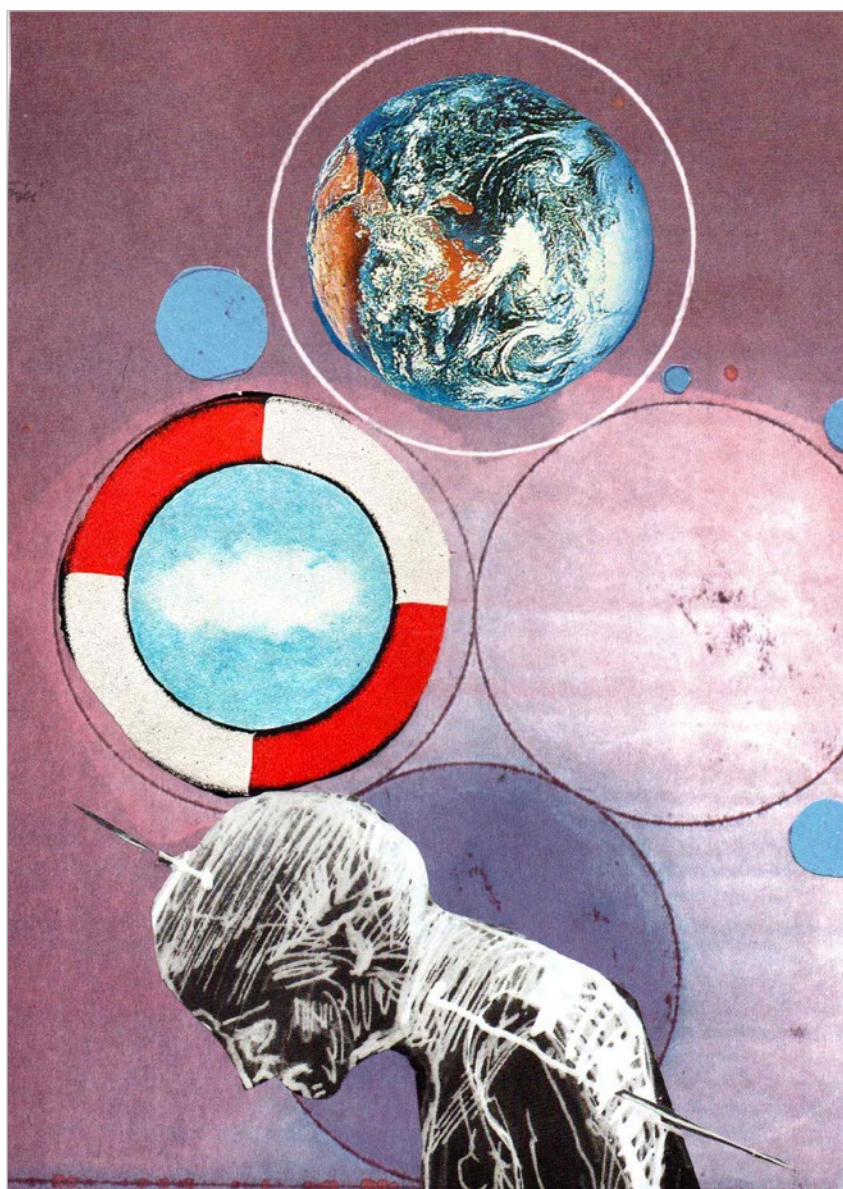
Tym, na co szczególnie natrafiam w procesach terapii osób z taką problematyką, jest odmawianie uznania swoich zranień za prawdziwe, a swoich potrzeb za właściwe. To daleko idąca w dorosłość postawa, która powstała w dzieciństwie, gdy zdrowe pragnienie

dziecka, by zakomunikować swój ból w związku z niekorzystnymi doświadczeniami, okazywały się zagrażać więzi z opiekunem. Ponieważ więź jest kluczowa dla przetrwania, to dziecko wycofuje się z ze swoich uczuć, zaczyna wątpić w sens swoich doświadczeń. Bywa, że w tym momencie uruchamiają się mechanizmy dysocjacyjne, które odcinają dezorganizujący afekt poniżej progu świadomości.

WNIOSKI

Celem mojego namysłu była próba nakreślenia „klimatu strauumatyzowanego wnętrza”, wobec którego uzależnienie staje się poszukiwaniem bardziej znośnych stanów. W moim odczuciu, możliwość dostrzeżenia uzależnienia i traumy jako współwystępujących raczej wspiera proces

leczenia niż niesie ryzyko usprawiedliwienia nałogu traumą. O wiele trudniej wskazać – zwłaszcza praktycznie – jak jednocześnie leczyć uzależnienie i traumę. Można to pozostawić w formie pytania do namysłu. Pytania, które w zależności od osoby, rodzaju uzależnienia i traumy, powinno być rozważane indywidualnie. Praktykując psychoterapię, potrzebujemy otwartości. Dogmatyzm czy redukcjonizm nie wydaje się tu właściwe. Babette Rothschild kładzie akcent na to, że w badaniach nad traumą i jej leczeniem, niczego nie wiemy na pewno i pisze następująco: *Uznanie, że fakty i pewniki w psychologii i psychoterapii nie istnieją, stanowi nieodzowny element zrozumienia trudności, z którymi mierzymy się podczas niesienia pomocy (Rothschild, 2021, s.14).*



Psychologicznej złożoności człowieka nie można ograniczać do jednego wskazania i nie jest oczywiste, co będzie pomocne w przypadku danej osoby. Zrozumiałe jest, że potrzeba zniesienia uzależnienia wiąże się z tym, że niesie ono konsekwencje i szkody oraz zmienione stany psychofizyczne, które utrudniają wchodzenie w kontakt z własnymi uczuciami, a to utrudnia identyfikowanie ich, różnicowanie i nazywanie. Byłoby cenne, gdyby udało się osiągnąć abstynencję. Jeśli jednak nie jest to możliwe albo nie od razu? Czy redukcja uzależnienia lub kontrolowanie go do bezpieczniejszego poziomu są jakąś alternatywą? Podejście zero-jedynkowe może prowadzić do załamania, wstydu i utraty nadziei, a w konsekwencji tych uczuć do porzucenia procesu leczenia. Potrzeba zatem pewnego marginesu, który pozwoli traktować „upadki i nawroty” bez terroru perfekcji, ze zrozumieniem i współczuciem, które pomagają wrócić na właściwy tor.

Zarówno psychoterapeutom, jak i pacjentom pomocna może się okazać świadomość, że terapia ma przywracać poczucie panowania nad życiem oraz budować zdolność mieszczczenia i transformowania w sobie różnych stanów emocjonalnych. Wydobywanie z uzależnienia, odrętwienia czy spirali znieczuleń nie jest proste. Droga do siebie trzeźwego i świadomego zawsze będzie powiązana z jakiegoś rodzaju bólem. Zwróciła na to uwagę m.in. Marion Woodman, podkreślając, że: *Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy wykurowaniem się a uzdrowieniem. Chcąc się wykurować, zakładamy, że ból zniknie. Natomiast proces uzdrowienia zmierza do integralności, czyli nawiązania łączności z różnymi częściami nas samych, łącznie z tymi, które są zranione i bolesne (Sieff, 2017).*

Zranione części są jak drzazga, która nie została rozpuszczona czy wchłonięta w ciało, więc organizm za wszelką cenę próbuje ją niejako wypchnąć – to, co zdysocjowane, zawsze będzie napierało, by powrócić. Te części w nas, z których nie da się wykurować, a jedynie można zacząć darzyć je życzliwą uwagą i czule je w sobie zaadoptować, najczęściej dotyczą naszej słabości, bezradności i relacyjnych potrzeb. Ludzie strauematyzowani przychodzą do psychoterapeuty, by ten uchwycił czu-

ciem to, co ich spotkało. Próby „odszukania siebie”, czyli odczytania na nowo zdysocjowanych części, wymagają obecności innego człowieka, który wchłonie nadmiar napięcia i pomoże w integracji. Przetwarzanie zdysocjowanych aspektów jest więc niemożliwe bez pomieszczonej funkcji innego umysłu. Również odzyskanie zablokowanej siły witalnej wydarza się w relacji. Kluczowa staje się w tym przypadku osoba terapeuty, drugi umysł budujący zdolność do tolerowania afektu u pacjenta oraz czas terapii. Ten proces dzieje się stopniowo – w takich dawkach i w takim pobudzeniu, które mamy nadzieję, że będzie do zniesienia dla danej osoby „na trzeźwo”.

W różnego rodzaju terapiach, również psychoanalitycznej, zmierzamy do zbudowania bezpiecznej więzi w ramach procesu, który jest rozciągnięty w czasie. Relacja i czas tworzą zarówno przestrzeń spotkania, jak i bufor. Zachęcają/zapraszają istniejące w psychice zawartości, również spuściznę traumy, by mogły one wyjść z dysocjacji, powrócić z wygnania i dojść do głosu. Co ważne, w regulowany przez samego pacjenta sposób, w wybranym przez niego czasie – więc tu nie czas goi rany, tylko czas pozwala na to, by ustaliło się właściwe tempo dla danej osoby. Spada więc na nas, psychoterapeutów, wymóg przeżycia tych surowych afektów, przetworzenia ich w procesie zamyślenia i oddania pacjentowi pod postacią treści możliwych do odczuwania. Gdy wychycimy uczuciem, gdy zdołamy pomieścić to, co pacjent wcześniej zmuszony był dysocjować albo znieczulać nałogiem, gdy pomożemy znaleźć słowa na wyrażenie jego osobistych doświadczeń, pomagamy mu zejść z samotnych bezdroży niezbadanych rejonów własnego umysłu.

O funkcji towarzyszącej terapeuty pisał także Peter Levine, zauważając, że: *Pociąga to za sobą przejmowanie emocji (pacjenta) lęku, przerażenia, gniewu, wściekłości, poczucia zagubienia i braku sił. Sposób w jaki terapeuta odpowiada na te emocje, decyduje o tym, w jakim stopniu pomoże pacjentowi. Jeżeli się wycofa, gdyż nie potrafi zaakceptować albo pomieścić ich w sobie, zapewne pacjent poczuje się niezrozumiany i opuszczony. Jeżeli te emocje przytłoczą terapeutę, i on, i pacjent się pogubią. Jeżeli natomiast te-*

rapeuta zachowa spokój umysłu i opanowanie, wówczas doznawane przez pacjenta przerażenie otuli ciepłem współczucia (Levine, 2023, s. 57).

Możliwość przyjęcia przez terapeutę cierpienia pacjenta ze spokojem ma dużą moc. Pacjent, uwnętrzniając te kompetencje rezyliencji, będzie mógł sobie lepiej radzić z lękiem, gniewem oraz bólem związanym z utratą. Czucie, identyfikowanie i kontemplowanie własnego życia psychicznego może wtedy zastąpić niemożliwą do pomyślenia, bezkształtną groźbę, która dotychczas domagała się znieczulenia nałogiem.

JOANNA CHMARZYŃSKA-GOLIŃSKA



certyfikowana
psychoterapeutka
psychoanalityczna,
superwizorka i terapeutka
szkoleniowa PTPP;
psychotraumatolożka
oraz superwizorka
Polskiego Towarzystwa
Psychotraumatologicznego.

BIBLIOGRAFIA

1. Dickinson, E. (1995), *Drugie 100 wierszy*. Przeł. S. Barańczak. Kraków: Wydawnictwo Znak.
2. Ferenczi, S. (2021). *Pomieszenie języków w obcowaniu dorosłych z dzieckiem. Mowa czułości i pożądania*. *Czas Kultury*, 37(04), 213-218.
3. Haller, L., LaPierre, A. (2018). *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność do tworzenia związków*. Przeł. M. Ułaszewska-Żuk, M. Żuk. Wrocław: Wydawnictwo Instytutu Terapii Psychosomatycznej.
4. Kalsched, D. (2015). *Wewnętrzny świat traumy. Archetypowe obrony jaźni*. Przeł.
5. Levine, P. (2023). *Głos wnętrza. Jak ciało uwalnia się od traumy i odzyskuje zdrowie*. Przeł. T. Karpowicz. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
6. M. Kalinowska. *Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka*.
7. Rotshild, B. (2021). *Ciało pamięta. Rewolucja w terapii traumy. Tom 2*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: www.touib.pl

Magdalena Krzywotulska

W historii ewolucji naszego gatunku przebywanie w samotności w oderwaniu od grupy groziło niebezpieczeństwem. Tłumaczy to, dlaczego wielu ludzi w trakcie trwania pandemii reagowało kryzysem. Teoria poliwalgalna mówi, że każdy z nas ma biologiczny imperatyw łączenia się z innymi w celu uzyskania spokoju i poczucia bezpieczeństwa

JAK NIE UMRZEĆ ZE STRACHU, CZYLI O DAŻENIU DO BEZPIECZEŃSTWA W NIEBEZPIECZNYCH CZASACH

Razem z mężem oglądamy wiadomości. Akurat komentowane są zdarzenia ze Strefy Gazy. Zdjęcia i filmy wywołują u mnie lęk i napięcie – serce zaczyna mi szybciej bić, pojawia się ścisk w gardle i w żołądku, sztywnieją mi ramiona. Mój mąż wie, że z racji mojej historii rodzinnej oraz pracy wojna bardzo mnie aktywuje. Patrzy na mnie z empatią i współczuciem. Jego łagodny wzrok napotyka na moje przestraszone oczy. Serce zwalnia, pojawia się głębszy oddech. Tam na zewnątrz otaczają mnie te same sceny rozszalałej wojny, ale wewnątrz mnie pojawia się pokój.

Przez przytoczone powyżej doświadczenie chciałam pokazać fizjologiczną drogę, jaką przebył mój autonomiczny układ nerwowy od spokoju do pobudzenia, zneruchomienia i ponownie do stabilizacji. Stabilizacja była możliwa, ponieważ przykreemu doświadczeniu towarzyszył drugi, spokojny, wyregulowany człowiek. Założeniem tego artykułu jest pokazanie, w jaki sposób możemy wspierać samoregulację i pomagać w tym naszym pacjentom poprzez własną stabilną obecność. Pracując nad tekstem, w dużej mierze opierałam się na złożeniach teorii poliwalgalnej. Chciałabym pokazać, w jaki sposób można wykorzystywać jej postulaty w praktyce terapeutycznej i przestrzeni społecznej.

PRZYSTOSOWAĆ SIĘ DO ZAGROŻENIA

Dnia 8 października 1994 r. w Atlancie Stephen Porges po raz pierwszy przedstawił swój model, w którym

podkreślał, że ssaki wyewoluowały we wrogim dla siebie środowisku. Ich przetrwanie zależało od umiejętności regulowania w dół stanów obronnych za pomocą stanów bezpieczeństwa i zaufania, które wspierają zdrowie oraz zachowania oparte na współdziałaniu. Stwierdza, że jako naukowiec nie myślał o tym, iż jego teorię podchwycą klinicyści i stanie się ona niezwykle ważna w wyjaśnianiu neurofizjologicznych reakcji opisywanych przez osoby, które doświadczyły traumy. W świetle teorii poliwalgalnej reakcje te są niczym innym jak sposobem przystosowania ciała do zagrożenia. Po doświadczeniu zagrożenia życia, reakcje neuronalne wielu osób powodowały przesadną postawę obronną, tracąc przy tym rezyliencję pozwalającą im powrócić do stanu bezpieczeństwa.

Od czasu, kiedy ten sposób rozumienia ujrzał światło dzienne, powstało kilka tysięcy publikacji, w których pojawiają się doniesienia o kolejnych badaniach potwierdzających tezy Stephena Porgesa oraz pokazujących, jak można wykorzystać tę wiedzę w coraz to nowych obszarach życia człowieka – terapii, medycynie, szkolnictwie.

Teoria poliwalgalna pozwala poznać procesy kształtujące nasze codzienne doświadczenia, podkreślając rolę autonomicznego układu nerwowego, który stanowi rodzaj zmiennej pośredniczącej w tym, jak reagujemy na wskaźniki wewnętrzne i zewnętrzne. Pomaga wyjaśnić połączenia między układami organizmu, oferując głębsze rozumienie złożonych wzorców zintegrowanych

procesów góra – dół i dół – góra stanowiących nieodłączną część terapii umysł – ciało.

TEORIA POLIWAGALNA – PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA I TERMINY

W teorii poliwalgalnej wyodrębnia się trzy platformy neuronalne, które uruchamiają się w zależności od stopnia postrzeganego bezpieczeństwa środowiska. Za pomocą neurocepcji nasz autonomiczny układ nerwowy nieustannie odbiera wskaźniki bezpieczeństwa, braku bezpieczeństwa i zagrożenia dla życia. Co więcej, ta ocena środowiska, dokonuje się natychmiastowo i automatycznie, nie angażując w to odpowiedzialnych za myślenie części mózgu.

Autonomiczny układ nerwowy składa się z układu współczulnego oraz przywspółczulnego i reaguje na sygnały oraz wrażenia zmysłowe za pomocą trzech szlaków, z których każdy posiada charakterystyczny wzorzec reakcji w „służbie przetrwania”.

Opisane poniżej platformy neuronalne powiązane są z zachowaniami wchodzącymi w skład komunikacji społecznej, obronnej strategii mobilizacji i obronnego zneruchomienia.

1. **Układ błędny brzuszny** (*ventral vagal complex – VVC*) stanowi część przywspółczulnego układu nerwowego. Występuje tylko u ssaków, tworzy struktury neuronalne pośredniczące w układzie zaangażowania społecznego. Ma zdolność hamowania działania dróg współ-

czulnych prowadzących do serca, a zatem wspiera spokojne i prospołeczne zachowania. Kiedy środowisko wewnętrzne i zewnętrzne zostanie uznane za bezpieczne, wówczas VVC zapewnia platformę neuronalną wspierającą zachowania prospołeczne i więzi społeczne. Komponent motoryczny VVC pochodzący z jądra dwuznacznego reguluje oraz koordynuje pracę mięśni twarzy i głowy z oskrzelami i sercem. Te połączenia pomagają jednostce skierować się ku łączności z innymi ludźmi i angażować w interakcje prospołeczne, stwarzając także możliwość bardziej elastycznego i adaptacyjnego reagowania na wyzwania środowiskowe, w tym interakcje społeczne (Porges, 2017).

Kiedy jesteśmy pod wpływem działania nerwu błędnego brzuszego, czujemy się bezpieczni, w łączności z innymi, spokojni oraz otwarci na relacje społeczne. Doświadczenia związane z tym stanem to: zorganizowanie, zdolność realizacji własnych planów, odpowiednia troska o siebie, umiejętność wygospodarowania czasu na rozrywkę i wypoczynek,

spędzanie czasu z innymi ludźmi, poczucie produktywności w pracy i ogólne odczucie, że panujemy nad swoim życiem.

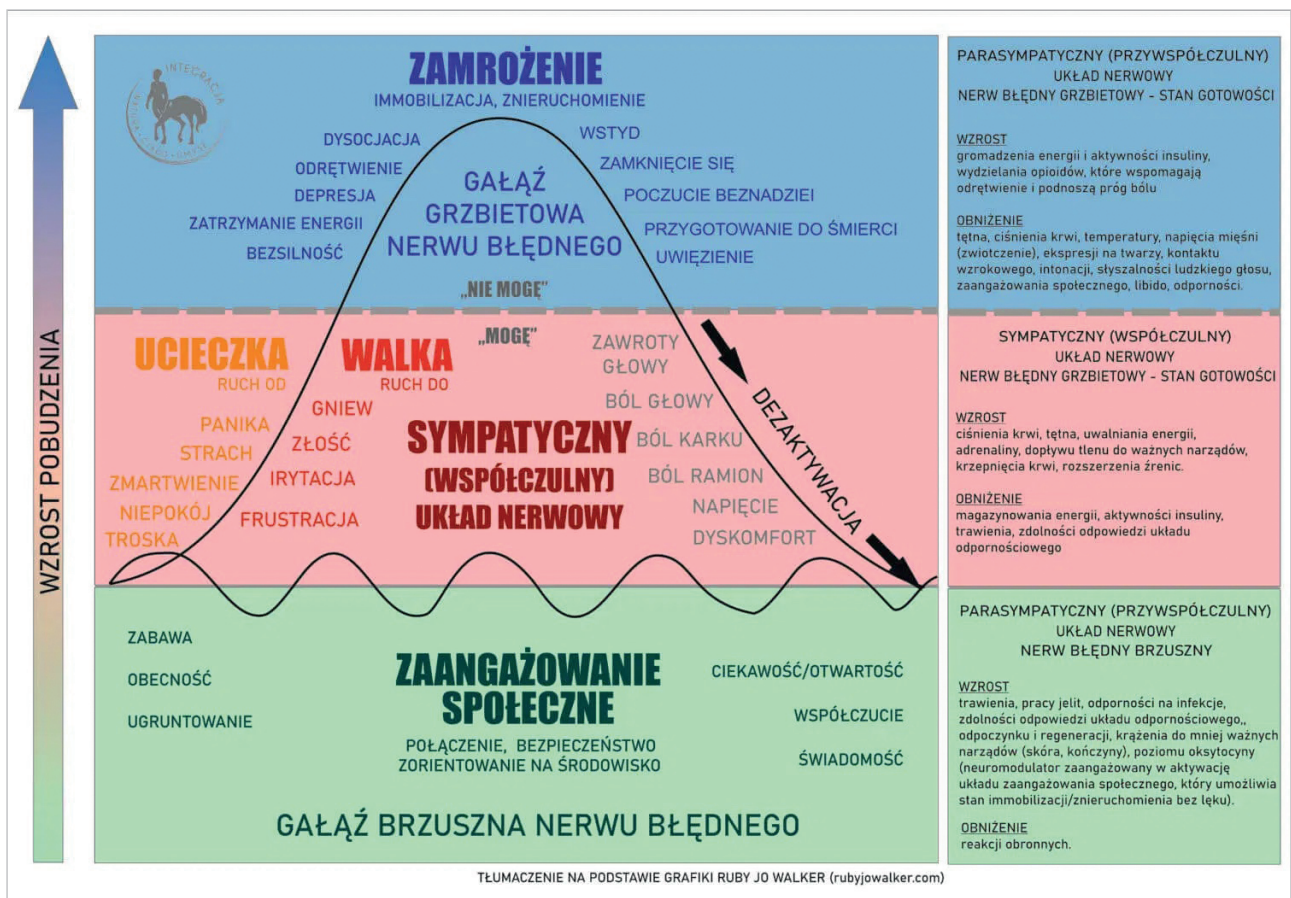
Badania pokazują, że osoby, które doświadczają regulacji na tym poziomie, mają zdrowe serce, uregulowane ciśnienie krwi, zdrowy układ immunologiczny zmniejszający podatność na choroby, dobre trawienie, dobry sen i ogólne poczucie dobrostanu.

2. **Współczulny układ nerwowy** (*sympathetic nervous system – SNS*) jest kojarzony z zachowaniami typu walka/ucieczka. Takie zachowania są pierwszymi i podstawowymi strategiami obronnymi wykorzystywanymi przez ssaki, wymagającymi równocześnie zwiększonej produkcji metabolicznej.

Teoria poliwalgalna przyjmuje, że wykorzystanie SNS w celach obronnych jest egzemplifikacją zasady dyssolucji zaproponowanej przez Jacksona i odzwierciedla reakcje adaptacyjne przebiegające zgodnie z filogenetycznie uporządkowaną hierarchią. Oznacza to, że ilekroć reakcja układu błędnego brzuszego

okazuje się niewystarczająca do złagodzenia zagrożenia, pojawia się aktywacja układu współczulnego, która pociąga za sobą ogromne zmiany fizjologiczne, w tym wzrost napięcia mięśni, przekierowanie krwi z obwodu, wyhamowanie funkcji przewodu pokarmowego, rozszerzenie oskrzeli, wzrost częstotliwości rytmu serca i oddychania oraz uwolnienie katecholamin. Mobilizacja zasobów fizjologicznych przygotowuje organizm do zachowania będącego odpowiedzią na rzeczywiste lub zakładane zagrożenie w środowisku, mającego mu zapewnić bezpieczeństwo i przetrwanie.

Kiedy SNS staje się dominującą platformą neuronalną, wpływ VVC może zostać zahamowany na rzecz mobilizacji zasobów umożliwiających szybkie działanie. VVC promuje zachowania prospołeczne i więzi społeczne, a kiedy jego wpływ maleje, do głosu dochodzą zachowania i emocje powiązane z SNS, czyli strach lub gniew, pomagające jednostce skierować się ku środowisku, by chronić siebie lub zapewnić sobie bezpieczeństwo.



Niektóre z codziennych życiowych problemów na tym szczeblu reakcji, to: lęk, napady paniki, gniew, niezdolność do koncentracji lub śledzenia jakiegoś toku rozumowania oraz brak poczucia pewności siebie w relacjach. Ma to swoje konsekwencje zdrowotne takie jak: choroby serca, nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu, problemy ze snem, nadwaga, osłabienie pamięci, bóle głowy, chroniczne napięcie mięśni szyi, barku i pleców, problemy gastryczne oraz słabsza odporność immunologiczna.

3. **Układ błędy grzbietowy** (*dorsal vagal complex – DVC*) część przywspółczulna układu nerwowego. Ma początek w jądrze grzbietowym nerwu błędnego, a jego częścią są podstawowe włókna motoryczne nerwu błędnego docierające do narządów podprzeponowych. Układ ten ewoluował, by reagować adaptacyjnie na bardzo duże zagrożenie dla organizmu lub czynnik wywołujący ogromne przerażenie i jest najbardziej pierwotną (tj. najstarszą ewolucyjnie) odpowiedzią na stresor. Aktywacja DVC w celach obronnych skutkuje reakcją pasywną, charakteryzującą się zmniejszonym napięciem mięśniowym, ogromnym spadkiem rzutu serca, służącym ochronie zasobów metabolicznych oraz zmianą funkcji jelit i pęcherza oraz odruchową defekacją i oddawaniem moczu w celu zmniejszenia wymagań metabolicznych związanych z trawieniem i innymi procesami ustrojowymi. To zahamowanie pracy trzewi pokazuje, że organizm stara się zmniejszyć swoje wymagania metaboliczne i tlenowe do niezbędnego minimum koniecznego do przeżycia. Z behawioralnego punktu widzenia tę reakcję nazywa się często zniechęceniem, immobilizacją, zamknięciem się powiązanych z pozorowaniem śmierci lub zapadnięciem się – może być ona doświadczana przez ludzi jako stan dysocjacyjny połączony z poczuciem odcieleśnienia, czemu może towarzyszyć utrata świadomości. Stan błędno-grzbietowy jest zwykle rozumiany jako stan wstrząsu lub szoku.

Doświadczenia związane z tym stanem, poza dysocjacją, to: proble-

my z pamięcią, depresja, poczucie izolacji i braku sił do zmagania się z zadaniami stawianymi nam przez codzienne życie. Konsekwencje zdrowotne to: chroniczne zmęczenie, fibromialgia, problemy gastryczne, niskie ciśnienie krwi, cukrzyca typu drugiego i nadwaga.

Teoria poliwalgalna zakłada, że poszczególne stany fizjologiczne, cechy psychiczne i procesy społeczne są wzajemnie połączone, wyłaniają się i są dostępne właśnie za pośrednictwem tych platform neuronalnych. Trzy obwody neuronalne – SNS, VVC i DVC – nie wykluczają się wzajemnie ani nie są antagonistyczne wobec siebie nawzajem, lecz wyłaniają się razem, współistnieją i mieszają się, tworząc u człowieka złożony zestaw stanów fizjologicznych, emocjonalnych i behawioralnych.

Na przykład równoczesna aktywacja obwodów VVC i SNS skutkuje bezpieczną mobilizacją. Obwód VVC umożliwia doświadczenie bezpieczeństwa i łączności z innymi, SNS natomiast wspiera mobilizację ruchową oraz szybkie i kreatywne myślenie potrzebne do takich czynności jak: taniec, zabawa, ekspresja artystyczna lub pisanie.

Z kolei równoczesna aktywacja obwodów VVC i DVC ułatwia osiągnięcie bezpiecznego zniechęcenia. Tego rodzaju wolne od lęku zniechęcenie umożliwia powstawanie więzi społecznych na drodze takich prospołecznych czynności jak: poród, poczęcie i pielęgnacja.

Teoria Porgesa proponuje hierarchiczny model reakcji, w którym najbardziej zaawansowane strategie przetrwania opierające się na relacjach społecznych są wybierane w pierwszej kolejności. Jeśli układ zaangażowania społecznego nie funkcjonuje, wtedy uaktywnia się prymitywny układ pobudzenia współczulnego (walka lub ucieczka). Jeśli nie sprawdza się pobudzenie współczulne, w następnej kolejności pojawia się reakcja zniechęcenia prymitywnego układu błędnego grzbietowego, będąca końcowym etapem procesu walki o przetrwanie.

Taki sposób rozumienia wyjaśnia, dlaczego pacjenci, którzy nie czują się bezpiecznie, uruchamiają strategie obronne w postaci gniewu, irytacji, walki lub dysocjacji.

TEORIA POLIWAGALNA W PSYCHOTERAPII

Niezwykły wkład w przełożeniu języka teorii poliwalgalnej na praktykę kliniczną wniosła Deb Dana – psychotherapeutka, koordynatorka Konsorcjum Traumatic Stress Research w Instytucie Kinseya. Celem terapii, w jej rozumieniu, jest wykorzystanie potencjału nerwu błędnego brzuszego do uruchomienia obwodów wspierających zachowania prospołeczne układu zaangażowania społecznego (Porges, 2009).

Przypomnę, że układ zaangażowania społecznego to połączenie „twarz-serce” będące wynikiem powiązania nerwu błędnego brzuszego odpowiedzialnego za serce z mięśniami prądkowymi twarzy i głowy odpowiedzialnymi za mimikę twarzy oraz zdolności słuchania i wokalizacji. W codziennych interakcjach właśnie za pomocą układu zaangażowania społecznego przesyłamy wskaźniki bezpieczeństwa i szukamy takich wskaźników.

Teoria poliwalgalna podkreśla relację organizmu ze środowiskiem, w jakim się znajduje. W świetle tego, poprzez miejsce terapii oraz otoczenie społeczne (np. własna obecność), możemy wspierać stan fizjologiczny pacjenta w kierunku aktywacji układu błędnego brzuszego. Możliwość nawiązania łączności z innymi, ciekawość i chęć zmiany są pochodną stanu błędnego brzuszego i neuroocpcji bezpieczeństwa. Podejście poliwalgalne w terapii opiera się na czterech filarach:

- rozpoznawanie stanu autonomicznego u siebie i u pacjenta powinny być nieodłącznym elementem każdej sesji terapeutycznej,
- szacunek dla reakcji adaptacyjnej skierowanej na przetrwanie – możemy to osiągnąć, pomagając pacjentom zrozumieć i docenić działanie ich układu nerwowego, który nie osądza tego, co dobre, a co złe, lecz działa, by zapanować nad niebezpieczeństwem i zapewnić przetrwanie. Pozwala pacjentowi dostrzec, że np. nie bronił się w obliczu zagrożenia, ponieważ z punktu widzenia autonomicznego układu nerwowego inna reakcja była bardziej korzystna dla jego przetrwa-

nia. Taki sposób rozumienia reakcji pacjenta bardzo często sprzyja zmniejszeniu wstydu i poczucia winy u ofiar traumy,

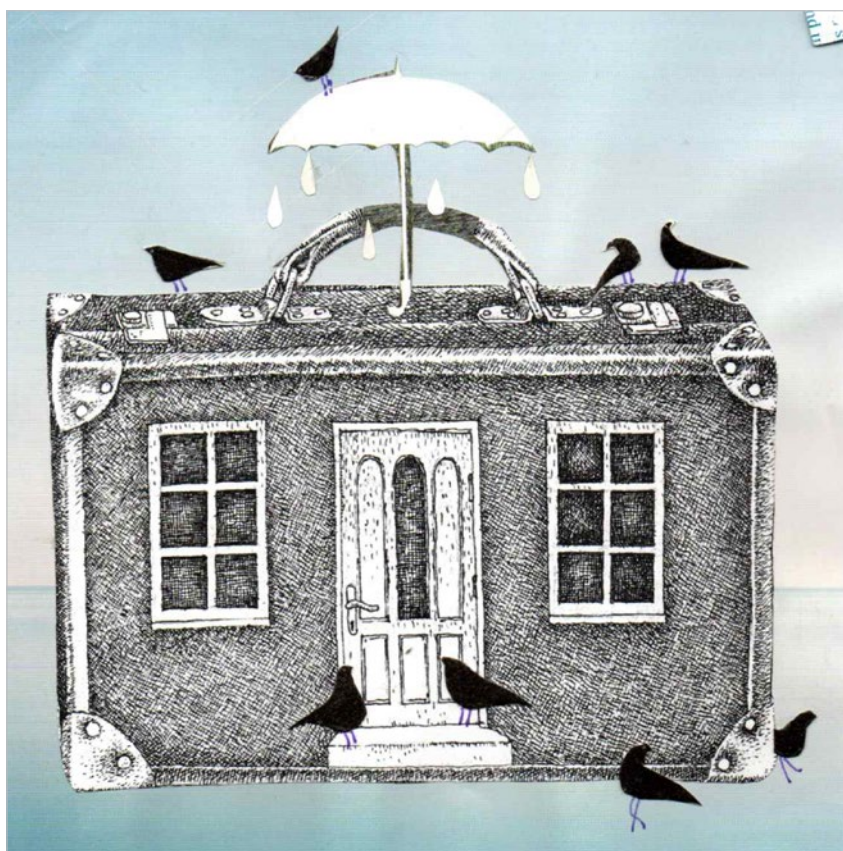
- regulacja lub koregulacja prowadzące do stanu błędnego brzusz- nego,
- przeformułowanie własnej opowieści (Dana, 2018).

W tym rozumieniu podkreśla się rolę terapeuty, który nie tylko może być pomocny w rozumieniu problemów pacjenta, ale też w regulacji jego stanów fizjologicznych. Pierwszym zadaniem terapeuty jest samemu nauczyć się osiągać stan bezpieczeństwa i połączenia we własnym ciele, a następnie pomagać pacjentom znaleźć się w tym samym bezpiecznym miejscu.

Koregulacja w teorii poliwalgalnej to podstawowy imperatyw biologiczny. Dzięki wzajemnej regulacji stanów autonomicznych uzyskujemy poczucie bezpieczeństwa, które pozwala nam nawiązywać łączność z innymi i tworzyć relacje oparte na wzajemnym zaufaniu. Koregulacja jest koniecznym warunkiem samoregulacji, bowiem historia traum wiąże się z brakiem doświadczeń bezpieczeństwa oraz przewidywalnych możliwości koregulacji. Gdy mamy wsparcie w postaci więzi zbudowanych na koregulacji, wzmacnia się nasza rezyliencja, podczas gdy doświadczanie permanentnego braku dostrojenia czyni nas mistrzami przetrwania (Dana, 2018). Osoba o wysokiej koherencji serca jest w stanie wpływać na innych z odległości 1,5 – 2,5 metra. Ktoś pobudzony może się dostrajać, wpadać w rezonans i uspokajać dzięki obecności kogoś spokojniejszego. Bycie w stanie rezonującej koherencji potrafi ochronić nas przed wpływem dezorganizowanych stanów osób z naszego otoczenia.

Ponadto nerw błędny brzuszny nazywany jest „nerwem współczucia”, ponieważ w wyniku jego działania jesteśmy zaprogramowani biologicznie do troski o innych. Stan błędny brzuszny wspiera więzi oparte na współczuciu: spowalnia tętno, łagodzi wyraz oczu, ton głosu.

Wiedza ta pokazuje, jak ważna jest zdolność terapeuty do samoregulacji i wspierania powrotu do zdrowia pacjenta, jednocześnie też tłumaczy, że rozregulowany, niedostrojony tera-



peuta nie będzie w stanie pomóc pacjentowi, zwłaszcza jeśli pacjent był ofiarą traumy.

Samoregulacja jest rozumiana jako świadoma zdolność do utrzymania stabilności układu przez zarządzanie lub zmianę reakcji na zagrożenie lub przeciwności, może zmniejszyć objawy różnicowanych schorzeń takich jak zespół jelita drażliwego, schorzenia neurodegeneracyjne, przewlekły ból, depresja i zespół stresu pourazowego, przez złagodzenia obciążenia allostycznego, z towarzyszącą mu zmianą stanu autonomicznego (Porges, 2020). Terapeuta poprzez własną regulację wysyła wskaźniki bezpieczeństwa, układ autonomiczny pacjenta odbiera to jako sygnał do koregulacji.

Kwestie wzajemnego oddziaływania na siebie układów nerwowych, poruszane są przez wielu badaczy i terapeutów uwzględniających fizjologię w rozumieniu problemów pacjenta. Dr Raja Selvam w książce „Regulowanie emocji” przytacza słowa psychiatry Daniela Siegela, który twierdzi, że gdy dwoje ludzi się do siebie zbliża, tworzą oni synergiczny supersystem, w którym tolerancja diady jest wyższa niż suma tolerancji dwojga ludzi two-

rzących ten związek. Selvam również podkreśla rolę terapeuty i jego zdolność do tolerowania własnych stanów fizjologicznych w pracy z pacjentem – „wpływ na profil tolerancji afektu danej jednostki w określonej sytuacji ma nie tylko poszerzenie naczyń, jakim jest ciało, ale także nasze wewnętrzne nastawienie i wsparcie ze strony innych” (Selvam, 2022). Wprowadza też pojęcie rezonansu interpersonalnego – niewerbalnej komunikacji między dwoma ciałami odbywającej się za pomocą sygnałów elektromagnetycznych i kwantowych – odgrywa ona istotną rolę w sposobie, w jaki przekazujemy sobie i regulujemy nasze doświadczenia emocjonalne (Selvam, 2022).

BRAKUJĄCE OGNIWO W LECZENIU UZALEŻNIEŃ

Jeżeli zgodzimy się, że wiele osób uzależnionych to ofiary traumy, pojawia się pytanie o zasadność dotychczasowego podejścia w leczeniu uzależnień. Wydaje się, że niski poziom skuteczności dotychczasowych metod może się wiązać z tym, że w niewystarczającym stopniu uwzględniają one kwestie związane z dysregulacją pacjentów uzależnionych na poziomie

fizjologicznym. Opieranie terapii na poznawczych oddziaływaniach wydaje się zgubne, ponieważ to najsłabsze ogniwo – mam nadzieję, że przytoczona tu wiedza pokazuje, że aby korzystać ze swoich zasobów poznawczych, trzeba najpierw znajdować się w odpowiednim stanie fizjologicznym. Badania pokazują, że reakcja współczulna zmienia nasze możliwości słuchowe. Naszą zdolność koncentracji na ludzkim głosie kontrolują mięśnie ucha środkowego. W stanie błędnym brzuszny ich praca reguluje zakres częstotliwości dochodzących do nas dźwięków, ułatwiających nam słuchanie i nasłuchiwanie głosów ludzi.

Gdy kontrolę nad ciałem przejmuje układ współczulny, regulacja mięśni ucha środkowego przestawia się z nasłuchiwanie głosu ludzkiego na nasłuchiwanie dźwięków niskiej częstotliwości, sygnalizujących drapieżniki, lub dźwięków o wysokiej częstotliwości, stanowiących źródło niepokoju. System jest dostrojony do dźwięków zagrożenia, a nie dźwięków łączności z innymi. To pokazuje, że pobudzony, zaktywowany pacjent nie słyszy swojego terapeuty na tyle, żeby mógł korzystać z jego interwencji, jeśli nie jest w odpowiednim stanie fizjologicznym. Gdy nie czujemy się bezpieczni, pozostajemy bezustannie w stanie, w którym skanujemy otoczenie i nastawiamy się na obronę. Wysoki poziom stresu i dysregulacji w fizjologii ofiar traumy sugeruje, że leczące ją terapie mogłyby być skuteczniejsze, gdyby uwzględniały metody bezpośredniej pracy z fizjologią pozwalające panować nad poziomem stresu i dysregulacji fizjologicznej.

Teoria poliwalgalna koncentruje się na ćwiczeniach neuronalnych. Polegają one na przejściowych zakłóceniach i przywracaniu stanu fizjologicznego przez interakcje społeczne wykorzystujące wskaźniki bezpieczeństwa. W środowisku klinicznym pacjent, który doświadcza przerywanych zmian stanu autonomicznego, mógłby być stabilizowany poprzez wsparcie terapeuty. Terapia wówczas stwarzałaby możliwości ćwiczenia umiejętności zmiany stanu za pomocą układu zaangażowania społecznego po to, by autonomiczny układ nerwowy nie przebywał zbyt długo w trybie obronnym. Ten proces

rozpoczyna się od koregulacji między klientem i terapeutą. Gdy pacjent zaczyna doświadczać koregulacji, na której może polegać, przejściowe zmiany stanu w mniejszym stopniu niż wcześniej aktywują zachowania obronne i pojawia się spontaniczna samoregulacja (Porges, 2023).

Kolejną korzyścią terapii umysł ciało może być rezyliencja pozwalająca jednostce w odpowiednim czasie sprężyć się zareagować i zaadoptować się do przeciwności i/lub stresujących okoliczności bez utraty zasobów psychofizjologicznych. Wysoka rezyliencja skorelowana jest z szybszą regeneracją układu krążenia po subiektywnych doświadczeniach emocjonalnych, mniejszym postrzeganym stresem, większym stopniem powrotu do zdrowia po chorobie lub traumie oraz lepszym radzeniem sobie z demencją i przewlekłym bólem (Porges, 2020).

JAK NIE UMRZEĆ ZE STRACHU?

Na końcu podzielę się z Czytelnikami pewną refleksją na temat tego, jak perspektywa poliwalgalna wyjaśnia kryzys, jakiego doznało wielu ludzi w obliczu pandemii. Nakazywane nam strategie dystansu społecznego wpłynęły na nasz układ nerwowy, stawiając go przed dylematem, jakim było z jednej strony chęć uniknięcia zakażeniem SARS-CoV-2, z drugiej zaś strony wymuszona konieczność rezygnacji z biologicznego imperatywu łączenia się z innymi w celu uzyskania spokoju i poczucia bezpieczeństwa. W historii ewolucji naszego gatunku przebywanie w samotności w oderwaniu od grupy groziło niebezpieczeństwem. Tłumaczy to, dlaczego wielu ludzi w trakcie trwania pandemii reagowało kryzysem (będącym odpowiedzią na zagrożenie), zgłaszało stany lękowe, poczucie bez nadziei oraz braku zaufania i bezpieczeństwa w relacjach międzyludzkich.

Zgodnie z zasadą dyssolucji, kiedy tracimy możliwość wykorzystywania naszego układu zaangażowania społecznego, pozwalającego nam łączyć się z innymi i uspokajać naszą fizjologię, wchodzimy w adaptacyjne stany obronne – ciągłą mobilizację. Stany te mogą manifestować się poprzez chroniczny lęk, rozdrażnienie lub wycofanie, rozpacz i depresję, kiedy mamy

do czynienia z reakcją zneruchomienia. Dodatkowo, zasoby w postaci kontaktów międzyludzkich w nowej sytuacji przedstawiane były jako zagrożenie, co tworzyło paradoks dla naszego układu nerwowego. Strategie stosowane przez politykę zdrowia publicznego w celu zmniejszenia liczby zakażeń pogłębiały negatywny wpływ pandemii.

Nie umrzeć ze strachu, to rozumieć znaczenie relacji międzyludzkich jako podstawowego zasobu w zdrowym i satysfakcjonującym funkcjonowaniu. W obliczu pandemii i wojen – gdzie dążenie do władzy, siła, spryt i przewaga, podszywają się pod zasoby w kontaktach z innymi ludźmi, przytoczę słowa ewolucjonisty, który niezwykle klarownie ujmuje biologiczną istotę człowieczeństwa: *Całkiem możliwe, że ci najbardziej dostosowani, najsilniejsi, to równocześnie ci najłagodniejsi, ponieważ przetrwanie często wymaga wzajemnej pomocy i współdziałania.* (Dobzhansky, 1962).

MAGDALENA KRZYWOTULSKA



specjalistka psychologii klinicznej, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, certyfikowana psychoterapeutka PTP, Prace w Ośrodku ROZMOWA w Poznaniu.

BIBLIOGRAFIA

1. Deb D.(2018). *Teoria poliwalgalna w psychoterapii.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Deb D.(2020). *Teoria poliwalgalna w praktyce.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
3. van der Kolk, B.A. (2018). *Strach ucieleśniony.* Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
4. Levine, P. A. (2020). *Obudźcie tygrysa.* Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
5. Porges S.W., (2020) *Teoria poliwalgalna.* Kraków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. Porges S.W., (2023) *Bezpieczeństwo poliwalgalne.* Kraków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Selvam R., (2022) *Regulowanie emocji. Przewodnik po uczuciach, ciele i zachowaniach.* Białystok. Grupa Wydawnictwo Kobiectwo, s. 64, 83.

Natalia Smogulecka

Kompulsywne zachowania seksualne (CSBD) – dla niektórych osób stają się strategią regulowania stanów afektywnych, a także swoistym bezpiecznikiem, który zawsze jest pod ręką i dzięki któremu można odciąć się od tego, co bolesne czy przerażające

ODTAJNIONE CSBD

Przez lata praktyki klinicznej zetknęliśmy się w Radzimowicach ze znaczącą liczbą pacjentów, którzy zgłaszają się po pomoc w związku z zaburzeniami kompulsywnych zachowań seksualnych (CSBD – *compulsive sexual behaviour disorder*) po latach psychoterapii własnej. Powtarzający się schemat to pacjent, który po przebiegu terapii np. stacjonarnej, utrzymuje abstynencję od środków psychoaktywnych (SPA) bądź alkoholu, korzysta z psychoterapii indywidualnej, podczas której w ogóle albo dopiero po latach, ujawnia, że od dzieciństwa ma problem z problematycznym używaniem pornografii (PPU) lub innymi zachowaniami seksualnymi. Dlaczego tak się dzieje? Czy jako psychoterapeuci nie dostrzegamy istotnych wątków w pracy z osobami uzależnionymi? Jak rozumieć współwystępowanie CSBD i uzależnień chemicznych?

PRZYPADEK 1

Pan T. lat 40 zgłasza się do Ośrodka Radzimowice w związku z „seksuolizmem”. Zasugerowano mu, że ma ten problem na grupie wsparcia NA.

Pan T. jest uzależniony od SPA (mefedron, kokaina, amfetamina, metamfetamina). Odbił terapię stacjonarną w związku z uzależnieniem od SPA. Korzysta od lat z psychoterapii indywidualnej, jednak dopiero ostatnio, w związku z sugestiami osób z grupy samopomocowej, wspomniął terapeucie o problemach związanych z zachowaniami seksualnymi.

Terapeuta kieruje pacjenta do Ośrodka Radzimowice. W zebranim wywiadzie pacjent spełnia wszystkie kryteria diagnostyczne CSBD wg ICD 11. Od okresu nastoletniego wchodzi w liczne równoległe związki seksualne z kobietami. Jest po rozwodzie. Jego aktualna partnerka zażądała, by wyprowadził się z domu. Swoje zdrady liczy w setkach. Jest typem zdobywcy. W miarę upływu lat jego zachowania są coraz bardziej perwersyjne. W miarę

*wzrostu tolerancji, poza seksem heteroseksualnym, seksem grupowym, dochodzi do tego seks homoseksualny i chemsex. Pan T. poniósł na przestrzeni lat liczne straty zarówno w obszarze zawodowym, zdrowotnym (STD – *sexually transmitted diseases* – choroby przenoszone drogą płciową), relacyjnym. Pobyt w Ośrodku to czas, kiedy pan T. po raz pierwszy nazywa i ujawnia poważne zaburzenie, z którym żyje od ponad dwudziestu lat.*

PRZYPADEK 2

Pan K. lat 35, uzależniony od narkotyków i alkoholu zgłasza się do Ośrodka Radzimowice skierowany przez terapeutę indywidualnego. Ma za sobą pobyt w Ośrodku długoterminowym, wiele lat psychoterapii indywidualnej, uczestniczenie w grupach wsparcia dla osób uzależnionych. Jednocześnie od dzieciństwa (od około dwunastego roku życia) natłoczony ogląda pornografię oraz korzysta z usług prostytutek w stopniu i skali, które dewastują jego związku. Zgłasza się na terapię po rozpadzie kolejnego związku.

Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych CSBD może dotyczyć od trzech do sześciu procent populacji (Kuzma, Black, 2008). Dane pozyskiwane z badań pokazują także, że około 7% mężczyzn i około 2% kobiet uważa swoje korzystanie z pornografii za problemowe (Lewczuk i wsp., 2020; Grubbs i wsp., 2019). Co ciekawe, porów-

nując pornografię do innych używek, okazuje się, że staje się ona najbardziej problematyczną „używką” w populacji (Nowakowska i wsp., 2020). Wiedza o tym powinna uwrażliwiać terapeutów, szczególnie tych pracujących w obszarze uzależnień, do poszerzania swojej wiedzy odnośnie PPU i CSBD i włączania jej do praktyki klinicznej.

W niniejszym artykule nie będę zajmować się kwestiami dotyczącymi diagnozy CSBD ani przynależności tego zaburzenia do grupy uzależnień. Rosnąca liczba badań pozwoliła włączyć zaburzenie kompulsywnych zachowań seksualnych do ICD 11, a kolejne pojawiające się potwierdzają tezę o podobieństwie CSBD do uzależnień (Goła i wsp., 2017; Draps i wsp., 2020; Golec i wsp., 2021). Będę się posługiwać terminem CSBD w odniesieniu do wszystkich problematycznych zachowań seksualnych spełniających kryteria diagnostyczne z ICD 11 w odniesieniu do zaburzenia kompulsywnych zachowań seksualnych, w tym do problematycznego korzystania z pornografii (PPU). W odniesieniu do badań i artykułów, które są z okresu przed pojawieniem się ICD 11, będę używać określeń, jakie pojawiały się na to zaburzenie w dostępnej na tamten czas literaturze (najczęściej uzależnienie od zachowań seksualnych). Skoncentruję się na tym, jak rozwija się CSBD

UZALEŻNIENIE OD PORNOGRAFII

Wśród metod leczenia uzależnienia od pornografii amerykańscy specjaliści wymieniają: terapię poznawczo-behawioralną a zwłaszcza terapię akceptacji i zaangażowania, psychoterapię psychodynamiczną. Działania terapeutyczne mogą być wspomagane farmakoterapią. Leki, które są pomocne, to: leki przeciwdepresyjne, naltrekson (Vivitrol), stabilizatory nastroju (stosowane w leczeniu chorób takich jak choroba afektywna dwubiegunowa, mogą zmniejszać kompulsywne popędy seksualne), antyandrogeny (leki osłabiające działanie męskich hormonów płciowych - androgenów - zmniejszają popęd seksualny u mężczyzn).

Źródło: John Donovan (Recenzja medyczna: Jennifer Casarella, MD, 4 września 2022 r.)

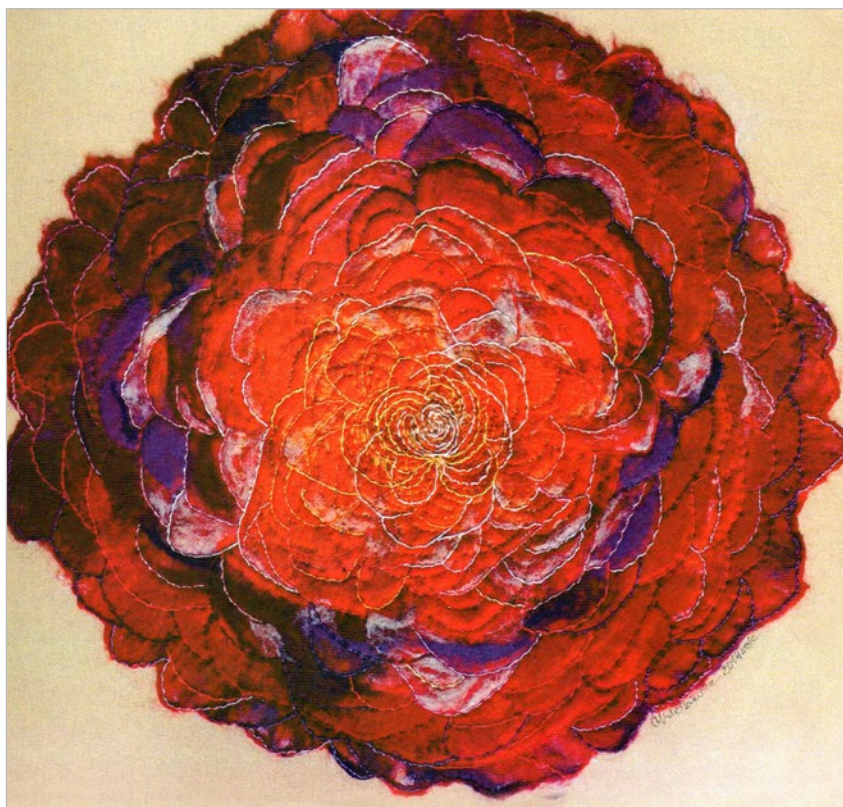
oraz jak współwystępuje z innymi uzależnieniami, a także na implikacjach klinicznych wynikających z dostępnej wiedzy odnośnie powyższych zagadnień.

JAKIE SĄ ŹRÓDŁA CSBD?

Paula Hall w swoim modelu wyróżnia trzy grupy potencjalnego źródła uzależnienia od zachowań seksualnych – trauma, zaburzenia przywiązania i okazja. Związek między traumą a uzależnieniami jest już dobrze udokumentowany (Brodsky, Stanley, 2008; Jokinen i wsp., 2010; Teicher, Samson, 2013). Patrick Carnes (1991) podawał, że spośród jego pacjentów uzależnionych od seksu 97% doświadczyło nadużyć emocjonalnych, 83% seksualnych, a 71% nadużyć fizycznych. W badaniach Pauli Hall 38% doświadczyło nadużyć emocjonalnych, 17% seksualnych, a 16% fizycznych. Jakkolwiek różne są te liczby, dane z nowszych badań potwierdzają korelację pomiędzy chociażby nadużyciami seksualnymi w dzieciństwie a CSBD (Slavin i wsp., 2020).

Uzależnienie może być wywołane poprzez jednorazowe traumatyczne doświadczenie lub staje się strategią radzenia sobie z nadużyciami, przemocą czy zaniedbaniami doświadczanymi w dzieciństwie. Badania pokazują znaczący wpływ traum wczesnodziecięcych na rozwój CSBD. Dodatkowymi czynnikami, które mediują związek między traumatycznymi doświadczeniami w młodości a CSBD, są: silna potrzeba szukania doświadczeń, tendencja do internalizowania symptomów oraz samokrytycyzm (Efrati i Gola, 2019). Z kolei w przypadku osób po nadużyciach seksualnych obserwuje się, że im większa dysocjacja podczas seksu, a także im większa czujność i intruzywność myśli i obrazów seksualnych oraz poczucie wstydu i winy tym większa korelacja z CSBD i innymi dysfunkcjami seksualnymi (Gewirtz-Meydan i Godbout, 2023).

Coraz więcej wiadomo o wpływie doświadczeń traumatycznych na rozwój i funkcjonowanie człowieka. Wiadomo, że konsekwencją traumy jest m.in. nadwrażliwość ciała migdałowatego oraz nadreaktywność układu nerwowego, który, niemal nieustannie czujny, uaktywnia reakcje



hiperpobudzenia w systemie współczulnym lub hipopobudzenia w systemie przywspółczulnym (reakcji walki/ucieczki lub zamrożenia) (Van der Kolk, 2023).

W wyniku powyższych reakcji okno tolerancji, w którym osoba może doświadczać optymalnego stanu pobudzenia, znacząco się zawęża. Oznacza to, że stan równowagi jest dla wspomnianych osób trudny do osiągnięcia, a także że bardzo łatwo zostają wybici z tego stanu poprzez bodźce nie tylko zagrażające, ale też obiektywnie bezpieczne lub neutralne. Zachowania seksualne, a także inne uzależnienia, stają się strategią regulowania stanów afektywnych, a także swoistym bezpiecznikiem, który zawsze jest pod ręką i dzięki któremu można odciąć się od tego, co bolesne czy przerażające.

Do gabinetu nieraz zgłaszają się osoby, które doświadczyły traum w dzieciństwie i które sięgają po zachowania seksualne jako strategię samoukojenia czasem już od wieku wczesnodziecięcego. Niektórzy z młodszych pacjentów i pacjentek już nawet od czwartego roku życia używali masturbacji nie w znaczeniu rozwojowym i bez okresu latencji, tylko nieprzerwanie aż po dorosłe życie i dalej. Dzięki niej zasypiali, dzięki niej się uspokajali

i dzięki niej się pobudzali, kiedy czuli się odrętwiali.

Na późniejszym etapie – w okresie adolescencji – masturbacja najczęściej jest wzbogacana o pornografię. W okresie adolescencji u osób skrzywdzonych wzrasta często poczucie osamotnienia, poczucie gorszości, niedopasowania, wstydu. Zadania rozwojowe tego okresu – w obrębie tożsamości i relacji międzyludzkich – stwarzają ogromne wyzwanie dla każdego dziecka, a dla dzieci strauumatyzowanych często są to wyzwania nie do przeskoczenia. Rewolucja hormonalna (u chłopców wzrost poziomu testosteronu nawet trzydziestokrotny – od poziomu kilkunastu ng/dl do nawet 600 i więcej ng/dl), a także ciągle jeszcze niedostępne w pełni możliwości samokontroli (rozwijający się płat czołowy) czynią nastolatków szczególnie podatnymi na uzależnienia. Nieograniczony dostęp do pornografii oraz jej duży potencjał uzależniająca sprawiają, że staje się ona „używką” powszechniejszą niż alkohol czy narkotyki.

Od czasu Bowlby'ego pojawiło się wiele badań i opracowań potwierdzających to, co intuicyjnie czują zdrowe mamy – empatyczna, stała i bezpieczna więź jest niezbędna dla dziecka, aby mogło wzrastać i rozwijać się zarówno

fizycznie, jak i psychicznie. Zaburzenia więzi niezwykle utrudniają dorosłemu człowiekowi relację z samym sobą, jak i relacje z innymi. Jeśli człowiek nie potrafi nawiązywać bezpiecznych więzi, doświadcza niemal stałego napięcia i niepokoju. Aby sobie z tym radzić, rozwija zachowania kompensacyjne lub unikające (wycofuje się z relacji, dystansuje, stosuje różne strategie buforowe). Jakikolwiek są style czy strategie radzenia sobie z napięciem i niepokojem, których doświadcza osoba z ranami relacyjnymi, pod spodem kryje się zawsze pragnienie bliskości, bezwarunkowej akceptacji i miłości.

Osoby z CSBD, u podłoża którego leżą zaburzenia przywiązania, będą używać zachowań seksualnych do uśmierzenia bólu wynikającego z lęku przed odrzuceniem lub pochłonięciem, samotności lub niskiej samooceny. Zachowanie seksualne może być sposobem na zbliżanie się do ludzi na własnych zasadach w wybrany i kontrolowany przez siebie sposób lub przeciwnie na utrzymywanie dystansu w bliskich związkach (Hall, 2013).

Dla przykładu – żonaty mężczyzna może używać pornografii lub seksu poza związkiem, aby uniknąć pełnego zaangażowania i bliskości z żoną. Dla innej osoby z kolei, która nigdy nie odważyła się na bycie w stałej, bliskiej relacji z drugim człowiekiem, stosunki seksualne z prostytutkami mogą dawać namiastkę bliskości i protezować jej brak.

Jakkolwiek znaczące w powstawaniu uzależnień są czynniki związane z zaburzeniami więzi czy traumą, istnieje jeszcze szereg innych zmiennych, mediujących pomiędzy nimi a CSBD. Warto wymienić czynniki genetyczne, warunkujące temperament czy impulsywność, dysregulację w obwodach dopaminowych (np. przy ADHD), nieśmiałość czy brak edukacji seksualnej (Hall, 2012).

W badaniu Mateusza Goli (Efrati, Gola, 2019) jednym z czynników chroniących przed rozwojem CSBD u nastolatków okazała się być domowa edukacja seksualna. Przy czym ciekawy wniosek wynikający z badań mówi o tym, że rozmowy o seksie pełnią funkcję protekcyjną, jeśli są przeprowadzane przez rodzica tej samej płci co dziecko.

JAK CSBD SIĘ ŁĄCZY Z INNYMI UZALEŻNIENIAMI?

Już w latach 90. XX w. w Stanach Zjednoczonych można się było zetknąć z opinią, że uzależnieni od jednej substancji to wymierający gatunek (Miller, Belkin, Gold, 1990). W praktyce klinicznej terapeuci uzależnień obecnie obserwują to samo w naszym kraju. Uzależnieniu od SPA często towarzyszy uzależnienie od alkoholu, leków, hazardu lub innych zachowań. Z kolei pacjenci uzależnieni od jednego kompulsywnego zachowania są często narażeni na rozwinięcie zależności od innych (Haylett i wsp., 2004). W przypadku CSBD współwystępowanie tego



zaburzenia z uzależnieniem chemicznym oscyluje pomiędzy między 36% (Paula Hall, 2012) a 42% (Carnes, 1991) i 64% (D.W. Black i wsp., 2008).

W porównaniu do osób uzależnionych tylko od jednej substancji lub zachowania osoby uzależnione od wielu substancji i/lub zachowań są bardziej narażone na eskalację negatywnych konsekwencji, włączając w to poważniejsze konsekwencje zdrowotne i większe ryzyko samobójstwa (Rush i wsp., 2010). Co więcej, uzależnienia wchodzą ze sobą w interakcje, co często utrudnia klinicytom postawienie trafnej diagnozy czy dobranie odpowiedniej strategii terapeutycznej. Ponadto zdarza się, że

jedno zachowanie nałogowe służy maskowaniu innych uzależnień lub zmienia ich obraz (Freimuth i wsp., 2008).

Carnes (2005) opisał jedenaście sposobów, na jakie uzależnienia mogą wchodzić ze sobą w interakcje:

- Tolerancja krzyżowa – może przejawiać się na dwa sposoby – równoczesny wzrost tolerancji w dwóch lub więcej uzależnieniach albo wzrost tolerancji w jednym uzależnieniu skutkuje wzrostem w drugim (np. osoba uzależniona od pracy i od zachowań seksualnych – miejsce pracy to miejsce nawiązywania romanсів; wzrost zaangażowania w pracę jest równoznaczny z eskalacją zachowań seksualnych).
- Łagodzenie zespołu abstynencyjnego/skutków odstawienia – jedno uzależnienie służy łagodzeniu skutków odstawiania zachowania bądź substancji (np. palenie papierosów po odstawieniu alkoholu; leki nasenne, żeby zasnąć po ciągu stymulantów itp.).
- Zamiana – jedno uzależnienie zastępuje drugie, przy czym pełni ono podobną psychologiczną funkcję, tzn. stymulujące zachowanie lub substancja zostaje zastąpiona innym stymulantem, uśmierzająca substancja lub zachowanie zamiast innego uśmierzacza (np. kompulsywne zadłużanie się zastąpione hazardem, używanie marihuany zastąpione masażami erotycznymi).
- Wymienne powtarzające się cykle – dwa lub więcej uzależnień powtarzają się cyklicznie w życiu danej osoby (np. bulimia->alkoholizm->seksoholizm->bulimia->alkoholizm->seksoholizm itd.).
- Maskowanie – jedno uzależnienie służy jako wytłumaczenie innego (np. alkoholizm przykrywający problem CSBD).
- Rytualizacja – jedno lub więcej uzależnień tworzy element rytuału nałogowego związanego z innymi uzależnieniami (np. papieros do drinka; drink do zakładów hazardowych; narkotyki do zachowań seksualnych itp.).
- Intensyfikacja – jedno uzależnienie służy wzmacnianiu doznań innego uzależnienia (np. narkoty-

ki łączone z seksem dla wzmocnienia doznań).

- Znieczulenie – jedno uzależnienie służy znieczuleniu pobudzenia wywołanego przez inne (np. po pełnej wrażeń seksoholicznej nocy używanie alkoholu albo kompulsywnej masturbacji, aby się znieczulić aż do stanu odrętwienia).
- Ośmielanie – jedno uzależnienie ośmiela do innego (np. wypicie alkoholu ośmiela do podrywania i nawiązywania przypadkowych relacji seksualnych).
- Łączenie/fuzja – jedno uzależnienie jest nierozdzielnie związane z drugim, aby stworzyć wyjątkowy, pożądany stan (np. łączenie szczególnych rodzajów dopalaczy z erotyką; poszukiwanie i łączenie różnego rodzaju substancji chemicznych, aby znaleźć takie połączenie, które zapewni najdłuższy i najlepszy „haj”; chemsex).
- Hamowanie – jedna substancja lub zachowanie traktuje się jako „mniejsze zło” i używa, aby coś mieć, ale nie wchodzić w to uzależnienie, które przynosi największe strat.

W praktyce klinicznej wielokrotnie obserwowałam, jak pacjenci z CSBD na przestrzeni lat wchodzili w ciągi bulimiczne, pracoholiczne, narkotykowe. Widziałam też, jak alkohol służył rytualizowaniu zachowań seksualnych albo jak pacjenci zamieniali jedno uzależnienie na drugie. Obserwowałam, jak używali alkoholu jako „ośmielacza” lub „znieczulacza” albo narkotyków do uzyskania idealnej fuzji czy do zintensyfikowania doznań seksualnych.

Szczególnie mocno zapadł mi w pamięć jeden mężczyzna – młody, przystojny, trzydziestokilkuletni. Oficjalną diagnozę miał f19.2. Kiedy trafił do nas na leczenie był po ponad dwudziestu hospitalizacjach psychiatrycznych związanych z psychozami, które pojawiały się u niego po zażyciu. Podczas jednej z sesji przyznał się, że wcale nie chodzi o same narkotyki. Powiedział, że ma wybrany rodzaj dopalacza, który łączy z łagodną erotyką lub po prostu ze zdjęciami pięknych kobiet. Nazywał to swoją „parą”. Mówił, że to połączenie jest dla niego tak niezwykle, że nie zrezygnuje z tego, choć – jak mówił – „Od zażycia mam tylko dwadzieścia minut, póki nie dostanę

psychozy. Dla tych dwudziestu minut warto”. Fuzja, jaką stworzył, zniszczyła go.

WNIOSKI DLA PRAKTYKI KLINICZNEJ

Częste współwystępowanie uzależnień chemicznych i behawioralnych jest faktem. Faktem jest również, że praktycy mają tendencję do lekceważenia czy przeoczenia zachowań nałogowych, które towarzyszą nadużywaniu substancji. W rezultacie leczenie bywa często nieskuteczne lub mało skuteczne i rozciągnięte na lata. Pacjent, który znajduje się w terapii i utrzymuje abstynencję od np. środków psychoaktywnych, a jednocześnie stale reguluje swój nastrój kompulsywną masturbacją i oglądaniem pornografii, nie jest w stanie osiągnąć wglądu emocjonalnego i przeżyć tego, co ma do przeżycia w psychoterapii.

Zdarzają się pacjenci, którzy od lat uczestniczą w różnych formach psychoterapii, mają już mnóstwo koncepcji na swój temat, a jednocześnie nikt ich nie zapytał, jak wygląda ich typowy dzień, jak wygląda ich życie seksualne, jak robią zakupy, jak jedzą, jak uprawiają sport, jak korzystają z internetu czy jak pracują. Pacjenci mają prawo nie wiedzieć, które obszary ich życia są istotne do zaadresowania w terapii, mają prawo do racjonalizacji, minimalizacji czy wypierania. Psychoterapeuta z kolei jest zobowiązany do uważności, do wykorzystywania wiedzy w praktyce klinicznej, do zadawania pytań i do niezadowolania się „przystawkami” w odpowiedziach pacjentów.

Można odnieść wrażenie, że psychoterapeuci mają trudności, aby rozmawiać ze swoimi pacjentami o seksie. W wyniku własnych zahamowań mogą całkowicie pomijać ten temat albo traktować go pobieżnie. W efekcie pacjent mający gotowość do poruszania wątków seksualnych w swojej psychoterapii może zwyczajnie nie mieć na to przestrzeni. Ważne, aby przyglądać się sobie, na ile bezpiecznie, swobodnie i neutralnie jesteśmy w stanie rozmawiać ze swoimi pacjentami o ich seksualności. Sprawdzić, czy mamy gotowość, aby słuchać i słyszeć treści seksualne, które mogą być dla nas potencjalnie podniecające, przerażające czy nawet obrzydliwe.

NATALIA SMOGULECKA



specjalistka psychoterapii uzależnień, w trakcie całonocnego szkolenia z psychoterapii w WIP we Wrocławiu. Posiada Certyfikat PCSA (Professional Certificate in Sex Addiction) wydany przez ATSAC.

BIBLIOGRAFIA

1. Beth S. Brodsky, Barbara Stanley, (2008), *Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior*, *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 31, Issue 2, Pages 223-235, ISSN 0193-953X, <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
 2. Carnes, P. (1991), *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*, New York, Bantam.
 3. Draps, M., Sescousse, G., Potenza, M. N., Marchewka, A., Duda, A., Lew-Starowicz, M., ... & Gola, M. (2020). *Gray matter volume differences in impulse control and addictive disorders—an evidence from a sample of heterosexual males*. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1761-1769. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.007>
 4. Patrick J. Carnes, Robert E. Murray & Louis Charpentier (2005) *Bargains With Chaos: Sex Addicts and Addiction Interaction Disorder*, *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12:2-3, 79-120, DOI: 10.1080/10720160500201371
 5. Efrati, Y., & Gola, M. (2019). *Adolescents' compulsive sexual behavior: The role of parental competence, parents' psychopathology, and quality of parent-child communication about sex*. *Journal of behavioral addictions*, 8(3), 420-431
 6. Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A., & Szuromi, I. (2008). *Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions*. *Journal of Addiction & Recovery*, 3(3-4), 137-160. [doi:10.1080/15560350802424944](https://doi.org/10.1080/15560350802424944)
- Gewirtz-Meydan A., Godbout N. (2023). *Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors*, *Child Abuse & Neglect*, Volume 141, 2023, 106195, ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106195>.

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: www.touib.pl

Natalia Kuska

Grupa pacjentów z podwójną diagnozą należy do najtrudniejszych i najbardziej nieufnych klientów poradni i ośrodków leczenia uzależnień. Niełatwo nawiązać z nimi kontakt terapeutyczny

PODWÓJNA DIAGNOZA: WYZWANIA PSYCHOTERAPII PACJENTÓW Z UZALEŻNIENIEM I WSPÓŁWYSTĘPUJĄCĄ PSYCHOZĄ*

Podwójna diagnoza jest terminem klinicznym, który określa współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia psychicznego oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. To grupa niejednorodna, do której zaliczyć można osoby z rozpoznaniem przewlekłych chorób psychicznych, zaburzeń osobowości, nastroju oraz zespołów lękowych. W swych rozważaniach skupię się głównie na pacjentach z doświadczeniem psychozy (pierwotnej lub wtórnej do zażywania SPA, najczęściej z przewlekłym jej przebiegiem). Badania potwierdzają, że osoby z podwójną diagnozą stanowią od 30 do 40% osób uzależnionych oraz od 16 do 50% chorych psychicznie. To bardzo duża grupa pacjentów, z których część trafia do leczenia odwykowego. Współwystępowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i chorób psychicznych jest tłumaczone na kilka sposobów.

Po pierwsze, choroba psychiczna może prowadzić do używania substancji psychoaktywnych i rozwoju zaburzeń z tym związanych. Z drugiej strony, przyjmowanie substancji psychoaktywnych może indukować wystąpienie zaburzeń psychicznych. Trzecie wyjaśnienie mówi o tym, że nadużywanie substancji psychoaktywnych może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków. Natomiast ostatnie wyjaśnienie sugeruje, że może

to być przypadkowa koincydencja dwóch zaburzeń np. schizofrenii i uzależnienia, jakkolwiek u ich podstaw leżą zbliżone patomechanizmy psychobiologiczne.

Obraz kliniczny pacjentów z podwójną diagnozą

Istnieje wiele następstw współwystępowania obu zaburzeń, na które należy zwracać uwagę w pracy z tą grupą pacjentów. Zażywanie substancji psychoaktywnych może przyczynić się do wcześniejszego początku schizofrenii lub zaburzeń afektywnych oraz do zaostrzenia objawów i nawrotów choroby psychicznej. Prowadzi zazwyczaj do trudności we współpracy w leczeniu i nieregularnego przyjmowania leków, co w efekcie często przyczynia się do złamania abstynencji i konieczności hospitalizacji (których bywa czasami nawet kilkanaście). Inną, bezpośrednią konsekwencją nadużywania jest nasilenie się zachowań ryzykownych, na przykład nadmiernej swobody w kontaktach seksualnych, zachowań agresywnych i tendencji samobójczych. Współwystępowanie zaburzeń często prowadzi do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia i rozwoju chorób somatycznych. Nadmierne picie alkoholu oraz przyjmowanie opiatów (i innych substancji drogą iniekcji) wiąże się też z ryzykiem zakażenia wirusem zapalenia wątroby i wirusem HIV.

Obraz kliniczny pacjentów z PD jest bardzo nieoczywisty i często bywa wielowymiarowy. To tzw. trudna grupa pacjentów, która może w terapeutach budzić różne, nawet skrajne emocje, ale też sprawia, że terapeuci borykają się ze specyficznymi pytaniami. Najczęstsze z nich:

- Czy któreś zaburzenie należy leczyć jako pierwsze?

- Czy choroby mogą wpływać na siebie niekorzystnie – jaka jest ich dynamika?
- Czy leczenie obu zaburzeń powinno się odbywać w odrębnych, wyspecjalizowanych placówkach, czy też może być prowadzone przez jeden zespół terapeutyczny?
- Jakie kwalifikacje powinna mieć osoba pomagająca pacjentom z PD?
- Czy w planowaniu leczenia ma znaczenie, czy zaburzenia psychiczne są pierwotne, czy wtórne do używania SPA?
- Czy praca z tą grupą pacjentów jest sensowna i może być efektywna?
- Na jakie specyficzne zjawiska charakterystyczne dla pracy z tą grupą pacjentów należy się przygotować?

To tylko niektóre, a można by je mnożyć i z tą mnogością będziemy się mierzyć w swojej pracy psychoterapeutów uzależnień.

Mysząc o doświadczeniu pracy z pacjentami z PD, która jest ciekawa, niezwykle inspirująca i zmuszająca do szukania często nieoczywistych rozwiązań, warto pochylić się nad dwiema kwestiami (choć to oczywiście nie wyczerpuje tematyki wątpliwości związanych z tą pracą), z którymi mogą się zmagać terapeuci pracujący z tą grupą.

Po pierwsze, to różne kwestie związane z farmakoterapią, która w przypadkach osób z PD zawsze powinna być (niestety nie zawsze jest) pierwszą metodą z wyboru. Drugą kwestią jest wszystko, co wiąże się z relacją terapeutyczną w pracy z pacjentami uzależnionymi ze współwystępującą psychozą. Te zjawiska mają inną, swoistą specyfikę w psychoterapii pa-

* Artykuł powstał przy współpracy zespołu Całodobowego Oddziału Podwójnej Diagnozy i Leczenia Uzależnień w Centrum Medycznym HCP w Poznaniu w składzie: Patrycja Tymecka-Reszela, Natalia Stańczyk, Dominika Fórmanek, Kinga Bartkowiak.

centów uzależnionych, którzy jednocześnie doświadczają choroby psychicznej.

WIEDZA NA TEMAT FARMAKOTERAPII

Podstawowa wiedza z zakresu farmakoterapii jest ważną częścią kompetencji wszystkich osób pracujących z osobami chorującymi psychicznie. Obie metody, farmakoterapia i psychoterapia, mogą być i najczęściej są wobec siebie komplementarne. Warto zwracać uwagę na ten fakt, ponieważ jakaś część z nas może mieć błędne przekonania w sprawie brania przez pacjentów leków. Choćby takie, że leki psychotropowe uzależniają, w związku z czym pacjent uzależniony nie powinien ich brać w ogóle; że pod wpływem leków pacjent nie jest trzeźwy; że to podtrzymuje zależność od substancji albo że terapia nie może być wtedy efektywna itd. To poglądy nieuzasadnione i niezgodne z najnowszą wiedzą naukową, ponieważ dane z badań potwierdzają, że w licznych zaburzeniach psychicznych farmakoterapia w fazie ostrej i profilaktycznej leczenia odgrywa główną rolę, umożliwiając często późniejsze zastosowanie psychoterapii w leczeniu pacjenta, a stosowanie leków antypsychotycznych drugiej generacji zmniejsza spożycie alkoholu i używanie narkotyków, co z kolei stabilizuje chorobę psychiczną. Stąd wiedza o tym, jakie mamy grupy leków i jakie są ich właściwości, jest niezbędna, aby móc pracować z pacjentami z PD.

Kolejną, ważną kwestią w pracy z tymi pacjentami, jest kontakt z psychiatrą, który leczy danego pacjenta. Ułatwia to terapeutom odróżnienie objawów związanych z podstawowym problemem pacjenta (np. objawy pozytywne, negatywne, nastawienie osobne, formalne zaburzenia myślenia) od tych, które łączą się z działaniem leków (np. objawy pozapiramidowe, większa ospałość po iniekcji, problemy z wagą, spowolnienie psychoruchowe itp.). Wiedza na temat działania leku ma na celu uniknięcie błędnej diagnozy i konceptualizacji pacjenta wynikających z interpretacji objawów brania leków jako bezpośrednio związanych z psychologicznym problemem chorego.

Inna, niemniej ważna kwestia w przypadku farmakoterapii lekami przeciwpsychotycznymi, to psychoedukacja pacjentów w zakresie konieczności



ich stosowania oraz edukacja na temat objawów niepożądanych związanych z leczeniem. Nie chodzi o to, by terapeutci wchodzili w kompetencje lekarzy lub usurpowali sobie prawo do pełnienia ich roli. Jednak z oczywistych względów mają z chorymi częstszy i dłuższy kontakt, co daje możliwość poświęcenia pacjentowi większej ilości czasu, którego część można spożytkować na psychoedukację w zakresie leczenia biologicznego. Warto, by terapeuci sami edukowali się w tej kwestii, jak i nawiązywali kontakt z lekarzami prowadzącymi pacjentów. Istotne dla psychoterapeuty informacje dotyczące farmakoterapii, które może uzyskać dzięki współpracy z psychiatrą, to: nazwa leku, jego profil

farmakologiczny, sposób podawania, cel aktualnego leczenia farmakologicznego, na przykład leczenie ostrej fazy zaburzenia vs. leczenie profilaktyczne.

Celem farmakoterapii w tej grupie pacjentów jest pomoc w zwiększeniu ich zdolności do panowania nad sobą, przez kontrolowanie objawów, które w przypadku psychozy mają nierzadko dramatyczny przebieg. Działanie leku może sprawić, że pacjent poczuje, iż to, czego dotychczas nie był w stanie opanować w sobie (objawów, zespołów objawów), może być całkowicie lub częściowo lepiej kontrolowane. W takim sensie cel działania farmakoterapii może zbliżać się do celów psychoterapii. Dlatego na koniec wątku o lekach, należy zaznaczyć jesz-

cze jeden ciekawy element. Odpowiedź kliniczna na leczenie jest wypadkową profilu farmakologicznego leku oraz jego modyfikacji przez wiele różnych czynników: intrapsychoicznych, przeniesieniowych, przeciwp przeniesieniowych oraz zewnętrznych. Farmakoterapia nie jest więc interwencją wyłącznie biologiczną. Ma wiele psychologicznych aspektów, które mogą być w terapii eksplorowane, np. lek jako obiekt relacji, o czym pisze dr hab. n. med. Sławomir Murawiec.

DŁUGA PRACA

Trzeba pamiętać, że grupa pacjentów z podwójną diagnozą należy do najtrudniejszych i najbardziej nieufnych klientów poradni i ośrodków leczenia uzależnień. Nie jest łatwo nawiązać z nimi kontakt terapeutyczny. Dlatego nastawienie się na długą, wieloletnią relację z pacjentem jest tym, na co warto uwrażliwić przede wszystkim młodych terapeutów uzależnień. Większość z tych pacjentów nie ma wglądu w swój stan psychiczny (tym bardziej w swoje uzależnienie). Trzeba więc skupić się na nawiązaniu z nimi bezpiecznej relacji. Terapia powinna pacjentowi dawać przede wszystkim azyl, a nie skupiać się na abstynencji, ponieważ zdecydowana większość tych osób nigdy nie będzie w stanie trwale jej utrzymywać.

To, co może pozwolić pacjentowi choremu psychicznie poczuć się bezpiecznie, to edukacja. Osoby te są zwykle bardzo zdezorientowane poznawczo. Szczególnie skomplikowane jest to, co dotyczy emocji i fantazji, dlatego normalizacja stanowi jeden ze składników edukacyjnej roli terapii. Pacjenci psychotyczni doceniają każdego rodzaju działania edukacyjne, dzięki którym z ulgą przyjmują normalizację i parafrazę pochłaniających ich myśli, uczuć, doznań i fantazji.

W przypadku takich pacjentów najczęściej wybiera się psychoterapię wspierającą, z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych. Wiedza o tym to bardzo ważny aspekt, który może pomagać terapeutom radzić sobie z frustracją w sytuacjach, kiedy kusząca jest praca na głębszym poziomie i trzeba z niej zrezygnować. Brak wglądu pacjentów z psychozą może być dla psychoterapeutów szczególnym wyzwaniem przeciwp przeniesieniowym. Mogą się oni czuć zakłopotani widoczną niezdolnością pacjentów do rozumienia rzeczywistości, która dla

nich samych wydaje się zupełnie oczywista. Może to rodzić pokusę w postaci tego, że terapeuta będzie chciał pokazać pacjentowi realną rzeczywistość, kosztem rezygnacji z wysiłków na rzecz zrozumienia tego, co się z nim naprawdę dzieje. Pacjent to z pewnością wyczuje i poczuje się stygmatyzowany.

RELACJA TERAPEUTYCZNA Z PACJENTAMI Z PD

Przeciwp przeniesienie terapeuty wobec pacjentów psychotycznych często bywa pozytywne, w porównaniu do innej kategorii pacjentów (np. z zaburzeniami osobowości). Terapeuta często odczuwa wobec nich rodzicielską troskę i głęboką empatię, co może wynikać z rozpaczliwej potrzeby tych pacjentów, aby nawiązać podstawową więź z drugim człowiekiem oraz nadziei na to, że ich stan się poprawi.

Nancy McWilliams opisuje przeciwp przeniesienie wobec osób psychotycznych jako normalne uczucia macierzyńskie wobec niemowlęcia: „Przywiązanie dziecka w wieku do 1,5 roku jest cudowne, ale jego potrzeby są przerażające”, co z kolei może przerażać terapeutów.

Inny, mniej przyjemny aspekt przeciwp przeniesienia w pracy z pacjentem z PD dotyczy granic między normalnością a odstępstwem od niej. Pacjenci permanentnie oscylują pomiędzy psychotycznymi i niepsychotycznymi komponentami własnego Ja oraz świata zewnętrznego. Projekcja tych stanów na terapeutę może zamykać u niego jego własne granice między normalnością a psychozą i wzbudzać strach przed popadnięciem w obłęd. Jednocześnie może to prowadzić do lepszego zrozumienia świata pacjenta, a przede wszystkim jego stanów emocjonalnych.

Nancy McWilliams pisze, że terapia wspierająca z pacjentami psychotycznymi powinna się charakteryzować dwoma

aspektami, z których jeden może być dla terapeutów kontrowersyjny/trudny lub niemożliwy do realizacji.

Pierwszy aspekt to okazanie pacjentowi, że jako terapeuta jest się godnym zaufania, a drugi to gotowość do odsłaniania siebie. W kontakcie z osobą zagrożoną psychozą trzeba o wiele aktywniej demonstrować akceptowanie jej jako równej sobie istoty ludzkiej. Ludzie doświadczający psychoz mają poważne problemy z tożsamością (kim są, jacy są, czy w ogóle istnieją); mają psychikę tak kruchą, że nieustannie narażeni są na psychotyczne dekompensacje i okresy poważnego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Doświadczają urojeń i halucynacji, których trafności nie należy na wstępie podważać. Często nie są zakotwiczeni w rzeczywistości. Nie można zatem oczekiwać od nich, aby natychmiast zaczęli zachowywać się w sposób możliwy do przyjęcia dla reszty zdrowej populacji.

Kiedy pacjent poczuje, że może terapii ufać, to przy jego pomocy zaczyna akceptować fakt, że jest poważnie chory, a nie tylko uzależniony, i że oba te zaburzenia wzajemnie na siebie wpływają. Ten sposób funkcjonowania pacjentów chorych psychicznie może w terapeutach powodować lęk, który często jest projekcją przerażenia i trwogi doświadczanych przez tych ludzi. Tutaj ważną rolę pełnią superwizorzy, którzy mogą być pomocniczym ego dla terapeutów, bo ci z kolei bardzo często muszą pełnić tę samą rolę dla swoich pacjentów. Natomiast projekcja świata pacjenta na terapeutę bywa na tyle przytłaczająca, że może on się wycofywać z kontaktu z chorym.

Ważnym aspektem pracy jest odsłanianie siebie. Pozwala to zmniejszyć napięcie pacjenta i może sprawić, że będzie postrzegać terapeutę jako zwykłego człowieka. Trzeba przy tym zachować

SAMOBÓJSTWA I LEKI

Na podstawie statystyk policyjnych widać wzrost osób, które podejmują próby samobójcze pod wpływem środków nasennych czy leków psychotropowych. W 2022 było to 1.811 przypadków, a w 2023 aż 2.061. Jeszcze bardziej alarmująca jest ta statystyka w porównaniu do roku 2017, gdy takich prób samobójczych było 674.

Niepokojąco wygląda również zamach na własne życie pod wpływem innych leków. W 2022 takich przypadków było 2.082, a roku ubiegłym 2.278. Trzeba podkreślić, że to najczęstszy sposób targnięcia się na własne życie w 2023 roku. Liczba ta stanowi 18,36% w stosunku do ogólnej liczby samobójstw (15.133 zamachów samobójczych).

Źródło: raport Policji, Zamachy samobójcze od 2017 roku



jednak dużą ostrożność. Można to robić poprzez okazywanie niezmienną szczerości emocjonalnej, na co nie wszyscy psychoterapeuci mogą być gotowi. Dlaczego to takie istotne? Osoby doświadczające psychoz są niezwykle wyczerpane na afektywne niuanse i mają ogromną potrzebę upewniania się, że terapeuta szczerze wyraża swoje emocje. Pracując z osobami bardziej zaburzonymi, trzeba być gotowym na to, by dać się poznać, np. mówiąc o swoich uczuciach. Ci pacjenci doskonale potrafią wyczuć hipokryzję. Są szczególnie wyczerpani na szczerość terapeuty i kiedy ją wyczuwają, są za nią wdzięczni. Dlatego z tymi pacjentami często należy pracować na mniej abstrakcyjnym, a bardziej konkretnym poziomie, często udzielając wprost rad, objaśniając rzeczywistość itp.

CO POMAGA W PRACY

Choć oczywiście to nie wszystkie kwestie dotyczące pracy z pacjentami uzależnionymi z współwystępującymi

stanami psychotycznymi, ważne w tej pracy są psychoedukacja, kontakt terapeutów uzależnień z psychiatrami oraz uzyskiwanie wsparcia w radzeniu sobie z frustracją.

Duże znaczenie ma samoedukacja terapeutów na temat chorób i zaburzeń psychicznych, co może niekiedy wykraczać poza ich standardową wiedzę o pracy z osobami uzależnionymi. Przede wszystkim w obszarze wiedzy o lekach – zarówno o ich działaniu na poziomie biologicznym, jak i relacji leku z pacjentem oraz łącznika, jakim lek może być między pacjentem a terapeutą. Może to zdecydowanie zmniejszać lęk psychoterapeutów przed pracą z tą grupą chorych.

Ponadto nie można zapominać o nieocenionej roli superwizji i interwizji w przypadku terapii pacjentów z PD. Frustracja związana z tą pracą to wynik częstej wypadalności pacjentów, ich załamania psychicznych, łamanie abstynencji, towarzyszenia w stanach tak bardzo

odmiennych od naszych (zazwyczaj), objawów ubocznych działania leków przeciwpsychotycznych czy tendencji autodestrukcyjnych łącznie z próbami samobójczymi. Powinniśmy się nawzajem wspierać w konsekwentnym nieporzucaniu tak trudnych pacjentów, poprzez urealnienie tego, co jest możliwe w pracy z tą grupą osób.

* * *

Mimo licznych trudności, frustracji czy czasami pojawiających się wątpliwości w sens tej pracy, możliwość obcowania z pacjentami z uzależnieniem i współwystępującą psychozą to ubogacające terapeutów doświadczenie, które może przynieść również dużo satysfakcji. Każdy, nawet mały krok i postęp, jaki pacjent osiąga w swoim życiu codziennym oraz leczeniu, może być niezwykle motywujący i pokrzepiający.

NATALIA KUSKA



specjalistka psychologii klinicznej, psychoterapeutka, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień. Pełni funkcję kierownika Całodobowego Oddziału Podwójnej Diagnostyki i Leczenia Uzależnień w CM HCP w Poznaniu.

BIBLIOGRAFIA

1. Cierpiatkowska, L., Chodkiewicz, J. (2020). *Uzależnienie od alkoholu: Oblicza problemu*. Wydawnictwo PWN.
2. Jabłoński, P., Bukowska, B., Czabała, J. C. (red). (2012). *Uzależnienie od narkotyków: podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
3. Jakubczyk, A., Murawiec, S., Żechowski, C. (2004). *Niektóre aspekty farmakoterapii w kontekście przeniesienia – przeciwp przeniesienia*. *Psychiatria Polska*, 38, 1115–1125.
4. McWilliams, N. (2019). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
5. Murawiec, S. (2004). *Lek jako obiekt relacji – opis przypadku*. *Psychiatria Polska*, 38, 707-717.
6. Popiel, A., Pragłowska, E. (red). (2013). *Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Koncepcje, procedury, narzędzia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają większego zaangażowania specjalistów różnych specjalności

HAZARD I SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Rozmowa z **DR ŁUKASZEM WIECZORKIEM** z Instytutu Psychiatrii i Neurologii¹

Badania, które Pan prowadził wraz z prof. Dąbrowską, są jednymi z pierwszych, które zajęły się tematem współwystępowania zaburzeń uprawiania hazardu i używania substancji psychoaktywnych. Wynika z nich, że współwystępowanie obu zaburzeń jest powszechnym zjawiskiem. Czy możemy określić, na ile często to zjawisko występuje?

To zależy od badań. Na przykład, w badaniach amerykańskich prowadzonych na początku XXI wieku oszacowano, że około 30% problemowych i patologicznych hazardzistów nadużywa alkoholu. Podobnie, z różnych badań prowadzonych na przestrzeni prawie czterdziestu lat, od końca lat 60. do końca lat 90. XX wieku, wynika, że od 9% do 33% pacjentów podejmujących leczenie z powodu nadużywania alkoholu miało również współwystępujące zaburzenia hazardowe. Niektórzy badacze szacują wręcz, że ryzyko występowania zaburzeń używania alkoholu jest od dwóch do czterech razy większe wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń hazardowych, w porównaniu z osobami z populacji general-



nej nieprzejawiającymi objawów patologicznego hazardu.

Jeśli chodzi o narkotyki, obserwujemy nieco niższe odsetki niż w przypadku alkoholu. Badania australijskie pokazały, że od 14% do 23% osób uzależnionych od narkotyków ma zaburzenia hazardowe.

Problemem więc jest określenie, u jakiego odsetka pacjentów oba zaburzenia współwystępują. Z tego wynika kolejny problem – zebrane dane sugerują, że pozostając w placówkach nastawionych na leczenie uzależnień, pacjenci nie demonstrują objawów zaburzeń hazardowych. To oznacza, że możemy, lecząc daną osobę uzależnioną od substancji psychoaktywnych, nie dowiedzieć się od niej, że ma problem z hazardem.

Jak temu zapobiegać?

Należy rekomendować, by wszyscy pacjenci w ramach diagnozy stawianej podczas przyjęcia do placówki leczenia uzależnień poddawani byli krótkiemu testowi przesiewowemu. Proponowany jest test Lie/Bet, wykazujący bardzo dobre właściwości psychometryczne. Składa się jedynie z dwóch pytań: Czy kiedykolwiek musiał/a Pan/Pani okłamać osoby ważne dla Pana/Pani, co do tego ile Pan/Pani gra w gry hazardowe? oraz Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy? Test ten

był adaptowany i walidowany do warunków polskich. Wyniki wskazują, że pogłębienie diagnozy wskazane jest przy dwóch odpowiedziach twierdzących.

W przypadku pozytywnego wyniku testu przesiewowego lub podejrzenia możliwości współwystępowania zaburzeń hazardowych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych i innych, w tym nasilonych zaburzeń psychicznych konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczanego na diagnozę psychiatryczną do dwóch, trzech sesji.

Podobnie wśród osób, które przychodzą się leczyć w związku z zaburzeniami hazardowymi, rekomendujemy wykonywanie testów przesiewowych pod kątem występowania uzależnień od alkoholu lub narkotyków.

Takie działania pozwolą szybciej objąć pacjentów właściwą opieką i sprawić, że leczenie współwystępujących zaburzeń oferowane byłoby w tym samym czasie, w zintegrowany sposób, co jest zgodne z działaniami proponowanymi przez różnych badaczy.

Czy wiemy, jak należy pracować z osobami, które wykazują oba zaburzenia?

Wiemy na pewno, że należy unikać konfrontacyjnego podejścia do terapii.

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi wymagają bowiem więcej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowania.

Również nie sprawdza się tu podejście autorytarne, narzucające z góry cele leczenia, takie jak konieczność utrzymywania całkowitej abstynencji.

Terapia powinna być oparta na dialogu motywacyjnym, z silną relacją terapeutyczną, co pozwala zapobiegać oporowi wobec leczenia. Sprawia też, że ryzyko przerwania terapii jest mniejsze. Dialog motywacyjny pozwala na pracę z oporem wobec zmiany, empatię i pracę z klientem na zasadach współdecydowania. Poleca się również, by terapeuci pracowali w przypadku tej populacji nad

¹ dr hab. Łukasz Wiczorek, dr hab. Katarzyna Dąbrowska – naukowcy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii – zrealizowali badanie pt. Zaburzenia Hazardowe Współwystępujące z Zaburzeniami Związanymi z Używaniem Substancji Psychoaktywnych oraz we Współchorobowości z Innymi Zaburzeniami Psychicznymi. Rozpowszechnienie i Standardy Leczenia. Akronim: ZHWW 2021-22, Przedmiotem badania były zjawiska współchorobowości zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych (F20-F48, F60-68) oraz współwystępowania zaburzeń hazardowych z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (F10-19, w wyłączeniu F17 wg ICD-10). Celem projektu była eksploracja przedmiotu badania pozwalająca na wypracowanie uzasadnionych naukowo rekomendacji do leczenia zaburzeń hazardowych współwystępujących z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi.

wzmocnieniem pozytywnego postrzegania rzeczywistości i zachęcali pacjentów do poszukiwania przyjemnych aktywności niezależnych od grania i picia alkoholu czy też używania narkotyków. Istnieją różne badania, które to potwierdzają.

Na przykład szwedzkie badania prowadzone w 2015 roku pokazały, że osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami hazardowymi pijące alkohol w sposób ryzykowny odnoszą więcej korzyści z udziału w terapii opartej na dialogu motywacyjnym aniżeli z uczestniczenia w terapii behawioralno-poznawczej. W badaniach tych brały udział jedynie 53 osoby. Po sześciu miesiącach od zakończenia terapii około 70% osób, które leczyły się w nurcie behawioralno-poznawczym, dalej spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzeń hazardowych. Natomiast w przypadku osób, które były poddane terapii w duchu dialogu motywującego takie kryteria spełniało niecałe 20% pacjentów. Tę lepszą odpowiedź na leczenie badacze uzasadniali bardziej zindywidualizowanym podejściem, na które pozwala dialog motywujący, oraz oporem wobec terapii, gdzie motywacja do leczenia pochodzi z zewnątrz.

Co może wpływać na tzw. wypadalność z terapii?

Wyniki badań pokazują, że takimi czynnikami sprzyjającymi przerywaniu terapii jest młody wiek pacjentów, niski poziom wykształcenia i niski status społeczny, a także wysoki poziom neurotyczności, impulsywności i zapotrzebowania na nowe bodźce.

Wracając do metod, które mogą się sprawdzić w terapii tej grupy osób – wyobrażam sobie, że metoda ukierunkowana na kontrolowane picie/granie byłaby tu trudna do wprowadzenia?

Mogłaby być trudna. Dzieje się tak z uwagi na podtrzymywanie lub wzmacnianie jednego zaburzenia przez drugie, na przykład picie podczas uprawiania hazardu, uprawianie hazardu po wypiciu alkoholu oraz zastępowanie jednego uzależnienia drugim. Rekomendowane więc jest zajmowanie się wszystkimi problemami pacjenta w tym samym czasie. Metoda, która wymaga od pacjenta przejścia kontroli (programy picia i grania kontrolowanego) byłaby raczej nierealistyczna.

Choć patrząc z perspektywy redukcji szkód, może lepiej by było, gdyby osoba

ze współwystępującymi zaburzeniami spróbowała nawet tej formy leczenia, ale robiła to pod okiem terapeuty niż w ogóle nie podejmowałaby terapii, ponieważ nie chciałaby zrezygnować z picia lub grania.

Tutaj dotykamy kolejnego problemu – kwestii łamania abstynencji: z uwagi na wzmacnianie jednego zaburzenia przez drugie, samo utrzymanie abstynencji w tej grupie może być niezwykle trudne...

To prawda. Trzeba to brać pod uwagę. Po pierwsze, jeśli warunki pozwalają, nie powinno się od pacjenta wymagać utrzymania abstynencji przed przyjęciem do placówki stacjonarnej, szczególnie jeśli chodzi o podejmowanie terapii długoterminowej. W przypadku przyjęć do oddziałów stacjonarnych i dziennych leczenia uzależnień zalecane jest przyjmowanie klientów niebędących pod wpływem alkoholu lub narkotyków.

W czasie samej terapii, abstynencja jako taka w ogóle nie może być czynnikiem decydującym o pozostaniu w programie poszczególnych pacjentów. Tak jak nie może być także jedynym bądź podstawowym kryterium oceny efektywności oddziaływań.

W przypadku leczenia osób z zaburzeniami współwystępującymi istotną kwestią jest wyjaśnienie pacjentowi interakcji pomiędzy lekami i substancjami psychoaktywnymi oraz rekomendacja abstynencji. Doświadczenia profesjonalistów pokazują, że to bardzo motywuje pacjentów do utrzymywania abstynencji. Samo nieutrzymywanie przez pacjenta abstynencji nie może być powodem zaniechania leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego.

Co w chwili, gdy pacjent złamie abstynencję?

To zależy. W razie wielokrotnego łamania abstynencji, osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz z innymi, w tym ciężkimi, zaburzeniami psychicznymi, powinny zostać wypisane, ale objęte jednocześnie opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego lub Poradni Zdrowia Psychicznego oraz możliwie szybko (np. po dwóch tygodniach), po kwalifikacji, przyjęte ponownie do placówki.

Jak pokazują nasze badania, ale również wcześniejsze badania prowadzone w różnych krajach, w przypadku osób ze

współwystępującymi zaburzeniami należy zajmować się problemami pacjentów w sposób zintegrowany. Dlatego też tak ważne jest wypracowanie współpracy międzyinstytucjonalnej, która pozwoli zaspokoić potrzeby danego pacjenta, niezależnie, czy jest to placówka leczenia uzależnień, czy opieki psychiatrycznej.

Oczywiście, idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz współchorobowości odbywało się w jednej placówce, tak aby pacjent mógł zaspokoić swoje potrzeby terapeutyczne w ramach jednej struktury organizacyjnej. Jednak wiemy, że to może być nierealne. Trzeba przy tym pamiętać, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają większego zaangażowania specjalistów różnych specjalności, i myśleć o tym, tworząc zespół terapeutyczny, który ma się zajmować pracą z tą grupą pacjentów.

Czy są jeszcze inne, dodatkowe ważne informacje dotyczące terapii?

Wiele badań pokazuje, że zajęcie się najbardziej palącymi problemami pacjentów już na samym początku terapii, np. zrobienie planu spłaty zadłużenia, zajęcie się kwestiami prawnymi, pozwala im w większym stopniu zaangażować się w leczenie.

Pomoc w rozwiązaniu problemów finansowych i prawnych pozwala więc pacjentowi skupić się na leczeniu i motywuje go do kontynuowania terapii.

Także rodzina pacjenta powinna mieć możliwość otrzymania wsparcia, ponieważ doświadczenie bliskiej relacji z osobą z oboma zaburzeniami ma ogromny wpływ na jej funkcjonowanie. Praca z rodziną powinna zawierać komponent edukacyjny, by jej członkowie lepiej rozumieli zaburzenie. Optymalnie praca z rodziną powinna być rozpoczęta na wczesnym etapie leczenia.

Wydaje mi się, że praca z taką grupą pacjentów może być wyczerpująca dla terapeutów i oni sami także mogą potrzebować wsparcia.

Tego samego zdania byliśmy, opracowując rekomendacje. Stąd jedną z nich jest ta, że zespół terapeutyczny musi być poddawany systematycznie superwizjom. Pozwala to przepracowywać trudniejsze zagadnienia, zmniejsza stres i ryzyko wypalenia zawodowego.

Rozm. Maja Ruszpel

Roman Wojnar

Nowe wytyczne i możliwości diagnostyczne zawarte w ICD-11 mogą spowodować znaczne rozszerzenie puli pacjentów, którzy będą chcieli skorzystać z pomocy w placówkach leczenia uzależnień

DIAGNOSTYKA TRAUMY I USZCZERBKU NA ZDROWIU W ŚWIETLE ICD-11

Przypatrując się różnicom diagnostycznym w nowej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11), możemy zauważyć, że jest znacznie więcej grup diagnostycznych (24 jednostki chorobowe w stosunku do ICD-10 gdzie umieszczono dziesięć), co zwiększy populację pacjentów uzależnionych biorących szkodliwie lub osób o różnych zachowaniach uzależniających.

Analizując wytyczne diagnostyczne dla uzależnień od substancji psychoaktywnych¹ (SP), podobnie jak w ICD-10 wzorem jest uzależnienie od alkoholu. Zmiana z sześciu na trzy „wytyczne” w ICD-11 (odpowiednio: kryteria lub objawy wg ICD-10) oraz konieczność występowania dwóch wytycznych w ICD-11, a trzech w ICD-10 może dodatkowo spowodować statystycznie zwiększenie liczby osób trafiających do leczenia uzależnień. Dwa czynniki – upośledzona kontrola nad używaniem alkoholu lub SP oraz używanie alkoholu lub SP jako priorytet w życiu są dostateczną przesłanką, aby stwierdzić uzależnienie od alkoholu lub, analogicznie, od innych substancji.

RODZINY I BLISCY OSÓB UZALEŻNIONYCH

ICD-11 daje możliwość diagnozy opisowej, która pozwala przedstawić problemy pacjenta bez sięgania do schematu objawowego. W tym wypadku subiektywne odczucia pacjenta

¹ W tym artykule nie będę szczegółowo rozważał dotychczasowego pojęcia „substancje psychoaktywne – SP” w ICD-10 a „substancje” wg ICD-11. Należy pamiętać, iż w ICD-11 mamy rozszerzony rozdział pod nazwą „zaburzenia związane z używaniem substancji” m.in. o substancje niepsychoaktywne. W tekście pojęcie „substancja” i substancja psychoaktywna (SP) stosowana jest naprzemiennie.

mogą okazać się istotnym elementem diagnozy (np. poczucie utraty kontroli lub przymusu zażywania substancji), które fizjologiczne nie mają charakteru uzależnieniowego lub w przypadku zachowań uzależnieniowych uczucie znacznego dyskomfortu po przerwaniu wykonywania danej czynności.

Diagnoza opisowa będzie przydatna w różnych „kazuistycznych” zachowaniach, jednak będzie wymagała różnicowania z innymi chorobami psychicznymi, głównie z grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. W tych wypadkach celem procesu diagnostycznego (nozologicznego) będzie zaliczenie bądź wyłączenie danego zjawiska z grupy zachowań uzależnieniowych. Pomocna w tym wypadku jest diagnoza problemowa, która staje się elementem diagnozy opisowej.

Z tego względu przed specjalistami psychoterapii uzależnień, którzy dotychczas bazowali na objawach, stoi spore wyzwanie. Jednak już obecnie różnorodność problemów, z którymi przychodzą pacjenci, wymusza na nas przechodzenie z myślenia schema-

tycznego-objawowego do bardziej elastycznego, czyli opisowego.

Konsekwencje wprowadzenia ICD-11 nie wiążą się tylko z osobami uzależnionymi od substancji czy zaburzeń związanych z zachowaniami uzależniającymi, ale zasadniczo mogą wpłynąć na rozumienie nozologiczne kategorii „rodziny i bliscy osób uzależnionych” – dotychczas kategorizowanych jako „współuzależnienie” lub „syndrom DDA”, a którym według ICD-10 przypisano jednostki diagnostyczne z grupy: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, czyli F40-F48 oraz obciążenia rodzinne z nadużywaniem: alkoholu – Z81.1 lub innych substancji psychoaktywnych – Z81.2.

USZCZERBEK NA ZDROWIU CZY TRAUMA – NOWA KATEGORIA DIAGNOSTYCZNA

Bardzo ciekawą koncepcją w ICD-11 jest włączenie problematyki uszczerbku na zdrowiu „innych osób” do kanonu diagnostyki nozologicznej

PTSD W BADANIACH

W 2022 roku blisko 40% badanych Polaków w wieku 50+ spełniało kryteria PTSD, a 61,2% – zaburzeń nastroju. Rok po agresji Rosji na Ukrainę liczba osób spełniających kryteria PTSD i zaburzeń nastroju zmalała o połowę.

Spośród cech PTSD mierzonych w całej grupie najsilniej ujawniły się: poczucie zagrożenia i tendencja do unikania przeżyć (wspomnień) lub sytuacji zewnętrznych dotyczących wojny. Nasilenie unikania w obydwu pomiarach nie różniło się istotnie. Problemy somatyczne, które mogły mieć związek z wybuchem wojny i stanem o rok późniejszym, nie miały znacznego natężenia.

Stwierdzono, że kobiety przejawiały wyższe nasilenie cech PTSD i depresji niż mężczyźni, ale rok po wybuchu wojny tylko u kobiet istotnie obniżył się wynik ITQ (International Trauma Questionnaire).

Źródło: Ewa Małgorzata Szepietowska, *Wojna w Ukrainie a dynamika PTSD i depresji u Polaków w wieku 50+, Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2023*

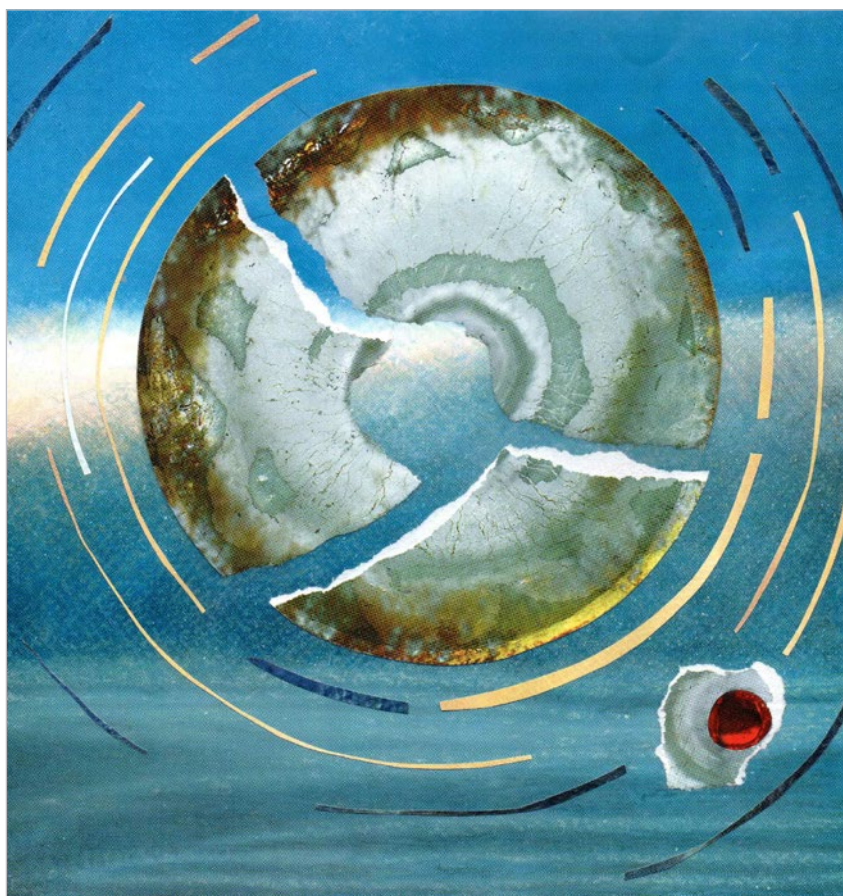
(dotychczas: „rodziny i bliscy osób uzależnionych”). Ma obejmować to każdą formę uszczerbku na zdrowiu fizycznym (w tym urazu) lub zaburzeń psychicznych, które można bezpośrednio przypisać zachowaniom związanym z zatruciem alkoholem lub inną SP u osoby, której dotyczy rozpoznanie szkodliwego wzorca używania alkoholu lub SP (odpowiada to w przybliżeniu F10.1 lub F1x.1 w ICD-10).

ICD-11 zakłada, iż zachowania związane z używaniem SP, które powodują krzywdę innym osobom, są objęte nową kategorią diagnostyczną. Krzywda ta musi powstać w wyniku zachowania osoby z „zaburzeniami związanymi z używaniem substancji.”

Patrząc bardzo literalnie, można spodziewać się, iż np. każde zgłoszenie „Niebieskiej Karty” związane z piciem alkoholu lub używaniem innych SP uprawniać mogłoby do korzystania z pomocy w poradniach leczenia uzależnień lub nawet szerzej – w leczeniu uzależnień, w ramach NFZ.

W tym przypadku wchodzimy bardziej w pole oddziaływania komisji ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, zespołów interdyscyplinarnych czy ośrodków interwencji kryzysowej. Dotychczas rozumieliśmy kategorię „rodziny i bliscy osób uzależnionych” w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu tj. kategorii F10.2 lub odpowiednio F1x.2, (inne SP), a nie innych zaburzeń związanych z używaniem alkoholu np. intoksykacji alkoholowej – F10.0 czy picia szkodliwego – F10.1. Ta konstatacja znacznie rozszerza grono potencjalnych pacjentów leczenia uzależnień, choć w dużej mierze zależy to od rozwiązań prawno-administracyjnych.

Idąc dalej w tych rozważaniach, osoba pokrzywdzona czy doznająca traumy (fizycznie czy psychicznie) na skutek np. wypadku samochodowego z udziałem kierowcy, u którego stwierdzono powyżej 0,2 promila alkoholu we krwi lub stwierdzono jazdę pod wpływem SP, może być klientem poradni uzależnień np. pasażerowie autobusu prowadzonego przez pijanego kierowcę. Może więc powstać dodatkowa kategoria pacjentów, którzy doznają urazów fizycznych czy traum psychicznych w wyniku kontaktu bez-



pośredniego z osobą z zaburzeniami używania SP. Z punktu widzenia terapeutycznego może to oznaczać zwiększenie roli interwencji kryzysowej w działaniach terapeutów uzależnień.

Czy zmieni to optykę podejścia do roli psychoterapii uzależnień? Rozumiejąc psychoterapię w uzależnieniach jako oddziaływania długoterminowe, należy brać pod uwagę zwiększenie oddziaływań krótkoterminowych w tym głównie krótkiej interwencji czy interwencji kryzysowej.

PODSUMOWANIE

Wydaje się, iż dyskusja merytoryczna na powyższe tematy może przyczynić się do jak najbardziej pełnych i satysfakcjonujących rozwiązań dla środowiska przyszłych pacjentów i możliwości niesienia im pomocy w ramach leczenia uzależnień. Czy jednak polscy decydenci skłonią się bardziej do wykorzystania podejścia WHO podkreślającego, iż zaburzenia związane z używaniem substancji przyczyniają się do zdrowotności społeczeństwa?

Osoby tworzące koszyk świadczeń gwarantowanych oraz inne gremia zaj-

mujące się polityką zdrowotną będą zobligowane do podjęcia decyzji merytorycznej a także administracyjnej, konstatując, czy kategoria pacjentów (rodziny i bliscy osób uzależnionych) będzie diagnozowana w ICD-11 jako „zaburzenie szczególnie związane ze stresem” (blok L1-6B4) lub w ramach „zaburzeń dysocjacyjnych” (blok L1-6B6), co odpowiada rozdziałowi F40-F48 w ICD-10.

Niezależnie od rozważań czysto administracyjnych, z perspektywy terapeutów – klinicystów, rozszerzenie kategorii diagnostycznych daje nam nowe możliwości pracy terapeutycznej. Należy spodziewać się, że ta dyskusja może się przyczynić do lepszego określenia roli leczenia uzależnień w kształtowaniu polityki zdrowia publicznego.

ROMAN WOJNAR



dr n. med. i n. o zdrowiu,
internista, specjalista
w dziedzinie psychoterapii
uzależnień, nauczyciel
akademicki. Założyciel
i Dyrektor Śląskiej Fundacji
Błękitny Krzyż,

Justyna Kotowska

Duże znaczenie dla diagnozy i poznawania świata pacjenta ma odejście od postępowania się jednym konstruktem, jakim jest mechanizm nałogowego regulowania uczuć, gdyż pomaga w uporządkowaniu świata wewnętrznych doświadczeń, który i tak jest już trudniej dostępny i zdeintegrowany ze względu na rozwijającą się chorobę alkoholową

REGULACJA EMOCJI A DONIESIENIA Z BADAŃ. IMPLIKACJE KLINICZNE

Część I

„Ale uczuć nie można ignorować, bez względu na to, jak niesprawiedliwe czy niewdzięczne się wydają”

Anne Frank

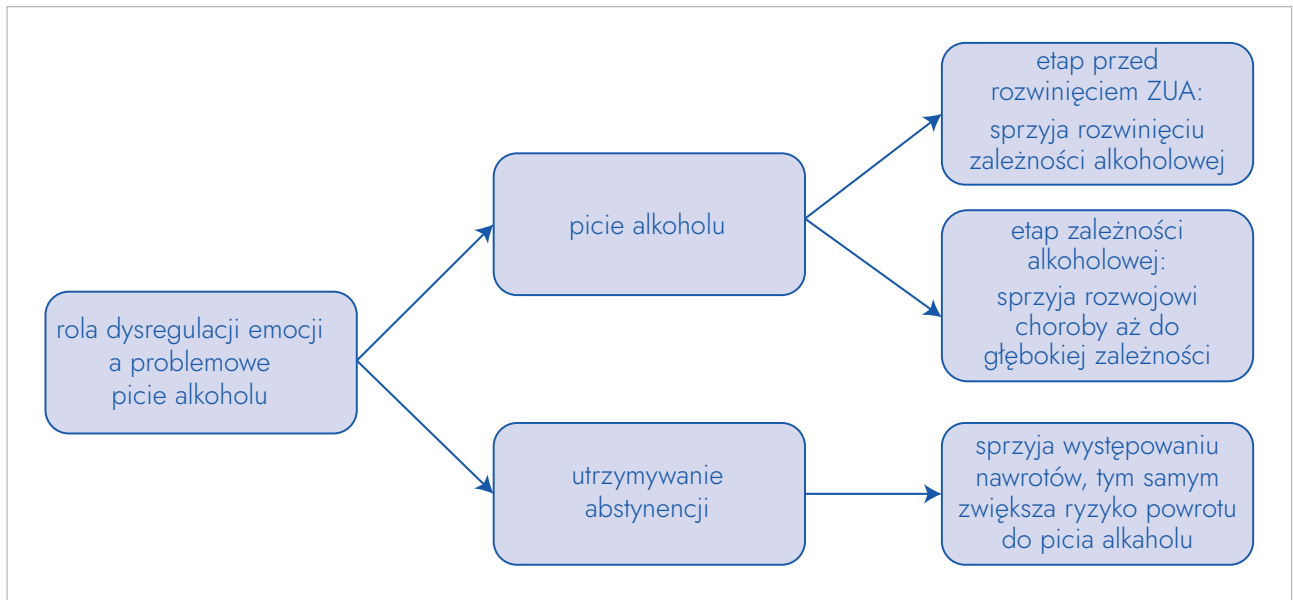
„R egulacja emocji a problemowe używanie alkoholu: przegląd literatury” autorstwa Małgorzaty Rydzewskiej, Justyny Zoarskiej i Andrzeja Jakubczyka to jedna z najnowszych pozycji, która jest efektem długiej i wytrwałej pracy badawczej. **Niniejszy artykuł będzie pierwszą z dwóch części dotyczących implementacji klinicznej wiedzy pochodzącej ze 104 prac z lat 1997 – 2022, bo tyle artykułów ostatecznie autorzy włączyli do przeglądu systematycznego.**

Bez wątplenia to wyjątkowa pozycja, ponieważ zbiera w jednym miejscu informacje, które do tej pory pojawiły się na temat roli regulacji emocji. W pracach z zakresu psychologii i psychoterapii trudno jest znaleźć podobną metodologię i wspólny mianownik, tak by móc usystematyzować wiedzę, która ewoluowała na przestrzeni lat. Jednak autorzy przeglądu podjęli to wyzwanie i oto mamy materiał, który kompiluje i dostarcza dowodów na rolę regulacji emocji u osób, które piją alkohol.

Każdy terapeuta uzależnień wie, że taki związek istnieje i każdemu z nas zapewne kojarzy się z tym zagadaniem sławetny mechanizm nałogowego regulowania uczuć. Otóż autorzy artykułu pokazują, że choć zagadnienie wydaje się już dobrze znane, to wcale oczywiste nie jest.

Po pierwsze, autorzy wychodzą od zdefiniowania regulacji emocji. Dla





Schemat 1. Rola dysregulacji emocji w przebiegu problemowego picia alkoholu

strategii psychoterapeutycznej wydaje się, że model Gratz i Roemer jest najbardziej przejrzysty. Zawiera on bowiem cztery wyraźne obszary, które można z pacjentem eksplorować. To: świadomość (inaczej rozumienie emocji), akceptacja emocji, poczucie kontroli zachowań, na ile te zachowania są impulsywne, a na ile pacjent realizuje założone cele, i na koniec strategia radzenia sobie z emocjami.

Według tego modelu problem z dysregulacją jest wtedy, gdy pacjent doświadcza problemu w co najmniej jednym z powyższych obszarów. Dla diagnozy i poznawania świata pacjenta odejście od posługiwania się jednym konstruktem, jakim jest mechanizm nalogowego regulowania uczuć jest o tyle ważne, że pomaga w uporządkowaniu świata wewnętrznych doświadczeń, który i tak już jest trudniej dostępny i zdeintegrowany ze względu na rozwijającą się chorobę alkoholową. Na etapie diagnozy głębokości zależności alkoholowej oraz projektowania strategii dla pacjenta powinniśmy przyjrzeć się, który z obszarów wymaga pracy i jeśli jest ich kilka zaplanować etapy zajmowania się nimi, ponieważ bez należytego pogłębionego zbadania problemu dysregulacji emocji ryzyko powrotu do picia jest bardzo wysokie. Sądzę, że każdy terapeuta uzależnień intuicyjnie o tym wie. Jednak nie dostrzegając złożoności opisywanego zjawiska, można w łatwy sposób popełnić błąd polegający na nieprecyzyjnym oddziaływaniu i tym samym sto-

sowaniu nie do końca trafnych narzędzi terapeutycznych.

Powstaje zatem pytanie, jak właściwie diagnozować powyższe obszary? Poniżej zamieszczam kilka wskazówek, które mogą ułatwić ocenę problemu (jeśli takowy występuje) w danym obszarze.

1. Świadomość i rozumienie emocji – ten obszar może być mylony z wiedzą o emocjach, ale ostatecznie nie wiedzy, przynajmniej tej teoretycznej, on dotyczy. Zatem czego? Mówiąc krótko, to odpowiedź na pytania, czy pacjent wie, co czuje, czy rozumie to, czego doświadcza. Istotne jest, czy potrafi zidentyfikować wewnętrzne doświadczenie, przy czym, oczywiście, nie chodzi tu o odczytywanie uczuć z listy uczuć. W tym obszarze celem terapii jest nabycie orientacji we własnym doświadczeniu, a to proces długoterminowy, trudny i delikatny. Może zdarzyć się tak, że dla niektórych pacjentów nigdy nie będzie osiągalny. Wskaźnikiem skuteczności terapii będzie umiejętność wychwytywania i nazywania stanów emocjonalnych, stopniowo o coraz mniejszym nasileniu. Początkowo pacjent może mieć łatwość w nazywaniu tylko silnych emocji, ale z czasem, wraz z nabywaniem zdolności rozumienia własnych stanów emocjonalnych, powinien mieć zdolność do wychwytywania doświadczeń o mniejszym ładunku emocjonalnym.
2. Akceptacja emocji – to obszar często pomijany w diagnozie i terapii. Po-

winniśmy zadać sobie pytania, jak często pytamy pacjenta, czy to, czego doświadcza, jest dla niego akceptowalne, na ile godzi się z tym, że przeżywa to, co przeżywa. Niejednokrotnie w gabinecie możemy usłyszeć: „nie chciałabym więcej potrzebować...”, „nie chcę więcej czuć...”. Warto zatem powracać do pytania: „proszę sprawdzić czy to, czego pan/pani doświadcza podczas pracy, jest dla pana/pani do zaakceptowania”, „Jeżeli nie, to proszę sprawdzić, gdzie jest zbyt trudno”. Monitorowanie postępów w tym obszarze pomaga określić tempo w terapii, dokładnie dostosować tempo doświadczenia do możliwości, jakie pacjent w danym momencie posiada.

Warto zaznaczyć, że analiza przeglądu literatury wskazuje, że osoby, zwłaszcza na etapie picia ryzykownego, nie akceptowały swoich emocji i ku zaskoczeniu badaczy dotyczyło to głównie tych przyjemnych. Pacjenci najczęściej wskazują, że picie alkoholu jest sposobem na radzenie sobie z nieprzyjemnymi emocjami. Okazuje się jednak, że osoby w początkowej fazie uzależnienia, silne przyjemne emocje mogą identyfikować jako stres, napięcie i w związku z brakiem akceptacji tego doświadczenia sięgają po alkohol. To mogą być osoby nieśmiałe, wrażliwe, osoby, dla których kontakt z drugim człowiekiem może być silnym, intensywnym doświad-



czeniu. Wskaźnikiem skuteczności terapii może być wzrost akceptacji dla różnych doświadczeń, identyfikacja granicy odczuwania emocji, która nie będzie identyfikowana ze stresem czy napięciem. Autorzy przeglądu systematycznego zwracają tym samym uwagę, że tak samo jak nieprzyjemnymi emocjami powinniśmy się zajmować trudnościami w przeżywaniu silnych przyjemnych stanów, bo te właśnie stanowią predyktor rozwoju choroby alkoholowej.

3. Poczucie kontroli zachowań – to pytania, na ile występują u pacjenta zachowania impulsywne, czy występowały wcześniej przed rozwojem zależności alkoholowej, w jakim stopniu pacjent ocenia, że kontroluje swoje zachowania, co się zmieniło w związku z piciem alkoholu. Ważne, czy jest w stanie osiągać swoje cele w związku z ewentualnymi problemami z kontrolą zachowań. Warto zdiagnozować czynniki, które wzmacniają pacjenta na drodze odzyskiwania poczucia panowania nad swoim zachowaniem i celami. Należy zobaczyć, na ile doświadczanie silnych emocji utrudnia pacjentowi osiągnięcie celów. Wskaźnikiem skuteczności

terapii może być poczucie odzyskiwania kontroli nad swoim funkcjonowaniem, spadek impulsywnych zachowań (mierzonym popadaniem w konflikty, zachowania agresywne w tym autoagresywne, zdolność odraczania decyzji w czasie).

4. Strategia radzenia sobie z emocjami – posiłkując się na modelu zaproponowanym przez Aldao i wsp., wiemy, że strategie możemy podzielić na co najmniej dwie grupy: jedna to sposoby adaptacyjne, a druga to nieadaptacyjne, zatem cała istota problemu sprowadza się do adekwatnego reagowania w danej sytuacji. Jeżeli pacjent ma poczucie niewłaściwego zareagowania (np. zbyt silnej reakcji do sytuacji), mamy do czynienia z nieadaptacyjnym sposobem. Bazując na wiedzy i doświadczeniu z pracy z osobami z problemem picia alkoholu, wiemy, że wraz z rozwojem choroby w czasie problemem staje się brak elastyczności strategii rozumiany jako powtarzanie tych samych sposobów, pomimo iż sytuacja ulega zmianie i wymaga od nas innych reakcji. Ponadto, problemy współwystępujące jak rozpoznanie choroby psychicznej, zaburzenia osobowości czy też uszkodzenia ośrodkowe-

go układu nerwowego dodatkowo mogą istotnie wzmacniać sztywność stosowanych strategii, a tym samym zwiększać ryzyko ich nieadaptacyjności. Usztywnienie się sposobów radzenia sobie z reguły zajmuje od kilku do kilkunastu lat (nie uwzględniając pacjentów z „podwójną diagnozą” i z innymi współtworzącymi problemami w funkcjonowaniu), zatem już na etapie diagnozy należy określić, jak różnorodne strategie stosuje pacjent. Wskaźnikiem skuteczności terapii może być wzrost elastyczności stosowanych strategii, większe poczucie adekwatności reakcji pacjenta, co powinno się przełożyć na większe poczucie jakości funkcjonowania społecznego.

Kolejnym ważnym elementem, na który zwracają uwagę autorzy artykułu, jest fakt, że dysregulacja emocji odgrywa rolę właściwie na wszystkich etapach rozwoju choroby alkoholowej, aż po etap utrzymywania abstynencji.

Schemat, który zamieszczam, obrazuje, że na każdym z etapów pracy z pacjentem, który spożywa alkohol w sposób problemowy, powinniśmy monitorować zaburzenia w czterech wymienionych wyżej obszarach, które razem składają się na zaburzenia dysregulacji emocji.

W kolejnym artykule zostanie zaprezentowany temat regulacji emocji u osób, u których współwystępują inne zakłócenia czynności psychicznych oraz możliwości implementacji wiedzy płynącej z przeglądu systematycznego do codziennej praktyki, tak aby skuteczniej pomagać.

JUSTYNA KOTOWSKA



psycholożka, psychoterapeutka, specjalistka psychoterapii uzależnień, biegła sądowa. Należy do zespołu psychologów w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie.

BIBLIOGRAFIA

1. Rydzewska, M., Zaorska, J., Jakubczyk, A. (2023). *The regulation of emotions and problematic alcohol use: a review of literature. Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 36(2), 113-140. <https://doi.org/10.5114/ain.2023.132441>

BARIERY NA DRODZE DO ZDROWIENIA

Czy terapia uzależnień rzeczywiście dostępna jest dla wszystkich? O trudnościach i potrzebach osób niesłyszących opowiada psycholożka **ANNA GRONOWSKA – KAROLKIEWICZ**.

Pani Anno, spotkałyśmy się podczas konferencji dotyczącej uzależnień i nie ukrywam, że Pani wystąpienie mnie poruszyło. Przyznam, że na co dzień nie zastanawiałam się nad trudnościami, jakie napotykają w swoim leczeniu osoby niesłyszące. Myślę, że to, od czego powinniśmy zacząć, to ustalenie odpowiedniego doboru słów. Jak powinnam się zwracać, a jakich słów nie używać, aby nie stygmatyzować lub żaden sposób nie urazić osób niesłyszących?

Dziękuję bardzo. Cieszę się, że moje wystąpienie na konferencji wzbudziło zainteresowanie, gdyż to temat, który wymaga uwagi. Żyjemy w XXI wieku, jesteśmy w Unii Europejskiej, a ta grupa osób nadal jest wykluczona, wciąż napotyka bariery w dostępie do pomocy w podstawowych potrzebach życiowych.

Dziękuję również, że padło pytanie o sposób zwracania się do osób niesłyszących. Może Pani zwracać się dowolnie: niesłyszący lub G/głuchy. Określenie „głuchy” jest jak najbardziej w porządku. Natomiast, gdy wspominamy o osobie Głuchej przez duże „G”, to mówimy o osobie, która utożsamia się ze społecznością osób Głuchych, mającą swoją kulturę i własny polski język migowy, który ma odmienną strukturę gramatyczną niż język polski.

Dla osoby Głuchej niedosłuch nie jest problemem, nie uważa siebie za osobę niepełnosprawną. Przeciwnie, traktuje to jako dobrą cechę charakteru, motywację i inspirację w życiu, a bycie użytkownikiem języka migowego jest powodem do dumy.

Jednak warto unikać mówienia „głuchoniemy”, ponieważ osoby niesłyszące nie są nieme, mają swój język. Pojęcie jest niepoprawne, a dla osób G/głuchych to określenie pejoratywne.

Pracuje Pani w Warszawie w bardzo ważnym dla osób głuchych miejscu. Proszę nam przybliżyć tę placówkę?

Instytut Głuchoniemych to historyczna nazwa i miejsce dla środowiska głuchych, pierwsza placówka oświatowa w Polsce za-



łożona w 1817 roku. Stanowi ważny symbol początku rozwoju języka migowego, edukacji, społeczności i kultury głuchych.

Świetnie to odzwierciedlił jeden ze współczesnych dyrektorów, Tadeusz Adamiec, mówiąc, że jest tak ważnym miejscem jak Wawel, Zamek Królewski i inne symbole tak istotne w naszej historii. Dzięki Instytutowi rozwijała się i wzmacniała także tożsamość osoby Głuchej. Niedługo potem okazało się, że absolwenci Instytutu, jak i później powstałych kolejnych szkół, poczuli silną więź ze światem Głuchych w Polsce i na całym świecie. I tak jest do dziś. Powszechna stała się sytuacja, gdy G/głuchy, spotykając innego obcego mu niesłyszącego nieznanego, podejmuje się nawiązania kontaktu tak po prostu i rozmawiają ze sobą, jakby się znali od wielu lat.

Wracając do pytania, Instytut Głuchoniemych, poza powyższym, aktualnie jest nowoczesną placówką oświatową z internatem dla dzieci i młodzieży. Kształci osoby, których podstawowym językiem komunikacji jest język migowy, oraz takie, które posługują

się językiem hybrydowo: fonicznym i migowym.

Uczą się i mieszkają w internacie dzieci niesłyszące i niedosłyszące od trzeciego roku życia do ukończenia szkoły ponadpodstawowej.

Tam również zapewnia się wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWR), czyli zespół działań diagnostycznych i terapeutycznych udzielanych dziecku od chwili narodzin, a dokładnie od momentu zdiagnozowania wady słuchu.

Współpracuje Pani również z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. To praca na rzecz uzależnionych osób niesłyszących. Jak wygląda ta współpraca i na co w ramach tego projektu mogą liczyć osoby głuche, które zmagają się z uzależnieniem?

Ponieważ nigdzie w Polsce nie było i wciąż nie ma (poza Warszawą) miejsca, gdzie osoby głuche z uzależnieniem mogłyby się zgłosić, bądź być kierowane, jeszcze w 2018 roku KCPU (dawna PARPA) utworzyła ofertę pomocy online. Dzięki temu oferta kierowana jest do osób z całego kraju, a także tych zamieszkujących poza granicami Polski i dla obcokrajowców z Kartą Pobytu Polaka. Z pomocy korzystają również uchodźcy.

Dzięki wcześniejszemu utworzeniu oferty online w okresie pandemii COVID-19 byliśmy świetnie przygotowani do kontynuacji wsparcia. Przed utworzeniem pomocy drogą online była jedynie dostępna oferta stacjonarna, skierowana wyłącznie do mieszkańców Warszawy. Obecnie pomoc jest dostępna w obu formach.

Z pomocy stacjonarnej również korzystają osoby z daleka, ze wszystkich stron Polski. Podziwiam te osoby, że mają tak wysoką motywację, wkładają w to dużo wysiłku i kosztów. Miałam klienta, któremu przybycie po wsparcie zajmowało trzy dni. Mieszkał na końcu Polski, miał takie połączenia, że jechał do Warszawy cały dzień, nocował w hotelu, aby następnego dnia udać się na spotkanie rano,

a wieczorem wracał nocnym pociągami, aby dotrzeć do domu kolejnego dnia.

Są klienci, którzy potrzebują korzystać z pomocy stacjonarnej i biorą regularnie urlopy w pracy, wydają pieniądze na dojazdy, mając niską rentę lub niskie dochody, rezygnując z innych ważnych dla nich wydatków.

Kto korzysta z tego wsparcia, o którym Pani opowiedziała? Czy to tylko osoby uzależnione, czy też instytucje?

Od czasu uruchomienia oferty z pomocy skorzystały różne grupy klientów i instytucji: osoby z problemem alkoholowym lub używające innych środków psychoaktywnych, osoby z uzależnieniem behawioralnym, współuzależnieni, DDA, nieletni z rodzin z problemem alkoholowym, pełnoletni lub nieletni zagrożeni uzależnieniem. Skorzystały również pary, jeśli ich związek zmagał się z uzależnieniem, osadzeni z problemem uzależnienia, osoby bezdomne, osoby doświadczające lub stosujące przemoc z problemem uzależnienia. Pojawiają się klienci, którzy mają wyrok sądu o odbyciu leczenia odwykowego, lub którzy są w trakcie tego leczenia.

Zgłaszają się również instytucje mający niesłyszącego podopiecznego. Najczęściej to pracownicy socjalni, asystenci rodzinni lub asystenci osoby niepełnosprawnej, kuratorzy, pracownicy oświaty, Służba Więzienna, Ośrodki Interwencji Kryzysowej i Komisje ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Konsultują, jak mogą pomóc lub jak pracować z niesłyszącym klientem.

Niejednokrotnie pracowaliśmy w triadzie: ja jako psycholog, klient i pracownik instytucji.

Instytucje mogą liczyć na wsparcie w ramach tej oferty, jeśli mają osobę niesłyszącą z problemem uzależnienia.

Współpracują również z Biurem Anonimowych Alkoholików, które podjęło się wielu ważnych działań. Między innymi powołali koordynatora zajmującego się sprawami głuchych, utworzyli mitingi AA z udziałem tłumacza języka migowego stacjonarne i on-line, stronę internetową (www.aa.głusi.pl) z tłumaczeniem na język migowy.

Niejednokrotnie, kiedy państwo nie mogło pomóc niesłyszącemu klientowi, to zadania na moją prośbę podjęło się Biuro AA, np. zebrało środki i zapewniło tłumacza języka migowego dla osadzonego, aby miał dodatkowe wsparcie w postaci tłumacza języka na mityngach w Zakładzie Karnym.

To bardzo szerokie grono odbiorców. Dzięki Pani współpracy z KCPU i Biurem AA pomoc dociera do wielu miejsc. Jakie formy wsparcia realizowane są w ramach Pani pracy?

Z uwagi na złożone położenie życiowe osób głuchych, a także z powodu braku dostępu do innych form pomocy psychologicznej bądź psychoterapeutycznej oraz napotykanym barier w dostępie do korzystania z wsparcia od innych instytucji pomocowych, praktykuję indywidualne podejście w zależności od zgłaszanych problemów i oczekiwań, diagnozy problemu, od możliwości intelektualnych, od potrzeb i postępów w pracy z klientem.

Generalnie to praca psychologiczna ukierunkowana na zmianę szkodliwych zachowań, psychoedukacja, poszukiwanie placówki lecznictwa odwykowego lub opieki psychiatrycznej oraz udzielanie wsparcia w załatwianiu spraw życiowych.

Forma pomocy w załatwianiu spraw życiowych jest różna w zależności od istniejącego problemu, które są bardzo złożone i nawarstwione.

Przykładowo, dla większości osób niesłyszących język polski jest językiem obcym. Język migowy, który często bywa jedynym środkiem komunikacji, ma odmienną strukturę gramatyczną. W związku z tym gramatyka języka polskiego jest dla danej osoby niezrozumiała. Oznacza to napotykanie barier w kontaktach z instytucjami, ponieważ nie może ona porozumieć się ani fonicznie ani pisemnie w języku polskim.

Niemal wszystkie instytucje publiczne deklarują na swojej stronie internetowej tzw. dostępność, a w rzeczywistości jej nie ma. Instytucje pomocowe nie zapewniają dostępu do tłumacza języka migowego na „już”.

Co może zrobić osoba niesłysząca, która nie może porozumieć się pisemnie, ponieważ nie rozumie kierowanych do niej pisanych treści i ma problem z przełożeniem swoich wypowiedzi z języka migowego na język polski, żeby zakomunikować w jakiej sprawie przychodzi?

Ustawa o języku migowym zobowiązuje instytucje do zapewnienia tłumacza. W praktyce jest różnie. Instytucje zasłaniają się brakiem funduszy na dany cel lub niedostępnością tłumaczy. Jeśli instytucja chce zapewnić tłumacza języka migowego, to ten proces trwa najczęściej bardzo długo. Jeśli potrzebny jest tłumacz, to np. gmina musi zawnieioskować o potrzebne środki na ten cel dopiero na kolej-

ny rok kalendarzowy. Osobie słyszącej można udzielić porady, aby udała się po potrzebne dodatkowe wsparcie np. do Ośrodka Pomocy Społecznej lub innej instytucji w zależności od istniejącego problemu. W przypadku osoby niesłyszącej co można wówczas zrobić? Zaproponować udanie się do instytucji pomocowej, kiedy ja i klient wiemy, jaki jest problem z dostępnością?

Bariera pomagania niesłyszącym ze strony instytucji, jak i opór u klientów, aby skorzystać ze wsparcia instytucji i służb, jest ogromna. Dlatego w ramach naszej oferty w sytuacji koniecznej udzielamy pomocy w załatwianiu spraw życiowych. Priorytetem jest motywowanie klienta do samodzielności lub w trakcie korzystania z pomocy stopniowo jej uczenie. W większości przypadków istnieje uzasadniona potrzeba, aby tę samodzielność wesprzeć, a często w wielu sprawach na początkowym etapie pomagania częściowo lub całkowicie klienta wyrezytować, aby otworzył się na pomoc innych instytucji i w drugą stronę, aby instytucje otworzyły się na pomoc osobie niesłyszącej.

Dla większości zgłaszających się po pomoc w ramach tej oferty stanowimy jedyne miejsce, gdzie może rozpocząć się proces wychodzenia z sytuacji, w której się znajdują, aby nie musieli sięgać po środek przynoszący ukojenie. To taki „SOR”, tyle że bez oddziałów szpitalnych, bez możliwości przekierowania klienta dalej.

Doświadczenie pokazuje, że takie podejście jest bardzo wspierające i przyspiesza proces udzielanej pomocy w zaprzestaniu zachowań szkodliwych. Klienci również nabierają doświadczenia i w kolejnych sprawach zaczynają samodzielnie zwracać się do instytucji. Dzielą się również swoimi doświadczeniami z innymi osobami głuchymi prywatnie lub w mediach społecznościowych, udzielając rad, jak dane sprawy mogą załatwić samodzielnie pomimo napotykanym barier. To bardzo wartościowe. Dlatego z mojej strony pomoc w załatwianiu spraw życiowych jest nieodłączną formą wsparcia.

Zatem należy stwierdzić, że barier w dostępności do pomocy dla uzależnionych osób niesłyszących jest bardzo dużo. Jakie działania należałoby podjąć, aby zmienić tę sytuację?

Do priorytetowych działań należy zorganizowanie miejsca, do którego osoba niesłysząca będzie mogła być kierowana tj. do lekarza psychiatry, na detoksykację, a przede wszystkim na leczenie odwykowe. Z dostępem do leczenia odwykowego zmagają się wszyscy zainteresowani: osoby zmotywowane do

leczenia, osoby z wyrokiem sądowym, sądy i inne osoby, które szukają miejsca dla osoby niesłyszącej. W Polsce nie ma takiego wyspecjalizowanego miejsca.

Trudności wynikają nie tylko z powodu braku wykwalifikowanych osób czy personelu posługującego się językiem migowym, ale i oporów, jakie stawia klient, ponieważ nie wyobraża sobie bycia na oddziale z osobami słyszącymi.

Jeśli widzę, że pomoc w ramach realizowanej oferty nie wystarcza i wskazane jest leczenie odwykowe, przechodzę do pracy nad motywowaniem do tego leczenia. Często to bardzo długi proces, jednocześnie nie wiem, czy dana osoba w ogóle zostanie przyjęta na oddział.

Z kolei to, czy ktoś zostanie przyjęty na leczenie odwykowe, zależy jedynie od dobrej woli ordynatora.

Ogólnie są oddziały deklarujące przyjęcie osób niesłyszących. Kiedy już ma dojść do zapisanania się na leczenie, okazuje się, że mogą przyjąć tylko osoby posługujące się mową, które będą w stanie samodzielnie i aktywnie uczestniczyć w sesjach grupy. Tymczasem są osoby, które nie posługują się poprawnie językiem polskim i dla których jedyną formą komunikacji jest język migowy.

W ramach swojej pracy szukam miejsca, kontaktuję się z ordynatorami w całej Polsce, w zależności od miejsca zamieszkania klienta i tego, czy klient zaakceptuje inne miejscowości. Leczenia szukają również rodziny, pracownicy instytucji. Niesłyszący pacjent odbywający leczenie odwykowe w ramach oferty, którą realizuję, może otrzymać wsparcie drogą on-line.

Jak to się odbywa?

Wszelkie materiały psychoedukacyjne, zadania do pracy własnej, które otrzymuje od terapeuty podczas spotkań indywidualnych i grupowych – w czasie wolnym od zajęć na oddziale drogą on-line są przede mną tłumaczone na język migowy. Jeśli widzę, że zachodzi taka potrzeba, to podejmuję się dodatkowej psychoedukacji wspierającej rozumienie otrzymanych materiałów i zadań.

Często zdarza się, że trzeba wesprzeć w rozumieniu procesów zachodzących podczas leczenia, interweniować i pomóc złagodzić występujące trudności, które pacjent napotyka w styczności z innymi pacjentami i personelem. To zderzenie dwóch różnych kultur i języka – świata głuchych i słyszących.

Natomiast jeśli pacjent musi przygotować się do wypowiedzi na sesję grupową

lub na potrzeby pracy własnej i opracować to w formie pisanej, wypowiada treść w języku migowym, a ja przekładam wypowiedź na formę pisemną, na język polski jako informacje zwrotne dla grupy bądź terapeuty.

Jest też wiele innych form wsparcia w zależności potrzeb i napotykanych przez pacjenta problemów. To nadaje sens pobytu na oddziale, wsparcie w podtrzymaniu kontynuacji leczenia i wzmocnienia motywacji do trzeźwienia.

Natomiast pacjent podczas leczenia odwykowego nie korzysta z grupowego procesu terapeutycznego. Aby wziąć udział w sesjach, obowiązkowa jest fizyczna obecność, inaczej wypisują go do domu. Z uwagi na RODO podczas sesji grupowych nie ma zgody na udział tłumacza języka migowego czy na korzystanie z urządzeń wspierających np. z tłumacza umożliwiającego przekład z języka fonicznego na język pisanym, jeśli dana osoba dobrze lub choć częściowo rozumie ten język. Sprawa choć zgłaszana nie została dotąd prawnie uregulowana.

Na co warto zwracać uwagę, gdy do placówki leczenia uzależnień zgłasza się osoba głucha? Czy terapeuci uzależnień powinni o czymś pamiętać w kontaktach z osobami niesłyszącymi?

Jeśli niesłyszący pacjent lub ktoś w jego imieniu zgłasza się do ogólnodostępnej poradni dla uzależnionych lub innej placówki, to najczęściej słyszy: „W naszej placówce nie możemy zająć się osobą niesłyszącą”. Taka odpowiedź demotywuje. Placówka zawsze powinna przyjąć choćby na jednorazową konsultację i wspólnie poszukać rozwiązania. Choćby po to, aby wysłuchać. Jeśli uzna, że nie może zaoferować dalszego wsparcia, to powinna podjąć się działania

ukierunkowanego na znalezienie innego miejsca, ale nie odsyłać z niczym.

Powszechne są sytuacje, kiedy pacjenci przez parę lat są odsyłani donikąd lub do miejsc, które wysyłają dalej i tak bez końca. W konsekwencji poszukujący rezygnuje.

Sądy, szukając leczenia dla głuchego, też utykają w miejscu.

Podczas konferencji trafnie powiedziała wicedyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska, że odpowiedzialność za znalezienie wsparcia powinna przyjąć placówka, do której pacjent zgłosił się jako do pierwszej.

Kolejna rada to nie obawiać się pracy w triadzie, jeśli pacjentowi będzie zależało na otrzymaniu pomocy w miejscu zamieszkania i udziale tłumacza języka migowego. To pacjent powinien zdecydować, gdzie i z kim chciałby współpracować.

Terapeuci również mogą skorzystać z bezpłatnej konsultacji w ramach realizowanej przeze mnie oferty, jeśli zajdzie potrzeba.

Przedstawiła Pani wiele obszarów, jakimi zajmuje się Pani na rzecz osób niesłyszących. Życzę dużo wsparcia w realizowanych projektach, sukcesów w pracy z pacjentami, a także aby opisane trudności zostały dostrzeżone przez odpowiednie osoby instytucje, aby zniknęły bariery w drodze do zdrowienia osób głuchych. Dziękuję za rozmowę. Terapeutów uzależnień, jak i pacjentów zachęcamy do odwiedzania strony www.pa-nieslyszyacy.info.

Agnieszka Krzysztoń

LECZENIE PSYCHIATRYCZNE GŁUCHYCH

W Polsce nie ma szpitala psychiatrycznego przeznaczonego ściśle na potrzeby osób Głuchych. Nie ma ani jednej placówki zajmującej się problemami zdrowia psychicznego osób Głuchych. Na świecie ich powstawanie wymuszają procesy sądowe osób Głuchych pozbawionych właściwej opieki psychiatrycznej i psychologicznej (powstawanie szpitali w poszczególnych stanach na terenie Stanów Zjednoczonych – zob. Haskins, 2004). W Wielkiej Brytanii są trzy jednostki świadczące usługi w zakresie zdrowia psychiatrycznego. Większość podopiecznych najpierw leczono w placówkach ogólnodostępnych, z niewielkim skutkiem. Kluczem do efektywnej pomocy była komunikacja w języku migowym, znajomość kultury osób Głuchych i specyfiki ich doświadczeń życiowych (Haskins, 2004).

Źródło: Dominika Wiśniewska, *Zdrowie psychiczne g/Głuchych Polaków a organizacja pomocy psychiatryczno-psychologicznej*, Instytut Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

Paweł Rosiński*Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest okazją do kształtowania i rozwijania w sobie każdego elementu triady*

W BEZPIECZNEJ PRZESTRZENI

Superwizja, z którą się najczęściej spotykałem w swojej pracy jako terapeuta uzależnień, była w głównej mierze skoncentrowana na rozumieniu pacjenta pod kątem klinicznych aspektów tego, z czym się zgłasza do terapii oraz na poszukiwaniu skutecznych metod oddziaływań nakierowanych na doświadczane objawy.

Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest spojrzeniem na proces terapeutyczny z perspektywy tego, co ważnego dla tego procesu dzieje się po stronie terapeuty i w przestrzeni, jaka tworzy się między nim a pacjentem. Za cel przyjmuje poszukiwanie tego, co będzie korekcyjnym doświadczeniem dla osoby korzystającej z terapii, uwzględniając indywidualność każdego pacjenta i unikatowość każdej relacji terapeutycznej (indywidualnej bądź grupowej). Z mojego doświadczenia wynika, że jeśli wiemy, jak być z pacjentem i kim dla niego być, nie potrzebujemy instrukcji czy schematów, jak postępować podczas sesji.

* * *

Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest procesem nastawionym na badanie i rozumienie tego, czego doświadczają terapeuta i pacjent w procesie psychoterapii. Superwizję można określić procesem procesów. Superwizant będący w superwizji znajduje się w procesie doświadczania jej (a dokładniej siebie w niej) różnymi częściami swojego Ja: poznawczą, emocjonalną, fizjologiczną oraz obszarem potrzeb i wewnętrznych tendencji. Pacjent zaś doświadcza z podobnych obszarów Ja swoich trudności, procesu psychoterapii oraz relacji z terapeutą.

Jestem zdania, że w psychoterapii większe znaczenie ma skupianie się na tym, kim terapeuta jest dla swojego

pacjenta, niż na tym, co ma z nim robić. Chodzi zarówno o to, kim terapeuta jest dla pacjenta w ogóle, ale też kim dla niego jest w każdym tu i teraz procesu terapeutycznego. To zaś wiąże się z doświadczaniem procesu przez terapeutę.

Pozwolę sobie na zobrazowanie tego, jak rozumiem superwizję i co proponuję jako superwizor (aplikant) poprzez analogię. Osoby znajdujące się na anatomii proszę o wybaczenie niedoskonałości mojej wiedzy na ten temat.

Mówi się, że człowiek jest tym, co je. Jeśli się jednak nad tym głębiej zastanowić, istotne jest nie tylko to, co jemy (choć to oczywiście ma znaczenie), ale przede wszystkim to, co zostanie przyswojone przez nasz organizm. Możliwa jest więc taka sytuacja, że jedzenie wartościowych pokarmów będzie miało niewielki wpływ na nasze zdrowie.

Podobnie, jak dobre i sprawdzone interwencje czy techniki terapeutyczne mogą mieć niewielkie znaczenie w procesie terapeutycznym pacjenta.

Trawienie zaczyna się już w jamie ustnej. Im lepiej pogryziemy i przeżujemy jedzenie przed przełknięciem (dzięki czemu już na tym etapie zaczynają swoje oddziaływanie odpowiednie enzymy), tym bardziej efektywny będzie dalszy proces trawienia. Następnie jedzenie trafia przez przełyk do żołądka, gdzie jest rozpuszczane przez soki żołądkowe do postaci najlepszej dla tego, co ma się wydarzyć w następnym etapie. Żołądek przepuszcza do jelit wszystko, z czego organizm może wydobyć coś wartościowego. W jelitach natomiast zachodzi kluczowy proces. To od ich (jelit) sprawności zależy, ile z tego, co zjedliśmy, wchłonie się do organizmu. Inaczej mówiąc, ile z tego będzie mógł wykorzystać nasz organizm. Jeśli jelita są „pozatykane” i nie funkcjonują prawidłowo, większość wartości pokarmowych zamiast w głąb

naszego organizmu trafi do naszego wewnętrznego kosza na śmieci, a stamtąd do toalety. Można więc powiedzieć, że jesteśmy raczej tym, co przyswoimy, a nie tym, co zjemy.

Podobnie w psychoterapii – terapeutyczne będzie tylko tyle, ile pacjent przyjmie w głąb swojego Ja. Tak więc dla skuteczności psychoterapii istotna jest chłonność pacjenta, która w znaczącej mierze wiąże się z chłonnością terapeuty i dzięki niej się rozwija.

Rozszyfrowuję moją analogię. Treść, czyli wszystko to, o czym rozmawiamy: kliniczne rozumienie, techniki, jakie stosujemy, i tematy, które poruszamy podczas terapii, to „pokarm”, a to, w jaki sposób je stosujemy, jest procesem „jedzenia i trawienia”. Ślina i soki żołądkowe są analogią do gotowości pacjenta, aby dzielić to, co do niego dociera, na części w taki sposób, żeby były możliwe do przyswojenia w dalszym etapie. Natomiast jelita i ich zdolność do wchłaniania można porównać do gotowości pacjenta do przyjęcia tego, co pojawia się w procesie psychoterapii w nim samym oraz między nim a terapeutą, czyli we wszystkich procesach, które się tam dzieją.

Superwizja tak, jak ją rozumiem i jak sam jej doświadczam, jest procesem nastawionym na badanie w szczególności dwóch perspektyw:

1. Rozumienia tego, co dzieje się w pacjencie – w jego wewnętrznym procesie, który dzieje się w kontekście problemów, z którymi przychodzi.
2. Rozumienia tego, co dzieje się w relacji terapeutycznej.

Kluczem do zrozumienia jest jednak uświadomienie sobie najpierw tego, co dzieje się w terapii w relacji z jego pacjentem, gdyż te procesy wzajemnie na siebie oddziałują. Jestem zdania, że dla głębszego rozumienia pacjenta terapeuta musi mieć

dobry kontakt z tym, co w nim się dzieje w procesie relacji z pacjentem. Powinien to włączać w proces terapeutyczny. Ma to duże znaczenie w kontekście tego, co Rogers nazwał autentycznością terapeuty, która jest jednym z kluczowych warunków skuteczności psychoterapii. Pozostając w kontakcie ze sobą, w relacji terapeutycznej możemy być z pacjentem w sposób, który pozwala nam lepiej zrozumieć, czego on może doświadczać, ponieważ ma to odbicie w tym, jak my go doświadczamy (nawiasem mówiąc, chodzi tu o istotność własnej psychoterapii i jej wpływu na to, jakimi jesteśmy terapeutami). Dzieje się to bardziej na poziomie emocji i fizjologii niż w sferze poznawczej. Wówczas dzięki odzwierciedleniom możemy pomóc pacjentowi docierać do jego wewnętrznego doświadczenia. W ten sposób następuje drugi kluczowy element Rogersowskiej triady – empatia.

* * *

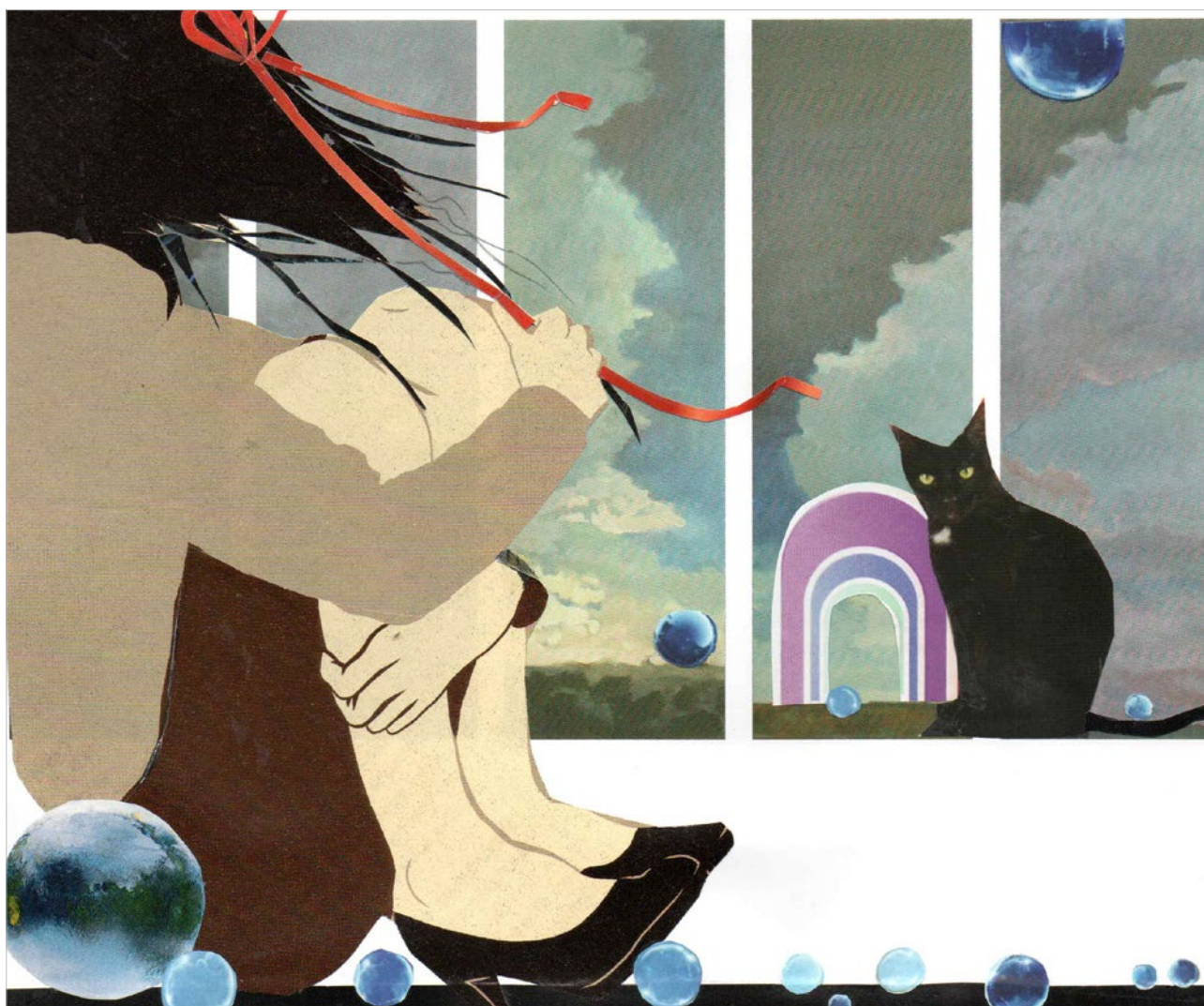
Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa stwarza też okazję do kształtowania i rozwijania w sobie ostatniego elementu triady – bezwarunkowej akceptacji. Jest ona związana z tym, co nazywam ciekawością terapeutyczną. Rozróżniam co najmniej kilka rodzajów ciekawości:

- Wścibska – wyraża się pytaniem: Co/jak jest/było?
- Analityczna – wyrażająca się pytaniem: Dlaczego tak jest/było?
- Behawioralna – wyraża się pytaniem: Co i jak możemy z tym zrobić?
- Terapeutyczna, która w odróżnieniu od poprzednich wyraża się pytaniem: Jak Tobie z tym jest? albo: Czym to jest dla Ciebie?

Zatem ciekawość terapeutyczna jest chęcią poznania świata przeżyć i znaczeń pacjenta bez ocen, diagnoz i analiz – taką ciekawością, jak to wszystko,

w czym jest pacjent, wygląda z jego perspektywy („Jak to jest tak mieć?”).

Z mojego doświadczenia wynika, że posługiwanie się tym rodzajem ciekawości podczas terapii obniża lęk pacjenta i w sposób bezpośredni (choć rozłożony w czasie) przekłada się na jego gotowość do przyjmowania treści terapeutycznych. Ta ciekawość (podobnie, niestety, jak inne rodzaje ciekawości) jest też zaraźliwa, co oznacza, że pacjent z czasem zaczyna kształtować podobne podejście i nastawienie do siebie, a w dalszej perspektywie do innych ludzi. Najpierw jednak musi tego odpowiednio długo (to już jest indywidualne dla każdego pacjenta) doświadczać w relacji z terapeutą. Takie doświadczenie uruchamia naturalne procesy ozdrowieńcze – zdrowienie i poprawa jakości życia jest wewnętrznym procesem i dzieje się w pacjencie, a nie poza nim. My jesteśmy do tego procesu zaproszeni w nadziei na to, że stworzymy pacjentowi bezpieczne warunki do poznawania i rozumienia



siebie. U wszystkich pacjentów, z którymi przechodziłem proces, w którym rosła ich ciekawość i akceptacja dla siebie, miało to przełożenie na większą akceptację, ciekawość i otwartość na innych ludzi.

Tak więc na bazie własnych doświadczeń zarówno jako superwizant, jak i superwizor uznaję superwizję za pracę nastawioną na rozumienie procesu terapeutycznego od strony doświadczania i relacji terapeutycznej. Celem superwizji nie jest zdobywanie wiedzy i umiejętności terapeutycznych, choć w jej trakcie oczywiście się to dzieje. Zdobywaniu wiedzy i umiejętności służą szkoły psychoterapii, kursy, szkolenia, warsztaty oraz lektura. Superwizja służy temu, żeby lepiej rozumieć to, czego doświadcza w terapii pacjent oraz terapeuta, jaka jest dynamika i kierunek zmiany w pacjencie oraz dynamika i kierunek relacji terapeutycznej.

O skuteczności psychoterapii decyduje głębokie i subiektywne dostrojenie do szczerzej prawdy tkwiącej głęboko w osobie, w jej ciele. Szczególnie ważne jest pomaganie pacjentowi w poczuciu się bezpiecznie, dzięki czemu będzie mógł przyjmować w głąb siebie to, czego doświadcza. To pozwoli mu zrozumieć objawy nie od strony ich przyczyny, ale od funkcji, jaką pełnią i samo w sobie stanowi doświadczenie korek-

cyjne. W ten sposób pacjent zaczyna rozumieć siebie w problemie, a nie problem w sobie. Dzięki temu może zwrócić się ku swojemu wewnętrznemu doświadczeniu i budować na nowo poczucie tożsamości w oparciu o tendencję aktualizacyjną, którą Rogers nazywał również „Ja organizmicznym”.

* * *

Terapeuta doświadcza superwizji w sposób podobny do tego, w jaki pacjent doświadcza psychoterapii (choć jest oczywiście z tym procesem bardziej oswojony w wyniku dotychczasowej pracy nad sobą). Zmaga się z wieloma barierami: lękiem, oporem, zaprzeczaniem, obawą przed oceną, poczuciem niekompetencji lub zwątpieniem w swoje umiejętności, niepewnością, czy wносить swoje trudności na forum i jak to wpłynie na jakie postrzeganie przez innych. Nierzadko też nie wie, jak wyrazić swoją trudność, jak nazwać to, czego potrzebuje. Podstawą pracy superwizyjnej podobnie jak w przypadku psychoterapii jest relacja. Relacja superwizanta z superwizorem czy w grupie superwizyjnej musi opierać się na bezpieczeństwie i dobrowolności (co do samego udziału i poruszanych treści). Poruszane podczas superwizji kwestie mają sens jedynie wtedy, kiedy są wy-

razem osobistej gotowości wynikającej z poczucia bezpieczeństwa i zaufania, które wynika z relacji superwizyjnej. Zadaniem pierwszego etapu procesu superwizji jest stworzenie bezpiecznych warunków w grupie superwizyjnej (lub superwizji indywidualnej). Tylko w takich warunkach terapeuta może w sposób rzetelny i konstruktywny przyglądać się temu, na czym skupia się superwizja humanistyczno-doświadczeniowa, czyli badaniu i rozumieniu tego, co dzieje się w nim i w relacji z pacjentem. To natomiast ma przełożenie na poczucie bycia widzianym, przyjętym i rozumianym po stronie pacjenta, a zatem stanowi dla niego korekcyjne doświadczenie.

* * *

Systematyczne korzystanie z superwizji humanistyczno-doświadczeniowej daje mi wyraźne poczucie, że rozwijam się jako psychoterapeuta i przekłada się to na lepszą efektywność pracy z pacjentami oraz mniejsze zmęczenie. Jest też efektywnym sposobem przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Zapewne znane Czytelnikowi jest to przyjemne uczucie entuzjazmu i energii, jaka towarzyszy nam, idąc do pracy z pacjentami po owocnej superwizji.

PAWEŁ ROSIŃSKI



psycholog, psychoterapeuta humanistyczno-doświadczeniowy, specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor aplikant (RSPU).

BIBLIOGRAFIA

1. *Doświadczenia a psychoterapia* (2019) red. Maria Król-Fijewska. Wyd. INTRA.
2. Geller Shari M., Greenberg Leslie S., „Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty”, (2017), Wyd. Zielone Drzewo, IPZ PTP.
3. Kaczmarczyk, I. „Terapeuta na krawędzi – doświadczenia korekcyjne w superwizji”, [w:] *Terapia osób uzależnionych i ich bliskich*, nr 1/2022
4. Neufeld Gordon, Mate Gabor (2022) „Więź”, (2022), Wyd. Galaktyka
5. Rogers C., «O stawianiu się osobą» (2014), Dom Wydawniczy Rebis Poznań
6. *Transformacje w psychoterapii*, (2017) red. Luis G. Castonguay i Clara E. Hill. Wyd. Zielone Drzewo, IPZ PTP.



Marta Fajfer

Superwizja psychoterapii uzależnień – perspektywa superwizanta i superwizora

STOJĄC W PRZEDPOKOJU

Od kiedy w marcu ubiegłego roku rozpoczęłam szkolenie dla superwizorów aplikantów psychoterapii uzależnień w Krakowie, moje myśli krążą wokół postaci ważnych dla mnie superwizorów oraz wokół tych relacji i procesów superwizyjnych, które były czy są dla mnie cenne i dobre. Będąc w miejscu, w którym sama podejmuję się tej roli, czuję się trochę tak, jakbym stała w przedpokoju prowadzącym do pomieszczenia, które równocześnie znam i które nie jest mi znane. Towarzyszy mi ciekawość i entuzjazm, ale również onieśmienie oraz obawa. Ta ostatnia dotyczy głównie pytania, na ile potrafię być przy superwizancie, dostrajając się w taki sposób, aby moja obecność miała potencjał udrażniający, wnoszący nową jakość do perspektywy, z którą przychodzi superwizant oraz odpowiadała na jego zapotrzebowanie w kontekście prowadzonego przez niego procesu terapeutycznego z pacjentem.

* * *

Uświadamiam sobie, że stojąc w moim metaforycznym przedpokoju, z niepokojem radzę sobie na co najmniej kilka sposobów. Przede wszystkim instaluję tam solidny regał z książkami, w których znajdują się różnego typu teorie na temat superwizji. Rozwiązanie zrozumiałe i przydatne, niemniej mimo wszystko w ograniczonym zakresie.

W drugiej kolejności zaczynam myśleć o własnej ścieżce korzystania z superwizji. O tym, gdzie miała swój początek, jak z czasem zmieniał się sposób, w jaki jej doświadczałam i co miało na to znaczący wpływ. Myślę o superwizorkach, które w długoletnich relacjach wspierały moją pracę z pacjentami i co stanowiło o tym, że miałam zgodę na przyjmowanie od nich nawet trudnych treści. Myślę o czasie, który musiał upłynąć oraz warunkach, które musiały zaistnieć, abym mogła zaufać i uwierzyć, że su-

perwizor stoi po naszej stronie – mojej i mojego pacjenta. Widzę też wyraźnie, że mimo piętnastu lat pracy terapeutycznej z pacjentami i tak samo długiego okresu korzystania z superwizji czasem nadal towarzyszy mi niepokój w obliczu potrzeby odsłaniania się przed grupą superwizyjną bądź superwizorem. Dzieje się tak nawet w sytuacji wydawałoby się ugruntowanego już doświadczenia, w którym w zasadzie każdą godzinę spędzoną na superwizji własnych procesów bądź uczestniczeniu w superwizjach innych terapeutów kończyłam z uczuciem spokoju, satysfakcji i z poszerzoną perspektywą pracy terapeutycznej, którą omawiałam. Zdarza się, że ze wzruszeniem myślę o sytuacji, w której grupa kilku osób pochyła się nad sformułowanym przeze mnie pytaniem do superwizji, podejmując trud, aby wesprzeć mnie w tym niełatwym przecież zadaniu, które stoi przede mną i przed moim pacjentem.

W trakcie procesu szkoleniowego zainteresowało mnie spojrzenie na relację pomiędzy superwizorem i superwizantem przez soczewki teorii przywiązania Johna Bowlby'ego. Gdy myślałam o własnych doświadczeniach superwizyjnych z pozycji superwizantki, zatrzymała mnie perspektywa, zgodnie z którą relacja superwizyjna może być konceptualizowana jako sytuacja przywiązania, a superwizor jest bądź może się stać figurą przywiązania dla superwizanta. W tym miejscu pokrótce przedstawię założenia tej teorii, ponieważ chcę ją uczynić punktem wyjścia do dalszych rozważań.

Relacja pomiędzy superwizorem i superwizantem z perspektywy teorii przywiązania

Zgodnie z tą teorią, sposób, w jaki człowiek funkcjonuje w sytuacjach społecznych, z naciskiem na bliskie relacje, możemy rozumieć przez pryzmat tzw. wewnętrznych modeli operacyjnych oraz związanego

z nimi stylu przywiązania. Konstrukty te mają swoje źródło w relacjach dziecka z pierwszymi opiekunami, cały czas podlegają zmianom w odpowiedzi na różne doświadczenia, niemniej wykazują dość dużą stałość na przestrzeni życia człowieka. „Przywiązanie” według Bowlby'ego to specyficzny rodzaj relacji społecznej, na początku pomiędzy niemowlęciem a opiekunem, w której istnieje emocjonalna więź. Jest ona opisywana poprzez następujące kategorie:

- dążenie do fizycznej bliskości,
- protest separacyjny (reakcja na rozłąkę, pierwotnie fizyczną, później również na brak dostępności emocjonalnej),
- bezpieczna baza i bezpieczna przystań (poczucie, że można eksplorować świat z ufnością, ponieważ w sytuacji zagrożenia obiekt przywiązania zapewnia ochronę, a w stanie lęku można liczyć na ukojenie i uspokojenie z jego strony).

W procesie rozwoju dziecka dochodzi do uwewnętrznienia przeżyć w relacji z obiektem przywiązania (zazwyczaj matką). Tworzy się wewnętrzny obraz siebie, innych ludzi i świata. Wykształcają się własne sposoby wchodzenia w relacje, bycia w nich oraz regulacji emocji. Jest to możliwe dzięki doświadczeniu bycia odzwierciedlanym przez pierwotny obiekt przywiązania. Współpracowniczka i kontynuatorka idei Bowlby'ego Mary Ainsworth w 1978 roku opracowała procedurę badawczą określaną mianem „obcej sytuacji”. W wyniku prowadzonych badań wyróżniono trzy wzorce przywiązania:

- przywiązanie bezpieczne – po okresie separacji od matki dziecko uspokaja się, gdy matka wraca; dziecko oczekuje, że powrót matki przyniesie mu ukojenie,



- przywiązanie lękowo-unikające – dziecko okazuje niewielkie przejawy stresu w trakcie nieobecności matki, a po jej powrocie nie dąży do ponownej bliskości,
- przywiązanie lękowo-ambiwalentne – dziecko okazuje silny stres w trakcie separacji i nie uspokaja się po powrocie opiekuna.

W 1990 roku badaczki Mary Main oraz Judith Salomon opisały przywiązanie zdezorganizowane, które polega na poszukiwaniu przez dziecko bliskości matki w sposób chaotyczny, dziwaczny i nieadekwatny. (Wallin, 2011; Król – Kuczkowska, 2008).

Prawdopodobnie pierwszym autorem, który bardzo ogólnie zwrócił uwagę na znaczenie teorii przywiązania dla rozumienia relacji pomiędzy superwizorem a superwizantem, był E. Weyne Hill (Hill, 1992 w: Watkins, Riggs, 2012, str. 262). Pisał on, że rozpoznanie stylów przywiązania pacjenta, terapeuty i superwizora może stanowić źródło ważnych informacji dla pogłębienia rozumienia superwizowanego procesu psychotherapeutycznego. Zwrócił również uwagę na to, że rolą superwizora

jest „dostarczanie bezpiecznej bazy” oraz udrażnianie procesu uczenia się psychoterapeuty.

W 2006 roku Bennett i Saks w oparciu o Interwencję Krąg Ufności (COS – *Circle of Security*) autorstwa Marvinina, Coopera, Hoffmana i Powella dokonali konceptualizacji sytuacji superwizyjnej jako kręgu ufności. Tak jak krąg ufności z opiekunem, który umożliwia małemu dziecku rozwój autonomii i poczucia siebie, krąg ufności z superwizorem stanowiącym bezpieczną bazę oraz bezpieczną przystań umożliwia niedoświadczonemu superwizantowi rozwój autonomii i pewności siebie w roli psychoterapeuty. Wsparty i wzmocniony przez taki krąg ufności superwizant może w swobodny sposób eksplorować oraz angażować się w proces rozwoju własnych kompetencji terapeutycznych (Powel, Cooper, Hoffman, Marvin, 2015; Bennett, Sacks, 2006 w: Watkins, Riggs, 2012).

SUPERWIZJA JAKO BEZPIECZNA BAZA I BEZPIECZNA PRZYSTAŃ

W moim rozumieniu bezpieczna baza i bezpieczna przystań su-

perwizyjna to przestrzeń, w której można swobodnie i z ufnością przyglądać się procesom, które zachodzą w relacji pomiędzy superwizantem a jego pacjentem, czyniąc użytek również z tego, co wydarza się w relacji pomiędzy superwizorem a superwizantem. W takiej przestrzeni w kontekście omawianego procesu terapeutycznego – my superwizanci – czasem mamy również możliwość odkryć własne tendencje osobowościowe bądź trafić na ślady traum, które mogą w sposób bardziej trwały i powtarzający się komplikować naszą pracę z pacjentami, czynić ją mniej owocną, a w skrajnych sytuacjach nieetyczną i szkodliwą. Wydaje się, że dostrzeżenie i przyjęcie takiego odkrycia, a w dalszej kolejności poszukanie miejsca, gdzie można je zaopiekować, ma szansę odbyć się jedynie w obrębie przestrzeni pełnej empatii, autentyczności i zaufania.

Z perspektywy zarówno superwizantki jak i superwizora niezwykle ważny wydaje mi się temat tworzenia takiej przestrzeni w relacji, która będzie jak najmniej lękotwórcza, ponieważ sama sytuacja superwizyjna związana z koniecznością odsłonięcia swojej bezradności, niemocy, pomieszczenia w związku z prowadzonym procesem terapeutycznym już na wejściu wymaga odwagi.

Wyobraźmy sobie sytuację, w której uczestnik pewnego szkolenia mógłby podzielić się tym, w jaki sposób doświadcza momentu superwizji, w którym po przedstawieniu pracy z pacjentem oraz sformułowaniu pytania do superwizji grupa superwizyjna oraz superwizor mają zacząć dzielić się refleksjami. Powiedziałyby:

„Kiedy już kończę opowiadać o mojej pracy z pacjentem i nadchodzi ten moment, w którym zaczynacie mówić, czuję, jak równocześnie rośnie we mnie złość, że widzicie coś, czego ja nie widzę, i pragnienie, aby tego słuchać, bo jest mi to bardzo potrzebne.”

Myślę, że niektórzy z nas na pewno odnaleźliby się w powyższych słowach. Jednak czy każdy potrafiłby się zdobyć na podobny poziom otwartości? Osoba, która mówi o sobie tak jak powyżej, jest bardzo świadoma sposobu, w jaki doświadcza

sytuacji superwizyjnej. Potrafi na ten temat swobodnie myśleć, ubierać go w słowa i rozmawiać o nim z grupą i superwizorem bez potrzeby nadmiernego zanurzenia się w problematycznym doświadczeniu oraz reagowania niekorzystnymi strategiami regulowania afektu.

Zdarza się jednak, że wysłuchanie komentarzy na temat prowadzonego procesu psychoterapeutycznego bywa trudne do wytrzymania, wzbudza potrzebę przerwania trwającej wypowiedzi, dopowiedzenia czegoś, co zmieni stosunek superwizora na bardziej aprobujący dla naszej postawy bądź sposobu interweniowania. Zdarza się, że podczas

superwizji bywamy świadkami bądź jest naszym bezpośrednim udziałem reakcja w postaci mniej lub bardziej jednoznacznego odrzucenia podawanych przez superwizora treści. Innym razem wskazówki z superwizji, które w intencji mają być pomocą, są odbierane jako argument potwierdzający niewystarczające kompetencje do prowadzenia psychoterapii z pacjentami.

Wydaje się, że warto być szczególnie czujnym i poddać refleksji stan, w którym dostrzegamy w sobie niechęć bądź zupełny brak potrzeby uczestniczenia w superwizji. Nie chodzi mi tutaj o temat preferencji co do modalności, w której superwizja jest

prowadzona czy do osoby konkretnego superwizora, ale o ogólną postawę wobec tej formy rozwoju zawodowego. Jesteśmy ludźmi, a w dalszej kolejności terapeutami. Każdy z nas ma swoją historię, która go zbudowała. Ośmielię się napisać, że prawie każdy na przestrzeni życia doznał jakiegoś rodzaju traum nadmiaru bądź niedoboru i zdarza się, że ich ślady odżywiają podczas pracy terapeutycznej z naszymi również strauumatyzowanymi pacjentami. Problem polega na tym, że czasem dostrzegamy to bardziej, czasem mniej, a czasem – w związku z potężną naturą mechanizmów traumy – zupełnie na to ślepiemy. Superwizja ma szansę być miejscem, w którym pewne ważne dla naszej pracy z pacjentami ślepe punkty zaczynają być przesuwane w obszar świadomości. To potrafi zrobić wielką różnicę. Może uczynić naszą pracę bardziej owocną i bezpieczną przede wszystkim dla naszych pacjentów, ale też i nas samych.

MARTA FAJFER



psycholożka, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, psychoterapeutka w procesie certyfikacji, superwizorka aplikantka w zakresie psychoterapii uzależnień (RSPU).

BIBLIOGRAFIA

1. Król-Kuczkowska A.: *Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta* (w:) Barbara Józefik, Grzegorz Iniewicz (red.): *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej.*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2008.
2. Powell B., Cooper G., Hoffman K., Marvin B.: *Krąg Ufności. Interwencje wzmacniające przywiązanie we wczesnych relacjach rodzic – dziecko.*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2015.
3. Wallin D.J.: *Przywiązanie w psychoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2011.
4. Watkins C.E. Jr, Riggs S.A.: *Psychotherapy Supervision and Attachment Theory: Review, Reflections, and Recommendations* (w:) *The Clinical Supervisor*, 31, 2012.



Istniejący od ponad 30 lat Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Ostrowie Wielkopolskim stawia na nowoczesną terapię integrującą różne szkoły psychoterapii i dostosowuje je do potrzeb każdego swojego pacjenta

Z WIZYTĄ W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM

Historia ostrowskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień (OPiTU) rozpoczęła się w styczniu 1993 roku z inicjatywy władz samorządowych Ostrowa Wielkopolskiego, które powierzyły misję utworzenia placówki Krzysztofowi Parusińskiemu. To była pierwsza samorządowa poradnia leczenia uzależnień w Polsce. Wtedy w OPiTU rozpoczęło pracę wielu terapeutów, którzy pracują tam również dzisiaj. Z rozrzewnieniem wspominają trudne początki.

– Wróciłam do rodzinnego Ostrowa po piętnastu latach do pracy w nowo otwartej poradni. Stan zastany – nowe pomieszczenie przy ulicy Kościuszki 14, dwie maszyny do pisania (jedna elektryczna), zestaw taśm magnetofonowych o szkodliwości używania alkoholu, pielęgniarka, ćwierć etatu lekarza i zapal do pracy osób, których zaprosił do współpracy kierownik tej placówki – Krzysztof Parusiński. W takich warunkach powstawały podstawy nowego myślenia i rozwiązywania problemów uzależnień, pod bystrą obserwacją członków ruchu samopomocowego AA – wspominała przed laty Hanna Rozbicka-Winiecka, pedagog, specjalistka terapii uzależnień, która obecnie nie pracuje już w placówce. Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień (OPiTU) przez wszystkie te lata był i jest placówką ambulatoryjną.

TERAZNIEJSZOŚĆ

Dzisiaj OPiTU mieści się już w innym miejscu. W 2004 roku na siedzibę placówki został zaadaptowany budynek przy ulicy Szkolnej 24, zajmowany wcześniej przez Żłobek Miejski. Pieniądze na ten cel w całości pochodziły z budżetu Gminy Miasta Ostrowa Wielkopolskiego. Do nowych, wygodnych pomieszczeń kadra i pacjenci poradni przeprowadzili się 15 stycznia 2005.

Placówka działa jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej



i w ubiegłym roku zmieniła się jego struktura. Miasto powołało na stanowisko kierownika ośrodka Macieja Zuchowskiego, menedżera niezwiązanego z terapią uzależnień ani z żadnym zawodem medycznym. Dlatego został też rozpisany konkurs na zastępcę kierownika ds. medycznych i została nim pracująca od lat w ośrodku specjalistka psychoterapii uzależnień – Daria Ciesielska-Jarych.

Ośrodek zajmuje się zarówno leczeniem osób uzależnionych, jak i profilaktyką uzależnień na terenie miasta Ostrowa Wielkopolskiego. Pedagodzy prowadzą zajęcia profilaktyczne w szkołach dostosowane do potrzeb każdej placówki i diagnozę problemów dzieci i młodzieży. W ramach profilaktyki organizowane są również zajęcia edukacyjne dla rodziców i szkolenia dla nauczycieli. Ośrodek przyjmuje osoby uzależnione od środków psychoaktywnych oraz z uzależnieniami behawioralnymi, np. od hazardu, zakupów czy seksu.

LICZNE KROKI DO TRZEŹWOŚCI

Kadra stara się, żeby adekwatną pomoc znalazły osoby z różnymi pro-

blemami związanymi z uzależnieniem oraz żeby leczenie nie ograniczało się do zapanowania nad objawem – pić, braniem narkotyków czy nałogowym zachowaniem.

– Każdy, kto zgłasza się do naszego ośrodka, wchodzi na grupę przygotowującą do rozpoczęcia terapii i edukującą w zakresie uzależnienia. Udział w tej grupie obejmuje pięć spotkań, po ich ukończeniu pacjent podejmuje decyzję, czy rozpoczyna terapię – mówi Daria Ciesielska-Jarych.

Jeśli pacjent chce leczyć się dalej, wchodzi na pierwszy etap terapii, który składa się z dwóch części: z grupy pracy nad uzależnieniem, rozpoznawaniem jego mechanizmów oraz nad głodem, czyli wszystkimi umiejętnościami pomagającymi w radzeniu sobie z uzależnieniem. Pacjenci biorą też udział w grupie, zwanej społecznością, pracującą na procesie terapeutycznym. Terapię wymaga przychodzenia do ośrodka dwa, trzy razy w tygodniu, bo pacjenci mają też indywidualne spotkania ze swoimi terapeutami.

Po ukończeniu tych grup pacjent wchodzi na drugi etap leczenia, w czasie którego pracuje nad problemami zwią-

zanymi z nawrotami i radzeniem sobie z nimi, analizuje wcześniejsze sytuacje, w których zdarzały mu się złamanie abstynencji. To też czas na pogłębioną pracę psychologiczną z pacjentem.

Program podstawowy i pogłębiony trwają łącznie około dwóch lat, ale ich ukończenie nie oznacza bynajmniej zerwania kontaktu z ośrodkiem. Potem następuje etap wsparcia pacjenta w trzeźwości oraz zabezpieczenia abstynencji w czasie kolejnej grupy, zwanej psychorozwojową, również opierającą się na pracy na procesie.

Opieka nad każdą osobą w poradni może trwać do pięciu lat. Oprócz tego podstawowego i pogłębionego programu dla osób uzależnionych, poradnia oferuje także oddzielną grupę dla zakupoholiczek, która funkcjonuje już kilka lat.

– Pacjentki zdobywają na niej wiedzę na temat uzależnienia, uczą się rozumieć mechanizmy zakupoholizmu, pracują nad kontrolą swojego zachowania – mówi Daria Ciesielska-Jarych.

NIE TYLKO DLA UZALEŻNIONYCH

W poradni funkcjonuje również grupa dla bliskich osób uzależnionych. Składa się z trzech etapów. Pierwszy etap to psychoedukacja na temat uzależnienia, wiedza o interwencjach wobec osoby uzależnionej, ale też elementy pracy nad komunikacją. Na drugim etapie pacjentka/pacjent ogląda własne uwikłanie w sytuację, w której żyje, przygląda się własnym zachowaniom, które są dla niej dysfunkcyjne, powodują szkody w jej życiu, oczywiście uczy się też, jak zmieniać schematy, które wzmacniają jej uwikłanie w problem współuzależnienia. Trzeci etap programu poświęcony jest rozwojowi osobistemu. Pacjentki mają już świadomość, na czym polega choroba uzależnienia, mają świadomość własnego uwikłania, wtedy potrzebują czasu i przestrzeni na rozwój, na naukę dbania o swoje potrzeby, na poznawanie siebie, doświadczanie, kim naprawdę się jest.

Poradnia obejmuje też opieką dorosłe dzieci alkoholików.

– Dla tych osób mamy również grupę składającą się z dwóch etapów: wstępnego oraz pracy psychologicznej na procesie, nad własnymi zasobami, nad rozwojem osobistym, nad przełamaniem schematów,

które rządziły nim od dzieciństwa naznaczonego uzależnieniem rodzica – mówi kierowniczka placówki. Podkreśla też, że osoby uczęszczające na wszystkie grupy mają zagwarantowane warsztaty rozwijające różne umiejętności, na przykład osoby uzależnione na pierwszym etapie przechodzą trening TAZA (trening asertywnych zachowań abstynenckich), potem uczestniczą w warsztacie komunikacji, a na drugim etapie pojawia się warsztat pracy ze złością oraz radzenia sobie ze stresem. Opiekunami grup DDA są terapeuci Ryszard Czapracki, Katarzyna Kaganek, Michał Łuczkanin.

W trakcie leczenia pacjenci mogą też skorzystać z terapii małżeńskiej, niezależnie od tego, czy partner, mąż, żona jest we własnej terapii. Prowadzi ją terapeutka Łucja Nijakowska-Smółka, która ukończyła studium terapii par i małżeństw Wielkopolskiego Instytutu Psychoterapii. Przejście terapii małżeńskiej postrzegane jest w poradni jako ważny krok pacjentów w drodze do trzeźwości.

– Nawet jeśli oboje partnerzy są w terapii, to obserwujemy, że ich dawne konflikty nie zanikają, wciąż dochodzą do głosu i w terapii małżeńskiej jest właśnie miejsce na to, aby je rozwiązać. Wielokrotnie widzimy sytuację, kiedy para jest w terapii i oboje świetnie współpracują ze swoimi terapeutami, a ze sobą wciąż nie rozmawiają, nie potrafią sobie nawzajem powiedzieć o swoich potrzebach, oczekiwaniach, co im w związku przeszkadza, nie potrafią przyjąć perspektywy drugiej osoby – mówi Daria Ciesielska-Jarych.

Zespół dostrzega, że terapia małżeńska pomaga rozwiązać te wszystkie problemy i nauczyć się komunikacji w parze na nowo.

NOWI PACJENCI, NOWOCZESNE PODEJŚCIE

Kadra placówki korzysta regularnie z superwizji prowadzonych przez Leszka Sagadyna. Terapeuci OPiTU pracują w duchu strukturalnym, ale każdy indywidualnie kształci się w różnych nurtach psychoterapeutycznych. Daria Ciesielska – Jarych wykształciła się w nurcie terapii systemowej i terapii schematu, ale wśród terapeutów jest też osoba, która kształci się w nurcie psychodynamicznym, placówka zatrudnia też

terapeutkę specjalizującą się w krótkoterminowej terapii par.

– Jestem przekonana, że powinniśmy patrzeć na osoby, które do nas trafiają, z szerszej perspektywy niż tylko perspektywa uzależnienia, zabezpieczenia abstynencji, nauki radzenia sobie z nawrotami. Jeżeli nie spojrzymy na pacjenta całościowo, nie zastanowimy się nad tym, co stało za pićm, jakie on ma poza tym problemy czy zaburzenia, nie będziemy w stanie skutecznie mu pomóc – mówi kierowniczka poradni.

Zmienia się podejście do terapii uzależnień, ale zmienia się również profil pacjentów, którzy trafiają do ośrodka, co wymusza modyfikację programu i dostosowywanie go do tego, czego potrzebują osoby zgłaszające się po pomoc.

– Obserwuję, że osoby uzależnione nie zwlekają już tak długo jak kiedyś ze zwróceniem się do placówki. Ich uzależnienie nie jest też aż tak głębokie jak np. w latach dziewięćdziesiątych, kiedy wręcz normą byli pacjenci z padaczką poalkoholową lub innymi organicznymi uszkodzeniami układu nerwowego – mówi Daria Ciesielska-Jarych.

Kadra obserwuje, że pacjenci są też dużo młodszy niż kiedyś i rzadko uzależnieni od tylko jednej substancji psychoaktywnej. Zmianę widać też wśród pacjentów uzależnionych od narkotyków.

– Kiedyś na leczenie zgłaszały się głównie osoby po trzydziestce, uzależnione od heroiny, a dzisiaj to głównie młodzi ludzie mający problem z używaniem marihuany, amfetaminy, dopalaczy, ale też młodzi ludzie z problemem uzależnienia od alkoholu, z uzależnieniami behawioralnymi, które zawsze mają jakieś drugie dno w postaci innych zaburzeń – mówi Daria Ciesielska-Jarych.

Zapotrzebowanie na terapię jest duże. W ubiegłym roku w OPiTU w Ostrowie zarejestrowanych było około ośmiuset pacjentów, a średni czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii wynosił dwa tygodnie. Poradnia ma w planach wystąpienie o kontrakty na oddział dzienny. Kadra placówki ma już doświadczenie prowadzenia takiego oddziału i jest przekonana, że dla części pacjentów będzie to najlepsza oferta terapeutyczna, a dla mieszkańców Ostrowa Wielkopolskiego pojawi się kolejna możliwość skorzystania z profesjonalnej pomocy OPiTU. AL

SESJA WIOSENNA EGZAMINÓW CERTYFIKACYJNYCH

Rozmowa z **DR JOLANTĄ RYNIĄK**, pełniącą obowiązki koordynatora komisji egzaminacyjnych

To już jeden z ostatnich egzaminów, czy czuje się atmosferę końca na sali egzaminacyjnej?

To prawda, zakończyliśmy przedostatnią sesję egzaminacyjną w dawnej ścieżce PARPA, atmosfera egzaminacyjna nie różniła się od poprzednich sesji, jednakże zgłosiło się wyjątkowo dużo kandydatów. Zarejestrowanych zostało 96 wniosków egzaminacyjnych, dwie prace egzaminacyjne nie przeszły weryfikacji programem antyplagiatowym, pięć osób nie zostało dopuszczonych do egzaminu, u których łącznie nie przyjęto siedmiu prac. Do egzaminu przystąpiło 89 osób, w tym jedenastu kandydatów na instruktorów. Jedna z osób nie zaliczyła egzaminu pisemnego, a cztery osoby nie zdały egzaminu ustnego.

Jesienna sesja egzaminacyjna będzie już ostatnią, zatem zapraszamy wszystkie osoby, które spełniają wymagania związane z przystąpieniem do egzaminu, czyli mają ukończone szkolenie, odbyły staż kliniczny i mają ukończoną superwizję szkoleniową. Nie ma za to znaczenia to, czy posiadają aktualny status i czy aktualnie pracują w placówce leczenia uzależnień. Istotne jest, aby opisywani pacjenci byli leczeni w podmiotach leczniczych. Znaczenie ma również to, aby ich czas rozpoczęcia terapii nie przekraczał pięciu lat wstecz.

Na co zwrócić uwagę przygotowując się do egzaminu?

Warto uważnie zapoznać się z dostępnymi materiałami informacyjnymi.

Egzamin certyfikacyjny składa się z dwóch części teoretycznej i praktycznej.

Egzamin pisemny w postaci testu jednokrotnego wyboru, sprawdza wiedzę kandydatów z zakresu medycznych i psychologicznych aspektów związanych z problematyką osób z uzależnieniem oraz ich bliskich, a w przypadku kandydatów na specjalistów psychoterapii uzależnień sprawdzana jest dodatkowo wiedza z psychopatologii i psychoterapii.

Testy na egzamin pisemny są układane z puli pytań ogłoszonych na stronach:



<https://kcpu.gov.pl/certyfikacja/> https://www.parpa.pl/images/Pula_pytań_egzaminacyjnych_2021-08-04.pdf

Każdy test składa się z siedemdziesięciu pytań, zalicza 80 %, czyli 56 pkt.

Część ustna, w przypadku kandydatów na specjalistów psychoterapii uzależnień, obejmuje: obronę pracy z pacjentem z uzależnieniem na etapie pogłębionym oraz pracy z partnerem/partnerką osoby uzależnionej.

Natomiast w przypadku kandydatów na instruktorów terapii uzależnień należy obronić pracę z pacjentem z uzależnieniem na etapie podstawowym.

W jaki sposób przygotować studium przypadku do kolejnego egzaminu i jak wygląda obrona?

Przygotowując się do opracowania, warto zapoznać się z zasadami sporządzenia studium przypadku opublikowanymi na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/12/zasady_sporzadzania_studium_przypadku_Zalacznik_nr_5_zarzadzenia_nr_17A.pdf.

Dokument ten zawiera punkty wymagane do przyjęcia pracy pod względem formalnym. Stanowi również pewien pomocny przewodnik w konstruowaniu opisu przypadku.

Rozmowa z kandydatami w trakcie egzaminu ustnego koncentruje się wokół opisanych procesów pracy z pacjentami. Pytania mogą koncentrować się wokół przyjętej strategii pracy terapeutycznej, rozumienia i analizy procesu psychoterapii,

podejmowanych interwencji, uważności na takie zjawiska w relacji terapeutycznej jak przeniesienie i przeciwprzeniesienie, radzenie sobie z przejawami oporu. Zwraca się uwagę na niejasności wynikające z opisu, braku spójności między poszczególnymi fragmentami pracy oraz wszelkie aspekty etyczne, w tym związane ze stosowanymi interwencjami oraz relacją terapeutyczną. Oczywiście wymagania są zróżnicowane, zgodne ze ścieżką kształcenia.

Ostatni egzamin niebawem, na co zwrócić uwagę mają osoby przygotowujące się do egzaminu?

Przede wszystkim trzeba przygotować studia przypadków i nadesłać do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom do początku września 2024. Dokładne terminy są podane w Informatorze: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/12/INFORMATOR-DLA-OSOB-PRZYSTEPUJACYCH-DO-EGZAMINU-2024-1.pdf>

Przed przesłaniem prac należy zwrócić uwagę na ich spójność, na przykład czy opis zawarty w strategii pracy terapeutycznej jest spójny z opisem pracy psychoterapeutycznej. Jeśli nie, to można uzasadnić powód zmiany strategii. Jeśli praca z pacjentem była omawiana w trakcie zebrań klinicznych lub superwizji, warto zaznaczyć wnioski, przemyślenia terapeuty itp.

Komisja zwraca uwagę na sposób przedstawiania przez kandydatów pracy z pacjentem, ich uważność, refleksyjność, myślenie psychoterapeutyczne, rozumienie stosowanych interwencji, doświadczenie zawodowe itp.

Kiedy odbędzie się ostatni egzamin?

Termin egzaminów pisemnych i ustnych został zaplanowany od 4 do 7 listopada 2024 roku.

Jeszcze raz przypomnę, prace należy przysyłać na sześćdziesiąt dni przed rozpoczęciem egzaminu.

Dziękuję za rozmowę.

I.K.



Odnotowujemy stale rosnące zainteresowanie naszym kwartalnikiem wśród profesjonalistów, których obszarem zainteresowań jest szeroko rozumiana problematyka uzależnień. Aktualny, dyktowany wysokością dotacji, nakład czasopisma w wersji papierowej nie zaspokaja w pełni zapotrzebowania, jakie zgłaszają osoby oraz instytucje zainteresowane prenumeratą pisma. Istot-

ne w tej sytuacji staje się prawidłowe dystrybuowanie pisma, aby docierało przede wszystkim tam, gdzie jest czytane i służy doskonaleniu pracy z pacjentami. Wymaga to ciągłej aktualizacji listy wysyłkowej, w czym, drodzy Prenumeratorzy i Czytelnicy, potrzebujemy Waszej pomocy.

Pragniemy też jeszcze bardziej dostosowywać treści publikowane w „Terapii Osób Uzależnionych i ich Bliskich” do potrzeb odbiorców, szczególnie tych, którzy w swoich placówkach pracują w bezpośrednim kontakcie z osobami

z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji lub zachowań uzależniających oraz ich bliskimi.

Obu tym celom służy ankieta, o której wypełnienie prosimy przede wszystkim osoby dysponujące wiedzą, w jaki sposób kwartalnik jest udostępniany grupom docelowym, a zawarte w nim treści wykorzystywane w pracy terapeutycznej.

O kształcie i miejscu kwartalnika w terapii uzależnień ostatecznie decydują Ci, którzy go współtworzą przez publikowanie w nim swoich tekstów, ale także przez ich recenzowanie, dzielenie się refleksjami z lektury i ujawnianie potrzeb dotyczących pożądaných treści i form ich przedstawiania w TOUiB.

Ankieta dostępna jest na platformie PROFITEST pod linkiem: www.profitest.pl/s/57398/C8euKXow

Jej wypełnienie stanowi najlepszą gwarancję tego, że pismo będzie do Was, drodzy Czytelnicy, docierać, a treści w nim zawarte będą ciekawe i użyteczne.

Z góry dziękujemy za poświęcenie kilkunastu minut na spełnienie naszej prośby i wypełnienie tej krótkiej ankiety.

OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO



Trudno uwierzyć, że nastał kwiecień.

Przecież ledwie był grudzień i wydawaliśmy czwarty numer. Istnieje więc duże prawdopodobieństwo, że bez uprzedzenia, z pominięciem kilku miesięcy, pojawi się lipiec, a zaraz za nim październik i grudzień.

Czyżby TERAPIA ukazująca się cztery razy do roku

miała tak znaczący wpływ na postrzeganie czasu? Nie sądzę, choć koincydencja frapuje.

Bardziej zależy nam na wpływie na postrzeganie zjawisk, o których można przeczytać w kwartalniku. Nasze mikrosondy świadczą o tym, że zamieszczane w TERAPII treści są wysoko oceniane przez czytelników pod każdym względem. Jednak rodzi się pytanie, czy oprócz

pozytywnego odbioru czasopismo ma moc kształtowania nowych sposobów myślenia, postaw wobec problemów związanych z uzależnieniami?

Dlatego też staramy się zachęcać naszych Czytelników do żywego reagowania na zawartość każdego numeru. Można to robić przy pomocy krótkich komentarzy pod naszymi wpisami na fanpagu <https://www.facebook.com/profile.php?id=100067322269399> oraz w nieco dłuższej formule, nadsyłając swoje opinie i refleksje na adres: piotr.cholerzynski@touib.pl

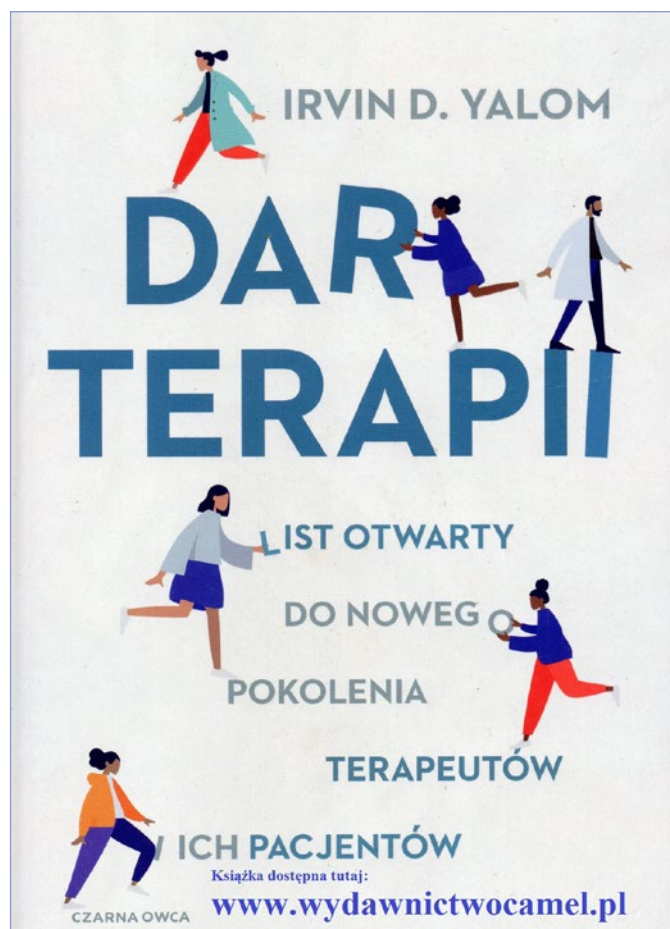
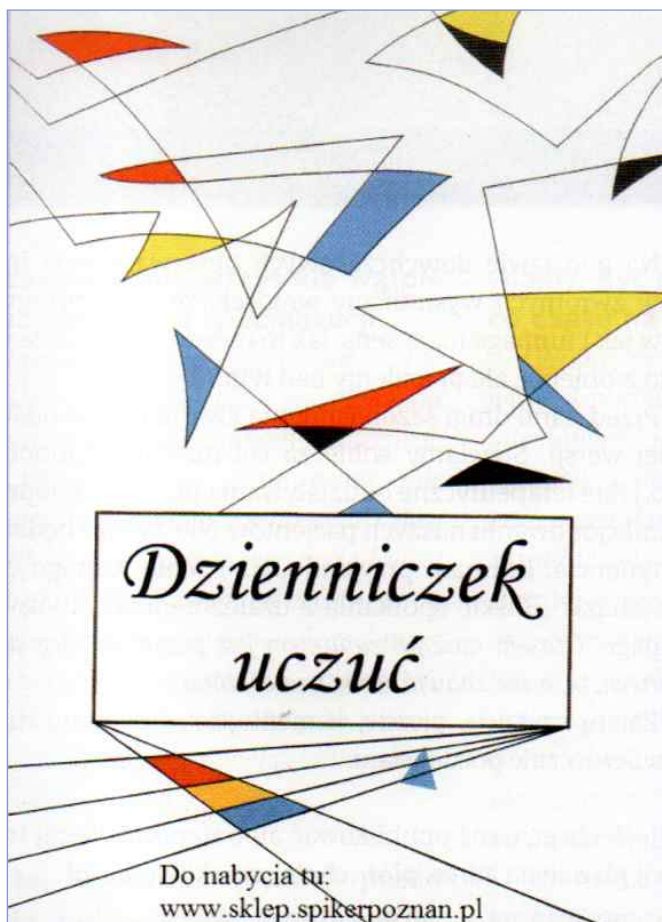
Czekamy na recenzje zamieszczanych artykułów, przeczytanych książek, odsłuchanych podcastów, opisów własnych doświadczeń zawodowych, jak również niezależne przemyślenia związane z szeroko rozumianym problemem uzależnienia. To wszystko stanowi dużą inspirację dla całego zespołu redakcyjnego.

Wszelkie teksty prosimy redagować zgodnie z zasadami publikacji <https://touib.pl/zasady-publicacji/>. Ułatwi nam to zadanie z przygotowaniem ich do publikacji.

Pozdrawiam serdecznie

PIOTR CHOLERZYŃSKI

**– REDAKTOR WERSJI INTERNETOWEJ
I FANPAGE'A NA FACEBOOKU**



cena 58 zł

Roman Pomianowski – pedagog i psycholog. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi, bezrobotnymi, pozbawionymi wolności oraz ofiarami i sprawcami przemocy. Przez ostatnich kilkanaście lat łączy pracę z osobami zadłużonymi i ich bliskimi z działaniami edukacyjnymi i szkoleniowymi adresowanymi do różnych grup zawodowych, w szczególności pracowników pomocy społecznej, kurateli sądowej, terapii uzależnień, pracowników więziennictwa, ale i pracowników windykacji. Angażuje się w pracę na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, w szczególności w ramach Fundacji Pomocy Wzajemnej Barka i Stowarzyszenia MONAR.

„Publikacja podejmuje temat o niebagatelnym znaczeniu dla praktyków. Rzadko w taki bezpośredni sposób jest on prezentowany przez socjologów, psychologów czy polityków społecznych. Autor zajmuje się problemem i przyczynami trudnych sytuacji życiowych, w których znajdują się ludzie, i bezradnością, blokującą im możliwość zmiany swojego życia. Wykaz literatury stanowi, moim zdaniem, dodatkową, istotną wartość tego opracowania”.

Dr Joanna Starega-Piasek

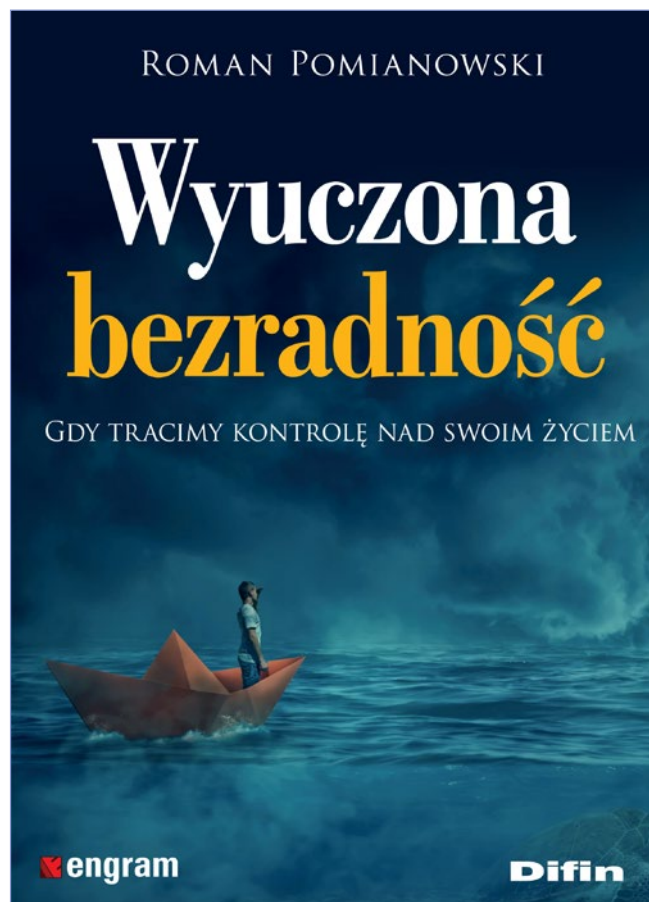
„Książka stanowi niezwykle interesującą pozycję na polskim rynku wydawniczym. Autor porusza wiele aktualnych i istotnych społecznie zagadnień związanych z koncepcją wyuczonej bezradności, wskazując między innymi na wyzwania psychologii uzależnień, psychologii zadłużenia, a także dylematy związane z szeroko pojętą praktyką pomagania, również w czasach pandemii. Książka została napisana w przystępny sposób, umożliwiając czerpanie wiedzy zarówno szerokiemu gronu profesjonalistów zaangażowanych zawodowo w pomoc innym ludziom oraz studentom zainteresowanym tematyką wyuczonej bezradności, jak i osobom bezpośrednio dotkniętym problemami – dla lepszego zrozumienia ich sytuacji osobistej.

Autor znakomicie łączy wiedzę naukową z wiedzą praktyczną, uwzględniając szeroki wachlarz niezwykle istotnych problemów osobistych i społecznych współczesnych Polek i Polaków”.

Prof. dr hab. Grzegorz Sędek,
Instytut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Difin sp. z o.o.
ul. Kostrzewskiego 1
00-768 Warszawa
tel. 22 851 04 86
e-mail: redakcja@difin.pl

Księgarnia internetowa
www.difin.pl
e-mail: handlowy@difin.pl
Zamówienia telefoniczne
533 329 406
22 851 45 61, 22 851 45 62



PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

Podręczniki autorstwa światowej klasy specjalistów przeznaczone dla psychiatrów i psychoterapeutów opisujące techniki terapii oraz monografie na temat konkretnych zaburzeń psychicznych i poszczególnych szkół terapeutycznych. Zaletą publikowanych w serii tytułów jest przede wszystkim ich bardzo wysoki poziom merytoryczny. Wszystkie publikacje powstają we współpracy ze specjalistami z ośrodków naukowych w całej Polsce.



Techniki DBT
w regulowaniu emocji



Pomagając innym, nie zapomnij
o sobie



Przełomowa terapia zaburzeń
nadmiernej kontroli

PSYCHE/SOMA

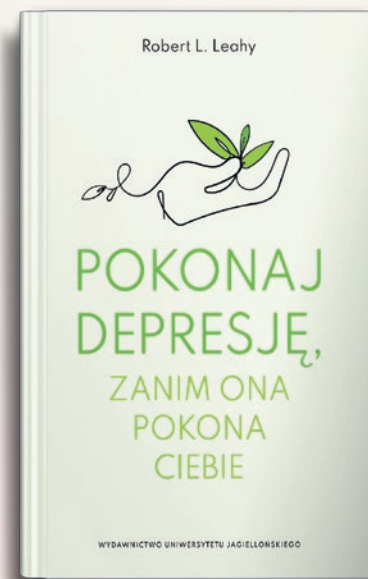
W serii przedstawiamy praktyczne poradniki uznanych zagranicznych specjalistów dotyczące zdrowia psychicznego. Autorzy w przystępny sposób przekazują swoją wiedzę i doświadczenie terapeutyczne wszystkim osobom zainteresowanym tematem. Seria Psyche/Soma to propozycja dla czytelników pragnących poradzić sobie z własnymi problemami oraz specjalistów szukających inspiracji i nowych pomysłów w pracy z pacjentami.



Zatrzymaj błędne koło
niechcianych myśli i silnych emocji



Przestań roztrząsać, co by było gdyby...



Skuteczne sposoby radzenia sobie
z depresją

