

# TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH



Nr 4/2021 (Rok XXIV)

ISSN 2719-9738

KWARTALNIK

# TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH



## **W następnym numerze między innymi**

- wstyd – uczucie paraliżujące
- elektroniczne wspomaganie terapii
- postawy terapeutów wobec pacjentów

# WSTĘP



Zapraszam do studiowania treści tego numeru Terapii od jego końca. Zwracam uwagę na wypadek, gdyby niepozorne w swojej objętości komentarze do publikacji p.t. „Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu.” miały pozostać bez należytej uwagi. Poprosiliśmy bowiem autorów, profesor Lidię Cierpiałkowską i profesora Jana Chodkiewicza, o komentarze dotyczące ich pracy rok po ukazaniu się książki. W tych wypowiedziach odnajdujemy możliwe kierunki dla rozwoju terapii osób uzależnionych w Polsce. Poddaje pod rozwagę te treści terapeutom, nauczycielom warsztatu, a także osobom, od których zależy przyszłość systemu leczenia uzależnień.

Jedną z najważniejszych potrzeb człowieka – co wiemy już z badań i klinicznych faktów – to być „obecny” w rzeczywisto-

ści, wiązać ze sobą w całość swoje doświadczenia, nadając im znaczenia adekwatne do sytuacji. Tymczasem trauma – o czym też już dobrze wiemy – zniekształca tę naturalną zdolność człowieka, wywołując w przejściu od wczoraj do dziś emocjonalny ból. Po pomoc zgłaszają się ludzie, dla których traumatyczne doświadczenia stworzyły cały system powiązanych ze sobą historii, trudnych sytuacji, znaczących powtarzalnością sposobów radzenia sobie, które ich oddalały od obecności w życiu i od relacji z innymi. Od tego swojego systemu uciec już często nie mogą, wytrzymać w nim też już nie.

W terapii zajmujemy się na ogół tym, co mamy w świadomości, treściami przywoływanych wspomnień, logicznie szukając przy tym sposobów radzenia sobie z życiem. Nie zawsze jednak przynosi to oczekiwane efekty.

Często słyszałem w trakcie treningów: „to już przerabiałem, a wciąż wraca”. Przerabianie dostępnych świadomości treści nie zmienia źródła bólu, tylko wiedzę o nim. Trwała zmiana nie oznacza wzmocnienia tego, co już o sobie wiemy (choćby podtrzymywania tożsamości alkoholika), lecz dopuszczenie tego, co dotąd pozostawało poza uwagą, zamknięte i chronione przed doświadczaniem bólu. W tym kontekście „przerabianie” nie jest tym samym, co przetwarzanie doświadczeń. Związanie w całość emocji i reakcji ciała, aby uzyskać jak najbardziej spójną z nimi informację, która, łącząc potrzebę z motywem, przy pomocy umysłu determinuje zachowanie. Uzyskiwanie do-

stępu do swoich reakcji, nastrojeń tego skomplikowanego instrumentarium doświadczania wymaga odsłonięcia, a to z kolei szczególnych warunków, przede wszystkim bezpieczeństwa terapeutycznej relacji. I o tym chyba mówią nam autorzy tej ważnej publikacji.

Być może rozpoczynanie lektury tego numeru od refleksji nad książką pozwoli naszym Czytelnikom zwiększyć uwagę przy artykułach, które zamieszczamy w Terapii. Jasne będzie, bowiem, dlaczego przyglądamy się jednocześnie systemowi przywiązania i układowi nagrody w mózgu... Dlaczego z taką delikatnością zajmujemy się snem i jakie to ma znaczenie dla pacjenta... Dlaczego rozbieramy na części źródła ludzkiego cierpienia związanego z jego seksualnością... Dlaczego przez lupę oglądamy źródło chronicznej złości, która przecież nie jest kwestią woli czy wychowania, lecz często wewnętrznego napięcia, niedających się ze sobą pogodzić potrzeb. Dlaczego wreszcie wnikliwie przyglądamy się temu, co się dzieje między ludźmi, kiedy spotykają się w grupie.

Staramy się w ten sposób rysować z naszymi autorami szlaki terapeutycznej zmiany. Mamy nadzieję, że ta mapa będzie coraz dokładniejsza, choć z założenia nie może być nigdy idealna.

Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny

## SPIS TREŚCI

- str. 5 Lecznictwo w procesie zmian – rozmowa z **DR. PIOTREM JABŁOŃSKIM** przewodniczącym Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień, Dyrektorem Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
- str. 8 Neurobiologia uzależnień z perspektywy psychodynamicznej i teorii więzi – **DR HAB. TOMASZ PAWEŁCZYK**  
*Badacze i klinicyści postrzegają problem uzależnienia z różnych perspektyw. Szczególnie ważne wydaje się ich połączenie mogące sprzyjać lepszemu rozumieniu mechanizmów biologicznych i poprawie efektów leczenia uzależnień*

- str. 11** Praca w oparciu o sen – **MARTA FAJFER**  
*Warto uważnie przyglądać się nie tylko treściom snów, ale również momentom procesu terapeutycznego, w których pacjent wnosi na sesję marzenia senne*
- str. 15** Tożsamość seksualna a terapia uzależnienia – rozmowa z **DR. BARTOSZEM GRABSKIM** – specjalistą psychiatrii i seksuologii, psychoterapeutą  
*Wydaje się, że kluczem, otwierającym terapeutom drogę do efektywnej pracy z osobami LGBTQ+, może być umiejętność odzwierciedlenia w sobie tego doświadczenia, które jest udziałem osób dotkniętych stresem mniejszościowym*
- Str. 19** Superwizja powinna być stałym narzędziem rozwoju zawodowego psychoterapeuty – **PROF. JAN CZESŁAW CZABAŁA**  
*Po czym terapeuta może poznać, że potrzebuje superwizji?*
- Str. 20** Kto i kiedy najczęściej korzysta z superwizji w obszarze terapii uzależnień? – **MAŁGORZATA KOWALCZE**  
*Ważne, by zespoły miały wpływ na wybór superwizora i przejawiały gotowość do podjęcia z nim współpracy*
- Str. 21** Superwizja w kryzysach – **PIOTR BAKUŁA**  
*Czy w większości staliśmy się grupą osób samoświadomych umiejących prosić o pomoc?*
- Str. 22** Okiem superwizora – **ELŻBIETA RACHOWSKA**  
*Superwizja, czyli używanie bezpiecznie skonstruowanej przestrzeni do rozwijania alternatywnych perspektyw dotyczących omawianych problemów*
- Str. 23** Psychoterapia chronicznej złości – **JOLANTA HOJDA**  
*Chroniczna złość jest pociągająca, skondensowana, energetyczna. Jak narkotyk. Skłania do działania, a to działanie może być impulsywne, nadmiarowe, prowadzić do agresywnych wyładowań i utraty kontroli nad zachowaniem. Z tych powodów chroniczna złość wymaga terapii*
- Str. 27** Uzależnienia behawioralne – sposób na przetrwanie – Rozmowa z **LOUISEM WEIGELE**  
*To, co robią uzależnienia behawioralne, to oszukiwanie naszego mózgu, by myślał, że potrzebujemy tych rzeczy, aby przetrwać, podobnie jak uzależnienia od substancji, które oszukują nasz mózg, by myślał, że są niezbędne*
- Str. 33** W dialogu o pewnej grupie psychoterapeutycznej – **WERONIKA SOCHAŃSKA, RAFAŁ RYTWIŃSKI**  
*Opisana forma pracy może, w naszej opinii, mieć głęboką wartość dla przebiegu terapii pacjentów w poradni leczenia uzależnień, dając im możliwość kontynuowania nowego poziomu rozumienia funkcji uzależnienia, poprzez głębię relacyjną przeżycia korektywnej rekapitulacji rodziny pierwotnej i pogłębiania rozwoju psychologicznego*
- Str. 37** Studium przypadków – **KRZYSZTOF CZEKAJ**  
*Jako recenzent prac egzaminacyjnych przyszłych terapeutów uzależnień zauważam pewną niepokojącą tendencję – prace te są z roku na rok słabsze merytorycznie. Dlaczego tak się dzieje i co im można zarzucić?*
- Str. 39** Wiedza sprzymierzeńcem terapeutów i pacjentów – **JADWIGA FUDAŁA**  
*Zdobycie certyfikatu, dającego prawo prowadzenia psychoterapii uzależnień, jest pierwszym etapem nabywania kompetencji zawodowych i punktem wyjścia do dalszej nauki*
- Str. 43** Kierunki rozwoju – **PROF. LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, DR HAB. JAN CHODKIEWICZ**  
*Rok po ukazaniu się publikacji pod tytułem „Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu” poprosiliśmy jej autorów, profesor Lidie Cierpiałkowską i profesora Jana Chodkiewicza, o komentarze dotyczące ich pracy*

ISSN 2719-9738

# TERAPIA

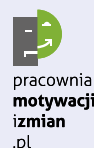
OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Pismo bezpłatne, dostępne wyłącznie w prenumeracie. Zamówienia prenumeraty na [www.touib.pl](http://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**

Wydawca: **PRACOWNIA MOTYWACJI I ZMIAN****ADRES REDAKCJI**

ul. Wspólna 27, 61-479 Poznań  
email: [touib.pmiz@gmail.com](mailto:touib.pmiz@gmail.com); [www.touib.pl](http://www.touib.pl)



Powinniśmy podjąć wysiłek wyodrębnienia leczenia uzależnień

Rozmowa z **DR. PIOTREM JABŁOŃSKIM** przewodniczącym Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień, Dyrektorem Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

# LECZNICTWO W PROCESIE ZMIAN

**Zapowiadaliśmy tę rozmowę w ostatnim numerze Terapii. Podstawowe pytanie, które mogą zadać nasi Czytelnicy, to – dlaczego nasz system trzeba reformować?**

W moim przekonaniu nie stoimy obecnie wobec problemu kryzysu czy też potrzeby „ratowania systemu”. Dobroć leczenia uzależnień w Polsce, zasady profesjonalne i etyczne, jakie go charakteryzują, bogactwo form oddziaływań obejmujących zdrowie psychiczne i somatyczne, psychoterapię, farmakoterapię i oddziaływania społeczne, wystawiają mu wysokie oceny. Uważam, że system leczenia uzależnień widziany szczególnie od strony potrzeb pacjentów oraz ich bliskich wygląda bardzo dobrze.

Gorzej to oceniam, jeśli chodzi o status społeczny, ekonomiczny i zawodowy pracowników tego systemu. Również warunki ekonomiczne działania podmiotów leczniczych wymagają poważnych refleksji.

Jednocześnie zmieniała się rzeczywistość wokół nas. Alkohol dominuje jako substancja zmieniająca świadomość, ale coraz powszechniej konsumowany jest on w „towarzystwie” innych substancji i bywa powiązany z uzależnieniami behawioralnymi. Zmniejszają się proporcje pomiędzy wskaźnikami epidemiologicznymi charakteryzującymi zachowania kobiet i mężczyzn. Również udział osób młodocianych i ich potrzeby lecznicze wymagają twórczego zastanowienia się. Zmienia się społeczna percepcja używania substancji psychoaktywnych, a w pracach naukowych coraz bardziej uwypukla się podejście mówiące o zaburzeniu używania substancji i o jakości życia niż o stuprocentowej abstynencji czy podejściach prohibicyjnych lub penalizacyjnych.



Dodatkowo pandemia COVID 19 wymusiła wiele zmian w formach oddziaływań leczniczych (online), nie zawsze tylko negatywnie ocenianych przez pacjentów i kadrę profesjonalistów. Te doświadczenia trzeba również wpisać w system, utrwalić dobre praktyki i zadbać o ich standard jakościowy. Myślę, że to dostateczne argumenty uzasadniające potrzebę zaangażowania się w proces reformowania systemu leczenia uzależnień.

**Opracowanie założeń reformy to skomplikowana praca. Pewnie nie jest możliwe powiedzenie o tym procesie w kilku zdaniach, ale gdyby nakreślić choć jej kierunki, to przybliżyłoby to naszym Czytelnikom najważniejsze zagadnienia...**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2021 r. zobowiązuje Członków Zespołu do opracowania reformy leczenia uzależnień w Polsce w terminie maksymalnym do połowy roku 2023.

Osoby powołane do Zespołu, jeszcze w fazie przygotowania do rozpoczęcia prac, poproszono o wskazanie najpilniejszych potrzeb w zakresie dziedzin, które reprezentują. Na liście priorytetów i wyzwań, przed którymi stajemy już w toku opracowywania założeń reformy, wskazane zostały zmiany organizacyjno-systemowe, korelacja leczenia uzależnień z toczącym się procesem modernizacji leczenia psychiatrycznego, katalog i wycena świadczeń gwarantowanych i finansowanych przez NFZ, doprecyzowanie i wzmocnienie statusu zawodowego psychoterapeuty uzależnień, ustalenie norm zatrudnienia personelu czy też kwestie działów farmacji i aptek działających w podmiotach leczenia uzależnień. Niektóre z tych zagadnień są już w trakcie procedowania rozwiązań legislacyjnych (obejmujących nowelizację Ustawy o zdrowiu publicznym i Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) i zadaniem Zespołu będzie ewentualne wskazanie koniecznych uzupełnień czy korekt.

**Jakie są priorytety i dlaczego właśnie takie wybrano?**

W mojej ocenie mamy obecnie do czynienia z co najmniej dwoma, trzema nakładającymi się na siebie procesami.

Pierwszym jest coraz powszechniejsza świadomość sztuczności podziału na poszczególne grupy uzależnień, na przykład w zależności od ich statusu prawnego czy też ich chemicznego lub czynnościowego charakteru. W praktyce klinicznej powszechnie jest stawianie diagnozy w ramach grupy F.19. obejmującej zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu substancji psychoaktywnych. To pacjenci wskazują trendy epidemiolo-

giczne i powinniśmy usuwać wszelkie przeszkody administracyjne i formalne w dostępie do świadczeń leczniczych i pomocowych.

Drugim procesem jest kwestia dokonującej się, w oparciu o koncepcję Centrów Zdrowia Psychiatrycznego, reformy lecznictwa psychiatrycznego. Pilotażowe programy zmierzające w dużej mierze do rozwinięcia form pośrednich (ambulatoryjnych, dziennych) i środowiskowych nie obejmują terapii uzależnień.

### To poważna luka...

I tę lukę należy zagospodarować. Wiele rozwiązań w lecznictwie psychiatrycznym oddziałuje na lecznictwo uzależnień i nie zawsze uwzględnia jego potrzeby i specyfikę. Dlatego uważam, że wszelkie korekty systemu leczenia uzależnień zmierzające do poprawy dostępności i jakości świadczeń powinny być z jednej strony kompatybilne z działaniami funkcjonującymi w obszarze psychiatrii (i nie tylko psychiatrii, ponieważ osoby uzależnione i ich bliscy zmagają się z różnorodnymi problemami zdrowotnymi), z drugiej strony powinniśmy podjąć wysiłek wyodrębnienia lecznictwa uzależnień.

Naszym głównym celem powinno być zachowanie specyfiki właściwej terapii uzależnień przy jednoczesnym zapewnieniu pacjentom kompleksowej i skoordynowanej opieki specjalistów z innych dziedzin systemu opieki zdrowotnej. Brak wyodrębnienia lecznictwa uzależnień, a w konsekwencji jego reprezentacji zawodowej, powoduje często „zapominanie” o jego potrzebach w trakcie prowadzonych zmian prawnych i strukturalnych, to zaś owocuje koniecznością działań *ex post*, dążących do naprawy sytuacji, co przypomina raczej gaszenie pożarów niż podejście systemowe.

### Co z przygotowaniem do zawodu?

To jest właśnie trzeci obszar, toczący się już proces integracji instytucjonalnej i programowej podmiotów dedykowanych problematyce uzależnień w naszym kraju. W tej dziedzinie doszło już do formalnego zintegrowania systemu szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień. Jednakże dalszych prac i wysiłków całego środowiska leczenia uzależnień wymaga całe spektrum spraw związanych z funkcjonowaniem superwizji

szkoleniowych i klinicznych, kwestii odpowiedzialności zawodowej oraz zasad upowszechniania i funkcjonowania standardów etyki zawodowej.

Powołanie Zespołu daje nam wielką szansę na aktywną obecność w procesie zmian i na zaproponowanie Ministrowi Zdrowia takich rozwiązań, które kompleksowo, konsekwentnie i systemowo mogą wpłynąć na podniesienie jakości oferty leczniczej i poprawę statusu zawodowego całego środowiska terapii uzależnień.

### Jak w kontekście tych wymagających zadań wygląda organizacja pracy zespołu do spraw reformy?

W chwili obecnej Zespół pracuje już w sposób bardzo zaawansowany. Powstały cztery podzespoły.

Pierwszy, zajmujący się umiejscowieniem lecznictwa uzależnień w systemie ochrony zdrowia, koordynowany przez dr Justynę Klingemann.

Kolejny to zespół zajmujący się organizacją lecznictwa uzależnień, działający pod opieką pani Katarzyny Łukowskiej zastępcy dyrektora PARPA oraz zespół zajmujący się poprawą jakości funkcjonowania systemu szkoleń i certyfikacji, prowadzony przez dr Bogusławę Bukowską.

Czwarta grupa zajmuje się tzw. „gaszeniem pożarów”, tj. sprawami wymagających interwencji tu i teraz.

Choć zespoły opracowują wyodrębnione na potrzeby organizacji i metodyki pracy grupy tematów, to działają z pełną świadomością, że pola ich zainteresowań wymagają współpracy i spójności merytorycznej. Pierwsze doświadczenia są więcej niż pozytywne. Prace koncentrują się wokół kluczowych kwestii i wokół poszukiwania rozwiązań krótko i długoterminowych. W najbliższym możliwym terminie będziemy dążyć do przekazaniu Ministerstwu Zdrowia wstępnego zarysu (czegoś, co roboczo można nazwać „mapą drogową”) zidentyfikowanych problemów i obszarów wymagających interwencji wraz z propozycjami rozwiązań oraz z uzasadnieniem ich wprowadzania i wskazaniem korzyści wynikających z ich implementacji.

**Rozmawiamy w czasie, kiedy ukazała się informacja o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym, która wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 r. Dotyka wielu wrażliwych obszarów, choćby procesu szkolenia czy wynagrodzeń...**

Mówiąc nieco formalnym językiem, zgodnie z projektem ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym osoby, które w dniu wejścia w życie nowych przepisów są w trakcie szkolenia w dziedzinie uzależnienia, kontynuują to szkolenie zgodnie z obecnie obowiązującymi



przepisami. Osoby te będą mogły zdać egzamin końcowy na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2019 r. nie dłużej niż do końca 2025 r. Statusy potwierdzające pozostawanie w procesie certyfikacji będą dla tych osób również wydawane na dotychczasowych zasadach, co umożliwi im gromadzenie doświadczenia i dostęp do pacjentów na dotychczasowych zasadach.

Równocześnie w art.10 projektu ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym planuje się, że certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, uzyskany na podstawie dotychczasowych przepisów uznawany będzie za równoważny z dyplomem potwierdzającym uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

## Jak wygląda sprawa wynagrodzeń?

W związku z tym, że tytuł specjalisty psychoterapii uzależnień uzyskany zgodnie z zasadami sprzed wejścia w życie obecnie procedowanej ustawy uznaje się za równoważny z tytułem specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień uzyskiwanym po wejściu w życie ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym wynika, że pracownicy mają równe prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.

W ocenie Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, do którego Krajowe Biuro zwróciło się z prośbą o wyjaśnienia i interpretację prawną planowanych przepisów, wynika, że po wprowadzeniu specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień osoby, które posiadają certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, powinny być kwalifikowane do tej samej grupy zawodowej co osoby posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień określonej w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, czyli do grupy 5, która wymaga wyższego wykształcenia i specjalizacji.



## Reasumując...

Procedowana ustawa nie stwarza zagrożenia dla zachowania płynności kształcenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Dodatkowo nowe przepisy uregulują kwestię wynagrodzeń dla specjalistów psychoterapii uzależnień i jednoznacznie uplasują ich w gronie kadry kwalifikowanej do grupy 5 z ustawy o ustalaniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Jak w kontekście ustawy wygląda sytuacja instruktorów?

Projekt ustawy reguluje także sytuację osób z tytułem instruktora terapii uzależnień lub które obecnie kształcą się w tym zakresie. Przede wszystkim wydane na podstawie dotychczasowych przepisów certyfikaty instruktora terapii uzależnień zachowują moc. Projekt ustawy przewiduje także, że osoby, które w dniu wejścia w życie ustawy legitymują się tytułem instruktora terapii uzależnień lub są w trakcie kształcenia na instruktora będą mogły przystąpić do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie uzależnień po ukończeniu uzupełniającego szkolenia specjalizacyjnego, jednak nie później niż w okresie czterech lat od dnia ukończenia szkolenia albo uzyskania certyfikatu instruktora na podstawie dotychczasowych przepisów.

Aby przystąpić do takiego uzupełniającego szkolenia specjalizacyjnego, osoba z tytułem instruktora będzie mu-

siała posiadać tytuł zawodowy magistra lub równorzędny uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

## Pewnie wiele osób, zainteresowanych swoim rozwojem, zastanawia się już teraz, o jakie kierunki chodzi...

Minister Zdrowia dopiero je określi i miejmy nadzieję, że będą to te same, które są obecnie w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Podsumowując, należy stwierdzić, że projekt ustawy reguluje całe spektrum kwestii związanych z uzyskiwaniem tytułu specjalisty w dziedzinie psychoterapii osób uzależnionych i umożliwia płynne przejście z obecnie obowiązującego systemu na nowy tryb uzyskiwania kwalifikacji.

## Dlatego warto się z nim zapoznać. Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał: Ireneusz Kaczmarczyk

### PIOTR JABŁOŃSKI

doktor nauk medycznych, specjalista psychoterapii uzależnień. Członek m.in. Zarządu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie. Przedstawiciel Polski w Grupie Horyzontalnej ds. Narkotyków UE oraz w Komisji ds. Narkotyków Narodów Zjednoczonych.

**Tomasz Pawełczyk**

*Badacze i klinicyści postrzegają problem uzależnienia z różnych perspektyw. Szczególnie ważne wydaje się ich połączenie mogące sprzyjać lepszemu rozumieniu mechanizmów biologicznych i poprawie efektów leczenia uzależnień*

# NEUROBIOLOGIA UZALEŻNIEŃ Z PERSPEKTYWY PSYCHODYNAMICZNEJ I TEORII WIĘZI

**N**ora Volkow, lekarka psychiatra, badaczka uzależnień i wieloletnia dyrektorka Narodowego Instytutu ds. Narkomanii w USA, definiuje uzależnienie, jako zaburzenie struktury i czynności mózgu charakteryzujące się kompulsywnym zaangażowaniem w doświadczanie nagradzających bodźców pomimo występowania niekorzystnych następstw tego działania. Bliskie tej definicji jest spojrzenie kanadyjskiego lekarza-praktyka węgierskiego pochodzenia Gabora Mate, który określa uzależnienie jako proces biologiczny manifestujący się zachowaniem, które daje tymczasową przyjemność lub ulgę w cierpieniu i w związku z tym prowadzi do silnego pragnienia ponowienia tego zachowania, wiąże się także z występowaniem negatywnych konsekwencji, a także prowadzi do niemożności zaprzestania tego zachowania. Obie definicje zwracają uwagę na biologiczny charakter uzależnienia, doświadczanie nagradzających bodźców, kompulsywny charakter zachowania uzależnieniowego, niekorzystne konsekwencje zdrowotne. Gabor Mate podkreśla także regulacyjny aspekt uzależnienia pod

postacią doświadczania ulgi w cierpieniu emocjonalnym lub fizycznym.

## ETIOLOGIA UZALEŻNIEŃ

Ze względu na znaczne rozpowszechnienie, skutki zdrowotne i społeczne uzależnień, wielu teoretyków oraz badaczy podejmowało próby identyfikacji przyczyn uzależnień. Także nauki społeczne, biologiczne i medyczne od lat próbują zrozumieć etiologię uza-

leżeń. Powstały liczne, konkurujące modele, ideologie oraz teorie i hipotezy wyjaśniające powstawanie uzależnień, jak modele moralne, objawowe, uczenia społecznego, psychoanalityczny, medyczny, w tym choroby mózgu, społeczno-kulturowy, biopsychospołeczny.

Szacuje się, że czynniki genetyczne są odpowiedzialne za 70% podatności do rozwoju uzależnień, zaś pozostałe 30% stanowią czynniki środowiskowe zmieniające sposób działania genów za pomocą mechanizmów epigenetycznych. Jednak czynniki genetyczne nie determinują rozwoju uzależnienia, dopiero ich współdziałanie z czynnikami środowiskowymi znacznie zwiększa ryzyko rozwoju patologii.

Wyniki znanego badania ACE przeprowadzonego przez badaczy Kaiser Permanente we współpracy z Narodowym Ośrodkiem Kontroli i Profilaktyki Chorób w USA, którym objęto ponad siedemnaście tysięcy dorosłych osób, wykazało ścisły związek między niepożądanymi doświadczeniami z dzieciństwa (NDD) a ryzykiem rozwoju różnych uzależnień oraz przedwczesnej śmierci z powodu ich powikłań.



## ETIOLOGIA UZALEŻNIEŃ W ŚWIELE TEORII PRZYWIĄZANIA

Moją intencją w tym artykule nie jest szczegółowy przegląd istniejących modeli ani próba wykazania wyższości jednego z nich. Ze względu na wykształcenie i zainteresowania podjąłem się próby przybliżenia jednej z hipotez wiążących aspekty biologiczne, medyczne, społeczne i psychologiczne uzależnień, co wydaje się możliwe dzięki spojrzeniu na problematykę uzależnień z perspektywy psychodynamicznej w połączeniu z teorią przywiązania.

Powyżej wspomniane modele nie uwzględniają w wystarczającym stopniu roli dynamiki relacji interpersonalnych w rozwoju uzależnień oraz ich transmisji międzypokoleniowej. Lukę tę może wypełnić teoria przywiązania zaproponowana przez Johna Bolwby'ego i rozwinięta przez Mary Ainsworth i Mary Main wraz ze swoimi zespołami, a potem twórczo wykorzystana przez Petera Fonagy'ego i Anthonego Batemana twórców koncepcji mentalizacji.

## TEORIA PRZYWIĄZANIA

Teoria przywiązania koncentruje się na związkach i więziach między ludźmi, szczególnie długotrwałych związkach, w tym między rodzicem a dzieckiem oraz między romantycznymi partnerami. Głównym elementem teorii przywiązania jest znaczenie jakości opieki rodzicielskiej, która plastycznie modeluje proces rozwoju psychicznego dziecka. Główni opiekunowie, którzy są dostępni i reagują na potrzeby niemowlęcia, pozwalają dziecku rozwinąć poczucie bezpieczeństwa. Niemowlę uczy się, że opiekun jest zazwyczaj niezawodny, co stwarza mu bezpieczną bazę do odkrywania świata. Warunkiem powstania bezpiecznej więzi z opiekunem jest jego obecność i dostępność emocjonalna oraz wystarczająca jakość sprawowanej opieki (dostrojenie emocjonalne, wrażliwość na potrzeby emocjonalne dziecka i responsywność w zakresie ich zaspokajania).

Znaczenie braku wystarczająco dobrej opieki i więzi dla rozwoju dziecka zostało wykazane w powszechnie znanych badaniach H. Harlow'a wykonanych w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku na grupie małp Rhesus oraz w badaniach M. Ainsworth

z wykorzystaniem procedury dziwnej sytuacji.

Największe znaczenie dla powstania bezpiecznej więzi ma pierwsze sześć miesięcy życia dziecka. W tym czasie ważnym dla dziecka źródłem informacji o jego stanach emocjonalnych jest reakcja opiekuna, w której dziecko niejako się przegląda, kładąc w ten sposób podwaliny dla swojej tożsamości. Wykształcone wzorce przywiązania stanowią rodzaj modeli mentalnych („Ja” i drugiego/innych) warunkujących sposoby późniejszego wchodzenia w relacje interpersonalne. Zaniedbanie w zakresie potrzeb i opieki, wykorzystanie dziecka lub wystąpienie zdarzeń traumatycznych na wczesnych etapach rozwoju skutkują brakiem poczucia podstawowego bezpieczeństwa, co z perspektywy teorii przywiązania jest nazywane pozabezpiecznym stylem przywiązania. Taki stan ma liczne konsekwencje dla dalszego rozwoju jednostki w zakresie budowania relacji interpersonalnych oraz zdolności regulacji emocji.

Związki strategii przywiązaniowych i niepożądanych zdarzeń z dzieciństwa z uzależnieniem

Pomocne w zrozumieniu przyczyn używania SPA może być uświadomienie sobie, że do substancji psychoaktywnych czy zachowań przywiązujemy się niczym do związków z innymi ludźmi. Zaniedbanie, wykorzystanie, znęcanie się, porzucenie albo niepożądane doświadczenia z dzieciństwa (NDD) prowadzą do adaptacji ośrodkowego układu nerwowego w sposób zapewniający maksymalizację prawdopodobieństwa zachowania więzi z opiekunem.

Zgodnie z teorią przywiązania zachowanie więzi jest podstawową potrzebą nowo narodzonej jednostki, ponieważ zwiększa szanse na przetrwanie, które nie byłoby możliwe bez dostępnego opiekuna. Dzieci, nie mając perspektywy odniesienia, traktują głównych opiekunów jako jedynych i najlepszych możliwych. W celu utrzymania relacji z nimi uruchamiają szereg strategii dostosowawczych, które skutkują powstaniem pozabezpiecznych stylów przywiązania charakteryzujących się niestabilnymi wzorcami relacji (agresywnych, oziębłych i chaotycznych). Wzorce te trwają aż do okresu dorosłości. Te osoby w dorosłym życiu bywają

nerwowe i nachalne (styl zaabsorbowany), nieśmiałe i oziębłe (styl lekceważący) bądź też zachowują się chaotycznie w związkach, co odstrasza innych (styl zdeorganizowany lub lękowo-unikowy). Cechą wspólną wymienionych stylów jest lęk odczuwany w bliskich relacjach z uwagi na brak poczucia podstawowego bezpieczeństwa.

## WSPÓLNE NEUROBIOLOGICZNE PODŁOŻE PROCESÓW PRZYWIĄZANIA I UZALEŻNIENIA

Pozabezpieczne style przywiązania, wczesne nadużycia lub zaniedbanie w dzieciństwie, nierozwiązane traumatyczne doświadczenia prowadzą, poprzez modyfikacje epigenetyczne, do zmian molekularnych, strukturalnych i czynnościowych w obrębie kluczowych sieci neuronalnych zaangażowanych w procesy rozwoju uzależnienia, tj. oksytocynowo-opioidowego systemu przynależności społecznej, dopaminowego układu nagrody, glikokortykoidowego systemu odpowiedzi stresowej.

Co więcej, wystąpienie uzależnienia u opiekuna sprzyja rozwojowi pozabezpiecznego stylu przywiązania i zwiększa ryzyko wystąpienia niepożądanych zdarzeń u rozwijającego się dziecka, co, oprócz czynników genetycznych, prowadzi w konsekwencji do transgeneracyjnej transmisji podatności na wystąpienie uzależnienia.

Pozabezpieczny styl przywiązania wiąże się ze zmianami czułości i liczby receptorów dopaminowych, zmianami w czułości układu nagrody, a na poziomie zachowań prowadzi do podatności na depresję, przejawianie się skłonności do poszukiwania nowości i angażowania się w ryzykowne zachowania.

Opisane zmiany w układzie nagrody sprzyjają szczególnie wystąpieniu uzależnienia od substancji stymulujących (kokaina, amfetamina, alkohol, nikotyna i in.). Podobnie w oksytocynowym układzie przynależności społecznej obserwuje się nieprawidłowości związane z pozabezpiecznym stylem przywiązania: zmiany ekspresji receptorów oksytocynowych i ilości uwalnianej oksytocyny, zmiany czułości odpowiedzi mózgu na bodźce społeczne, co jest związane z dysfunkcjami w zakresie kory przedczołowej oraz hipokampa.

Zmiany te skutkują tendencją do izolacji społecznej, niestabilnością relacji, poczuciem pustki. Opisane zmiany w układzie oksytocynowym szczególnie sprzyjają wystąpieniu uzależnienia od opioidów. Pozabezpieczone przywiązanie skutkuje również dysfunkcjami w zakresie osi stresu: zmianami ekspresji receptorów glikokortykoidowych i produkcji hormonów osi stresu (CRF), nasileniem odpowiedzi stresowej uwzględniającej wzbudzenie ciał migdałowatych, hipokampów i osi stresu.

Na poziomie zachowania powyższe zmiany manifestują się pojawieniem się objawów lękowych oraz skłonnością do wystąpienia zespołu stresu pourazowego. Wymienione zmiany w zakresie osi stresu sprzyjają szczególnie zwiększeniu predyspozycji do uzależnienia od substancji działających depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy (alkohol, kanabinoidy, benzodiazepiny i in.).

Powyższa analiza pomaga zrozumieć, dlaczego osoby z pozabezpiecznymi stylami przywiązania chętniej sięgają po substancje lub zachowania uzależniające. Robią to, aby zredukować dyskomfort będący skutkiem niekorzystnych zmian adaptacyjnych mających na celu podtrzymanie więzi z zaniedbującym lub nadużywającym opiekunem. Używanie substancji staje się wówczas sposobem na przywrócenie równowagi w zakresie czynności istotnych sieci neuronalnych, a w efekcie uzyskanie regulacji emocjonalnej, ustąpienie dyskomfortu i nieprzyjemnych objawów.

## ROZWOJOWY MODEL UZALEŻNIENIA

Związki pozabezpiecznych stylów przywiązania i niepożądaných zdarzeń w dzieciństwie z podatnością do rozwoju uzależnień stanowią wyzwanie dla dominującego medycznego modelu rozwoju uzależnienia zgodnego z pierwszą definicją podaną we wstępie artykułu (Volkow). Opisane zmiany w głównych sieciach neuronalnych związanych z uzależnieniem, będące następstwem rozwojowych i związanych z uczeniem się oddziaływań na wczesnych etapach rozwoju, stanowią podłoże dla modelu rozwojowego uzależnienia. W tym modelu uwzględnio-

no następstwa adaptacji neuronalnych powstających w środowisku przewlekłego stresu, co odbywa się za pomocą normalnych mechanizmów neuroplastycznych i prowadzi do dominacji kompulsywnego używania substancji charakterystycznego dla uzależnienia zamiast impulsywnego używania, typowego dla wstępnej fazy korzystania z substancji lub zachowań stymulujących układ nagrody. Używanie substancji celem redukcji cierpienia zostało podkreślone w przytoczonej na wstępie artykułu definicji uzależnienia zaproponowanej przez G. Mate.

Psychodynamiczne rozumienie wydaje się uwzględniać opisane



związki uzależnienia z mechanizmami przywiązania i ich wspólne neurobiologiczne podłoże. Ta perspektywa teoretyczna dostrzega początek procesu angażowania się w używanie substancji i podejmowanie zachowań uzależniających w nierozwiązanych konfliktach i traumatycznych doświadczeniach wzbudzających nieznośne dysforyczne afekty, przed którymi osoba następnie broni się poprzez zachowania uzależnieniowe.

Zatem model psychodynamiczny rozumie uzależnienia, w tym behawioralne, jako rodzaj samoleczenia dysforyi i zaburzonego nastroju, u podłoża którego leżą wspólne biopsychospołeczne procesy patologiczne. Ponieważ

używanie substancji lub zachowania uzależnieniowe pełnią funkcję obronną, to bardzo trudno jest je zatrzymać, gdyż przynoszą ulgę tymczasową, a nawrót objawów po jej ustąpieniu sprzyja ponownemu sięgnięciu po substancję lub zachowanie, odzwierciedlając w ten sposób przewlekły, kompulsywny charakter uzależniających postaw i zaburzeń.

## WIĘZ Z SUBSTANCJĄ CZY DRUGIM CZŁOWIEKIEM?

Praktycy terapii uzależnień nieraz słyszeli od pacjentów, że alkohol jest dla nich jedynym prawdziwym przyjacielem, na którego zawsze mogą liczyć, marihuana stanowi antidotum na depresję i lęk, opioidy pozwalają poczuć się odkrytym i przytulonym, zaś kokaina i amfetamina odsuwa w cień brak energii i motywacji do działania.

Związki pozabezpiecznego przywiązania z podatnością do uzależnień pozwalają, szczególnie we wczesnych fazach uzależnienia, wykorzystać metody oddziaływań psychoterapeutycznych ukierunkowane na reparację w zakresie stylów przywiązania rozwiniętych w dzieciństwie, co sprzyja rezygnacji z używania substancji lub podejmowania zachowań uzależnieniowych.

Ludzie, podobnie jak zwierzęta w znanym eksperymencie, preferują bezpieczną bliskość z drugim człowiekiem zamiast używania substancji celem zaspokojenia potrzeby więzi i ustąpienia przykrych afektów i dolegliwości. Daje to nadzieję terapeutom i zachęca do budowania przymierza terapeutycznego jako istotnego czynnika warunkującego zmianę w terapii oraz zachęca do stosowania w leczeniu uzależnień metod psychodynamicznych mogących modyfikować wytworzone w dzieciństwie style przywiązania.

### TOMASZ PAWEŁCZYK



*dr hab. n. med., prof UM w Łodzi. Psychiatra, psychoterapeuta. Prowadzi psychoterapię indywidualną i grupową oraz konsultacje psychiatryczne. Przewodniczy Zespołowi ds. Badań oraz prowadzi zajęcia dla studentów SPOPU w Laboratorium Psychoedukacji*

**Marta Fajfer**

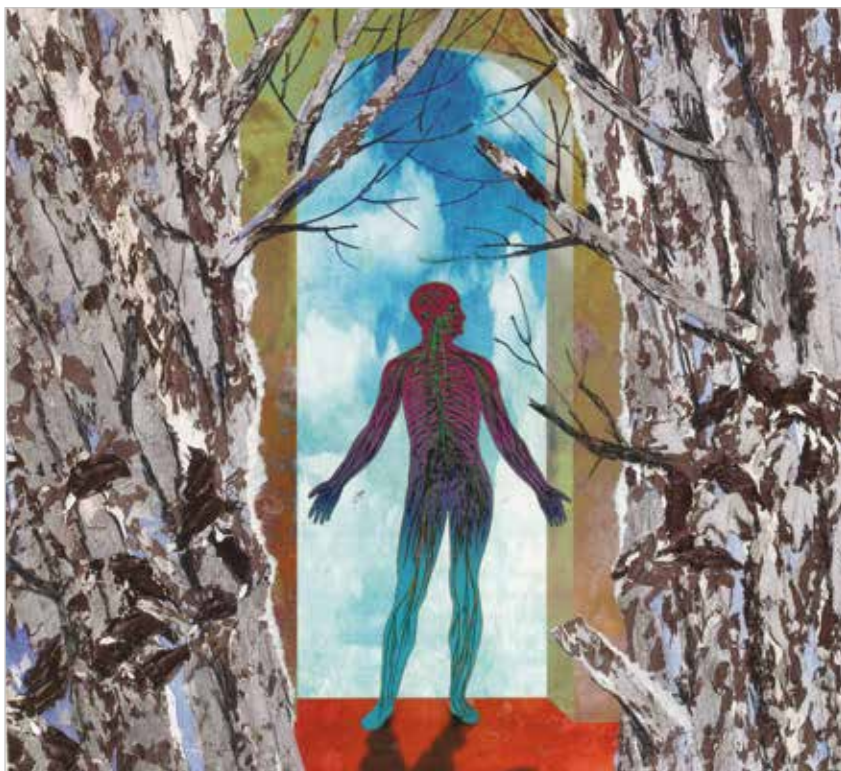
*Warto uważnie przyglądać się nie tylko treściom snów, ale również momentom procesu terapeutycznego, w których pacjent wnosi na sesję marzenia senne*

## PRACA W OPARCIU O SEN

Słynny psychoanalityk, Zygmunt Freud, twierdził, że sen jest królewską drogą do nieświadomości, natomiast Fritz Perls, przedstawiciel terapii w konwencji Gestalt, uważał sen za królewską drogę do integracji (zyskiwania dojrzałości, świadomości siebie, własnych uczuć, doznań, myśli i potrzeb) (na podstawie: Vedfeld, 1998). Wybitny szwajcarski psychiatra Carl Gustav Jung był przekonany, że w snach można odnaleźć „twórcze rozwiązanie codziennych problemów” oraz źródła emocjonalnego niepokoju. Sny nie chronią przed wydarzeniami, na które nie mamy wpływu, dają jednak wskazówki, jak sobie z nimi radzić (von Franz, 1995).

W prowadzonych przeze mnie pracach psychoterapeutycznych z dorosłymi osobami pochodzącymi z rodzin, w których jeden bądź oboje opiekunów było uzależnionych, oraz z osobami z syndromem współuzależnienia, praca ze snem często zajmuje ważne miejsce. Artykuł ten będzie próbą podzielenia się moimi doświadczeniami klinicznymi we wskazanym obszarze. Chociaż identyfikacja osoby po opisie jej snu jest prawie niemożliwa, aby lepiej chronić tożsamość śniących, zmieniałam pewne mało istotne dla sedna poruszanych zagadnień szczegóły.

Pracując psychoterapeutycznie z wykorzystaniem marzenia sennego, czerpię z kilku koncepcji teoretycznych opisujących to zagadnienie. W największej mierze opieram się na pracach Carla Gustawa Junga oraz jego uczennic – Marie Louise von Franz oraz Jolande Jacobi. Uwzględniłam spojrzenie Jacoba Levy Moreno oraz Fritza Perlsa. Bliskie są mi podejścia, zgodnie z którymi każdy element snu jest ważny i stanowi symboliczne odzwierciedlenie jakiejś wewnętrznej części osoby śniącej. Kierując się perspektywą opisywaną przez Moreno, dużą wagę przywiązuję do analizy kontekstu, w którym sen się przyśnił, nastroju osoby śniącej oraz wszelkich



detali snu. Podczas sesji psychoterapii wspólnie z pacjentem zastanawiamy się także nad tym, jakie funkcje może pełnić opowiedziany przez niego sen (von Franz, 1995; Jacobi, 2001; Nowak, 2009; Grzywocz, 2013).

Zwykle na początkowym etapie pracy terapeutycznej zwracam uwagę na to, że jedną z treści, które można poruszać na sesjach, są marzenia senne. Bez tej wskazówki pacjenci często nie wiedzą, że ich sny stanowią ważny element życia psychicznego człowieka. Już wówczas otrzymujemy istotną informację, na ile można będzie korzystać z tego potencjału, który wniosą do swojej psychoterapii.

Spora grupa ujawnia od razu, że śni dużo i bardzo plastycznie, a marzenia senne stanowią źródło intensywnych przeżyć emocjonalnych oraz pewnego rodzaju wewnętrznego pomieszania. Część pacjentów mówi o tym, że nie śni wcale.

Wówczas zauważam, że proces psychoterapeutyczny otwiera człowieka

na zyskiwanie większej gotowości do czerpania wiedzy o sobie z różnych kanałów informacji. Jednym z nich bywają właśnie marzenia senne, które podczas psychoterapii mogą nagle zacząć się pojawiać.

### PRACA TERAPEUTYCZNA W OPARCIU O SEN – MOŻLIWE KIERUNKI MYŚLENIA

Doświadczenia w pracy z pacjentami w oparciu o wnoszone przez nich sny oraz przemyślenia po superwizjach pozwalają mi na pewien rodzaj porządkowania sposobu myślenia w tym obszarze. To proces, który oczywiście nadal trwa. Dotychczasowe refleksje umożliwiły mi stworzenie materiałów do pracy własnej ze snem w postaci Kart. Czasami zdarza się, że jako uzupełnienie/podsumowanie pracy na sesji wręczam je pacjentowi. O wiele częściej jednak, kiedy towarzyszę mu w formułowaniu

hipotez na temat znaczenia danego marzenia sennego, na dnię mojego umysłu tli się sposób myślenia, który stał się podstawą do ich stworzenia.

Poniżej przedstawiam fragment opracowanych materiałów, aby zobrażać jeden z kierunków, które zdarza nam się razem z pacjentem obierać podczas pracy z jego marzeniem sennym.

„Karty, które masz przed sobą, to pomoce przygotowane do pracy ze snem. Nie musisz z nich korzystać, jeżeli nie chcesz. Jeśli jednak uznasz, że taki sposób zastanawiania się nad swoimi snami odpowiada ci, proponowane ćwiczenia w całości możesz wykonywać również w swoim senniku albo po prostu we własnym umyśle. Jeśli podejmiesz decyzję, że warto skorzystać z proponowanych Kart, wydrukuj każdą w kilku egzemplarzach. Przygotuj długopis, ołówek, możesz zaopatrzyć się w kredki lub farby.

1. Opisz swój sen tak, jak go pamiętasz. Zrób to spontanicznie. W tej części nie zastanawiaj się zbyt długo nad sposobem przedstawienia jego treści. Po prostu weź długopis i pisz. (Karta OPIS MOJEGO SNU)
2. Teraz potraktuj swój sen jak film bądź fragment filmu i odpowiedz na pytania:
  - Jak pamiętasz miejsce akcji? Geografię snu? Co zwraca Twoją uwagę (kolor, aura)? Czy w czasie trwania snu miejsce się zmieniało? Jeśli tak, to w jaki sposób? Jakie uczucia i myśli napływają do Ciebie teraz, kiedy myślisz o miejscu akcji Twojego snu?
  - Jak pamiętasz postaci ze snu? Opisz je najdokładniej, jak potrafisz. Uwzględnij wygląd (postawa, ciało, gesty, mimika, ubranie), cechy charakteru, uczucia im towarzyszące we śnie. Jeśli jeszcze tego nie zrobiłeś w punkcie pierwszym, napisz co mówiły, co robiły, jak się zachowywały. Czy osoby te znasz z realnego życia czy też są ci nieznane? Jak możesz określić głównego bohatera snu? Kto nim jest? Jak widzisz perspektywę siebie samego w tym śnie? Jesteś w nim zanurzony i bierzesz czynny udział w akcji, czy może stoisz z boku i przyglądasz się jako bierny obserwator? Czy twój sen ma narratorkę? Jeśli tak, napisz o nim. Nie prze-

muj się, jeśli niewiele pamiętasz. Napisz tyle, ile to możliwe.

- Jak pamiętasz istotne elementy otoczenia ze snu? Czy jakiś przedmiot, rekwizyt bądź element krajobrazu zwraca Twoją uwagę bądź wyraźniej go pamiętasz? Jeśli tak, to napisz o nim wszystko, co sobie przypominasz.
  - (Karta POSZERZONY OPIS MOJEGO SNU)
3. Wybierz najwyraźniejszą scenę z Twojego snu (może być ich więcej) i spróbuj ją/je narysować bądź namalować. Nie martw się brakiem zdolności manualnych, nikt ich nie będzie oceniał. Nie o to tutaj chodzi. Uwzględnij wszystkie obrazy, które dotychczas przyszły Ci na myśl. Możesz oznaczyć je słowami bądź narysować coś, co będzie je symbolizować. (Możesz użyć Karty SCENA MOJEGO SNU, ale z doświadczenia wiem, że lepiej sprawdza się biała kartka papieru o formacie A3.)
  4. Teraz, wykorzystując swoją wyobraźnię, spróbuj spojrzeć na to, co dzieje się we śnie oczami każdej z postaci Twojego snu. Postaw się na jej miejscu. Chodzi o to, żebyś po kolei wchodził w rolę każdej z osób i wczuł się w nią. Zastosuj podobny zabieg z wyraźnymi przedmiotami ze snu. Wyobraź sobie, że mogą doświadczać otaczającej ich rzeczywistości – patrzeć, słuchać, mówić. Będąc w poszczególnych rolach:
    - Opowiedz, co się dzieje we śnie w pierwszej osobie liczby pojedynczej z perspektywy każdej z postaci snu. Mów tak, jakby wydarzenia odbywały się w czasie teraźniejszym (np. „Idę przez las i jest bardzo zimno”).
    - Następnie przy każdym symbolu na Twoim rysunku napisz, jak doświadczasz snu z jego perspektywy – miejsca, wydarzeń, innych postaci i głównego bohatera, jeśli jest obecny. Pomocna może okazać się próba odpowiedzi na kilka pytań: Kim jesteś? Co tutaj robisz? Po co to robisz? Co teraz myślisz? Co czujesz w tym śnie do ...? Jak doświadczasz innych elementów i postaci ze snu? Jak się czujesz w relacji z nimi? Gdybyś miał wypowiedzieć jedno krótkie zdanie

w kierunku którejś postaci ze snu, to jak by ono brzmiało? Do Ciebie należy wybór, którą z postaci wybierzesz jako pierwszą do zmiany roli.

(Nadal pracujesz z Kartą SCENA MOJEGO SNU.)

5. Wszystkie odpowiedzi na pytania oraz wszystkie myśli, uczucia i wrażenia, jakie miałeś w rolach, wypisz przy kolejnych symbolach z Twojego snu rozrysowanych na scenie snu. W tym miejscu jeszcze raz uspokajam, abyś nie zniechęcał się małą ilością treści, która pojawia się podczas wykonywania tego ćwiczenia. Nawet jedno słowo czy zdanie może mieć znaczenie, podobnie jak ich zupełny brak.
6. Teraz zastanów się i napisz, co przypominasz sobie z dnia/wieczora, bezpośrednio poprzedzających pojawienie się snu. Gdzie byłeś, co robiłeś, wokół kogo/czego krążyły Twoje myśli? Co czułeś w związku z tym? (Karta KONTEKST SNU)
7. Co czułeś i co pomyślałeś zaraz po przebudzeniu? (Karta KONTEKST SNU)
8. Następnie w kilku zdaniach napisz o swojej aktualnej sytuacji życiowej. Pomyśl szerzej o tym, jak doświadczasz obecnego okresu życia. O sprawach, które Cię w ostatnim czasie zajmują w Twoich uczuciach, myślach, marzeniach i działaniach. Jeśli czujesz się spełniony na różnych polach, napisz o tym. Jeśli odczuwałeś brak czegoś (zarówno w sferze fizycznej, emocjonalnej i duchowej), również to uwzględnij. Jeśli coś budzi Twój niepokój, smutek, złość – nie pominiemy tej sprawy w swoich rozmyśleniach. (Karta KONTEKST SNU)
9. Teraz zacznij tworzyć luźne pomości pomiędzy poszczególnymi symbolami z Twojego snu a własną osobą oraz sprawami z realnego życia. Nie bój się odważnych skojarzeń i refleksji. Warto pofantazjować, próbując odnaleźć odpowiedzi na pytania:
  - Jaką moją część osobowości bądź dotyczącą mnie sprawę symbolizuje miejsce akcji snu, dana postać czy też przedmiot ze snu?
  - Jaki mój wewnętrzny stan rzeczy przedstawia ten sen?
  - Co nieświadomość chce mi przekazać, na co zwrócić uwagę, co

wskazać jako istotną sprawę, temat, wątek w moim życiu?

- Jeśli sen ma zakończenie, to jakie mam skojarzenia odnośnie „rozwiązania”, które sen podsuwa?
- Co czuję teraz, kiedy myślę o pracy, którą wykonałem/am?

(Karta LIST OD NIEŚWIADOMOŚCI.)

W tym miejscu przedstawię krótki fragment pracy w oparciu o sen. Opis skonstruowałam w taki sposób, aby pokazać obraną strategię i równocześnie chronić tożsamość osoby śniącej.

Trzydziestopięcioletnia pani Alicja postanowiła podjąć psychoterapię z powodu „problemów na tle emocjonalnym”, które łączyła z wychowywaniem się w „rodzinie alkoholowej”. W chwili zgłoszenia się pacjentki na pierwszą konsultację jej matka mieszkała w odległości kilkunastu kilometrów od niej. Ojciec zmarł dziesięć lat wcześniej, był osobą uzależnioną. Pani Alicja ma dwie młodsze siostry.

Pacjentka skarżyła się na utrudniające funkcjonowanie ataki paniki oraz następujące po nich epizody obniżonego nastroju i spowolnionego napędu psychoruchowego. Od siedmiu lat była w związku małżeńskim, miała dwie córki w wieku sześć i trzy lata. Pracowała w dużej firmie na stanowisku kierowniczym.

W trzecim miesiącu psychoterapii rozpoczęła sesję, mówiąc, że dwa dni temu w godzinach wieczornych dostała ataku paniki. Kiedy udało jej się uspokoić i w końcu zasnąć, wyśniła sen, który ją obudził:

„Śniło mi się, że prowadzę samochód. Zbliżyłam się do świateł, które palą się na czerwono, naciskam hamulec, ale nie potrafię się zatrzymać.”

Zaproponowałam pacjentce rozrysowanie sceny snu na kartce papieru z użyciem kredek. Następnie poprosiłam o opowiedzenie snu w pierwszej osobie liczby pojedynczej, tak jakby wydarzenie ze snu miało miejsce „tu i teraz”. Zabieg ten pozwolił na ożywienie marzenia sennego w umyśle pacjentki, przywołanie większej ilości szczegółów zapamiętanej sceny, jak również emocji z nią związanych. Następnie poprosiłam, aby pacjentka wyobraziła sobie, że patrzy na zdarzenia ze snu kolejno z punktu widzenia każdego znaczącego elementu marzenia sennego. Były to:

Ona za kierownicą pojazdu, Samochód, Sygnalizator świetlny oraz Ciemny las, przez który prowadziła droga we śnie. Pacjentka wchodziła w poszczególne role i mówiła o tym, w jaki sposób doświadcza wydarzeń ze snu oraz występujących w nim pozostałych postaci i przedmiotów.

Ona za kierownicą pojazdu: Jadę bardzo szybko drogą przez ciemny las, czuję napięcie i niepokój. Zbliżyłam się do skrzyżowania, na którym stoi sygnalizacja świetlna. Naciskam pedał hamulca, ale on nie działa. Jestem przerażona, bo wiem, że moje życie jest zagrożone.

Samochód: Jestem samochodem



Alicji. Zwykle jeździłam tak, jak chciała. Byłam jej posłuszny, ale z czasem coraz mniej, bo nie dbała o mnie. Wiedziała, że trzeba mnie oddać do warsztatu, ale to ignorowała i chciała, żebym bez tego był sprawny.

Sygnalizator świetlny: Stoję tutaj od bardzo dawna, już nie pamiętam od kiedy. Pokazuję wyłącznie czerwone światło, czuję pewność siebie.

Ciemny las: Często widzę ten samochód na drodze, zawsze jedzie bardzo szybko. Jestem zdziwiony, że jeszcze nie doszło do tragedii, bo tędy przebiegają dzikie zwierzęta.

Podczas analizy kontekstu, w którym pojawił się sen, pacjentka powiedziała, że to był kolejny tydzień, kiedy zgodziła się zostawać w pracy dłużej ze względu na ilość obowiązków zleconych jej przez przełożonego. Skutkiem tego było poczucie winy w stosunku do

rodziny, duży pośpiech, w którym zapomniała o posiłkach i załatwianiu potrzeb fizjologicznych, jak również poczucie znacznego zmęczenia, napięcia, irytacji oraz niepokoju połączonych z myślą, że nie zdąży ze wszystkim na czas.

Kiedy poprosiłam o to, aby spróbowała stworzyć luźne pomosty pomiędzy symbolami ze snu, a własną osobą oraz sprawami z realnego życia, dostrzegłam w pacjentce silne poruszenie. Powiedziała, że swoją sytuację życiową postrzega jak Ciemny, gęsty las, pełen niebezpieczeństw i trudnych spraw, w których czuje się zagubiona i pozostawiona sama sobie. Samochód uczyniła symbolem własnego ciała i psychiki, które nadwyręza do granic możliwości. Nie dba o nie, równocześnie roszcząc sobie prawo do tego, aby były zawsze sprawne i gotowe do działania. W tej pozycji zyskała kontakt ze smutkiem, poczuciem krzywdy i złością. Wyraźniej dostrzegła autoagresję. Miała również skojarzenia z matką, która oczekiwała od niej pomocy w opiece nad młodszym rodzeństwem oraz przejawiania nieadekwatnych do wieku: siły fizycznej, odpowiedzialności, sprytu i niezłomności psychicznej. Dzięki nim miała przetrwać, chronić siostry i radzić sobie z atakami agresji odurzonego alkoholem ojca. W roli Sygnalizacji świetlnej pani Alicja poczuła rodzaj pewności i nieprzejednania, ale i spokoju. Komunikat z tej roli do Siebie za kierownicą brzmiałby: „Czerwone światło! Tu jest Twoja granica. Chcesz żyć, przyhamuj.”

Treść listu od nieświadomości byłaby taka: Dbaj o samochód (ciało i psychikę). Szukaj sposobu na to, aby się zatrzymać i zacznij poznawać/rozświetlać las, w którym żyjesz. Z czerwonym światłem się nie dyskutuje, nie jesteś niezniszczalna (Słuchaj swoich potrzeb, bacz na swoje granice).

Sen pacjentki w niezwykle sugestywny sposób zwrócił jej uwagę na niebezpieczną sytuację psychologiczną, w której się znalazła. Świadomość tego faktu zyskała wraz z wglądem, który pojawił się w wyniku włączenia obrazów marzenia sennego do pracy psychoterapeutycznej.

## JAK PACJENT WIDZI SVOJE SNY

Sposób, w jaki pacjent spontanicznie interpretuje sny, może być punktem

wyjścia do pracy w obszarze rozpoznawania okrutnych i wzmacniania opiekuńczych tendencji w relacji do siebie samego. Kilkakrotnie zdarzało się, że moje spojrzenie na sen pacjenta znacznie różniło się od tego, w jaki sposób komentował go sam pacjent. Oczywiście nie w samej różnicy kłopot.

Często obserwuję, że pacjentowi łatwo jest rozumienie snu wprzęgnąć we własne tendencje do jakiegoś rodzaju zniekształconego postrzegania samego siebie i otaczającej rzeczywistości. Marzenie senne bywa materiałem szczególnie podatnym na ten proces właśnie ze względu na wielość możliwych interpretacji i spojrzeń na nie. Znaczenie symboli ze snu może być wielopoziomowe. Jeśli komuś trudno jest być wobec siebie troskliwym i akceptującym, co stanowi dość powszechne zjawisko wśród osób z tzw. syndromem DDA, to istnieje ryzyko zbyt jednostronnego, krzywdzącego sposobu spojrzenia na sen i rozumienia jego przesłania. Obronny sposób funkcjonowania pacjenta powoduje, że brakuje mu otwartości na przyjęcie informacji ze snu w takiej postaci, w jakiej się pojawi, bez nadmiernego filtrowania jej. Ta sytuacja może stać się punktem wyjścia do tworzenia w relacji terapeutycznej przestrzeni na analizę powyżej opisanych tendencji.

## MARZENIA SENNE A PROCES TERAPEUTYCZNY

Sen może być cenną informacją na temat miejsca, w którym znajduje się proces terapeutyczny oraz kształtu relacji terapeutycznej. Kiedy na sesji pojawia się sen, często myślę o nim w kategoriach prezentu, który otrzymaliśmy z pacjentem od jego nieświadomości. Zdarza się, że zostaje wyśniony w momencie impasu w pracy terapeutycznej, rzucając na nią nowe światło oraz wskazując kierunek, którym warto podążać. Tak właśnie było, kiedy długo skrywany przez pacjenta temat mógł zostać ujawniony dopiero po wniesieniu na sesję i omówieniu marzenia sennego.

Pacjent śnił, że znajduje się w gabinecie, siedzi w fotelu naprzeciw mnie i nagle okazuje się, że śmierdzi. Jest bardzo zawstydzony, równocześnie z przerażeniem dostrzega, że ja również wyczuwam ten nieprzyjemny zapach i odsuwam się od niego.

Sen dotknął tematu głęboko zakorzenionego wstydu, który miał swoje źródło

w relacjach z obojgiem rodziców nadużywających alkoholu. Praca w oparciu o sen ujawniła przede wszystkim potrzebę zbadania kształtu relacji terapeutycznej oraz podjęcia wątku poczucia bezpieczeństwa w tej relacji. W następnej kolejności wskazała konieczność powrotu i pogłębionej psychoterapii w temacie, który Patricia DeYoung nazywa chronicznym wstydem, utrudniającym w sytuacji tego pacjenta między innymi wejście w bliską, satysfakcjonującą relację miłosną.

Jedna z wnikliwych prac superwizyjnych pozwoliła mi dostrzec, że zdarza się, iż „sen na sesji z terapeutą, który lubi pracę ze snem” może być również wyrazem nieświadomej obrony pacjenta przed innymi treściami, które zostały dotknięte nieco wcześniej, a są doświadczane przez niego jako zagrażające. Czasami w podobnym kontekście sny wnoszone z dużą częstotliwością mogą stanowić wyraz rozwijającego się przeniesienia, którego głównym odcieniem jest próba uzyskania aprobaty ze strony terapeuty. Warto zatem uważnie przyglądać się nie tylko treściom snów, ale również momentom procesu terapeutycznego, w których pacjent wnosi na sesję marzenia senne.

## PODSUMOWANIE

Z biegiem czasu pacjenci nabierają biegłości w samodzielnej interpretacji snów. Moment, w którym nie tylko wnoszą na sesję marzenie senne, ale i postawę zaciekawienia nim, wstępne hipotezy na temat jego znaczenia oraz gotowość do pogłębionej pracy w oparciu o jego treść, uważam za istotny. W moim rozumieniu to sytuacja, w której pacjent zaczyna doświadczać procesu śnienia

jako źródła wsparcia własnej psychoterapii. Czasami nadal zaskakuje mnie siła ożywczości i kojącego efektu takiego stanu rzeczy.

## BIBLIOGRAFIA

1. DeYoung Patricia A., „Terapia chronicznego wstydu. Perspektywa relacyjna i neurobiologiczna”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019
2. Dudek Z. W., „Jungowska Psychologia Marzeń Sennych”, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2010
3. Fajfer M., „Sennik trochę inny” (materiały do pracy własnej ze snem), 2020
4. von Franz Marie-Louise, „Ścieżki Snów”, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1995
5. Grzywocz K., „Znaczenie snów w psychologii”, data publikacji 2013
6. Jacobi J., „Psychologia C. G. Junga”, Wydawnictwo SZAFKA, Warszawa 2001
7. Nowak I., „Psychodrama i sen” (w:) „Psychodrama. Elementy teorii i praktyki”, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2009
8. Vedfeld O., „Wymiary snów”, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 1998
9. [https://opoka.org.pl/biblioteka/I/IP/salwator\\_zfd\\_61\\_2013\\_sny\\_00.html](https://opoka.org.pl/biblioteka/I/IP/salwator_zfd_61_2013_sny_00.html)

## MARTA FAJFER



Psycholożka, psychoterapeutka w procesie certyfikacji, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, certyfikowana asystentka psychodramy. Pracuje w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim oraz prowadzi prywatną praktykę psychoterapeutyczną.

Badanie przeprowadzone na grupie 62 uczestników (z czego 70 procent stanowiły kobiety) doprowadziło do ciekawych wniosków.

Naukowcy odkryli, że istnieje większa tendencja do manifestowania negatywnych myśli w snach niż na jawie, w szczególności smutku, niepokoju, gniewu i strachu. Stanowi to dowód, że odbicie we śnie jest silniejsze w przypadku negatywnych stanów emocjonalnych niż w przypadku pozytywnych stanów emocjonalnych. Pozytywne stany emocjonalne nie przeniosły się znacząco na życie we śnie. Co więcej, tłumienie negatywnych odczuć na jawie wiązało się z gorszą jakością snu i korelowało z depresją, lękiem i stresem.

Stąd pojawia się ważne pytanie, czy zasadne jest świadome unikanie negatywnych myśli i uczuć na jawie, skoro mogą one pojawić się w snach, czy lepiej przepracować je na jawie w terapii.

Źródło: Hilary Grant, *How Suppressed Emotions Enter Our Dreams and Affect Health Research on dreaming informs the discussion of cultivating emotional balance*, 2018

Wydaje się, że kluczem, otwierającym terapeutom drogę do efektywnej pracy z osobami LGBTQ+, może być umiejętność odzwierciedlenia w sobie tego doświadczenia, które jest udziałem osób dotkniętych stresem mniejszościowym

# TOŻSAMOŚĆ SEKSUALNA A TERAPIA UZALEŻNIENIA

Rozmowa z **DR. N.MED. BARTOSZEM GRABSKIM** – specjalistą psychiatrii i seksuologii, psychoterapeutą

**Coraz częściej w naszych gabinetach pojawiają się ludzie, których tożsamość seksualna, określana jako przynależność do LGBT, wydaje się być istotnym tematem w terapii, także w terapii uzależnień. Co powinniśmy o nich wiedzieć?**

Bardzo się cieszę, że Państwo podejmujecie ten temat. Warto zacząć od uwagi, że w piśmiennictwie polskim, a nawet w dyskursie wśród lekarzy i terapeutów, ta grupa pacjentów wydaje się być szczególnie zaniedbana. Jakkolwiek temat specyfiki tej grupy i problemów przez nią doświadczanych stał się ostatnio bardziej widoczny, w niezbyt zresztą pożądanym kontekście, to tej widoczności jest ciągle za mało, a szczególnie za mało jest wiedzy, uświadomionej, uporządkowanej i realizowanej.

Mówiąc o kontekście, w którym o akronimach LGBT, LGBTQ, czy LGBTQ+ stało się w Polsce głośno, mam na myśli ich zdemonizowanie i zideologizowanie oraz opisywanie jako wręcz cywilizacyjnego zagrożenia. W zabiegach tych, być może celowo, pomijano fakt, że dotyczą one ludzi, konkretnych żywych ludzi o szczególnych właściwościach i doświadczeniach, a więc takich, które odczuwają i realizują uczucia romantyczne i erotyczne wobec osób tej samej płci (L i G). Dotyczy to kobiet i mężczyzn, którzy są biseksualni (B), bardzo niejednorodnej grupy osób transpłciowych (T) oraz osób, które identyfikują się jako będące poza tymi określeniami (Q czyli queer lub questioning). Mówimy też o osobach asekswalnych (A) i szerokim gronie ludzi (F czyli families i A, czyli allies), tj. członkach rodzin i osób wspierających. Wspólnota doświadczeń tej licznej grupy ludzi żyjącej w społeczeństwie, z nami i obok

nas, nie może stanowić jednak podstawy do niedostrzegania ich różnorodności i indywidualności.

**Jakiej więc nazwy używać, aby z jednej strony nie wpisywać się w stygmatyzujące tę grupę rozumienia różnych akronimów, o których Pan mówi, a z drugiej strony nie gubić specyfiki i indywidualności osób do tej grupy należących?**

Można nadal używać akronimu LGBTQ+, jednak przeciwstawiając się insynuacjom, że chodzi o jakąś rzekomo zagrażającą ideologię i przypominając, że chodzi po prostu o ludzi. Można też skorzystać z innych propozycji. Bardziej pojemny, a zarazem poręczniejszy, termin zaproponował mój były nauczyciel,

a obecnie kolega, Dominik Davies, który proponuje używanie określenia Gender and Sexual Diversity, czyli Osoby różnorodne seksualnie i płciowo lub Gender Sexual and Relationship Diversity dla podkreślenia, że ludzie tworzą też różne formy relacji dotyczących ich sfery seksualnej i romantycznej, wykraczające poza tradycyjny, tj. ekskluzywny i mający miejsce pomiędzy kobietą i mężczyzną model związku.

Kluczowe wydaje się używanie słów OSOBA lub OSOBY. Przypominają one, że nie chodzi o jakąś amorficzną masę, ale żywych, czujących ludzi. Określenie Osoby Różnorodne Seksualnie i Płciowo wydaje się, przynajmniej na dziś, nie być obciążone błędnymi interpretacjami i intencjonalnie sfalszowanymi znaczenia-



mi. Miejmy nadzieję, że tak zostanie, choć doświadczenie pokazuje, że kluczowa pozostaje intencja, aby w uogólnianiu jakiejś grupy nie dążyć do kwestionowania lub zatracania indywidualnego oblicza każdej Osoby, aby nazewnictwo nie sugerowało, że każda lesbijka jest taka sama jako osoba.

### **Na ile tożsamość seksualna winna być przedmiotem eksploracji w terapii w przypadku, gdy pacjenci nie sygnalizują jej jako ich kluczowego problemu?**

Istnieje oczywiście pewna wyobraźalna skrajność, w której terapeuta traci z oczu rzeczywisty problem pacjenta, z którym on się zgłosił. Taka sytuacja jest wtedy, kiedy pacjent deklaruje chęć pracy nad wąsko zdefiniowanym problemem, możliwym do rozwiązania nawet w krótkoterminowej terapii, a terapeuta zawiesza się na jego tożsamości czy orientacji seksualnej, zaniedbując potrzebę klienta.

Na przeciwnym biegunie znajduje się jednak skrajność, która wydaje się być bardziej powszechna i szalenie niebezpieczna. Mam na myśli, często wynikające z jak najlepszych intencji popartych zdroworozsądkowym traktowaniem wszystkich ludzi jako takich samych, zjawisko mikroagresji. Postawa, wyrażona np. w stwierdzeniu „Nie ma co robić problemu z Twojej orientacji seksualnej” może być zakwalifikowana jako mikrounieważnienie. Komunikat, który dociera do odbiorcy takiego stwierdzenia, może bowiem oznaczać „Ja Cię nie widzę”, „Ja nie rozumiem”. Nie rozumiem, że twoja tożsamość jest ci codziennie przypominana, często w kontekście będącym zaprzeczeniem akceptacji, czy to w formie napisu na murze „Pedały do gazu”, który widzisz zawsze, gdy rano zmierzasz po bułki, albo swobodnie wymienianym przez krzepkich młodzieńców w tramwaju pomysłem uprzykrzenia życia osobom LGBTQ+. Zdumiewający nieraz brak wrażliwości, także lekarzy i terapeutów, leży u podłoża stresu mniejszościowego, który nie dotyka większości przyjmującej jako normę np. pytania o żonę czy męża zadawane w urzędach i instytucjach. Trudno wielu ludziom zrozumieć, że dla osób różnorodnych seksualnie i płciowo „zagrożenie wisi w powietrzu”, jak to określił Steele, bo to nie one z ra-

cji swej tożsamości doznają wykluczenia oraz różnorodnych form przemocy. Historia, która jest pełna takich aktów przemocy (prześladowań, wtrącania do więzień i obozów koncentracyjnych), a także codzienność, także ta nasza polska, odciska w emocjach osób LGBTQ+ piętno, którego nie da się załatwić poklepywaniem po plecach i unikaniem pracy z traumą.

Wydaje się, że kluczem, otwierającym terapeutom drogę do efektywnej pracy z osobami LGBTQ+, byłaby umiejętność odzwierciedlenia w sobie tego doświadczenia, które jest udziałem osób dotkniętych stresem mniejszościowym. Tego, jak można sabotować siebie, jak źle traktować przedstawicieli swojej mniejszości, utożsamiać się z agresorem, co to znaczy życie w ukryciu. Że coming out to nie jest jednorazowy akt, tylko decyzja dnia codziennego przy każdym nowym spotkaniu. Można by dalej wymienić...

### **To, o czym Pan mówi, pokazuje, jak ważne jest, aby psychoterapeuta, specjalista psychoterapii uzależnień miał wiedzę na temat specyfiki problemów dnia codziennego, z którymi mierzą się osoby LGBTQ+, takich jak m.in. stres mniejszościowy. Zastanawiam się, jakie kierunki kształcenia by Pan wskazał, w jakich obszarach warto się rozwijać, aby być bardziej kompetentnym w relacji z pacjentem LGBTQ+?**

To niezwykle skomplikowane pytanie.

Po pierwsze, uważa się, że w afirmatywnej pracy terapeutycznej z osobą LGBTQ+ lub inaczej GSRD (Gender Sexual and Relationship Diversity), tak jak w pracy z każdym człowiekiem, ważne jest rozeznanie własnych uczuć i emocji. Świadomość własnej płciowości i seksualności, własnych struktur, przekonań oraz postaw jest niezbędna, bo może być ważnym czynnikiem zakłócającym, gdyż większość z nas wychowywała się, otoczona homofonicznymi komunikatami. Kształcenie może pomagać zmieniać te negatywne przekonania.

Często powtarzam też, że nie ma lepszego sposobu na zmniejszanie uprzedzeń i negatywizmów niż osobiste doświadczenie poprzez kontakt z daną osobą. Poznawanie osób LGBTQ+ jest

jednym z najsilniejszych antidotów, gdyż wtedy trudniej operować krzywdzącymi stereotypami.

Terapeuci na pewno powinni rozeznawać siebie, swoje uczucia i przekonania w stosunku do osób LGBTQ+ w imię osobistej odpowiedzialności zawodowej.

Drugą kwestią jest znajomość dziedziny, jaką jest psychologia LGBTQ+, która zawiera w sobie psychologiczne, socjologiczne, ale również kliniczne ujęcie, zajmuje się badaniem szczególnej sytuacji tych osób i następstw tej sytuacji oraz specyfiki wynikającej z tego, że ludzie są po prostu różnorodni.

### **Jedną z kwestii poruszaną przez badaczy i klinicystów psychologii LGBTQ+ jest właśnie wspomniany stres mniejszościowy.**

Mysłąc o uzależnieniach i o całym doświadczeniu osób LGBTQ+, warto pamiętać przede wszystkim o takich emocjach jak wstyd i złość. Osoby te uczą się wstydzić siebie, tego, kim są, ale też uczą się hamować, odcinać ze swojego życia na zasadzie tłumienia, wyparcia, a nawet dysocjacji, tę część siebie, która jest związana z ich tożsamością. Różne okoliczności lub osobowość może mieć wpływ na siłę tych emocji, ale może być też tak, że jako terapeuci nie doceniamy, a wręcz możemy umniejszać zakres przeżyć związany z faktem bycia osobą LGBTQ+, z dojrzwaniem, poczuciem odrzucenia, ale też potwornej złości – złości, kierowanej raz na siebie z powodu tego, że jestem tym, kim jestem, jeśli utożsamiam się z agresorami, czyli tymi osobami, które prześladowają albo nieujawnioną złością na niesprawiedliwość, bliskich, społeczeństwo. Często mówi się w klinicznej psychologii LGBTQ+, że te uczucia nieopracowane, nieuświadomione, niewyrażone, nieuprawomocnione mogą napędzać uzależnienia, utratę kontroli nad zażywaniem substancji psychoaktywnych. Warto też zwrócić uwagę w kontekście uzależnień wśród osób LGBTQ+ na styl życia tej grupy – miejsca spotkań są często zamknięte, ukryte, zabarykadowane, a dyskotekowy klimat bardziej sprzyja otwartości i zawsze kojarzy się z alkoholem, który leje się w barach strumieniami. Na szczęście to się zmienia i osoby te mogą czuć się coraz bezpieczniej we wspólnym świecie, jednak ten styl zabawowo-dyskotekowy to

pewnego rodzaju bezpieczna przestrzeń, która może dla pewnego odsetka osób tworzyć przestrzeń, w której alkohol jest pewnym ważnym elementem zmniejszającym lęki interpersonalne, co może napędzać problem uzależnienia, biorąc pod uwagę często dominujące uczucie wspomnianego wcześniej wstydu.

## Czy terapeuta może gdzieś nauczyć się specyfiki pracy ze środowiskiem LGBTQ+ oraz profesjonalnego, świadomego podejścia do problemów tych osób?

To wszystko zostało opracowywane w publikacjach i książkach o psychologii LGBTQ+, które polecam, podobnie jak szkolenia prowadzone przez terapeutów, którzy często sami są osobami LGBTQ+ lub zajmują się tymi populacjami. Brałem udział w klasycznym szkoleniu PINK THERAPY. Do wyboru są krótkie, „wakacyjne” szkolenia, ale także zaawansowany dwuletni cykl spotkań. Cenne są również grupy doświadczeniowe dla terapeutów, na których spotykają się bardzo różnorodne osoby np. geje, lesbijki, osoby na różnym etapie tranzycji. Żywy kontakt z takimi ludźmi bardzo poszerza świadomość, zmniejsza dystans, wspiera w rozwoju.

W przypadku pracy z osobami transpłciowymi i niebinarnymi, bardzo ważną rzeczą w pracy terapeutycznej stanowi również kwestia języka. Notoryczną i powtarzalną sytuacją jest niezrozumiała dla mnie trudność z używaniem przez lekarzy i terapeutów preferowanych przez pacjenta zaimków, imienia stosownego do płci, z jaką pacjent się identyfikuje. Wydaje mi się, że to lęk lub brak kompetencji ze strony specjalisty, a przecież tego typu unieważnienie, kompletnie nie służy przymierzemu terapeutycznemu i właściwie kończy terapię.

## Jakie przyczyny mogą stać za trudnościami terapeutów w traktowaniu pacjentów transpłciowych i niebinarnych w sposób łamiący przymierze terapeutyczne?

Być może to lęk przed tym, że mój pacjent to kolejna osoba, którą zawładnęła „moda” lub „ideologia”. Może mieć na to również wpływ np. stare ujęcie transpłciowości jako zaburzeń psychicznych, a która obecnie opisywana jest jako dysforia płcio-

wa (DSM-5) czy niezgodność płciowa (ICD-11) i „wypada” z psychiatrii jako problem psychiczny.

Dzisiejsze rozumienie niezgodności płciowej bliższe jest rozumieniu jej jako problemu czy sytuacji rozwojowej, która powstaje na styku pewnych okoliczności kulturowych i różnorodności rozwojowej mózgu w okresie prenatalnym. Niektórzy pacjenci nie są w stanie funkcjonować w takich okolicznościach i potrzebują interwencji. Z tym zwracają się po pomoc, a tymczasem zderzają się np. ze starym, ortodoksyjnym podejściem psychoterapii psychodynamicznej, gdzie proponuje się im analizowanie ich tożsamości płciowej przez lata, podczas gdy ich codziennie życie bywa piekłem, związanym tylko z jedną rzeczą (niezgodnością a także odrzuceniem, stresem mniejszościowym itp.).

## Co w takim razie pomaga, zwłaszcza w pierwszym kontakcie?

Pacjenci transpłciowi i niebinarni kwitną dzięki tak prostym interwencjom jak walidacja, uznanie ich tożsamości. Nawet jeśli uznaliby, że jednak się pomylili, co zdarza się rzadko, to mamy przynajmniej okazję do zbudowania cudownego przymierza, relacji terapeutycznej. Te osoby mierzą się codziennie z masą niewyobrażalnych dla nas trudności np. kiedyś poproszono mnie o konsultację na jednym z oddziałów, na którym znajdowała się osoba trans w łuku, a chodziło o bardzo proste rzeczy np. w jakiej sali, damskiej czy męskiej, należy ją umieścić, z jakiej toalety powinna korzystać.

Warto pamiętać, żeby zanim zaczniemy interpretować pewne zachowania np. jako opór, należy zbadać



bardziej przyziemne kwestie, kiedy mamy do czynienia np. z pacjentem transpłciowym.

Innym, klasycznym przykładem złego stosowania języka w kontakcie z osobą LGBTQ+ jest pytanie o męża/żonę. To niewinne pytanie bywa kompletnie zamykające. Często zdarza się również stosowanie błędnych, stereotypowych założeń na temat osób LGBTQ+ dotyczących zainteresowań, stylu życia, liczby partnerów seksualnych, wierności itp., które mogą materializować się w naszej relacji z pacjentem i poważnie ją zakłócać.

### **Czy zasadne jest powstawanie grup dla osób uzależnionych kierowanych specjalnie do osób LGBTQ+, czy raczej włączanie tych osób do grup, w których tożsamość seksualna nie stanowi kryterium naboru?**

Czasami faktycznie zwraca się w takich sytuacjach uwagę na ryzyko tzw. gettoizacji nawet w samej psychologii LGBTQ+. Myślę, że ten dylemat nie jest do końca rozstrzygalny i dobrze go tak w ogóle mieć. Byłbym skłonny patrzeć na ten dylemat przez pryzmat bardzo indywidualnych potrzeb i zasobów danego człowieka, bo istnieją plusy i minusy takiego różnicowania. Są bardzo specyficzne problemy dotyczące osób LGBTQ+, o których mówiliśmy, i myślę, że grupa homogenna, jeśli chodzi o jej doświadczenia oraz tożsamości uczestników może być niezwykle cenna w kontekście omawiania specyficznych doświadczeń, takich jak stres mniejszościowy trans i homonegatywnizm w różnych ich przejawach. Siła walidacji i zrozumienia, wsparcia, bezpiecznego uwalniania emocji i uczuć w takiej grupie tworzy nieprawdopodobny tygiel do działania terapeutycznego, który może być bardzo rozwojowy.

Z drugiej strony, grupa bardziej uniwersalna daje możliwość wspaniałego doświadczenia korektywnego ze strony tej heteroseksualnej, cisplciowej większości grupowej w uwolnieniu od stresu mniejszościowego w różnych jego przejawach.

Vivienne Cass, psycholożka kliniczna, dzieląc etapy dochodzenia do tego, że nie jest się osobą heteroseksualną, zwraca uwagę na interakcje społeczne w tym procesie i na to, że elementem

sprzyjającym integracji jest ostatecznie zrozumienie, że istnieje w grupie osób heteroseksualnych, grupa osób życzliwych, wspierających, otwartych. Idąc za tym, grupa heterogenna może dać okazję ku temu, pozostaje pytanie, jeśli w grupie będzie tylko jedna osoba LGBTQ+, to czy będzie miała szansę odzwierciedlenia i zrozumienia swoich szczególnych trudności. Myślałbym zatem o takim komponowaniu grupy, aby tych osób było przynajmniej dwie, aby ta tematyka mogła wybrzmieć, być może również z korzyścią dla pozostałych pacjentów. Wiemy bowiem, jak bardzo własne potrzeby, a być może nawet orientacja seksualna, potrafią być zaprzeczone, wyparte, a to może nakreślać problem uzależnienia. Potrafię sobie zatem wyobrazić, że obecność takich otwartych i wyoutowanych osób LGBTQ+ w grupie mogłaby zainspirować bardzo ciekawy kierunek pracy grupy.

Trudno więc jednoznacznie stwierdzić, który model grupy jest lepszy, gdyż zależy to od indywidualnych celów i zasobów uczestników. Jednak praca w grupie homogennej może być niesamowicie otwierająca na bardzo głębokie emocje, przykryte kontrolą, poprzez kontakt z emocjami drugiej osoby z podobnym doświadczeniem. Udział w takiej grupie to bardzo wzruszające i zmieniające przeżycie i wydaje mi się, że to ma siłę i sens.

### **Osoby różnorodne seksualnie i płciowo korzystają z różnych form pomocy. Jak uczynić działania, które mają temu służyć, bardziej spójnymi i efektywnymi?**

Podstawą jest dobre przygotowanie osób, które zajmują się pomaganiem mniejszościom, oparte na wiedzy i dobrych praktykach. Niewątpliwie pożądaną postawą jest gotowość do współpracy środowiska lekarskiego i terapeutycznego w integrowaniu podejmowanych działań, dzieleniu się wiedzą, informowaniu o podejmowanych zabiegach i interwencjach. Na pewno nie jest owocne i bezpieczne skazywanie się na wyłączność pracy z pacjentem, utrudnianie dostępu innym specjalistom do wglądu w swoją pracę. Ważna jest świadomość tych licznych i różnorodnych aspektów problemów, z którymi borykają się osoby LGBTQ+.

### **Nie sposób w naszej rozmowie uniknąć odniesień do aktualnej sytuacji osób LGBTQ w Polsce i pytania, jakie to niesie wyzwania osobom zaangażowanym w pomaganie im?**

Osoby LGBTQ+ są bardzo różne, jeżeli chodzi o integrację, zasoby, osobowość. Różnie też reagują na to, co się dzieje. Oczywiście są osoby, które ta sytuacja mobilizuje do działania na rzecz środowiska LGBTQ+, edukowania innych, wreszcie angażowania się w protesty i inne formy działalności publicznej i organizacyjnej.

Mamy do czynienia z bezprecedensową w tej rzeczywistości, która nastąpiła w Polsce po 1989 roku, nagonce na tę społeczność, tak jawną, otwartą i bezwzględną. Są osoby, które reagują na to z przymrużeniem oka, wymieniają się memami, żartami, a w praktyce aktywnie angażują w działania, które mają temu przeciwdziałać. Ale widzimy też osoby, które potwornie cierpią, bo zostały dotkliwe skrzywdzone. Ta nagonka, te ciężarówki z hasłami zrównującymi homoseksualność z pedofilią i zoofilią, te plakaty i wypowiedzi znaczących osób nawołujące de facto do nienawiści budzą grozę. Wielu pacjentów sobie z tym nie radzi tak dalece, że myśli o ucieczce z kraju.

W moim przekonaniu doszliśmy do takiego punktu, w którym zachowanie milczenia lub ograniczanie się wyłącznie do interwencji realizowanych z poziomu dbającego przede wszystkim o neutralność terapeuty czy innego specjalisty już nie wystarczy. W obliczu potworności, które dotyczą pacjentów, lekarz czy terapeuta powinien explicite zło nazwać złem, a podłość podłością. Nie waham się jasno zadeklarować, że stoję po stronie opluwanych i bitych, a nie plujących i bijących. Żadna profesja ani funkcja nie może stanowić alibi dla obojętności.

### **Bardzo dziękujemy za rozmowę.**

Rozmawiali:

Zofia Czerwińska i Jarek Banaszak

#### **BARTOSZ GRABSKI**



dr n. med. specjalista psychiatrii i seksuologii, psychoterapeuta. Kierownik Pracowni Seksuologii Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego UJ CM oraz koordynator Poradni Seksuologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

**Czesław Czabała**

*Superwizja powinna być stałym narzędziem rozwoju zawodowego psychoterapeuty*

# PO CZYM TERAPEUTA MOŻE POZNAĆ, ŻE POTRZEBUJE SUPERWIZJI?

Znany brytyjski psycholog kliniczny i badacz procesów superwizyjnych Dr Derek Milne<sup>1</sup>, pisze że funkcje superwizji to kontrola jakości pracy psychoterapeuty (poziom jakości pracy i jej zgodności z zasadami etycznymi) oraz rozwijanie umiejętności i kompetencji psychoterapeuty, czyli uczenie się przez całe życie.

Proces psychoterapii to proces zmian pożądaných przez pacjenta i przez psychoterapeutę. W tych zmianach zawiera się zmiana obrazu siebie i obrazu „świata”, rozpoznawanie i zmiana motywów własnego zachowania, zmiana wartości wyznaczających niepożądane emocje i zachowania. Oznacza to, że przedmiotem pracy z pacjentami są ich bardzo osobiste właściwości: doświadczenia życiowe, przekonania, przeżywane uczucia, jawne i ukrywane zachowania. Psychoterapeuta tworzy warunki do „odkrywania” tego własnego świata, do uwalniania się od „zniewolenia” dotychczasowymi doświadczeniami i ich konsekwencjami, tworzy warunki do narastającej potrzeby „bycia na nowo” – zmian we własnym świecie intrapsychicznym oraz interpersonalnym.

Psychoterapeuta reaguje emocjonalnie i poznawczo na ten proces zmian. Także przez swoje osobiste doświadczenia życiowe, własne przekonania i wartościowanie. Świadomość tych reakcji ułatwia wspomaganie pacjenta w procesie zmiany.

Superwizja pomaga w uzyskaniu i utrzymaniu świadomości procesów intrapsychicznych pacjenta i reakcji terapeuty na te procesy. Jest ona zalecana jako wspomagająca rozwój zawodowy. Wydaje się jednak, że nie zawsze psychoterapeuci są gotowi z niej korzystać. Warto więc rozważyć konieczność podjęcia superwizji chociażby w sytuacjach:

- kiedy psychoterapeuta odczuwa niezadowolony z siebie po kolejnych sesjach psychoterapii,
- gdy jest zawsze zadowolony i nie ma wątpliwości, że znakomicie pracuje,
- jeśli dostrzeża, że „nie lubi” albo „lubi” tego pacjenta, czy określonych pacjentów,
- kiedy pracuje sam i nie ma możliwości rozmawiania o swojej pracy i swoich pacjentach,
- jeśli ma poczucie, że pacjent nie chce z nim współpracować, zwłaszcza gdy racjonalizuje takie zachowania jako „opór”,

- gdy pacjent jest „posłuszny” i wykonuje wszystkie zalecenia bez refleksji,
- kiedy kolejni pacjenci przerywają proces leczenia,
- gdy terapeuta zaczyna myśleć o tym, co jest dla pacjenta „dobre” albo „nie dobre”.

Superwizja powinna być stałym narzędziem rozwoju zawodowego psychoterapeuty. Nie zawsze istnieje taka możliwość. Powyższe sytuacje, a zapewne także i inne, powinny zachęcić do omówienia ich z superwizorem.

## CZESŁAW CZABAŁA



profesor psychologii  
w Instytucie Psychologii  
Akademii Pedagogiki  
Specjalnej w Warszawie,  
psychoterapeuta,  
superwizor psychoterapii.  
Współpracuje od wielu lat  
z PARPA i KBPN

Dni Mózgu to cykliczna impreza, która odbywa się w Gdańsku w ramach Światowego Tygodnia Mózgu. Głównym organizatorem jest Wydział Biologii Uniwersytetu Gdańskiego. W tym roku odbywał się po raz jedenasty. Od 15 do 21 marca uczestnicy w formie zdalnej mogli wziąć udział w ponad siedemdziesięciu wykładach, warsztatach, grach i quizach.

Problematyka była zróżnicowana, ale niezwykle interesująca, oto niektóre z zaproponowanych tematów: „Następstwa deprywacji snu”, „Psychodeliki – a co to? Historia badań nad odmiennymi stanami świadomości”, „Stres, PTSD i depresja”, „Mózg kocha fast food”, „Co się dzieje w mózgu nastolatka” i wiele innych.

Część z wykładów była nagrywana i jest jeszcze dostępna na stronie wydarzenia.

Źródło: <https://dnimozgu.ug.edu.pl/>

<sup>1</sup> Milne D, An empirical definition of clinical supervision. British Journal of Clinical Psychology, 46, 2007

**Małgorzata Kowalcze**

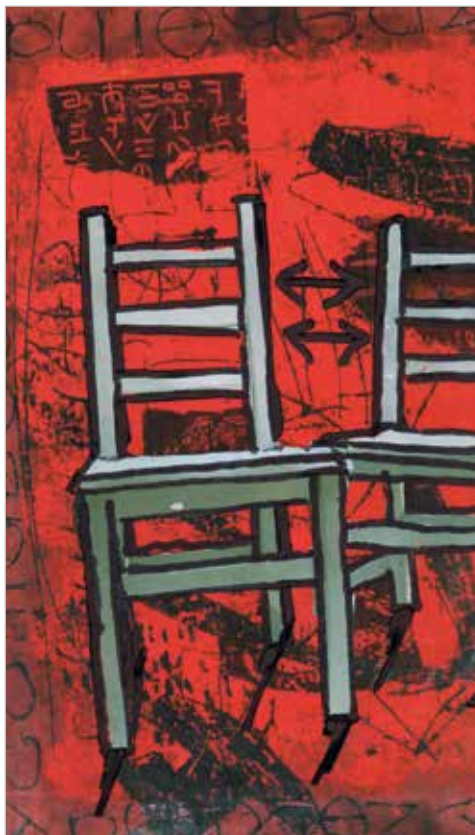
*Ważne, by zespoły miały wpływ na wybór superwizora i przejawiały gotowość do podjęcia z nim współpracy*

# KTO I KIEDY NAJCZĘŚCIEJ KORZYSTA Z SUPERWIZJI W OBSZARZE TERAPII UZALEŻNIEŃ?

Superwizja kliniczna staje się coraz bardziej popularna w terapii uzależnień. Nadal jednak dominuje superwizja szkoleniowa w procesie certyfikacji terapeutów uzależnień oraz superwizja kliniczna w zespołach terapeutycznych. Stosunkowo rzadko terapeuci uzależnień korzystają z superwizji klinicznej indywidualnej, co byłoby wskazane. Z tego rodzaju superwizji zaczynają korzystać, gdy rozpoczynają proces kształcenia w szkoleniach z psychoterapii rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne/Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Wiele się już zmieniło, ale niezmiennie superwizja, zwłaszcza indywidualna, wymaga dalszej popularyzacji wśród terapeutów uzależnień.

W momencie, gdy rozpoczynałam swoją praktykę jako superwizor, dominowała głównie superwizja szkoleniowa grupowa. Stopniowo pojawiło się zapotrzebowanie na superwizję w zespołach terapeutycznych. Zgłaszały się do mnie najczęściej zespoły terapeutyczne, w których były zatrudnione osoby korzystające wcześniej u mnie z superwizji szkoleniowej. Pierwsze moje zespoły to: NZOZ Nadzieja Rodzinie w Kielcach, Ośrodek Dom Nadziei w Bytomiu i Katolicki Ośrodek Terapii Nadzieja w Bielsku Białej. Dzisiaj, po wielu latach współpracy, nie prowadzę już w tych ośrodkach superwizji. Uważam, że optymalny czas prowadzenia superwizji przez jednego superwizora w jednym ośrodku, w tym samym zespole terapeutycznym to około pięciu lat.

Początki prowadzenia superwizji w zespołach nie należały do łatwych:



ja uczyłam się prowadzenia superwizji w zespołach terapeutycznych, z kolei terapeuci uzależnień uczyli się rozmowy o trudnościach w pracy z pacjentem czy też z grupą terapeutyczną. Potrzebowali wówczas integracji w zespole, pokonywania bariery przed odślanianiem własnych ograniczeń, opamiętania lęku przed oceną oraz obaw przed ponoszeniem negatywnych konsekwencji.

Gwałtowny wzrost zapotrzebowania na superwizję nastąpił z chwilą pojawienia się możliwości uzyskania dodatkowych punktów przy składaniu ofert w konkursie na realizację świad-

czeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wtedy też pojawił się dodatkowy problem – nie zawsze zespół jest zainteresowany superwizją, czasami to tylko przełożony. Stąd ważne, by zespoły miały wpływ na wybór superwizora i przejawiały gotowość do podjęcia z nim współpracy.

Jakie problemy są poruszane? Coraz rzadziej umawiam się na superwizję problemów w zespole np. ukryte konflikty, wzajemna niechęć do siebie, trudności w udzielaniu informacji zwrotnych – najczęściej jest to przedmiotem rozmowy na pierwszym spotkaniu, przy uzgadnianiu kontraktu superwizyjnego, i pozwala na obopólne podjęcie decyzji o współpracy.

Częściej niż kiedyś porusza się na superwizjach klinicznych problemy terapeutów pojawiające się w pracy z pacjentem czy też z grupą np. trudności diagnostyczne, źródła różnych emocji, nie tylko negatywnych, przeżywanych przez terapeutę w relacji z pacjentem, rozumienie problemów pacjenta, itd. Muszę jednak przyznać, że im bardziej wyszkolony, czy też doświadczony i zintegrowany jest zespół, tym bardziej się to udaje.

## MAŁGORZATA KOWALCZE



Psycholog kliniczny,  
psychoterapeuta  
i superwizor Polskiego  
Towarzystwa  
Psychiatrycznego. Trener  
PTP. Dyrektor Ośrodka  
Profilaktyki i Leczenia  
Uzależnień w Zabrzu

Piotr Bakuła

*Czy w większości staliśmy się grupą osób samoświadomych umiejących prosić o pomoc?*

# SUPERWIZJA W KRYZYSACH

**P**odobno w Azji jest kłątwa „obyś żył w ciekawych czasach”. Mam wrażenie, że obecnie czasy mamy nad wyraz ciekawe. Najpierw dotknęły nas zmiany w sposobie kształcenia i zmiany na poziomie agencji.

Rządowe biuro, które w umysłach terapeutów było od zawsze i zawsze miało już być, zmieniło zadania związane z naszym zawodem, a na jego miejsce przyszła inna agencja. I stało się to tak szybko, że nie starczyło czasu na pożegnanie, pojawiła się natomiast niepewność. Zaistniała sytuację można było definiować jako swego rodzaju opuszczenie, osierocenie. Pojawił się brak oparcia, które było stabilne, w miarę przewidywalne.

Kiedy po silnym oporze zaczęliśmy się przyzwyczajać, nastąpiła pandemia. To było wydarzenie, jakiego doświadcza się może raz na pokolenie, a może raz na kilka pokoleń. Do tego nie można się przygotować, wydawało nam się, że to tak samo absurdalne i niemożliwe jak lądowanie Obcych na Ziemi. Zmuszeni zostaliśmy do pracy online, która dla części superwizantów i superwizorów była trudna i wydawała się wręcz niemożliwa. Kryzysy następujące jeden po drugim zaostrzyły podziały na podgrupy osób korzystających z superwizji.

Zacznijmy od tych, którzy już jakiś czas są w zawodzie. Wszyscy znamy albo mamy w rodzinie niezadowolonego wujka i ciocię. I tak te osoby prezentują się na superwizji. Oni sami nie płacą, płaci za nich szef, organizacja, dostali grant. Superwizję traktują jak kolejny wymysł, fanaberię. Nauki pobierali dawno temu, wtedy też narodził się ich warsztat i pierwsze identyfikacje terapeutyczne, przy tym zostali. Jakiekolwiek sugestie dotyczące ich pracy odbierają jako atak. Uważają, że superwizja jest swego rodzaju sprawdzaniem ich umiejętności, kolejnym odpytywaniem. Superwizja w zespole wywołuje u nich słabo ukrywaną niechęć. Oba-

wiają się porażki. Na tle innych, kształcących się stale kolegów wypadają słabo. W związku z tym nie zgłaszają żadnych problemów ze swoimi pacjentami. Chcą w spokoju „dopracować” i szukają sposobów, jak to zrobić najmniej boleśnie i oszczędzając energię.

Myślę że jedną z przyczyn takich postaw może być sposób nauczania i program uzyskiwania certyfikacji – program oparty na chłonięciu dogmatów, które wykluczają jakąkolwiek dyskusję.

Tym osobom trudno jest dyskutować o nowych ścieżkach leczenia uzależnień, o innym niż konfrontacja stylu uprawiania terapii uzależnienia, o tym, że pacjent ma prawo do wyboru własnego celu i ścieżki leczenia, że to on podejmuje decyzje. Kurczowo trzymają się dogmatu całkowitej abstynencji, tak jakby rezygnacją z niego mogłaby spowodować zniknięcie terapeuty. Osoby takie mało korzystają ze spotkań z superwizorem, traktując je jak przymus.

Drugą grupą superwizantów są ci, którzy traktują superwizję jak okazję do robienia własnej psychoterapii. Każdy opis pacjenta i tak kończy się nawiązaniem do dziecięcych traum superwizanta, a superwizor(ka) może stać się dobrym obiektem tylko wtedy, kiedy zajmie się traumami superwizanta. Przeniesienie pacjenta może uaktywnić i często uaktywnia przeciwprzeniesienie u superwizora. Zamiast pracować nad materiałem klinicznym, superwizor robi wyłom w settingu, zaklinając rzeczywistość, że „przecież to tylko jeden raz” i „zaraz wrócimy do superwizji”. I tutaj pojawia się odpowiedzialność superwizora za superwizanta i za setting. Myślę, że superwizant powinien mieć szansę usłyszeć od swojego superwizora, że może warto by zastanowić się nad terapią własną. Superwizant ma wtedy szansę oddzielić problemy własne od problemów pacjenta. Natomiast superwizorzy powinni również raz na jakiś czas poddawać swoją pracę superwizji.

Największą grupę, co pozytywnie zaskakuje, stanowią osoby, dla których słowa „psychoterapia”, „superwizja” są pojęciami znanymi. One świadomie wybrały zawód terapeuty uzależnień, traktując go jako wstęp do dalszej edukacji. Nie są skażone dogmatami, przyjmują z ciekawością i otwartością nową wiedzę o leczeniu uzależnień. Dla nich styl pracy terapeutycznej oparty na relacji, dialogu motywującym do zmiany jest oczywistością. Przyjmują nowe trendy w leczeniu uzależnień bez lęku, z ciekawością. Nie głoszą prawd objawionych, ale wędrują razem z pacjentem w kierunku obranym przez niego, szanując jego decyzje i cele. Ci superwizanci nie używają języka stygmatu, nie diagnozują pochośnie uzależnienia. Nie potrzebują słów „alkoholik”, „narkoman” do prowadzenia terapii. Rozumieją, że uzależnienie to długi proces, na początku którego znalazło się cierpienie, a substancja była sposobem na jego leczenie. Poszukują odpowiedzi na wiele pytań, nie jest dla nich wstydem nie wiedzieć, chcą zrozumieć. Kształcą się, czytają, mają świadomość, że bez tego ich pomoc będzie zbyt mała. Oni też w związku z sytuacją wnoszą na spotkania swój lęk, ale potrafią o nim rozmawiać.

Pomimo tego, a może właśnie dlatego, że w tych czasach pojawiło się dużo lęku o siebie, rodzinę, pacjenta, pracę, obserwuję zwiększoną liczbę osób chcących korzystać z superwizji. Czyż nie oznacza to, że w większości staliśmy się grupą osób samoświadomych, umiejących prosić o pomoc, dawać pomoc, koherentnych terapeutów?

## PIOTR BAKUŁA



*Psychoterapeuta, specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor, wykładowca CARE Brok.*

Elżbieta Rachowska

*Superwizja, czyli używanie bezpiecznie skonstruowanej przestrzeni do rozwijania alternatywnych perspektyw dotyczących omawianych problemów*

# OKIEM SUPERWIZORA

Od kiedy superwizja stała się integralnym elementem kształcenia w psychoterapii uzależnień, coraz częściej zgłaszają się zespoły terapeutyczne oraz terapeuci indywidualni, którzy czują potrzebę korzystania z niej. Z niektórymi współpracuję już od kilku lat. W przypadku zespołów zapotrzebowanie na superwizję zwykle zgłasza kierownik w porozumieniu z zespołem. Część zgłaszających się jest zainteresowana systematyczną superwizją, która ma na celu wspieranie procesu terapeutycznego w często interdyscyplinarnym zespole. Terapeuci mają zapotrzebowanie na zwiększenie refleksji nad swoją wiedzą, umiejętnościami i wartościami dla poszerzenia możliwości dokonywania lepszych wyborów.

Na superwizji często rozmawiamy o wszystkich rzeczach, o których nie chcemy rozmawiać (o sobie, o pacjentach, którzy nas nudzą lub sprawili, że czuliśmy się nieswojo i jak mocno przeżywalimy ten stan, o sesjach, które szły jak po maśle i nie było nic do powiedzenia).

Nie bez znaczenia jest wartość związana z superwizją, czyli używanie bezpiecznie skonstruowanej przestrzeni do rozwijania alternatywnych perspektyw dotyczących omawianych problemów. W superwizji poruszane są nie tylko problemy związane z pracą z pacjentami, zajmujemy się także analizą programu terapeutycznego w celu jego modyfikacji i doskonalenia, ale także relacje w zespole terapeutycznym. Często celem superwizji jest pogłębienie refleksji nad własną praktyką, otwarcie się na informacje zwrotne i zwiększenie samoświadomości. Istotną kwestią jest



stworzenie możliwości uczenia się na błędach, radzenia sobie z niepewnością, wstydem, złością, poruszenie przeniesieniowych aspektów emocjonalnych czy relacyjnych.

W związku z tym, że zespoły są zróżnicowane pod względem doświadczenia terapeutycznego, superwizja zależy od etapu, na jakim znajdują się członkowie superwizji. Można powiedzieć o pewnym kontinuum, gdy superwizor pełni rolę nauczyciela a superwizant uczenia, a na drugim biegunie superwizant jest twórczym uczestnikiem dialogu. Często z superwizji zespołowej korzystają bardzo dobrze wyszkoleni psychoterapeuci, którzy skończyli lub kończą szkoły psychoterapii i wtedy staje się ważne, by uwzględnić w pracy superwizyjnej inne teoretyczne perspektywy. Tematami wnoszonymi na superwizję są wartości osobiste i zawodowe oraz etyka w stosunku do pracy, która podlega superwizji. Mniej doświadczeni terapeuci często zgłaszają problemy związane z poczuciem braku kompetencji, złożoną problematyką pracy

terapeutycznej, trudnością w odczytywaniu własnych uczuć i sygnałów niewerbalnych. Problemy, które się pojawiają, wiążą się z samokrytycyzmem i lękiem z powodu niewiedzy „co powinno się zrobić” w danym momencie sesji z pacjentem i trudności w poradeniu sobie z nimi. Czasami kłopot sprawia wykorzystanie umiejętności klinicznych. Problemem nie bez znaczenia, o którym mówią terapeuci, jest aspekt wypalenia zawodowego, organizacja pracy, relacje w zespole terapeutycznym, możliwość uzyskania wsparcia w różnych trudnych momentach prowadzonej psychoterapii.

Wspólnym celem w superwizji to formułowanie nowych hipotez oraz rozszerzenie autonomii i kreatywności superwizora oraz terapeuty. Poprzez obserwacje tej relacyjnej wymiany superwizja staje się procesem refleksyjnym, co stanowi jedną z istotniejszych wartości.

Istotnym dla mnie aspektem jest zwracanie uwagi na relacyjny charakter superwizji i budowanie sojuszu roboczego. Mam poczucie, że powstawanie emocjonalnej więzi opierającej się na wzajemnej trosce, zaufaniu i sympatii ułatwia konceptualizację problemów superwizanta. Bliskie jest mi myślenie o superwizji „dostosowanej do potrzeb” w atmosferze partnerstwa, wspólnego rozwoju.

## ELŻBIETA RACHOWSKA



*Psycholog kliniczny,  
specjalista psychoterapii  
uzależnień, superwizor  
KBPN i PARPA. Kierownik  
Ośrodka Terapii Odwykowej  
Uzależnień w Toruniu.*

Jolanta Hojda

*Chroniczna złość jest pociągająca, skondensowana, energetyczna. Jak narkotyk. Skłania do działania, a to działanie może być impulsywne, nadmierowe, prowadzić do agresywnych wyładowań i utraty kontroli nad zachowaniem. Z tych powodów chroniczna złość wymaga terapii*

# PSYCHOTERAPIA CHRONICZNEJ ZŁOŚCI

Złość to jedna z najbardziej nieakceptowalnych emocji. Normy społeczno-kulturowe nakazują nam nie ujawniać złości, tłumić ją, dusić w sobie. Osoby przeżywające i wyrażające swoją złość często określa się mianem nieradzących sobie z emocjami. W dodatku słowo „zły” ma dwojakie znaczenie – może określać rozszaloną osobę, ale także złego człowieka. Być może dlatego zwykło się złość nazywać złą emocją.

My, terapeuci, wiemy jednak i uczyliśmy tego naszych pacjentów, że złość nie jest ani zła, ani dobra. Jest emocją jak każda inna – ważną i potrzebną, jedną z podstawowych, uniwersalnych ludzkich emocji jak smutek, strach, radość, zaskoczenie czy wstręt. Złość pełni ważne funkcje. Jak gorączka w chorobie informuje nas o tym, że dzieje się – nomen omen – coś złego, że być może ktoś przekracza nasze granice, ktoś lub coś blokuje nasze dążenia, coś dzieje się w niezgodzie z naszymi wartościami lub nam zagraża. Złość pomaga rozpoznawać własne potrzeby i reagować na nie. Służy przetrwaniu zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Pozwala lepiej odczuwać własną tożsamość i granice osobiste. Stanowi też ostrzeżenie dla innych, że coś jest nie w porządku – wskazuje na obecność napięcia lub zagrożenia w relacjach. Pomaga również przełamywać poczucie bezradności i bezsilności w sytuacjach, gdy ktoś przekracza nasze granice. Złość, wywołując reakcję walki i obrony, pozwala przetrwać niebezpieczne sytuacje. Paradoksalnie, może też być dowodem troski zaangażowania i wrażliwości w relacjach. Jej wyrażanie pokazuje, że zależy nam na relacji i na reperowaniu tego, co w niej nie działa. Może więc być

początkiem przywracania harmonii, bezpieczeństwa, uczciwości i sprawiedliwości. Złość może dawać napęd do życia i dbania o siebie oraz realizowania własnych celów. Pod warunkiem, że to złość „prawidłowa”, zdrowa i wyrażana asertywnie.

W naszych gabinetach psychoterapeutycznych spotykamy się jednak z różnymi „postaciami” złości przejawianymi przez naszych pacjentów. Zarówno w swoim życiu, jak i w relacji terapeutycznej pacjent odtwarza dobrze sobie znany wzorzec, najczęściej niekonstruktywny, czasami destrukcyjny dla jego relacji z innymi lub autodestrukcyjny.

## NATURALNIE CZY CHRONICZNIE?

W tym artykule omówię model chronicznej złości i strategię pracy z klientem złościącym się w taki właśnie sposób. Przedstawię chroniczną złość, wspierając się koncepcją modeli złości z podejścia Gestalt (Polster i Polster, 1974; Zinker, 1977) oraz koncepcją mechanizmów uzależnienia (Mellibruda, 1990).

Zacznę jednak od przedstawienia zdrowego, prawidłowego modelu naturalnej złości opisywanego przez powyższych autorów. Na początku zdrowej złości jest faza uświadomienia sobie doznania, uczucia czy myśli, może to być jakiś sygnał z ciała np. sapanie, uczucie gorąca, uczucie poirytowania, gniew lub dostrzeżenie jakiejś myśli, która złości.

Jedną z moich pacjentek opisała uczucie zniecierpliwienia, poirytowania oraz uczucie gorąca i zauważyła myśl: „mój sąsiad znowu puszcza głośną muzykę, jak tak można, nie liczy się z innymi, a ja potrzebuję spokoju”.

Następnie pojawiła się faza pobudzenia, która ma na celu skupienie uwagi na danym zagadnieniu. Skupiła się na tej sytuacji, myśląc, jak zareagować. Po podjęciu decyzji przeszła w fazę działania, w której pobudzenie zmienia się w zachowanie – poszła do sąsiada i poprosiła o ściszenie muzyki. Będąc w fazie kontaktu, który daje człowiekowi wewnętrzny i zewnętrzny oddźwięk na działanie, usłyszała, że sąsiad przeprasza i ścisza muzykę, wtedy poczuła, jak jej gniew opada. W kolejnej fazie wycofania mogła już przekierować swoją energię i zainteresowanie na inne zagadnienie.

Inaczej jednak wygląda model złości chronicznej, często wyrażanej w agresywny sposób. Do przejawów agresji zaliczamy krzyki, obrażanie, zastraszanie, rzucanie/niszczenie przedmiotów, przemoc fizyczną. Agresywna ekspresja złości może przynosić wiele strat osobistych, relacyjnych, nie wspominając o konsekwencjach społecznych czy prawnych. Niektórzy jednak przejawiają taki wzorzec myślenia, działania i odczuwania, który określa się chroniczną złością. Polega ona na stałej, selektywnej uwadze nakierowanej na ewentualne powody do złości, wręcz na gorliwym ich wyszukiwaniu. Gdy osoba chronicznie złościąca się znajdzie powód, to doznanie złości znajduje się wtedy w centrum zainteresowania, jest ona pociągająca, skondensowana, energetyczna. Działa jak narkotyk. Skłania do działania.

U osób chronicznie złościących się, działanie to jest impulsywne, nadmierowe, dochodzi do agresywnych wyładowań i utraty kontroli nad swoim zachowaniem. Są one wówczas całkowicie pochłonięte przez to, co się w nich dzie-



Rys. 1. Złość naturalna wg. Polster i Polster, 1974; Zinker, 1977.

je, znajdują się w stanie ekscytacji i nie zważają na skutki swojego zachowania. Zupełnie jakby były pod wpływem jakiejś substancji i utraciły kontrolę nad sobą. Takim osobom trudno też wycofywać się z agresywnego działania, nie potrafią zrezygnować z tej energetycznej ekscytacji. Gdy okoliczności uniemożliwiają dalsze wyładowywanie złości, poszukują one okazji, aby na nowo móc uaktywnić tę intensywną emocję.

Chroniczne złościenie się bywa nieudolną próbą rozwiązywania swoich problemów, zdobywania władzy lub zachowania dystansu fizycznego i emocjonalnego wobec innych. Dochodzi w końcu do momentu, w którym uwikłanie w przeżywanie złości jest na tyle silne, iż staje się ono długotrwałym zwyczajem będącym już celem samym w sobie. Energia tej emocji może być na tyle pociągająca, że człowiek zaczyna

pragnąć coraz częściej kontaktowania się z nią w celu uzyskania władzy nad innymi ludźmi czy też prestiżu w ich oczach.

Wyrażanie złości w agresywny sposób zaczyna przybierać kształt uzależnienia od złości. Chroniczne złościenie się ma charakter nałogowy, co oznacza, że staje się silnym nawykiem i – tak jak inne uzależnienia może służyć również do regulowania innych, trudniejszych, mniej przyjemnych i mniej energetycznych stanów emocjonalnych. Na przykład może pomagać w unikaniu kontaktowania się z uczuciami smutku, niepokoju, napięcia, lęku, bezradności i bezsilności, wstydu, poczucia winy, rozczarowania, zmęczenia, znudzenia. Nosi to znamiona uzależnieniowego mechanizmu związanego z nałogowym regulowaniem uczuć (Mellibruda). Mechanizm ten dotyczy także tendencji do wprowadzania szybkich i intensywnych zmian we własnym stanie psychicznym, zarówno w celu niwelowania przykrych emocji, jak i unikania czy przerywania monotonii.

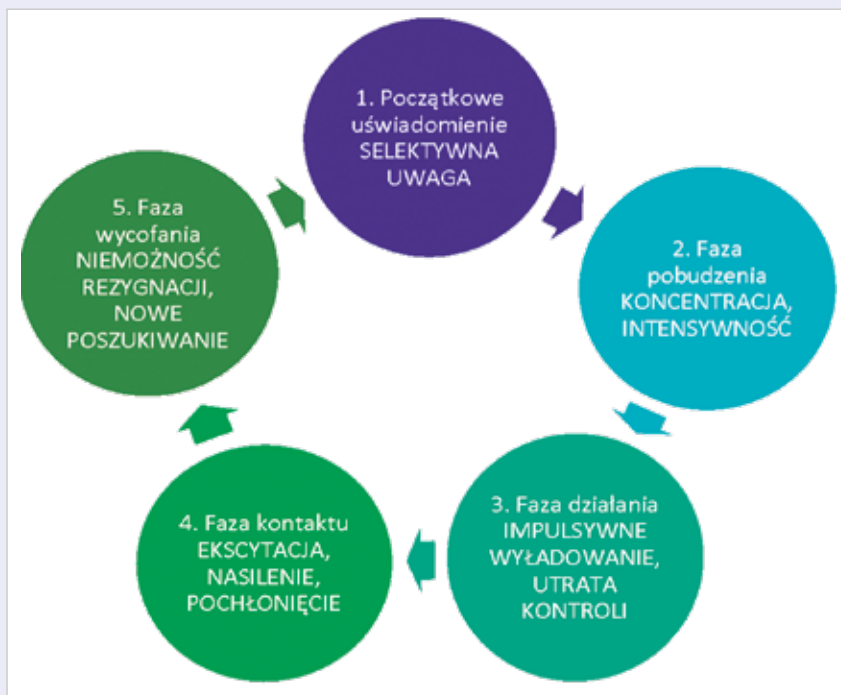
U osoby uzależnionej od przeżywania i agresywnej ekspresji złości, podobnie jak u osób uzależnionych od substancji, w chwilach nasilania się napięcia zaczyna się rozwijać proces panicznego poszukiwania ulgi, który nadaje złościemu się charakter wewnętrznego przymusu, jedyne „wyjścia z sytuacji”.

## ADAM I JEGO ZŁOŚĆ

U jednego z moich pacjentów, nazwę go Adam, złość chroniczna stanowiła poważny problem, przynoszący wiele strat interpersonalnych, zawodowych, prawnych i zdrowotnych. Miał za sobą rozstanie z partnerką, która nie chciała doświadczać jego agresywnych zachowań, wyrzucenie z pracy za agresywne zachowania oraz sprawę w sądzie za zniszczenie cudzej własności. Lekarz, który zdiagnozował u Adama nadciśnienie, zalecił „nie denerwować się”.

Posługując się powyższym modelem złości chronicznej, opiszę przebieg przytaczanego przez pacjenta przykładowego incydentu złości w poszczególnych fazach.

Tego ranka Adam był osowiały, bez energii, smutny, dodatkowo obawiał się nadchodzącej w weekend wizyty



Rys. 2. Złość chroniczna wg. Polster i Polster, 1974; Zinker, 1977.

u jego rodziców. Gdy po przyjeździe do pracy zastał swoje biurko przestawione w inne miejsce w open space firmy, w której pracował, poczuł uderzenie gorąca. Uświadomił sobie (faza początkowego uświadomienia), że jest wściekły i skoncentrował się na tym uczuciu, idąc do szefa (faza pobudzenia). Rozpalał swoją złość myślami: „jak tak można, co za chamstwo, powiem mu, co myśle”. Wpadł do gabinetu zwierzchnika i przeklinając, krzycząc i gwałtownie gestykulując, poinformował szefa o swoim niezadowoleniu. Jego zwierzchnik, nie chcąc brać udziału w awanturze, wyprosił go z gabinetu. Adam wyszedł, trzaskając drzwiami. To była faza impulsywnego wyładowania. Pacjent dał upust swojej złości w agresywny sposób, którego później żałował i nie bardzo rozumiał, jak mogło go ponieść aż tak. Jednak w tamtej chwili stracił kontrolę nad swoim zachowaniem. Wizyta w gabinecie szefa w tamtym momencie dała mu chwilową ulgę i pozorne poczucie siły „wygarnąłem mu, nie dam się, tak właśnie po męsku trzeba załatwić sprawę” – był w fazie ekscytacji, pochłonięcia swoim gniewem.

W modelu naturalnej złości powinien przejść do fazy wycofania, zacząć się uspokajać, zająć się pracą.

Jednak, gdy Adam wrócił do swojego biurka, wyszukał sobie kolejny powód do złości. Przypomniał sobie, że kolega siedzący obok nie powiedział mu dzisiaj „cześć”. Adam zaczął go i zrobił kolejną awanturę. Nie potrafił wycofać się z intensywnego, energetycznego uczucia dającego mu poczucie siły i sprawczości, uczucia, które ożywiło go i rozwiało poranne zasmucenie i niepokoje.

Na tym modelu koła złości chronicznej, po którym poruszał się Adam, wyraźnie widać również mechanizm regulowania emocji. Jest on związany z niską tolerancją na frustrację, niepewność, dyskomfort, cierpienie i z tendencjami do radzenia sobie ze stresem przy pomocy natychmiastowego, bezpośredniego łagodzenia emocji zamiast podejmowania działań w kierunku zmiany okoliczności wywołujących stres. Dlatego często w moim gabinecie pytam pacjentów, co jeszcze czują oprócz złości, co czuliby, gdyby nie złość, co czuli, zanim się rozzłościli. Pomagam im dotrzeć do innych emocji, które mogą

sukrywać się pod złością i które nie znajdują swojego rozwiązania, bo są zamieniane na złość, tłumione i zniekształcane za pomocą złości.

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ATAKI FURII

W terapii chronicznej złości wyzwaniem jest impulsywność i wybuchowość, rutynowość i automatyzm charakteryzujące to zjawisko. Sprzyja tej postawie błędne przekonanie, że agresywne dawanie upustu swojej złości pozwala się jej pozbyć oraz zmniejsza zagrożenie zdrowotne wynikające z tłumienia.

To irracjonalne przekonanie, ponieważ złość wyrażana agresywnie pozwala chwilowo pozbyć się napięcia, jakie jej towarzyszy, poczuć ulgę związaną z jej wyładowaniem. To z kolei sprzyja utrwalaniu takiego wzorca wyrażania emocji, czyli grozi przejściem w nałogową formę chronicznego wyrażania gniewu. W dodatku agresywne wyrażanie złości może przynosić więcej szkód zdrowotnych niż jej unikanie. Agresywne złośczenie się jest poważnym czynnikiem w chorobach serca, a przy silnym wzburzeniu emocjonalnym może dojść do zawału serca lub udaru mózgu.

Kolejną trudnością, występującą w zjawisku chronicznej złości, to częsta paranoidalność

w myśleniu, poczucie zagrożenia, posądzenia i kontrataki. U osób chronicznie złoścących się często występuje również tendencja do rozwijania długotrwałych urazów i brak umiejętności przebaczenia. Niektórzy czasami używają swojej umiejętności wpadania w szały, aby straszyć i kontrolować innych. Najtrudniejszym wyzwaniem jest jednak zazwyczaj głęboko zakorzenione przekonanie, że złoścą inni ludzie i ich zachowania, sytuacje czy okoliczności. Takie założenie bardzo utrudnia pacjentowi zdrowe kontaktowanie się z tą emocją i wprowadzanie zmian po swojej stronie w tym zakresie, gdyż zakłada brak odpowiedzialności za własną złość. Pacjent uważa, że ktoś lub coś kieruje jego uczuciami, a on sam nie ma na to wpływu, jego uczucia są zależne od tego, jak świat się do niego odnosi.

W psychoterapii Adama istotne było budowanie relacji poprzez okazywanie mu i komunikowanie szacunku, którego nie doświadczał w przeszłości ze

strony ważnych dla niego osób, zamiast tego doznawał poczucia wstydu i bycia gorszym.

Kolejnym „zabiegiem” było potwierdzenie jego prawa do przeżywania złości oraz mikro-psychoedukacja dotycząca zdrowych funkcji złości i sposobów jej wyrażania innych niż agresywne.

Następnie omówiłam z nim szkodliwość zachowań agresywnych na przykładach z jego życia i wyraziłam brak akceptacji dla agresywnego wyrażania złości.

Ważnym elementem pracy z osobami nałogowo złoścącymi się jest ocena, czy aktualnie nie są sprawcami przemocy, jaki jest stopień zagrożenia agresją wobec innych osób oraz terapię.

Adam starał się zachować spokój na naszych sesjach, jednak wielokrotnie doświadczał bardzo silnego gniewu obserwowalnego w bębnieniu palcami po oparciu fotela, zaciśniętych szczękach, nabrzmiałych żyłach, napięciu w ciele i posapującym oddechu. Ustaliłam z nim, że podczas naszych spotkań nie ma miejsca na wybuchy złości, że nie pracuję nad „odreagowywaniem złości” i nasze sesje muszą być spokojne, bym mogła mu skutecznie pomóc w zmianie jego wzorca przeżywania złości. Od pierwszych spotkań pomagałam pacjentowi w zdrowszym kontaktowaniu się ze swoją złością poprzez budowanie jego samoświadomości i odpowiedzialności. Zatrzymywałam go, aby pozwolił sobie przez chwilę pobyc z swoim doświadczeniem, spróbował identyfikować swoją złość, spróbował zlokalizować ją w ciele, w napięciach, uciskach, w oddechu i zachęcałam do spokojnego oddychania, rozluźniania mięśni, oczyszczania umysłu ze złoścących go myśli. Podkreślałam znaczenie odpowiedzialności za własne zachowania, decyzyjności dotyczącej tego, którą z dróg wybierze – rozkręcania koła złości do wybuchu czy drogę dojrzałej obserwacji swojego stanu, obserwację doznań z ciała, obserwację myśli jako produktu własnego umysłu, który można kwestionować. Pomagałam mu znajdować faktyczne przyczyny jego złości, które tkwiły nie w sytuacji, nie w czyimś zachowaniu, tylko w jego interpretacji tego, co się działo, i w jego przekonaniach. Wiele zdarzeń i sytuacji interpersonalnych Adam interpreto-

wał jako oznaki nieliczenia się z nim, braku szacunku wobec niego, wrogości czy pogardy rzekomo mu okazywanej. „Nakręcał się” poprzez wyolbrzymianie swoich praw, krzywd, strat i przekonaniu o tym, że inni go nie szanują. Pojawiało się irracjonalne, uzależnieniowe myślenie, że tego nie da się wytrzymać i że atak wściekłości jest w pełni uprawniony i przyniesie ulgę oraz rozwiąże problem – powstrzyma innych przed takim traktowaniem go.

Pracowaliśmy nad kontrolą i ukierunkowywaniem złości. Pomocnymi narzędziami były termometr złości oraz dziennik incydentów złości. Dzięki temu Adam mógł zwiększać swoją zdolność do rozpoznawania emocji mniej intensywnych niż furia. Odkrywał, że „po drodze” na słupku termometru może być jeszcze frustracja, rozdrażnienie, poirytowanie. Wspierałam klienta w kierowaniu złości na właściwe działania, wprowadzałam pojęcie pojęcie złości „pożytecznej” i „bezużytecznej”, „szkodliwej”, strategie redukcji złości poprzez racjonalne myślenie, oddech, relaksację, odrzucanie impulsu, wychwytywanie myśli przyzwalającej na wybuch (np. „o nie, dłużej nie wytrzymam, niech się dzieje, co chce”), po której dochodziło do eksplozji agresywnej ekspresji złości. Pacjent uczył się także „adresować” złość do konkretnych osób, określać, czego ten gniew dotyczy i czy „opłaca” mu się asertywnie go wyrażać – trenowaliśmy asertywne wyrażanie uczuć i potrzeb.

Wszelkie interwencje naprowadzające Adama na bardziej racjonalne i adaptacyjne sposoby myślenia oraz zachowania starałam się przeprowadzać w sposób niezagrażający, czyli pełen szacunku, spokoju, uprawomocniałam jego sposób myślenia jako efekt przeszłych doświadczeń z poniżającym go, agresywnym ojcem. Podczas wstępnej eksploracji doświadczeń z dzieciństwa Adam odkrywał, że ślady tych doświadczeń powodują, że dzisiaj w dorosłym życiu przeżywa intensywną złość jako bardzo energetyczną emocję, która wywołuje w nim poczucie przyływu siły i odwagi. Rezygnacja z tego doświadczenia oznaczałaby dla niego przyznanie się, że „nie zawsze jestem silny”, „bywam słabszy”, „jest mi trudno radzić sobie

z tą sytuacją”, a to w jego poczuciu naraziłoby go na brak szacunku i poniżanie, jakich doświadczał w dzieciństwie ze strony ojca. W ten sposób docieraliśmy do emocji przykrywanych złością; smutku, lęku, wstydu, poczucia gorszości. Odkrywał, że jego złość może pełnić funkcję ucieczki od tych uczuć. Adam w procesie psychoterapii stopniowo oswajał te emocje, uczył się, że smutek czy strach pełnią ważne funkcje i nie ma konieczności natychmiastowego ich redukcji, można je tolerować, a one mijają, szczególnie jeśli zajmujemy się ich źródłem.

Ważnym tematem pracy z Adamem był wstyd i poczucie bycia gorszym, które leżały u podstaw jego złości. Badałam ten temat niezwykle delikatnie, empatycznie komunikując swoje rozumienie jego genezy „utrąty godności”, komunikując swoje współczucie dla dziecka, którym był, wyrażając oburzenie i niezgodę na sposób, w jaki traktował go ojciec. Przełomowym momentem terapii było, gdy pacjent uznał, że to nie on powinien się wstydzić, lecz jego ojciec, który go poniżał, a on sam nie był gorszy, tylko miał gorzej, naprawdę tak źle, że aż sam zaczął sobie współczuć. W ten sposób udało się „odkleić” bycie źle traktowanym od bycia gorszym oraz w symboliczny sposób „oddać” ojcu przynależny mu wstyd. Dzięki temu Adamowi udało się zrezygnować z agresywnej „walki o siebie”, dostrzegł powiązanie swojego wzorca złości z głębokim przeświadczeniem, że jest się agresorem (jak ojciec) albo jest się poniżanym i straszonym, jak w dzieciństwie on sam oraz jego matka. Dostrzegł, że oprócz tego czarno-białego wzorca są jeszcze zachowania asertywne pomagające szanować samego siebie i innych. Tym bardziej, że bilans zysków i strat z chronicznego złośczenia się wypadał niekorzystnie.

\* \* \*

Opisując moją pracę z Adamem, starałam się przedstawić najważniejsze aspekty pracy terapeutycznej z pacjentem chronicznie złoścącym się. Dodam, że ważne jest, aby do każdego przypadku podchodzić bardzo indywidualnie, bo przekonania tkwią-

ce u podstaw nałogowego złośczenia się mogą być inne, bardzo różne. Przekonania te mogą być także aktywowane przez inne niż u Adama ślady doświadczeń z przeszłości, chociaż przemoc, poniżanie często występują w historii pacjentów nałogowo złoścących się. Warto również dokładnie zbadać funkcje agresywnej złości i identyfikować ich nałogowy mechanizm regulowania emocji, oferując pracę nad zwiększeniem zdolności do regulowania uczuć w bardziej konstruktywny sposób.

W przypadku Adama były to przede wszystkim takie uczucia jak wstyd, poczucie gorszości, lęk przed poniżeniem, czasami smutek, ale mogą to być inne emocje, przykre, trudne, „miękkie”. Punktem wyjściowym jest ich zaakceptowanie i uznanie przez pacjenta, że są one prawomocne i potrzebne, a następnie ich zdrowsza regulacja.

#### JOLANTA HOJDA



Certyfikowana  
psychoterapeutka  
i superwizorka  
psychoterapii, psycholożka.  
Pracuje w podejściu  
integracyjnym. Wieloletnia  
wykładowczyni,  
współpracowniczka

Uniwersytetu SWPS, Instytutu Psychologii  
Zdrowia PTP i Ośrodka Psychoterapii OGRÓD.  
Wykładowczyni i superwizorka Profesjonalnej  
Szkoły Psychoterapii IPZ PTP. Założycielka  
Ośrodka Psychoterapii PODRÓŻ.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Red: B, Bereza, *Oblicza złości. Perspektywa Psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów*, Difin, Warszawa 2012
2. P.S. Potter-Efron, R.T. Potter-Efron, *Złość, alkoholizm i inne uzależnienia*, IPZ Warszawa, 1994
3. G. H Eifert, M. McKay, J. P. Forsyth, *O złości inaczej*, AnWero, Gdańsk 2008
4. R. Potter-Efron, *Życie ze złością*, GWP, Gdańsk 2012
5. J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, IPZ, Warszawa 2006
6. J. Mellibruda, *Siedem ścieżek integracji psychoterapii*, IPZ, Warszawa 2011.

To, co robią uzależnienia behawioralne, to oszukiwanie naszego mózgu, by myślał, że potrzebujemy tych rzeczy, aby przetrwać, podobnie jak uzależnienia od substancji, które oszukują nasz mózg, by myślał, że są niezbędne

# UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE — SPOSÓB NA PRZETRWANIE

Rozmowa z **Louisem Weigele**

**Sonia Haściło, Jarek Banaszak:** W jednym z udzielonych przez Ciebie wywiadów mówiłeś o analogicznym, jak w przypadku uzależnień chemicznych, braku bezpiecznego hazardu dla osób uzależnionych behawioralnie. To wskazuje na istnienie podobieństwa tych uzależnień: chemicznych i behawioralnych. W Polsce wielu terapeutów posiada wysokie kwalifikacje dotyczące pracy z osobami uzależnionymi od substancji. Czy to wystarczy, aby pracować z osobami uzależnionymi behawioralnie?

**Louis Weigele:** Myślę, że to wystarczy, aby rozpocząć [podkreślenie od Red.] pracę z uzależnionymi behawioralnie, bo rzeczywistość jest tak, że istnieje znaczna liczba podobieństw między tymi uzależnieniami. Twierdząc tak, musimy jednak pamiętać o tym, jak bardzo złożone są uzależnienia. Do uzależnienia wiedzie nie jedna, ale wiele dróg. Ważne jest dobre rozumienie tych ścieżek.

W uzależnieniach behawioralnych te ścieżki różnią się nieco od tych, którymi podążają osoby nadużywające substancji. Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę, że w uzależnieniach behawioralnych do organizmu nie wprowadza się zewnętrznej substancji chemicznej. W przypadku uzależnienia behawioralnego istnieje tylko stymulacja ze środowiska zewnętrznego, którą stopniowo internalizuje się wraz z doświadczeniami. To zdecydowanie inaczej niż w przypadku uzależnienia od substancji, które zmieniają rzeczywisty skład chemiczny w mózgu. Mózg uzależnionych behawioralnie nie reaguje na wprowadzenie do niego substancji, zaś na same uzależniające doświadczenia behawioralne. Te często są mocno zakorzenione w historii jednostki, dlatego już w procesie rozpoznania warto sprawdzić, czy był hazard w rodzinie.



Trzeba jednak pamiętać, że może być też tak, że mózg pacjenta ma predyspozycje do błędnej interpretacji niektórych informacji, na przykład dotyczących takich zachowań jak zakupy.

Pacjenci uzależnieni behawioralnie często mieli pewien poziom braków w życiu i doświadczali jakiś aspektów deprywacji. Często to ludzie, którzy mają w swojej historii bardzo znaczącą traumę. To wszystko oczywiście nie wyklucza, że osoby z uzależnieniami chemicznymi nie mają znaczącej traumy w swojej historii. Jednak w pracy z uzależnionymi behawioralnie niezwykle ważne jest bycie szczególnie wrażliwym na te aspekty.

**Co w takim razie, Twoim zdaniem, stanowi o specyfice uzależnień behawioralnych i jakie z tego płyną wnioski dla planowania i przebiegu terapii proponowanej osobom uzależnionym?**

Aby odpowiedzieć na to pytanie, prawdopodobnie powinienem się trochę cofnąć i opowiedzieć, skąd wzięły się moje zainteresowania uzależnieniami behawioralnymi.

Dużą część swojej kariery spędziłem, zajmując się zarówno leczeniem zaburzeń zdrowia psychicznego, jak i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Byłem superwizorem klinicznym grupy w programie, który należał do jednych z pierwszych programów podwójnej diagnozy dla osób z chorobami psychicznymi i zaburzeniami używania substancji. Tam miałem też okazję odbyć szkolenie z leczenia hazardu problemowego i patologicznego. Właśnie wtedy pomyślałem, że prowadzę programy dla osób uzależnionych i że jeśli zrozumiem uzależnienie, które nie polega na wprowadzaniu substancji chemicznej do organizmu danej osoby, to możliwe, że również będę lepiej pojmował leczenie ludzi uzależnionych od substancji.

Co ciekawe, to doświadczenie okazało się dla mnie czymś znacznie więcej. Odkryłem, że to naprawdę sposób, w jaki łączymy nasze tradycyjne myślenie o zaburzeniach używania substancji z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Szybko i wyraźnie uzależnienia behawioralne ukazały mi się jako zaburzenia zdrowia psychicznego, ponieważ dotyczą sposobu interpretacji i percepcji rzeczywistości oraz tego, że mózg reaguje na doświadczenia same w sobie. W mojej głowie narodziła się idea, że uzależnienia behawioralne są częścią kontinuum, które dotyczy tego, co nazywamy zaburzeniami osobowości. Uzależnienia występują na nim jako pewnego rodzaju nabyte zaburzenia osobowości.

To niezwykle istotne zająć się tym od czego pacjent się uzależni, ponieważ jego mózg wierzy, że potrzebuje tej czynności, aby przetrwać. Dlatego ja nie myślę o jądrze półleżącym jako centrum przyjemności naszego mózgu, a raczej widzę go jako centrum dążące do przetrwania. Nieważne, czy to głód, czy seks, to rzeczy, których uzależniony potrzebuje do przetrwania. To, co robią uzależnienia behawioralne, to

oszukiwanie naszego mózgu, by myślał, że potrzebujemy tych rzeczy, aby przetrwać. Podobnie działają uzależnienia od substancji, oszukują nasz mózg, by myślał, że są niezbędne. I dlatego tak naprawdę patrzą na uzależnienia behawioralne przede wszystkim jako na coś, co zmienia sposób, w jaki mózg funkcjonuje – mimo braku dostarczonej fizycznej substancji, traktuje pewne zachowania jako element niezbędny do przetrwania.

Myślę, że właśnie to stanowi specyfikę uzależnień behawioralnych. Jednocześnie to również powód, z którego pacjent nie jest w stanie po prostu powiedzieć: przestanę i już. Może się to zdarzyć tylko na samym początku problemu danej osoby, we wczesnych doświadczeniach, bo im głębiej się zakorzeniają, tym bardziej buduje się błędne wyobrażenie o potrzebie tych zachowań w celu przetrwania.

### Mówisz o kluczowym znaczeniu diagnozy dla przebiegu terapii osób uzależnionych behawioralnie.

Tak, mam na myśli najbardziej istotne elementy procesu oceny pacjentów. Jednym z nich jest wywiad kliniczny. Musi on być bardzo obszerny, wgłębiający się w pełną historię osoby, która przyszła do gabinetu. Bardzo istotna jest eksploracja relacji pacjenta z hazardem, a zatem pytania muszą dotyczyć początków uprawiania hazardu, kiedy i w jaki sposób ta osoba zaczęła grać. Jako terapeuta słuchasz ich historii o różnych sytuacjach, o tym, jak pacjenci zintegrowali się z hazardem i gdzie zaczęły się ich problemy.

W moim gabinecie wiele razy słyszałem historie ludzi, którzy trafiali do kasyna i mieli wczesne duże wygrane. Potem wrócili tam i czasami jeszcze wygrywali kolejne pieniądze. Rosło w nich wyobrażenie, że hazard może być łatwym sposobem na zarobienie pieniędzy. Jednak potem wielu z nich przychodziło właśnie do gabinetu z dziesiątkami tysięcy dolarów długu oraz brakiem możliwości ich odrobienia. Ci pacjenci, niestety, na ogół nie szukają długoterminowego leczenia. Warto wtedy interweniować choćby w krótki sposób i zacząć od przeprowadzenia psychoedukacji, mającej na celu uświadomienie destrukcyjnych efektów hazardu. Dzięki takiej interwencji ci pacjenci, którzy nie są jeszcze głęboko zakorzenieni w hazardzie problemowym, często potrafią przestać i już kilka sesji okazuje się dla nich niezwykle pomocne.

Podczas diagnozowania pacjenta z problemem hazardu należy między innymi przyjrzeć się jego sytuacji rodzinnej i finansowej.

Na tym etapie ważne jest zweryfikowanie, czy ma dług. Badania pokazują, że ci, którzy go posiadają, często mają też znaczące problemy prawne, traumy, a także większe skłonności samobójcze.

Jednak powtórzę w tym miejscu, że bardzo istotny jest pełen wywiad kliniczny. Ludzie ci często żyją w zaprzeczeniu i mają znaczące zniekształcenia, dlatego duże znaczenie ma również zgromadzenie dodatkowych informacji, także tych z otoczenia. Osobiście lubię wcześniej zaangażować małżonkę/a, ponieważ muszę ocenić, czy mogą zaangażować ich jako sojuszników w leczeniu moich pacjentów, czyli jako źródło wsparcia i zrozumienia. Z drugiej strony, ocenić też muszę, czy przygotowuję kogoś nie tylko do zaprzestania hazardu, ale czy może przygotowuję go też do rozwoju. Zaangażowanie partnera ma również znaczenie dlatego, że czasami niezbędne jest poproszenie go, aby na jakiś czas przejął lub przynajmniej monitorował finanse.

Kolejnym ważnym aspektem jest rozpoznanie i ewaluacja chorób współistniejących. Istotne są dosłownie wszelkie inne współwystępujące problemy ze zdrowiem psychicznym i inne problemy fizyczne.

Jeśli pacjent cierpi na depresję, z pewnością należy ją leczyć, ponieważ to ona w dużej mierze powoduje, że ludzie szukają sposobów dysocjacji. Należy również ocenić ryzyko samobójstwa, ponieważ, jak pokazują badania, aż około 12% osób z poważnymi problemami z hazardem zabija się i często robi to impulsywnie.

Na tym etapie naprawdę krytyczne jest również poznanie wszystkich przyjmowanych przez daną osobę leków. Istnieją dowody na to, że niektóre leki psychotropowe wpływają na problemy z hazardem. Przykładem mogą być leki stosowane w leczeniu schizofrenii, a także leki stosowane w leczeniu choroby Parkinsona; agoniści dopaminy, które mogą zaburzać kontrolę impulsów, powodując w znaczącej liczbie przypadków dysfunkcyjne uprawianie hazardu.

W czasie procesu diagnozy warto też pomyśleć o badaniach neuropsychologicznych w celu oceny stanu mózgu i historii jego urazów. Podczas własnej praktyki pracowałem z pacjentami, którzy na wcześniejszym etapie życia doznali dużego urazu mózgu, a następnie rozwinęli bardzo po-

ważne zaburzenia behawioralne, również te związane z hazardem.

W dalszej kolejności w procesie diagnozy i oceny pacjenta, warto wykorzystać narzędzia pomiaru. Jest kilka podstawowych inwentarzy, z których warto skorzystać podczas pracy z pacjentem uzależnionym behawioralnie.

Osobiście najbardziej lubię Inwentarz Sytuacji Hazardowych (The Inventory of Gambling Situations) opracowany przez naukowców z Centrum Uzależnień i Zdrowia Psychicznego w Kanadzie. Kwestionariusz zawiera sześćdziesiąt trzy pytania zorientowane wokół zachowań hazardowych. Pacjenci odpowiadają na przykład na pytanie, czy uprawiają hazard, gdy mają obniżony nastrój, czy robią to dlatego, że czują, że trzyma się ich szczęście. Wyniki ankiety pozwalają stworzyć obraz relacji pacjenta z hazardem w ramach określonych kategorii. Pozwalają również na identyfikację sytuacji, które narażają klientów na ryzyko nadmiernego hazardu.

Narzędzia pomiarowe warto też zastosować w celu oceny osobowości. W tej kategorii, komponenty warte szczególnej uwagi to poziom odporności psychicznej, skłonności do zaprzeczeń, a także rola, jaką odgrywa wstyd.

W końcu, bardzo istotna jest też analiza traum pacjenta. Informacje, które generują odpowiedzi, mogą być niezwykle pomocne i powinny być wykorzystane w procesie opracowywania planu leczenia problemu z hazardem i zapobiegania jego nawrotom.

### Czym, Twoim zdaniem, powinna różnić się praca z osobami, które uprawiają hazard dla podniecenia związanego z wygrywaniem, od pracy z tymi, dla których hazard jest ucieczką od problemów?

Są to niemal przeciwieństwa. Pod pewnymi względami można to porównać do pracy z ludźmi uzależnionymi od heroiny lub benzodiazepin w odniesieniu do pracy z osobami uzależnionymi od kokainy lub metamfetaminy. Jedna grupa poszukuje dysocjacji, a druga pobudzenia.

Ludzie, którzy szukają podniecenia w kasynie, mają silne potrzeby szukania źródeł ekscytacji. Ci, dla których hazard jest ucieczką, próbują się odłączyć od problemów, tracą poczucie czasu. Często idą do kasyna, kiedy mają naprawdę poważne problemy. Wchodzą do kasyna na godzinę, a jednak wychodzą po 24, często

grają do momentu, w którym zasypiają ze zmęczenia.

Dlatego naprawdę istotne jest zauważenie zaburzenia stanu psychicznego i hazard traktować jako ich symptom i te dwie sprawy należy naprawdę leczyć jednocześnie. Należy znaleźć to połączenie, powód, przez który pacjent ucieka. W tym przypadku w pracy z pacjentem warto skupić się przede wszystkim na budowie różnych mechanizmów radzenia sobie z przyczynami tych zachowań, budować umiejętności werbalne, zrozumienie własnych emocji przez pacjenta, aby nie musiał uciekać i mógł zmierzyć się z tymi problemami.

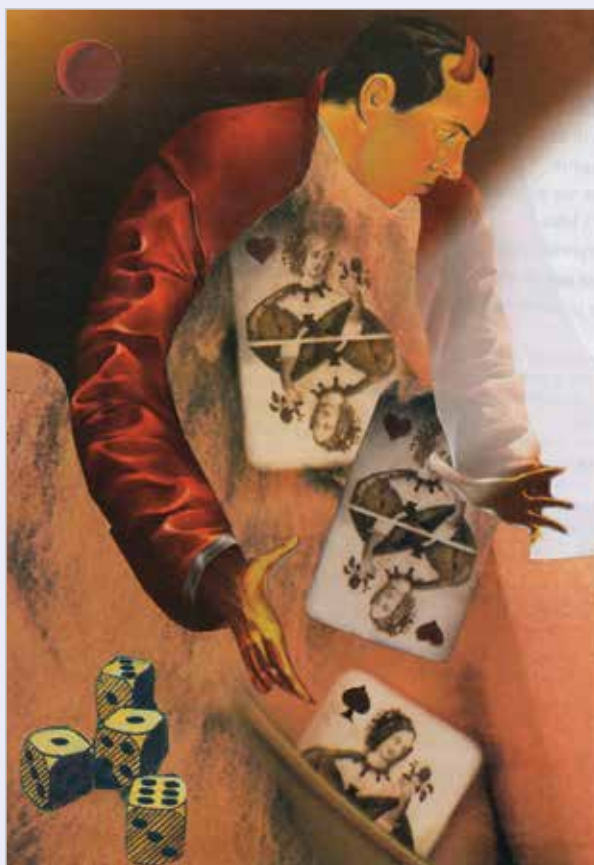
Jeśli chodzi o osoby, które szukają ekscytacji, to naprawdę jest trochę trudniejsze, przynajmniej dla mnie, ponieważ w pracy z takimi pacjentami przede wszystkim należy zastanowić się, jak można je spowolnić. Jak możesz pomóc im znaleźć alternatywy, które nie są dla nich destrukcyjne. Nie chcesz, aby po prostu wyszli i zaczęli wspinać się na Mount Everest. Ważne, by pracować z nimi nad ograniczeniem zachowań destrukcyjnych, takich jak hazard, do minimum. Całkowite ich zaprzestanie może okazać się nieosiągalne i może mieć wręcz kontrproduktywne efekty dla procesu terapeutycznego. Pacjenci mogą nie być w stanie całkowicie przestać grać, ale mogą nauczyć się mieć bardziej kontrolowane i bezpieczne epizody.

W przypadku pracy z pacjentami, którzy uprawiają hazard dla podniecenia związanego z wygrywaniem, należy poświęcić czas na odkrycie i zrozumienie znaczenia tego podniecenia i wygrywania. Warto szukać roli tego napięcia, którego chcą doświadczać.

### Co powinno być przedmiotem szczególnej uwagi terapeuty w pracy z osobą uzależnioną behawioralnie?

Przechodząc do tematyki bezpośredniej pracy terapeutycznej z pacjentem, z pewnością na uwadze należy mieć jego uczciwość. Niestety, kiedy mamy do czynienia z osobami, które mają problem z hazardem, trzeba być świadomym, że mają one tendencję do nieszczerości, która wynika z ich ogromnego poczucia zagrożenia.

To jeden z powodów, dla których krytyczne jest budowanie własnej wiarygodności jako terapeuty specjalizującego się w dziedzinie hazardu. W budowaniu tej wiarygodności nieoceniona jest umiejętność elokwentnego dyskusowania o hazardzie, to może być również szansą na zaangażowanie pacjenta w rozmowę. Nie oznacza to, że należy zostać ekspertem gier, natomiast na pewno istotna jest ich znajomość, a także rozumienie szans i sztuczek przyciągają-



cych ludzi do kasyna. Rozwijanie naszej wiarygodności i zaufania otwiera pacjentów na próbę poznania i zrozumienia siebie. Pomaga też w zaangażowaniu kogoś, kto przyznaje się do własnej ambiwalencji i niechęci do całkowitego rzucenia hazardu. Terapia musi opierać się na pełnej akceptacji, a relacja terapeutyczna na zaufaniu, nawet mimo świadomości, że pacjenci nie zawsze sami są uczciwi.

Terapia powinna być aktywna i ukierunkowana. Rolą terapeuty jest również zapewnienie struktury, ustalenie stosownych oczekiwań, a także wyznaczenie granic. Przykładem granicy, którą należy postawić, jest moment, kiedy pacjent ekscytuje się opowiadaniem o swoich historiach hazardowych. Należy wtedy to ograniczyć. Kolejną

granicą jest oczywiście odmowa pożyczania pacjentowi pieniędzy.

Podczas terapii również należy pomóc pacjentom rozpoznać i ustalić, co wyzwała ich zachowania hazardowe, jakie są ich osobiste wyzwalacze. Niektórzy pacjenci zeznają, że samo przejechanie samochodem obok kasyna lub patrzenie na billboard sprawia, że decydują się na grę. Inni opowiadają, że dzieje się to zawsze po kłótni z żoną lub mężem.

Podczas sesji trzeba też przeanalizować systemy obrony, z którymi pacjenci przychodzą do gabinetu. Jakie są ich problemy z własnym spostrzeganiem Ja, jakie mają traumy oraz jakie mają lęki, które istotnie wpływają na ich sytuację. Należy szukać odpowiedzi, przed czym się bronią i czy dlatego uprawiają hazard.

W terapii musisz zaplanować przestrzeń, by pomóc pacjentowi radzić sobie z zaprzeczaniem i rozpoznawać irracjonalne myśli, a także rozumieć jego różne mechanizmy obronne.

W pracy z pacjentem musimy także chcieć pomóc mu zrozumieć sens jego działania. To możliwe między innymi dzięki ustaleniu, co dla niego, jako jednostki, oznacza uprawianie hazardu. Warto zastanowić się, co pacjenci otrzymują i jaką funkcję pełni dla nich hazard, ale równolegle należy dążyć do obiektywnego przedstawienia im rzeczywistości.

Często rozmawiam z pacjentami, którzy opowiadają mi o tym, że jak wchodzi do kasyna, czują się mile widziani, znajdują się w miejscach, które znają, w których dostają jedzenie, czują się zaopiekowani, widują znajome twarze, znajdują w kasynach zaspokojenie swojej potrzeby przynależności. Szereg pacjentów uważa, że hazard dodaje im tożsamości.

Na przykład mój pacjent często opowiada o tym, że w jego miejscu pracy wszyscy znają go jako tego „hazardzistę”.

Wielu innych pacjentów za powód uprawiania hazardu podaje próbę wyjścia z długów. Często mówią: „gram, bo mam nadzieję, że w końcu wyjdę z długów”.

Kiedy myślimy o funkcji, jaką przypisują uprawianiu hazardu, wymienić też można potrzebę ekscytacji, akcji, rywalizacji: „mam więcej szczęścia”, „jestem lepszy”.

Wielu uprawia hazard, bo umieszcza ją w nim uzyskaną akceptację społeczną i ogólnie rozumianą możliwość socjalizacji, a także traktują jako alternatywną drogę do sukcesu. Dalej, znajdując zaspokojenie potrzeby silnych doznań, możliwość wyrażenia swojej buntowniczości, ujście gniewu i oczywiście hazard często służy jako możliwość ucieczki i dysocjacji.

Często jest ucieczką od afektu, osobistym antydepresantem, sposób radzenia sobie z lękiem. Dysocjacja, którą umożliwia hazard, daje pacjentom również chwilową ulgę od poczucia winy, wstydu lub bezradności.

Następnym obszarem w pracy z uzależnionym od hazardu i prawdziwym jej sednem jest praca wokół jego własnych emocji i szeregu różnych umiejętności. To między innymi pomaganie pacjentowi w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, a także pomoc w poszukiwaniu alternatywnych bezpiecznych działań, które zaspokoić mogą jego potrzebę pobudzenia. Zadaniem terapeuty jest pomóc pacjentowi zrozumieć towarzyszące mu różne emocjonalne doświadczenia, rozwinąć jego samoświadomość emocjonalną, a także umiejętność ich werbalizacji i regulacji.

Pacjenci z uzależnieniem behawioralnym często cierpią na zaburzenie emocjonalne nazywane aleksytymią. Nie rozumieją i nie potrafią nazwać emocji, których doświadczają.

W moim gabinecie pracowałem z pacjentką, która okrada sklepy. Często mówiła, że kradnie, bo ją to uszczęśliwia. Kiedy naprawdę się temu przyjrzelśmy, okazało się, że chodziło jej o ekscytację. Wtedy jako terapeuta muszę odkryć, czy ona wie, co to znaczy uszczęśliwiać. Z drugiej strony badam, czy ona wie, co ją smuci, czy potrafi dostrzec, kiedy jest zła, a może te emocjonalne stany uruchamiają pewne automatyzmy w jej zachowaniu – na przykład, kiedy jest zła, wychodzi i okrada sklepy.

Rozwijanie zrozumienia i świadomości własnych emocji i tych werbalnych umiejętności ich wyrażania może przynieść przełomowe efekty w pracy z pacjentem. Badania w tym obszarze mają bardzo obiecujące wyniki przede wszystkim, jeśli w naszym gabinecie spotykamy się z osobą, która uprawia hazard w celu ucieczki.

W czasie terapii należy też znaleźć przestrzeń na wsparcie pacjenta w poszukiwaniu czynności, które mogą za-

stąpić hazard, a są dla niego na pewnym poziomie satysfakcjonujące.

Pozwolę sobie przytoczyć przykład z mojego gabinetu. Pracowałem z pacjentem, u którego po systematycznej pracy jego hazardowe zachowania się zminimalizowały. Wtedy on znalazł warunki, aby zakupić motocykl i na nim jeździć. W tej aktywności znalazł źródło podniecenia, którego ciągle potrzebował. Oczywiście jako terapeuta musiałem przedyskutować niebezpieczeństwa związane z poruszaniem się jednośladem i istotę przestrzegania przepisów.

Warto też zachęcać pacjentów do medytacji, jogi i ćwiczenia uważności. Dobre efekty przynoszą również aktywności, o których niekoniecznie myślimy jako medytacyjnych, takie jak łowienie ryb. Też wymagają od ludzi siedzenia i intensywnego skupienia, co zresztą bardzo zbliżone jest do stanu, którego doświadczali, kiedy grali. Może to być gotowanie, lekkoatletyka i inne sporty, wszystko to, co pozwala spożytkować swoją energię i czas. Hazardzista spędza dużo czasu grając, a alkoholik pijąc, dlatego pacjent potrzebuje znaleźć bezpieczną alternatywę spędzania czasu.

### Nad czym pracować z pacjentami indywidualnie, a co uczynić przedmiotem pracy w grupach?



Odpowiadając na to pytanie, zaczęłam od tego, że czasami trudno jest znaleźć wystarczająco dużo ludzi, by w ogóle móc utworzyć grupę. I jest to jedno z największych wyzwań, przed którymi stoimy. Dzieje się tak między innymi dlatego, że duży procent osób nie szuka formalnego leczenia.

Nawet w moim mieście, aglomeracji, w której mieszka około miliona ludzi, organizacjom bardzo trudno jest stworzyć grupy dla uzależnionych od hazardu, właśnie przez brak chętnych. Aktualnie jedyną grupą, która działa konsekwentnie, jest Administracja Weteranów – ta ma zasięg ogólnokrajowy i faktyczny dostęp do osób z poważnymi problemami związanymi z uprawianiem hazardu.

Jeśli udaje się grupę stworzyć, to im poważniejszy jest problem z hazardem, tym bardziej skuteczna jest interwencja grupowa. Tutaj bardzo podobnie interwencje grupowe mogą być pomocne w pracy z uzależnieniami chemicznymi, gdzie terapeuta rozumie proces, rozumie teorie, rozumie rzeczywiste działanie uzależnienia, ale przede wszystkim ma prawdziwą empatię dla jednostek. Podczas prac, grupa spełnia funkcję umożliwiającą łagodną konfrontację z jednostką w sposób, którego terapeuta nie jest w stanie przeprowadzić. Często omówione mogą być różne zniekształcenia, których doświadczają w interpretacji rzeczywistości, a także zaprzeczenia, które mogłyby nie zostać w pełni zauważone w pracy indywidualnej. Jako terapeuci jesteśmy ograniczeni naszym sposobem patrzenia na świat. Grupa zatem stanowi źródło dodatkowych czterech, pięciu osób, które patrzą na świat w innaczej, mogą czasami interpretować go w sposób, który lepiej współbrzmi z jednostką niż terapeuta.

Myślę więc, że pod tym względem praca w grupie z pacjentami jest nieoceniona i może być bardzo pomocna. Mówiąc to, zdaję sobie jednak sprawę, że praca indywidualna ma kluczowe znaczenie dla dotarcia do prawdziwych szczegółów i powodów tego, dlaczego ludzie grają. W długiej pracy terapeutycznej odkrywane są między innymi konflikty, które to powodują. Rozpoznawane są także głęboko pojmowane zagrożenia dla osobistych czynników wyzwalających, które mogą przyczynić się do nawrotu.

W pracy indywidualnej z pacjentami bardzo istotne jest zastosowanie podejścia polegające na redukcji szkód. Gdy do gabinetu po raz pierwszy przychodzi pacjent, często pierwszym ich oczekiwaniem jest zdobycie kontroli, tak jak ludzie, którzy piją, chcą kontrolować picie. Zamiast wdać się z nimi w dyskusję na ten temat, zagłębiłbym się w eksplorację, czy to możliwe. I jeśli to dla nich możliwe, to dobrze dla nich. Jeśli nie, a pacjent nadal chce zrobić to po swojemu, warto bez walki z nim, zasugerować, że jeśli pomysł nie zadziała, wykorzystamy inny sposób, który pomoże.

### Co dzisiaj wydaje się najbardziej skutecznym podejściem w leczeniu tych uzależnień?

Terapia poznawczo-behawioralna jest prawdopodobnie najskuteczniejszym narzędziem, ponieważ stara się uchwycić ludzi, ich emocje i myślenie. Struktura tej terapii daje pacjentom możliwość stać się bardziej świadomymi własnych procesów i pozwala na uruchomienie pewnych pożądanych zmian.

Warto wspomnieć też o nowszej jej odmianie – terapii dialektyczno-behawioralnej, którą promuje Marsha Linehan. Oferuje ona możliwość dokonywania trafnych interwencji dotyczących mocno zakorzenionych zachowań.

Trzecim tradycyjnie używanym i skutecznym podejściem w leczeniu uzależnień behawioralnych jest terapia multimodalna.

Dodatkowym, stosowanym powszechnie w USA wsparciem dla tych terapii jest Wspólnota Anonimowych Hazardzistów, przyjaźnie nastawiona do terapii i do interwencji terapeutycznych.

W tym miejscu wspomnę też o Dialogu Motywującym, który, jak myślę, warto używać od samego początku. W Dialogu Motywującym istotny jest charakter rozmowy, który musi opierać się na szacunku i empatii terapeuty wobec decyzji pacjenta. Podczas oceny motywacji, nie dajcie się zwieść ludziom, którzy mówią: „Gwarantuję, że nigdy więcej nie będę pił, gwarantuję, że nigdy więcej nie będę grał”. To są ludzie, którzy nie rozumieją swojego zaprzeczenia. Dlatego to, co naprawdę chcesz wydobyć, to ta ambiwalencja, którą mają. Praca wokół i nad ambiwalencją jest jednym z kluczowych elementów pomocy pacjentowi. I myślę, że to bardzo istotne, żeby Dialog Motywujący podczas pracy zintegrowany był od samego początku.

Jako terapeuci oceniamy wzloty i upadki motywacji pacjentów podczas leczenia. Ważne, aby w procesie terapeutycznym brać pod uwagę pracę z traumą. Ma to szczególne znaczenie w przypadku ludzi, którzy dysocjują, chociaż nie umniejszałbym znaczenia traum również w pracy z pacjentami, którzy szukają w hazardzie podniecenia związanego z wygrywaniem. Ci często rozwijają takie zaburzenia jak zespół deficytu uwagi, z powodu dysfunkcji w ich rodzinie, a następnie przechodzą w zachowania uzależniające, ponieważ dorastali w chaotycznym środowisku, które sprawiło, że są bardziej dostosowani do stanu przyspieszenia niż do dysocjacji.

Dodam, że uważam leczenie uzależnień w rozumieniu instytucjonalnym za zbyt krótkie. Myślę, że aby leczenie było naprawdę skuteczne, powinniśmy mieć na to znacznie więcej czasu zagwarantowanego przez instytucje nadzorujące. A potem obecność pacjentów w grupach wsparcia, które też są nieocenioną częścią leczenia uzależnień.

Osobiście nie postrzegam i nie stosuję CBT jako krótkoterminowej terapii, bo uważam, że jak w przypadku uzależnień, kiedy problem jest zakorzeniony, kilka czy kilkanaście tygodni nie wystarczy, żeby go rozwiązać. Niestety, nie wszyscy podzielają moje nastawienie.

### A co powiesz na temat ostatniego roku? To czas zdominowany przez pandemię koronawirusa, uwięził miliony młodych ludzi przed komputerami i smartfonami, które stały się głównym narzędziem zdalnie prowadzonych zajęć szkolnych i kontaktów rówieśniczych. Jakich negatywnych konsekwencji tego stanu rzeczy możemy oczekiwać i jakie zadanie to stawia przed osobami zajmującymi się uzależnieniami behawioralnymi?

Cóż, to naprawdę dobre i ważne pytanie. Myślę, że jest wiele różnych odpowiedzi. Miliony ludzi, którzy przyzwyczajeni chodzić do kasyna, już tam pójść nie mogli. Może więcej pili, może przenieśli się do kasyn online, zaczęli grać w gry komputerowe. Opcji jest wiele. Przede wszystkim jednak już wiadomo, że to granie miało niesamowity wzrost w ostatnich kilkunastu miesiącach.

Wiele osób, z którymi pracowałem, w szczególności młodzi ludzie, nie spotkali się miesiącami ze znajomymi osobiście, ponieważ byli odizolowani z powodu wirusa. W ich przypadku gry stały się

jedynym społecznym azylem, a także emocjonalnym uściskiem. Tak naprawdę konsekwencje sytuacji wymuszonej przez pandemię, czyli między innymi masowego nadużywania komputerów, braku rzeczywistych spotkań z ludźmi i rozwiniętych niezdrowych nawyków, będziemy obserwowować dopiero niedługo. Część ludzi zauważa, że zaoszczędzili trochę pieniędzy, ale część wpadła w depresję.

Należy dodać, że w czasie rzeczywistym obserwowaliśmy słabą reakcję krajów na potrzeby zdrowia psychicznego jednostek. Systemy przede wszystkim publicznej opieki zdrowotnej na całym świecie naprawdę zawiodły i opierały się na metodzie zaprzeczenia. Ludzie musieli znosić to bez względu na zasób potrzebnych do tego narzędzi i umiejętności, nie dostali też żadnych alternatywnych ujęć trudnych emocji. Konsekwencje tego będziemy ponosić przez następne lata.

Warto jednak zauważyć, że przeniesienie wielu obszarów życia do internetu może nieść pewne korzyści. Sam jestem zapraszany do dołączenia do wirtualnych paneli zdrowia psychicznego przez różne organizacje, które powoli próbują tworzyć zdalne formy pomocy w obszarze zdrowia psychicznego. Myślę, że warto wspomnieć o korzyściach, to między innymi fakt, że osoby na przykład z obszarów wiejskich, które po prostu nie mają dostępu do terapii, zyskały dostęp do spotkań online. Również osoby, które chcą po prostu mieć terapię krótkoterminową, mogą skorzystać na pojawieniu się terapii online. Mam jednak nadzieję, że ludzie, którzy mają głębsze problemy, będą chcieli kontynuować terapię w bezpośrednim kontakcie z terapeutą. Podczas spotkań online niestety wiele nam, terapeutom, ucieka: nie widzimy wielu gestów, unykają nam istotne wskazówki, takie jak niespokojne nogi. Po prostu nie mamy tego samego poziomu kontaktu, gdy wszyscy jesteśmy dwuwymiarowi.

### Coraz częściej w naszych gabinetach pojawiają się rodzice nieradzący sobie z egzekwowaniem od swoich dzieci podstawowych obowiązków domowych i szkolnych w związku ze spędzaniem przez nie całych dni i nocy na graniu w gry komputerowe i „obsłudze” mediów społecznościowych. Chętnie oddaliby nam swoje dzieci „do naprawy”. Co możemy zaproponować tym rodzicom?

Tak naprawdę rodzice muszą przyrzec się strukturze, którą zapewniają jako

rodzice, przede wszystkim na etapie intensywnego rozwoju ich dziecka. Jako terapeuci po pierwsze musimy przeanalizować, jaka struktura i oczekiwania wobec korzystania z urządzeń dzieci funkcjonują w domu rodziców, którzy odwiedzają nasze gabinety. Musimy uczyć umiejętności rodzicielskich tych opiekunów, którzy tak naprawdę nie rozumieją, jak wiele zmieniają media społecznościowe i internet, obecne w nich gry i wirtualny hazard. Należy też rozpoznać, czy i w jaki sposób rodzice ograniczają dostęp do mediów społecznościowych swoich dzieci.

Niestety, niektórzy rodzice często traktują tablet/telefon jako niewinną rozrywkę dla swoich dzieci, nie dostrzegając, jak „integrują się one z ekranami” od wczesnodziecięcych lat. Kiedy więc używają go cały czas, trudno jest zauważyć i prawidłowo reagować na tę zmianę, która powoduje, że wraz z dojrzewaniem korzystają z internetu już kosztem innych czynności.

Myślę, że dobry początek to pomoc rodzicom w ocenie i monitorowaniu, z jakich mediów społecznościowych, jak często i jak długo korzystają ich dzieci. Najtrudniejszym elementem jest to, że media społecznościowe są naprawdę atrakcyjne, zwłaszcza dla osób bardzo nieśmiały i introwertyków, dlatego, że mogą naprawdę biernie angażować się w wiele rzeczy. To też jest powód, dla którego wielu ludzi decyduje się pójść do kasyna. Mają do czynienia z pasywną interakcją społeczną, wokół znajdują się ludzie, którzy są często przyjaźni, mili, ale w żaden sposób nie muszą stanowić wyzwania. Media społecznościowe również pełnią tę funkcję. Ważną częścią pracy jest zrozumienie, jaką rolę odgrywają media społecznościowe i internet dla dzieci tych rodziców. Dopiero wtedy można rozpocząć wspólną pracę z rodzicami nad wprowadzaniem pożądanych zmian.

**Kończąc naszą rozmowę, chcielibyśmy zapytać, co pozwala Tobie, jako doświadczonemu terapeutce, zachować optymizm i uchronić przed wypaleniem zawodowym?**

Myślę, że świadomość potrzeby dbania o siebie jest naprawdę ważna. Tutaj można wymienić aktywności skupione na self-care, które warto zintegrować z codziennymi obowiązkami. To może być ćwiczenie uważności, medytacja czy uprawianie jogi.

Myślę też, że cenną rzeczą w zdobywaniu doświadczenia jest to, że zaczynasz budować solidną znajomość swoich umiejętności, rozpoznajesz, w czym jesteś dobry,

a w czym nie, kiedy czujesz progres i stajesz się lepszy, a kiedy przeżywasz trudności...

Jak wiecie, wykładam na uniwersytecie, zawsze mówię moim studentom, że zostanie terapeutą jest o wiele lepsze niż bycie sportowcem. Bo kiedy zaczynasz, jako profesjonalny sportowiec, często wtedy jesteś na wyżynach swoich możliwości i umiejętności, a potem, gdy się starzejesz, stajesz się coraz gorszy. Za to, kiedy zaczynasz być terapeutą, nie jesteś zbyt dobry, ale z wiekiem stajesz się coraz lepszy. Gromadzisz doświadczenie i robisz się coraz bardziej kompetentny. Zaczynasz rozumieć, w jaki sposób pomagasz ludziom, możesz wyraźniej zobaczyć ich i siebie. Warto ufać temu procesowi. Warto też angażować się w aktywności, które sprawiają nam przyjemność, posiadać swoje hobby, robić sobie wakacje. Myślę, że to bardzo osobisty kawałek, ale warto pielęgnować te aktywności poza gabinetem, które nadają sens naszemu życiu.

Wypalenie pojawia się przede wszystkim dlatego, że jako terapeuci często operujemy w zaprzeczeniu stresowi, którego doświadczamy.

Niedawno w radiu usłyszałem warstwę przytoczenia w tym miejscu metaforę. Psychiatra opowiadał o wypaleniu. Zwrócił uwagę, że często mylnie zakłada się, że wypalenie funkcjonuje tak jak wtedy,

kiedy w twoim samochodzie kończy się benzyna. Po prostu dolewasz do niego trochę paliwa i możesz jechać dalej. Jednak w rzeczywistości to bardziej przypomina pętlę kredytową. Spłacasz raty starego kredytu, biorąc nowy. Zadłużasz się coraz bardziej, nie zdając sobie sprawy, że twoje długi rosną, dopóki nie zbankrutujesz.

Wypalenie jest bankructwem naszej energii i jej rezerw. Dlatego trzeba nieustannie kalkulować, ile troski musimy sobie okazać, aby pozostawać w formie. Trzeba być uważnym i pamiętać o sobie.

**Dziękujemy za rozmowę.**

**LOUIS WEIGELE**

Licencjonowany pracownik socjalny w stanie Ohio ze statusem superwizorskim (LISW-S), certyfikowanym przez Board Certified Diplomate in Clinical Social Work (BCD). Posiada Międzynarodowy Certyfikat Terapeuty Hazardowego (ICGC-II). Zasiada w Radzie Dyrektorów Koalicji ds. Zdrowia Psychicznego i Uzależnień w Ohio, Radzie Dyrektorów w Problem Gambling Network of Ohio (PGNO). Wykłada na Uniwersytecie Case Western Reserve. Prowadzi niezależną praktykę kliniczną w Rocky River w stanie Ohio. Zajmuje się m.in. diagnozą i leczeniem problemów związanych z hazardem i innymi uzależnieniami. Pracuje z parami i grupami.

W 2011 roku w ramach projektu współfinansowanego z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych zrealizowano badanie na temat ofert pomocy dla uzależnionych od hazardu. Badaczki wysłały 801 ankiet do różnych placówek. Posiadanie w swojej ofercie różnych form pomocy dla patologicznych hazardzistów potwierdziło 101 placówek, w tej liczbie znalazło się 89 placówek świadczących pomoc dla ich bliskich. Spośród nich 89 zadeklarowało prowadzenie terapii indywidualnej, a 68 – prowadzenie terapii grupowej dla patologicznych hazardzistów. Inne działania skierowane do tej grupy docelowej prowadzone przez placówki to: poradnictwo (86), zajęcia edukacyjne (84), działania profilaktyczne (27).

Jeżeli chodzi o pomoc bliskim, 64 placówek prowadziły terapię indywidualną, a 43 – grupową dla tych osób. Ta grupa docelowa mogła skorzystać z placówek z poradnictwa (79), zajęć edukacyjnych (67), działań profilaktycznych (15).

Posiadanie wyodrębnionego programu terapii indywidualnej dla pacjentów graczy deklarowało 59 placówek, ale brak takiego programu zgłaszały 32 placówki (można zatem przypuszczać, że pracowały one w oparciu o program wypracowany dla innych uzależnień, najczęściej zespołu uzależnienia od alkoholu).

Program terapii grupowej dla hazardzistów posiadały 53 placówki, natomiast 37 nie miało takiej oferty. W przypadku pomocy dla bliskich program terapii indywidualnej posiadało 40 placówek (46 deklarowało jego brak), natomiast 34 placówki zgłaszały posiadanie programu terapii grupowej dla bliskich (52 zgłaszały jego brak). Po dziesięciu latach od prezentowanych tu wyników badań, biorąc pod uwagę rozwój oferty terapeutycznej w Polsce, dane te zapewne ulegają zmianie.

*Źródło: Bernadeta Lelonek-Kuleta, Joanna Chwaszcz, Świadczenie pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin w Polsce – wyniki badań ogólnopolskich.*

Weronika Sochańska, Rafał Rytwiński

*Opisana forma pracy może, w naszej opinii, mieć głęboką wartość dla przebiegu terapii pacjentów w poradni leczenia uzależnień, dając im możliwość kontynuowania nowego poziomu rozumienia funkcji uzależnienia, poprzez głębię relacyjną przeżycia korektywnej rekapitulacji rodziny pierwotnej i pogłębiania rozwoju osobistego*

## W DIALOGU O PEWNEJ GRUPIE PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

**W** Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia Monar w Poznaniu prowadzimy grupę psychoterapeutyczną o profilu zaawansowanym. Opowiadamy o tej pracy, opisując jej cele, zasady, nasz sposób pracy i środowisko, w którym grupa może się rozwijać.

**RAFAŁ:** Gdy zamykam oczy, by pomyśleć o naszej grupie, to w pierwszej kolejności pojawia mi się myśl, że oprócz bycia terapeutą w pracy, odczuwam przyjemność z jej prowadzenia oraz z pracy z Tobą. Uznaję za wyjątkowe to, że my o tej grupie często rozmawiamy, poświęcamy jej dużo myśli, czasu. Ta grupa to nie tylko dwie godziny jej trwania w tygodniu, po których mówimy „do zobaczenia za tydzień”, ale to także przeżycie, które nam towarzyszy. Nie wiem, jak Tobie, ale mnie na pewno.

**WERONIKA:** Zdecydowanie tak! A gdybym Ci zadała pytanie: w związku z tym, że grupa stanowi przeżycie, to po co pacjentom jest w ogóle taka grupa?

**RAFAŁ:** Uśmiechamy się oboje, mówiąc słowo „diagnoza”, ale jest ona potrzebna w Poradni NFZ, by móc przyjąć pacjenta, i to jest jeden kawałek historii. Drugi to taki, że pacjenci spotykają się ze swoim bólem i cierpieniem i dlatego przychodzą na terapię. Spotykają się z jakąś niewygodą, żyją w swoich domach, miejscach pracy i nie wiedzą co, ale mówią: „niewygodnie mi, coś mi nie gra”.

Przychodzą do nas i dzięki ich wcześniejszej pracy w tutejszej Poradni mają już duże doświadczenie terapeu-

tyczne i wiedzę. Już dotknęli obszaru emocji, stali się świadomi przyczyn swoich zachowań, ale jak gdyby czegoś o sobie jeszcze nie zaznali, stali na jakimś „mglistym brzegu”. Ktoś mówi im na wcześniejszej grupie, że dobrze byłoby iść dalej, rozwijać się, badać. Wtedy przychodzą na naszą grupę, bo wciąż czegoś nie mają „załatwionego”, wciąż nie mogą czegoś przejść. Co Ty o tym myślisz?

**WERONIKA:** Zanim odpowiem na pytanie, to chętnie opowiem o kontekście terapii, jaki zapewnia Poradnia Monar, w której pracujemy.

Poradnia stworzyła system trzech etapów terapii grupowej dla osób borykających się z uzależnieniem. Między tymi etapami istnieje kilka różnic.

Pierwszą stanowi czas trwania: grupa wstępna jest najkrótsza (cztery miesiące), grupa pogłębiona dłuższa (dziesięć miesięcy), a grupa zaawansowana trwa od roku do dwóch lat. Daje to możliwość dla osób z uzależnieniem odbycia w sumie ponad trzech lat terapii grupowej.

Drugą różnicą jest częstotliwość wejść, ponieważ grupa wstępna jest najbardziej rotująca, mając „wejścia” i „wyjścia” co około cztery tygodnie, na grupie pogłębionej dzieje się to rzadziej, co około dwa miesiące, a na grupie zaawansowanej wejścia odbywają się od dwóch do trzech razy w roku.

Trzecia różnica polega na treści i celu grupy – na pierwszej grupie odnajdują się osoby bez lub ze znikomymi wcześniejszymi doświadczeniami tego typu pracy. W związku z tym grupa

wstępna na początku bywa dla wielu pacjentów trudnym i niezrozumiałym doświadczeniem. Zdarza się za to, że po krótkim czasie terapeuci i pacjenci doświadczają efektu „wow”, czyli pod koniec grupy z osoby, która rozmawia jedynie o potknięciach z substancją, pełnej lęków i wycofującej się, wyłania się osoba zadziwiona nie tyle ilością wiedzy, ale tym, że na grupie się z kimś związała, kimś się zaciekawiała, a ktoś zaciekawiał się nią, że pomiędzy spotkaniami martwiła się o czyjąś abstynencję.

Te pierwsze sygnały troski wiążą się z doświadczeniem włączania drugiej osoby w swój świat, czyli że ktoś jest dla mnie ważny, a ja dla niego, świat znaczeń rozszerza się poza substancję. To motywuje, żeby pójść na grupę pogłębioną. Tutaj w ciągu dziesięciu miesięcy nasi pacjenci już wiedzą, że relacja może być ciekawa, ale często nie mają świadomości, że można jej różnie doświadczać, przeżywać jej znaczenia i powoli dostrzegać, jak ona wpływa na życie codziennie – to na grupie pogłębionej dzieje się intensywny „trening” rozpoznawania emocji, eksplorowania się w kryzysach relacyjnych i badania głębi relacyjnej.

W międzyczasie pacjenci zazwyczaj uczestniczą też w terapiach indywidualnych.

Z takim zapleczem wchodzą później na grupę zaawansowaną. Mają już wiedzę, czują się ugruntowani w trzeźwości, a więc „lewa półkula mózgu” jest nasycona, a do tego doświadczyli pierwszych znaczących zbliżeń relacyj-

nych. Na grupie zaawansowanej stawiamy nacisk na eksplorację doświadczeń emocjonalnych i egzystencjalnych. Zastanawiamy się, jak pacjenci przeżywają emocje, co się dzieje na poziomie ciała oraz jak te emocje komunikują. Integrujemy to z tym, co pacjenci już o sobie wiedzą. Przy tym z premedytacją wylapujemy momenty, gdy pacjenci opisują, jak coś udaje im się „inaczej” poczuć, nazwać, w czymś wytrzymać – by świadomie analizowali zmiany, które się w nich dokonały dzięki terapii.

Dodam, co pewnie ważne, że na grupie zaawansowanej spotykają się osoby, które przeszły „tryb” terapii uzależnień wraz z osobami po terapii DDA, współuzależnienia, terapii uzależnień behawioralnych. Tu zaczyna się ciekawy proces.

**RAFAŁ:** Dokładnie, Poradnia stawia duży nacisk na terapię grupową i tych grup mamy mnóstwo, m.in. grupę wsparcia partnerów osób uzależnionych, grupę DDA, grupy dla rodziców, grupy młodzieżowe, grupy uzależnień behawioralnych, dramaterapia...

**WERONIKA:** Tak, środowisko, w którym możemy pracować, bardzo sprzyja rozumieniu znaczenia terapii grupowej oraz takiego kontekstu pracy, w którym samo uzależnienie jest ważne, ale równie istotne znaczenie ma trauma relacyjna, która je poprzedza i którą na grupie staramy się „opatrzyć”. Mamy tu wspólne rozumienie, zgodnie z którym terapia indywidualna w tym kontekście jest nieodzowna, ale to na grupie istnieje możliwość pewnym kwestiom się przyjrzeć i inaczej doświadczyć.

**RAFAŁ:** Wspomniałaś o bliskości i o istocie relacji na grupie. To ważne, ponieważ wraz z pracą na grupach różnie poziom zainteresowania drugim człowiekiem i to przybliży nas stopniowo do doświadczenia się w relacjach. A przestrzeń doświadczenia (a nie samej wiedzy) jest potrzebna, by móc ją przenosić dalej w życie. Po to, by ta „mgła” się rozwiewała, a w „ciemnym pokoju” pojawiało się światło. Idąc za tą metaforą, najpierw blask może być niesamowity, ale zaskakująco duży i oślepiający (grupa wstępna), potem wzrok się przyzwyczaja i jego mięśnie wzmacniają (grupa pogłębiona), a potem można uczyć się oglądać, jak wygląda świat i ja w nim (grupa zaawansowana).



**WERONIKA:** Rafał, chciałabym zapytać w kontekście tej „mgły”, w Twoim przeżywaniu, w jakim celu my w ogóle łączymy na jednej grupie osoby z różnymi diagnozami?

**RAFAŁ:** W moim myśleniu to tak, że grupa ma jak najbardziej przypominać otoczenie zewnętrzne i ono takie na grupie jest – są partnerki, członkowie rodzin, w których używa się substancji nałogowo, osoby uzależnione behawioralnie. Na grupie, w trochę laboratoryjnych warunkach, można się przyglądać, jak taka codzienność wygląda, jednak widząc różne jej perspektywy.

Chodzi o to, że pacjenci czasem nie mogą przejść dalej w rozwoju, bo pojawiają się jakieś przykre wspomnienia, które zatrzymują, blokują i tworzą tę „mgłę”. Na grupie mogą je obejrzeć i przeżyć inaczej. Na grupie uczestnicy doświadcniają, że partnerka akceptuje załamanie abstynencji – jak to jest możliwe, skoro w domu nigdy tak się nie dzieje? Partner, partnerka czy rodzice,

często w życiu przeżywani jako opresyjni – doświadczają przyjęcia i dzięki temu pojawia się szansa, by się nawzajem realnie usłyszeć – bez obron, czegoś, co dawniej było przyblokowane.

**WERONIKA:** Tak, to bardzo ważne. Na grupie dla osób borykających się z uzależnieniem działa bardzo ważny czynnik leczący związany z uniwersalnością przeżyć, ale został zawężony do doświadczeń uzależnienia, a na tej grupie zapraszamy do przyjrzenia się też innym kontekstom. Bo jednak przed wejściem nowych osób słychać pytanie: „A ile będzie osób z diagnozą DDA, a ile z uzależnieniem?”. My pytamy: „A jakie to ma znaczenie”? Staramy się omawiać, jak to jest doświadczać nowej obecności – czy trzeba się uzbrajać przed „innością”, czy da się zobaczyć podobieństwa.

Potem, gdy pacjenci z różnymi „diagnoząmi” się poznają, okazuje się, że ich cierpienie jest takie samo, tylko ma

inny kolor, inaczej się w życiu przejawiało. I to jest bardzo ucłowieczające.

Okazuje się, że idąc ulicą, każdy niesie swoje cierpienie i nie jest już tak bardzo „tym innym”, co zmniejsza lęk. To tak, gdy w domu rodzic powie „ty jesteś pracowity, ty leń, a ty gapa”, to każdy ma inną łatkę, ale wszyscy są przyblokowani, każdy ma swój ból, który jednak ma wspólny mianownik. To mi się wydaje ważne.

**RAFAŁ:** Kiedy mówiłaś o tych gapach i leniach, pomyślałem, że ważne byłoby powiedzieć, jak my patrzymy na kwestię tych „łatek” – że to zawsze są sposoby radzenia sobie z cierpieniem, tak jak używanie substancji, agresja czy inne.

Oczywiście inną historią jest funkcja chemiczna uzależnienia, ale ważne, że jedna osoba z jakiegoś powodu staje się „gapą”, a inna z jakiegoś „leniem”. I my nie chcemy się skupiać na tym, by te łatki nazywać, tylko na tym, co było wcześniej, dlaczego tak jest i jak pomóc pacjentom siebie samych doświadczać (zamiast doświadczenia siebie jako „gapy”). Jeśli ten dylemat da się rozwiązać, a głęboko wierzę, że się da, to dane zachowanie jako sposób radzenia sobie z cierpieniem stanie się nieaktualne.

**WERONIKA:** Rafał, a gdybym Cię zapytała, co jest ważne, gdy spotykamy się z nową osobą na konsultacji. Co chcemy usłyszeć od pacjenta i co chcemy jemu/jej przekazać?

**RAFAŁ:** Mam potężne zaufanie do Poradni, w tym do terapeutów pracujących z pacjentami, którzy kierują do nas na grupę. Dlatego, skoro przychodzą do nas, nie mam wątpliwości co do ich przyjęcia.

Natomiast ważne jest dla mnie, by na pierwszym spotkaniu porozmawiać, czy to właściwy moment życia na tego typu terapię – czy pacjenci są w stanie wygospodarować sobie czas raz w tygodniu przez rok lub dwa lata.

Druga rzecz to moja ciekawość tego człowieka, ale mam świadomość ograniczenia czasu na konsultacji.

Natomiast na tych spotkaniach często występuje sporo napięcia po stronie pacjenta, widzę to i staram się ich od tego oderwać, po to by mogli być autentyczni na miarę tej chwili. Podsumowując – dwie rzeczy – omówienie istoty zasady obecności na grupie – by korzy-

stać i doświadczać relacji – z drugiej strony, by ich odciążyć ze „starania się”.

**WERONIKA:** Tak, to ważne. Już na konsultacji odbywa się w pewnym sensie preludeum naszej pracy.

Przypomina mi się ostatnia nasza wspólna konsultacja, gdy opowiadałam coś pacjentce, a Ty nagle zapytałeś, co się z nią dzieje, ponieważ masz wrażenie, że czegoś doświadcza, co być może utrudnia jej bycie tu i teraz. I zaczynamy rozmowę, najczęściej o lęku. Faktycznie nie odbywa się proces typowej weryfikacji, ponieważ mamy okazję przed konsultacją zamienić kilka słów z terapeutą prowadzącym pacjenta.

Ważne jest natomiast, by osoba wiedziała, jakie na grupie panują zasady. To taki rodzaj bezpiecznego zarysowania granic, by obniżyć poziom lęku. Zasad jest niewiele, ale są ważne. Dotyczą obecności, lojalności na grupie (nierozwijania relacji uczestników grupy poza nią), poufności i braku agresji.

**RAFAŁ:** Wokół tematu obecności mieliśmy w pewnym momencie kłopot ze względu na opuszczanie spotkań. Nie mamy modelu konkretnej liczby dozwolonych nieobecności, jak to działa się na poprzednich grupach. Umawiamy się po prostu na stuprocentową obecność, co jest dla nas ważne.

Nie pilnujemy ich z pozycji nauczyciela z dziennikiem.

Oczywiście, to założenie z poziomu realiów życia, tzn. wiemy, że zdarzają się urlopy czy choroby. Natomiast poza tym na grupie jesteśmy zawsze, mimo zmęczenia, braku chęci czy innych powodów. Na początku tę zasadę „oddawaliśmy” grupie i okazało się to błędem, gdyż, szczególnie na początku, grupa bardzo potrzebuje objaśnienia jasnych granic i interwencji z naszej strony – interwencji mających na celu naświetlenie nieobecności i zachęty do rozmawiania o ich przyczynach. Wnoszenie tego na grupę przez nas i dbanie o te granice było ważne i, w moim odczuciu, wiele uporządkowało.

**WERONIKA:** Tak, faktycznie myślę, że to wniosło spokój na grupę. Pewnie, że zasady stuprocentowej obecności niełatwo przestrzegać, ale ona przybliżyła do rzeczywistości terapii. To po naszej stronie jest przecież powiedzieć, co działa na grupie, a co nie, i pilnować, by „niebycie” na grupie nie przekształciło się w iluzję terapii.

**RAFAŁ:** Ważna jest też forma zakończenia grupy. Można skończyć planowo po roku lub dwóch latach, ale są różne momenty w życiu i zdarza się, że



ktoś w wyniku zmian w pracy czy rodzinie musi zakończyć wcześniej.

Stoimy na stanowisku, że grupa nie jest najważniejsza w życiu pacjenta i czasem zdarza się, że trzeba ją zakończyć po to, by nie wspierać tej iluzji (tj. częstych nieobecności). Wtedy zachęcamy, by „zdrowo” ją zakończyć.

Mamy taką tradycję, by nie przychodzić na grupę, mówiąc „dzisiaj jestem ostatni raz”, tylko „mam zamiar zakończyć grupę w związku z tym, co dzieje się w moim życiu”. Mamy takie marzenie, by to były trzy grupy zakańczające, by móc doświadczyć się w procesie żegnania i domykania. To też ważne, by dodać, że na naszej grupie pacjenci powinni pomału kończyć swoje procesy indywidualne. Nie stanowi to żelaznego warunku, ponieważ niektóre osoby z racji współistniejących zaburzeń czy innych przyczyn powinny kontynuować pracę indywidualną i to jest dla nas zrozumiałe.

My, jako terapeuci, nie pracujemy na grupie z naszymi pacjentami z procesów indywidualnych. Na szczęście w Poradni każdy „etap” grupowy ma dwie grupy, dzięki czemu pacjenci mają możliwość doświadczenia współpracy z różnymi specjalistami.

**WERONIKA:** Chciałabym Cię jeszcze zapytać o jedno, mianowicie o naszą pracę terapeutyczną – co Tobie wydaje się szczególnie istotne w naszym sposobie pracy na grupie?

**RAFAL:** To, że mogę pracować w kompletnej zgodzie z tym, co wiem, co odczuwam i że czuję się przy Tobie bezpieczny, zrozumiany, akceptowany. To mniej o technice, a bardziej o tym, jak się czuję w tej pracy. Uważam, że to ma duże znaczenie dla grupy, ponieważ grupa też widzi i doświadcza nie tyle tego, co my robimy, ale jak funkcjonujemy na grupie, w jaki sposób się ze sobą komunikujemy jako terapeuci, jak nam ze sobą jest. To też może być korekcyjne i modelujące.

Jeśli chodzi o techniki, to z racji naszych doświadczeń studenckich (oboje jesteśmy studentami Szkoły Psychoterapii Humanistycznej INTRA) zawsze kładziemy nacisk na to, jak połączone jest doświadczanie uczuć i emocji z rozumieniem tego, co się dzieje oraz z czego się wywodzi, również w rozumieniu procesowym.

Duże znaczenie ma też praca focusowa na grupie – idziemy w kierunku pracy „jeden na jeden” na tle grupy, odsłonięcia się, pokazania, czasem też eksperymentu na grupie. A Ty jakbyś o tym opowiedziała?

**WERONIKA:** Dobrze mi się słuchało, jak opowiadałeś. Zacząłeś od tego, że czujesz się przy mnie bezpiecznie – i ja przy Tobie też. Myślę, że to wynika również z faktu, że my nieustająco obserwujemy, jak się ze sobą czujemy – poświęcamy temu czas i uwagę.

Ostatnio po grupie przez półtorej godziny rozmawialiśmy o tym, co się dzieje między nami. To bardzo ważne, bo widzimy realnie, jak to się przekłada na funkcjonowanie grupy.

Jeśli chodzi o samą pracę grupową, bardzo zwracamy uwagę na przeżycia „tu i teraz”, jesteśmy też wyczuleni na tzw. markery (korzystając z bogactwa terapii EFT), czyli „haczyki” do pogłębienia przeżycia emocjonalnego. Zerkamy na siebie, kto pogłębi, w tym czasie jedna osoba pracuje z pacjentem, a druga opiekuje się resztą grupy. Wtedy robi się cisza na grupie, jedna osoba pracuje z terapeutą, ale w tym samym momencie u pozostałych członków grupy dzieje się też dużo. Okazuje się potem na przykład, że ten proces indywidualny sprawił, że pogłębia się relacja („jak opowiadałeś, to byłam zaskoczona, że tak potrafisz przeżywać, blisko mi się do Ciebie zrobiło”, a za tym może iść refleksja „mój mąż mający podobną historię nie mówił mi tak o swoich emocjach – być może jest podobnie?”) lub uaktywniają się emocje połączone z przeżyciami z życia pacjenta (swoich własnych traum).

Czasem włączamy też do procesu tzw. eksperymenty na grupie, np. pracę z krzesłem. Natomiast staramy się być uważni, by działało się to w momencie, gdy grupa jest stabilna (z pewnością nie w pierwszych etapach po przyjęciu nowych osób do grupy). Myślę, że bardzo ważne i niezbędne dla nas są superwizje, które odbywają się co cztery spotkania terapii grupowej (raz w miesiącu) z superwizorem z nurtu humanistyczno-doświadczeniowego. Mamy dodatkowo spotkania z szefową Poradni, Jagodą Gierczyk, na których omawiamy co kilka tygodni, co się na grupie dzieje. Na bieżąco więc oglądamy grupę z różnych perspektyw.

**RAFAL:** To dla mnie ważne, bo superwizja działa niezwykle porządkująco. Ważna jest rola superwizora, któremu ufamy i dzięki któremu mamy szansę spojrzeć na siebie i na swoją pracę inaczej.

Skoro wspomniałeś o Jagodzie, chciałbym dodać, że dzięki niej mamy możliwość tak pracować – zwrot wszędzie powtarzany „pacjent jest najważniejszy” przestaje być tylko słowem i „zamienia się w ciało”. Przesuwa się z idei w czyn. Oznacza to, że jeśli niezależnie od podejścia, w którym pracują terapeuci Poradni, jeśli działanie sprzyja rozwojowi pacjentów, możemy w nim swobodnie pracować i superwizować się, co też jest możliwe dzięki wsparciu Poradni.

**WERONIKA:** Faktycznie, to bardzo ważne, nie ma tu dogmatów i sztywnych wytycznych. Dzięki Jagodzie jest tak, że jeśli u danego pacjenta coś działa, to tak z nim pracujemy, tylko czasami przychodzimy opowiedzieć „co i jak”.

**RAFAL:** Superwizje same w sobie są wyjątkowe, a dodatkowo w Poradni uczestniczymy w cyklicznych spotkaniach terapeutów grupowych, na których często przysłuchujemy się, z jakimi wątpliwościami borykają się nasi koledzy i koleżanki. Wtedy i nam otwierają się oczy.

**WERONIKA:** Myślę, że domknęliśmy najważniejsze tematy. Dziękuję Rafał.

**RAFAL:** Dziękuję, Weronika!

#### WERONIKA SOCHAŃSKA



Psycholożka,  
psychoterapeutka,  
absolwentka Szkoły  
Psychoterapii  
Humanistycznej INTRA,  
specjalistka psychoterapii  
uzależnień. Pracuje  
w Poradni Profilaktyki,  
Leczenia i Terapii Uzależnień  
Monar w Poznaniu  
i w gabinecie prywatnym.

#### RAFAL RYTWIŃSKI



Psychoterapeuta w procesie  
szkolenia w Ośrodku  
INTRA, Specjalista  
psychoterapii uzależnień.  
Pracuje w Poradni  
Profilaktyki, Leczenia  
i Terapii Uzależnień Monar  
w Poznaniu, Przychodni  
TERMEDICA, Pracowni  
Motywacji i Zmian.

Krzysztof Czekaj

*Jako recenzent prac egzaminacyjnych przyszłych terapeutów uzależnień zauważam pewną niepokojącą tendencję – prace te są z roku na rok słabsze merytorycznie. Dlaczego tak się dzieje i co im można zarzucić?*

## STUDIUM PRZYPADKÓW

Od kilku lat czytam i recenzuję prace przyszłych terapeutów uzależnień. Poniższe refleksje wynikają z lektury prac nadsyłanych do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Nie wiem, czy są tu jakieś podobieństwa do tego, co napływa do komisji PARPA. Wydaje się jednak, że dyskusja na ten temat i ewentualna wymiana doświadczeń byłaby, w kontekście zbliżającej się milowymi krokami unifikacji, bardzo cenna.

Przedstawienie w formie pisemnej Studium Przypadku to warunek dopuszczenia do egzaminu. Rola recenzenta bywa i trudna, i niebezpieczna, bo oto zamieniamy się na chwilę w arbitra, w kogoś, kto ma władzę, może zakwestionować czyjąś pracę, która niekiedy napisana została z wielkim trudem. Trzeba być uważnym i obiektywnym, to

oczywiste. Zasiadam więc przed kolejnym dziełem (używam tego słowa poważnie i bez ironii) przyszłego terapeuty z maksymalną dozą życzliwości, zrozumienia, ze świadomością, że pisał to ktoś, kto jest na początku swojej drogi, ktoś, kto może się mylić, nie rozumieć, błędzić. Jedynie takie odczytanie wydaje mi się właściwe, poszukuję więc, na tych trzydziestu, czterdziestu, a czasami i osiemdziesięciu stronach, pozytywów, walorów, tego wszystkiego, co świadczy o rozumieniu, czym jest proces psychoterapii, o adekwatnym używaniu różnych narzędzi i technik, o zasadnym formułowaniu wniosków, interpretacji i hipotez, chociaż z tymi ostatnimi to jak na lekarstwo. Powtarzam sobie: bądź wyrozumiały, empatyczny!

Powtarzam, bo robi się coraz trudniej, gdyż zauważam pewną niepokoją-

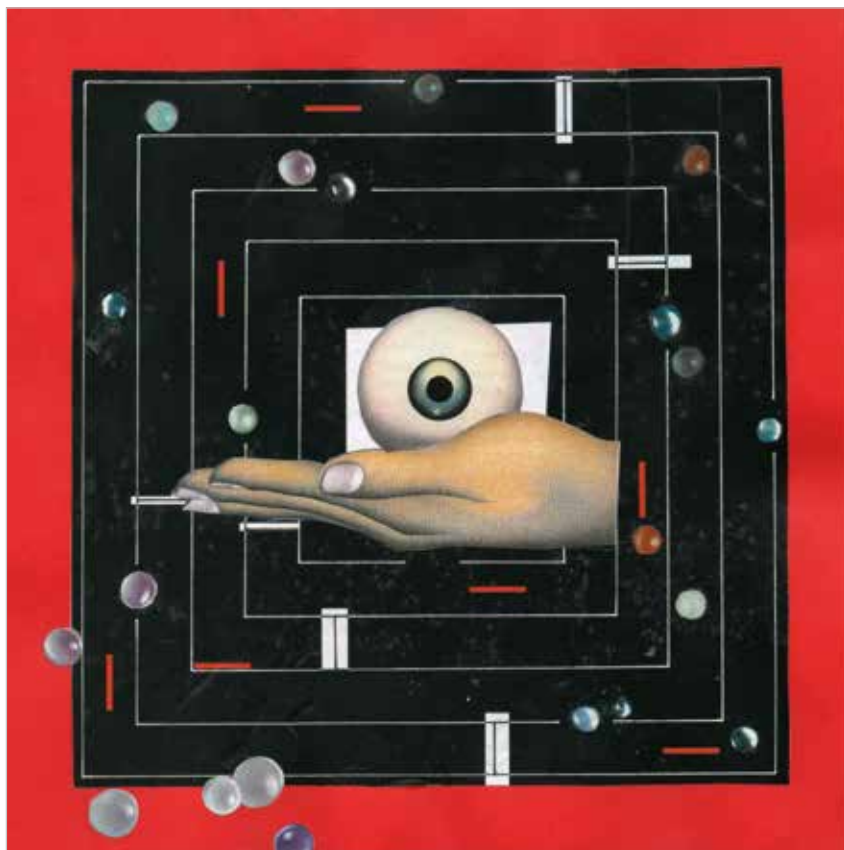
cą tendencję – prace są z roku na rok słabsze merytorycznie. Dlaczego tak się dzieje i co im można zarzucić? Otóż do szkolenia przystępują coraz młodszymi rocznikami, terapeuci z niewielkim stażem, mający skąpe doświadczenie praktyczne, a – powielając nieśmiertelną frazę J. Pilcha – „powiedzieć skąpe to nic nie powiedzieć”.

Jak bowiem nazwać sytuację, gdzie opisana terapia dotyczy pierwszego i dotychczas jedyne pacjenta w życiu zawodowym zdającego egzamin? Skoro jednak tak skonstruowany jest system szkolenia, trudno tutaj kogokolwiek krytykować czy winić, a brak doświadczenia w tej sytuacji wydaje się oczywisty i zrozumiały.

Chciałbym skupić się na samych studiach przypadku, na tym, co wydaje się głównym problemem, zarówno dla autorów i w konsekwencji też dla recenzenta. Oczywiście poniższe uwagi nie dotyczą każdej pracy, śmiem jednak twierdzić, że zdecydowanej większości. Postaram się wymienić to w punktach.

Rozmiar – a właściwie proporcje między opisem związanym z okolicznościami prowadzonej terapii, diagnostyką, opisem efektów, zaleceniami, a samą terapią. Tej ostatniej jest zwykle zdecydowanie za mało, napotkałem 42-stronicową pracę, która zawierała dwustronicowy opis przebiegu terapii. To oczywiście skrajność, ale niemalże regułą jest olbrzymia przewaga różnych opisów diagnostycznych, wniosków, zaleceń, analiz nad tym, co faktycznie działo się, co było istotne w przebiegu samego leczenia.

Niewłaściwe używanie języka klinicznego – bywa, że w pracy znajdują się skrótowe, żargonowe określenia, np. „pacjent się stoczył”, w diagnostyce ICD-10 zamiast „trudności kontrolowania” nagminnie pojawia się „utrata kontroli”, a ostatnio się coraz częściej



natrafiam na akapit zatytułowany „Poziom demoralizacji”, a więc język z innej zupełnie dziedziny (np. kuratorskiej), co, moim zdaniem, może wskazywać na oceniającą postawę terapeuty, utrudniającą pełniejsze zrozumienie kontekstu, w jakim toczy się życie pacjenta. Nie od rzeczy wydaje się przypomnienie 1 pkt. kodeksu etyki: „Terapeuta uzależnień nie wydaje ocen moralnych o osobach pozostających w procesie terapii.”

Pogłębiona diagnoza zawiera zwykle dość szczegółowy opis dzieciństwa, sytuacji rodzinnej, szkolnej, związków itp. To ważne, może bowiem świadczyć o tym, że terapeuta zdaje sobie sprawę, jak istotne dla powstania uzależnienia, dla utrzymywania się w nałogu, jest wyposażenie psychologiczne, z którym pacjent wkracza w okres adolescencyjny. Może, ale bardzo często nie świadczy, bowiem to opisy bez próby stawiania hipotez czy interpretacji. Recenzent staje przed naprawdą trudnym zadaniem. Czy czytać to, co między wierszami, czy samemu wyciągać wnioski? Bo jeśli opisywany pacjent był np. okrutnie traktowany w dzieciństwie i autor pracy o tym pisze, nie odnosząc tego do przyczyn uzależnienia, nie stawiając żadnych hipotez, to może oznaczać, że albo niczego nie rozumie, albo wydaje mu się to tak oczywiste, że nie ma się nad czym rozwodzić. A może zaprasza mnie, czytającego, bym się domyślił? Możliwa jest jeszcze inna ewentualność. Masywne traumatyczne doświadczenia naszych pacjentów bywają pomijane, gdyż przyszli terapeuci szkoleni są tak, by zachowywać daleko idącą ostrożność, by stosować w tej kwestii określoną strategię, uwzględniającą czas terapii, możliwości podejmowania tych wątków przez pacjenta, jego gotowość. Ma to oczywiście głęboki sens, ale dlaczego autorzy o tym nie piszą? Dlaczego w sześciomiesięcznej terapii te tematy, chociażby ostrożnie naszkicowane, nie pojawiają się wcale? Dlaczego trudności, jakie przeżywa pacjent, nie reinterpretuje się przez jego dotychczasowe, często bolesne doświadczenia? Dlaczego koncentrujemy się na systemie iluzji i zaprzeczeń, nie zauważając głębokiej natury mechanizmów obronnych „nakazujących” pacjentowi milczeć przez długą część



terapii, nie ujawniać swoich prawdziwych potrzeb, myśli i uczuć?

Opis samej terapii bywa niekiedy pozbawiony jej najważniejszych wątków, odpowiedzi o mechanizmy czy psychologiczną interpretację tego, jak dokonały się zmiany i jaki był w tym udział samego terapeuty. Pacjenci podejmują nowe role społeczne, realizują skomplikowane nieraz zadania, ale nie dowiadujemy się, jakie to miało znaczenie dla samego procesu terapii czy motywacji do zmiany. Bardzo często razi powierzchowność tego opisu, skupienie się głównie na jej behawioralnym aspekcie. Można odnieść wrażenie, że istotny jest tylko narkorys czy piciorys, a zupełnie pomijany życiorys, że wiele aspektów osobistej sytuacji pacjenta (rozwód, długi, alimenty) nie pojawia się w trakcie sesji.

Do niemalże standardu należy pisanie o motywacji zewnętrznej, która w trakcie terapii zamienia się w wewnętrzną. Pacjent mówi, że ma dość dotychczasowego życia, że chce coś zmienić, a terapeuta z uporem twierdzi, że to „motywacja zewnętrzna”, jakby nie rozumiejąc zupełnie dynamiki tego procesu, nie dostrzegając zjawiska tak naturalnej w tej sytuacji ambiwalencji.

Opis relacji jest najczęściej jednostronny. Co to znaczy? Owszem, terapeuta opisuje to, co starał się robić, ale z reguły nie dowiadujemy się, jakie to przyniosło efekty, jakie znaczenie mogło to mieć np. dla motywacji pacjenta, nie mówiąc już o ewentualnych trudnościach z tym związanych. Jak przeży-

wał tę relację sam terapeuta? Jak sobie z nią radził? Warto o tym pisać!

Superwizja – można odnieść wrażenie, że jest nieobecna lub zupełnie bez znaczenia, gdyż bardzo rzadko pojawia się w opisie, a jeśli już, to wnioski z niej płynące zamieszczane są skrótowo i lapidarnie: „superwizor odpowiedział...”, „superwizor poradził...”. Takie elementy relacji terapeutycznej jak projekcja, przeniesienie, przeciwprzeniesienie czy identyfikacja projekcyjna to często obszar pomijany lub w ogóle niezauważony przez autorów prac. Zastanawiam się, czy na to zjawisko nie wpływa samo szkolenie, a dokładniej zbyt mały akcent kładziony na te aspekty psychoterapii.

Gramatyka – oczywiście to nie praca z języka polskiego i nikt nie oczekuje literackiego sznytu, ale niektóre opisy rażą tak wielką nieudolnością gramatyczną, że trudno je wręcz czytać (powtórzenia, niezrozumiałe, nieadekwatne określenia). Przecoczenia, pomyłki, literówki bywają tak kuriozalne jak np. nagła zmiana płci opisywanej osoby w jednej z prac, pacjent pod jej koniec zamienia się w pacjentkę, (aż kusi się o ironię) czyżby był to niezamierzony efekt terapii?

Raz jeszcze chcę podkreślić, powyższe uwagi nie odnoszą się do wszystkich prac, ale w większości z nich można znaleźć opisane przeze mnie usterki czy uchybienia. Czy coś tutaj można zmienić? Być może Studium Przypadku powinno mieć swoją większą reprezentację w trakcie szkolenia, może jest to pole dla superwizorów? Powyższe uwagi kieruję głównie do przyszłych autorów prac. Mam skromną nadzieję, że przyczynią się do refleksji, że osoby trudzące się aktualnie nad Studium Przypadku wezmą choć niektóre z nich do serca, że moje krytyczne uwagi pozwolą im uniknąć opisywanych błędów.

#### KRZYSZTOF CZEKAJ



*Pedagog, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, terapeuta motywujący. Superwizor KBPN. Dyrektor NZOZ SZANSA w Pławniowicach.*

**Jadwiga Fudała**

*Zdobycie certyfikatu, dającego prawo prowadzenia psychoterapii uzależnień, jest pierwszym etapem nabywania kompetencji zawodowych i punktem wyjścia do dalszej nauki*

# WIEDZA SPRZYMIERZENIEM TERAPEUTÓW I PACJENTÓW

**D**oskonalenie zawodowe to immanentna cecha profesji terapeutów uzależnień. Podobnie jak w innych zawodach medycznych, rozwój teorii i badań naukowych w obszarze zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych skutkuje zmianami paradygmatów stanowiących bazę dla praktyki klinicznej. Zdobycie certyfikatu, dającego prawo prowadzenia psychoterapii uzależnień, jest pierwszym etapem nabywania kompetencji zawodowych i punktem wyjścia do dalszej nauki. Krótki program szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień z konieczności ogranicza się do elementarnej wiedzy w obszarze zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, psychopatologii, psychoterapii. Zakłada się, że osoba, która uzyskała certyfikat, będzie nieustająco poszerzała i aktualizowała swoją wiedzę i będzie ją wykorzystywać w pracy terapeutycznej.

Zdecydowana większość terapeutów uzależnień akceptuje konieczność doskonalenia zawodowego, choć część uważa, że najważniejsze są w tym zakresie doświadczenia gromadzone podczas pracy z pacjentami. Jednak samo doświadczenie nie zawsze wystarczy. Aby było rozwojowe, wymaga szukania odpowiedzi na pytania o źródła sukcesów i niepowodzeń terapeutycznych. Odpowiedzi te powinny mieć oparcie w aktualizowanej, potwierdzonej badaniami wiedzy. Inaczej skazani jesteśmy na zdroworozsądkowe spekulacje i hipotezy stawiane w obrębie ograniczonych i nie zawsze aktualnych paradygmatów poznanej przez nas teorii.

\* \* \*

Ucząc się, stajemy się coraz bardziej świadomi złożoności problemów naszych pacjentów i naszych ogra-

niczeń. Rozwojowe jest poszerzanie praktyki klinicznej o nowe metody, zwłaszcza jeśli mają udokumentowaną skuteczność. Psychoterapia uzależnień wyszła z okresu niekontrolowanego eksperymentu i dziś już nie jest cnotą ani kurczowe powtarzanie rutynowych działań, ani praca oparta wyłącznie na intuicji. Określone interwencje terapeutyczne powinien poprzedzać głęboki namysł i uzasadnienie, którego dostarcza solidna, wieloaspektowa, zweryfikowana wiedza.

Poszerzać wiedzę można uczestnicząc w szkoleniach i konferencjach, poddając swoją pracę superwizji, podejmując naukę w szkołach psychoterapii, czytając specjalistyczną prasę oraz publikacje adresowane do osób zajmujących się psychoterapią uzależnień.

W latach 90-tych i na początku nowego stulecia, kiedy lecnicstwo odwykowe w Polsce zaczęło się dynamicznie rozwijać, dostęp do najnowszych publikacji i wyników badań był



ograniczony. Terapeuci musieli zdać się na literaturę publikowaną w języku polskim, głównie przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.

Wydano wówczas wiele ciekawych, ważnych, a nawet przełomowych publikacji, między innymi: „Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień” (PARPA 1995 tom 1-3), „IX Raport Specjalny dla Kongresu USA” (PARPA 2002), „Nawroty w uzależnieniach” (red.) M. Gosop (PARPA 1997), „Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych” K. Leonard, H. Blane (PARPA 2003), „Systemy psychoterapeutyczne” J. Prochaska, J. Norcross (IPZ 2006). Wszystkie te pozycje przekazywane były nieodpłatnie placówkom leczenia uzależnienia od alkoholu. Prezentowały panoramę metod leczenia osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu znacznie szerszą od stosowanych powszechnie w polskiej praktyce klinicznej. Jednak albo terapeuci nie sięgali po te lektury, albo presja rodzinnej koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia i budowanych w oparciu o nią programów terapeutycznych była zbyt silna, aby pobudzić ciekawość, wywołać dyskusję i dążenie do poszerzania wiedzy oraz ofert terapii.

W dobie Internetu, dynamicznego rozwoju rynku wydawniczego otrzymaliśmy znacznie szerszy dostęp do wiedzy o uzależnieniach. W poniższym artykule skoncentruję się na przedstawieniu kilku ważnych publikacji wydanych w ostatnich latach w języku polskim, stanowiących pewne podsumowanie dorobku nauki o zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz o metodach ich leczenia.

## „TERAPIA UZALEŻNIEŃ. METODY OPARTE NA DOWODACH NAUKOWYCH”

Książka pod naukową redakcją Petera M. Millera, wydana w 2013 roku przez Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego koncentruje się na prezentacji metod terapeutycznych, mających dowiedzioną skuteczność w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i/lub innych substancji psy-

choaktywnych. Termin „terapię oparte na dowodach naukowych” odnosi się do terapii, które zostały naukowo przetestowane i poddane ocenom klinicznym, w wyniku czego zostały uznane za odpowiednie do leczenia osób z zaburzeniami używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Do grupy tej zaliczono: poznawczo-behawioralne terapie uzależnień, dialog motywujący, krótką interwencję wobec osób nadużywających alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej, zapobieganie nawrotom, behawioralną terapię par w leczeniu odwykowym, system zachęt i wsparcia społecznego oraz farmakoterapię wspierającą w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Niektóre z nich polscy terapeuci uzależnień znają lepiej (jak zapobieganie nawrotom, terapie behawioralno-poznawcze, dialog motywujący, farmakoterapię wspierającą), o innych wiedzą niewiele (np. systemy zachęt i wsparcia społecznego).

W początkowych rozdziałach publikacji skoncentrowano się na wyjaśnieniu trudności badania procesu terapii uzależnień. Warto wiedzieć, że odpowiedzi na pytanie o skuteczność prowadzonych przez nas programów terapii nie dostarczą proste badania katamnestyczne, gdyż nie jesteśmy w stanie kontrolować wszystkich czynników pozaterapeutycznych mogących mieć wpływ na zmianę funkcjonowania naszych pacjentów. Nie mamy też możliwości porównania grupy osób uzależnionych poddanych terapii z tymi, którzy jej nie przeszli, stąd nie potrafimy w sposób wiarygodny odpowiedzieć na pytanie, czy i na ile obserwowana zmiana jest konsekwencją udziału pacjenta w leczeniu, na ile zaś wynika z jego indywidualnych cech i predyspozycji, np. zdolności do samoleczenia, jest dziełem przypadku czy wpływu innych czynników.

Stosowanie metod, które mają dowiedzioną skuteczność, dostarcza nam argumentów na rzecz naszej efektywności, o ile realizowane przez nas interwencje są zgodne z założeniami i procedurami metody, na którą się powołujemy.

Kolejne rozdziały książki dotyczą zagadnień diagnostycznych: diagnozy nozologicznej zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktyw-

nych, innych zaburzeń psychicznych współistniejących z uzależnieniami, diagnozy problemowej, a także motywacji i poczucia własnej skuteczności. Prezentują one przegląd i krytyczną ocenę narzędzi służących szeroko rozumianej diagnozie.

Ważną częścią publikacji jest omówienie metod mających dowody skuteczności, adresowanych do wybranych, specyficznych populacji: mniejszości etnicznych i seksualnych, młodzieży, studentów, osób mających podwójne rozpoznanie, osób szukających pomocy terapeutycznej w internecie. Z końcowych rozdziałów książki możemy się też dowiedzieć, jak planować wdrażanie terapii uzależnień opartej na dowodach naukowych.

Publikację wzbogacają informacje o leczeniu osób uzależnionych od alkoholu i od narkotyków w Polsce, co pozwala na refleksję na temat miejsca naszego doświadczenia w dorobku światowej nauki o uzależnieniach i w puli metod mających dowiedzioną skuteczność.

Mimo naukowego charakteru tej publikacji jest ona kopalnią praktycznych wskazówek, jakie metody diagnozy, interwencji, terapii warto stosować, gdyż zostały zweryfikowane jako skuteczne, które zostały zdyskredytowane, a jakie nie mają żadnych lub wystarczających dowodów skuteczności, bo nie poddano ich rzetelnej ocenie.

W czasach optymalizacji wydatków na świadczenia medyczne płatnicy coraz częściej pytają o skuteczność naszych ofert terapeutycznych. W takich dyskusjach warto odwoływać się do poważnych, naukowych argumentów, których dostarcza ta publikacja.

## „TERAPIA UZALEŻNIEŃ. PODRĘCZNIK DLA PROFESJONALISTÓW”

Publikacja autorstwa Williama R. Millera, Alyssi A. Forchimes i Allena Zwebena jest podsumowaniem wiedzy o terapii uzależnień i badaniach naukowych w tym obszarze z okresu ostatnich czterdziestu lat. Po polsku została wydana w 2014 roku przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podręcznik napisano z myślą o profesjonalistach zajmujących się terapią uzależnień. Łączy perspektywę klinicz-

ną ze spojrzeniem naukowym. Formuluje zalecenia osadzone w wynikach rzetelnych i wiarygodnych badań naukowych. Odnoszą się one zarówno do organizacji systemu opieki nad osobami z zaburzeniami używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, diagnostyki (w tym oceny nasilenia zaburzeń), modeli wyjaśniających przyczyny uzależnienia oraz przede wszystkim do relacji terapeutycznej, interwencji i metod terapeutycznych mających dowiedzioną skuteczność. Poza metodami wymienionymi we wcześniej omawianej publikacji prezentowane są tu również dowody skuteczności terapii opartej na filozofii 12 kroków Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, przygotowującej pacjentów do aktywnego uczestnictwa w mitingach AA.

Publikacja obala wiele wcześniej przyjętych paradygmatów, dotyczących np. specyfiki mechanizmów obronnych występujących u osób uzależnionych, jednorodności grupy osób uzależnionych, abstynencji jako jedyne go celu terapeutycznego, dyrektywności w leczeniu uzależnień, skuteczności konfrontowania pacjentów, jednakowej długości i intensywności leczenia dla wszystkich osób trafiających do programów, itd.

Część tych zagadnień W. Miller opisał we wcześniej wydanej (w 2009 roku) w Polsce publikacji: „Wzmocnienie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji” (Wydawnictwo Parpamedia), która w bardzo praktyczny sposób poszerzała wiedzę osób zajmujących się terapią uzależnień oraz formułowała konkretne zalecenia optymalizujące ich działania.

Znaczna część podręcznika dotyczy ważkich zagadnień dostosowania terapii do potrzeb określonego pacjenta, indywidualnych planów terapii oraz konieczności koordynowania pomocy (case management), co zwiększa znacznie szanse na skuteczną zmianę zachowań związanych z uży-

waniem substancji, gdyż pozwala zaopiekować różne współwystępujące z uzależnieniem problemy zdrowotne i życiowe pacjentów. Autorzy, będący jednocześnie praktykami, podkreślają znaczenie dobrej atmosfery panującej w placówkach leczenia uzależnień dla skuteczności terapii. Jest ona pochodną zarówno humanistycznego stylu pracy terapeutów, jak i poszanowania autonomii pacjentów, co wymusza uwzględnienie w ofercie terapeutycznej szerokiego wachlarza celów, metod i technik terapeutycznych, z których pacjent może realnie wybierać.

Formułując zalecenia dotyczące etyki zawodowej autorzy podkreślają konieczność doskonalenia zawodowego „Przedstawiciele naszych profesji są zobowiązani do śledzenia najnowszych dokonań w dziedzinie uzależnień i modyfikowania metod, które stosują w praktyce, aby zapewnić klientom skuteczną opiekę” (s. 420).

Mimo ogromu poruszanych zagadnień, ich wagi i oparcia w badaniach naukowych książkę napisano przystępnym, klarownym językiem,

a lektura zmusza czytelnika do osobistej refleksji. Każdy rozdział kończy bowiem zachętą do przemyślenia określonych zagadnień w kontekście własnych przekonań i doświadczeń zawodowych.

## „ETAPY ZMIANY W TERAPII UZALEŻNIEŃ. WYBÓR I PLANOWANIE INTERWENCJI”

Autorzy podręcznika, opublikowanego w 2015 roku przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Gerard J. Connors, Carlo C. DiClemente, Mary Marden Velasquez i Dennis M. Donovan prezentują zastosowanie w terapii uzależnień transteoretycznego modelu zmiany autorstwa J. O. Prochaska J. O i C. C. DiClemente. Model ten powstał w wyniku badań nad zamierzonymi zmianami zachowań, których ludzie dokonali bez pomocy profesjonalistów oraz badań nad procedurami terapeutycznymi i technikami opisanymi w teoriach zmian zachowań problemowych. Doczekał się on wielu badań naukowych potwierdzających

użyteczność stosowania go w odniesieniu do osób mających problemy z substancjami psychoaktywnymi i nałogami behawioralnymi. Publikacja ta ma zatem charakter odmienny od pozostałych. Nie jest prezentacją różnych metod leczenia, lecz opisaniem teorii kompleksowo integrującej dorobek uznanych systemów psychoterapeutycznych dla optymalizacji procesu zmiany zachowań destrukcyjnych.

Model transteoretyczny proponuje dobieranie metod leczenia do etapu i poziomu zmiany danego klienta, czyli: JAK (procesy), KIEDY (etapy) i CO (poziom problemu) zmieniać. Dla większej skuteczności musimy znać i rozumieć charakterystykę etapów zmiany i procesów użytecznych w tych etapach, diagnozować pacjentów pod kątem ich miejsca w cyklu zmiany i dostosowywać oddziaływania terapeutyczne



do wynikających z tego faktu potrzeb. Do leczenia trafiają bowiem pacjenci w różnych etapach cyklu zmiany. Jednakowa oferta terapeutyczna dla wszystkich osłabia efektywność naszych programów.

Poza charakterystyką transteoretycznego modelu zmiany i prezentacją badań, jakim został on poddany, podręcznik zawiera wiele cennych wskazówek dotyczących metod i narzędzi pomocnych w diagnozowaniu, planowaniu, monitorowaniu zmiany i prowadzeniu terapii osób uzależnionych w zależności od etapu, na którym się one znajdują (zarówno w kontakcie indywidualnym, jak i grupowym). Logika procesu zmiany, który jest dynamiczny i nie ma charakteru liniowego, pozwala inaczej rozumieć zjawisko nawrotów, skuteczniej im zapobiegać i zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia przez pacjentów kolejnych prób działania po doświadczeniu powrotu do nałogowych zachowań.

Model zmiany Prochaska, DiClememnte zyskał dużą popularność i jest szeroko stosowany do zmiany różnych zachowań (takich jak: aktywność fizyczna, stosowanie zaleceń lekarskich, nałogi chemiczne i behawioralne, bierność społeczna, otyłość), co ułatwia zaopiekowanie wielu problemów pacjentów podejmujących terapię uzależnień.

## „UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU. OBLICZA PROBLEMU”

Polscy autorzy, Lidia Cierpiałkowska i Jan Chodkiewicz, psychologowie kliniczni i naukowcy, w publikacji wydanej w 2020 roku przez Wydawnictwo Naukowe PWN zdecydowali się na przedstawienie szerokiego zakresu aktualnej wiedzy o zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Nie stronią też od ukazania perspektywy historycznej pozwalającej śledzić zmiany paradygmatów i bazujących na nich metod leczenia. Czytelnik otrzyma rzetelną i uporządkowaną wiedzę na temat działania alkoholu



na organizm, uwarunkowań zaburzeń używania alkoholu, w tym przyczyn uzależnienia, wzorów używania alkoholu, jak również zagadnień mających istotne znaczenie dla praktyki klinicznej terapeutów uzależnień, takich jak:

- różnice między osobami uzależnionymi od alkoholu,
- diagnoza zaburzeń używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (typy, jakość, metody i narzędzia diagnozy, porównanie klasyfikacji zaburzeń DSM IV, ICD 10, DSM 5 i ICD 11),
- współwystępowanie zaburzeń używania alkoholu i innych zaburzeń psychicznych,
- czynniki motywujące do zmiany wzoru używania alkoholu,
- zjawisko głodu alkoholu,
- paradygmaty, metody i techniki terapii uzależnień,
- modele i profilaktyka nawrotów.

Niewątpliwą zaletą publikacji jest połączenie prezentacji wyników najbardziej aktualnych badań nad uzależnieniami i metodami ich leczenia z jednoczesnym odniesieniem do aktualnie stosowanych modeli i technik

terapii osób uzależnionych. Zestawienie takie zachęca do refleksji, dyskusji i ułatwia akceptację faktu nieuchronnej zmienności paradygmatów i sposobów leczenia. Dla chętnych pogłębienia wiedzy autorzy zdecydowali się na rozszerzone omówienie wybranych zagadnień.

Publikacja ta powinna stać się literaturą obowiązkową zarówno dla specjalistów psychoterapii uzależnień, psychologów, psychoterapeutów, jak i dla innych profesjonalistów pracujących z osobami przejawiającymi zaburzenia związane z używaniem alkoholu (lekarzy, pracowników społecznych, kuratorów). Skorzystają z niej z całą pewnością studenci i osoby uczące się psychoterapii. Klarowna konstrukcja książki pozwala czytelnikowi dokonać wyboru najciekawszych lub najbardziej potrzebnych tematów. Tym samym łatwo jest odnaleźć w niej odpowiedzi na najczęściej nurtujące nas pytania.

\* \* \*

Jest wiele innych publikacji zasługujących na prezentację i omówienie, choćby „Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne” autorstwa Maree Teesson, Louisy Degenhardt i Wayne Halla (Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2005) czy „Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia” Carlтона K. Ericksona (Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2007). Z racji daty wydania są one trudniej dostępne na rynku. Można je kupić w obiegu antykwarycznym.

Warto zdecydować się na lekturę którejś z omawianych pozycji i skorzystać z zawartej w niej wiedzy do optymalizacji swojej pracy terapeutycznej.

### JADWIGA FUDAŁA



*Certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, terapeutka motywująca. W latach 2005-2020 Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA*

Rok po ukazaniu się publikacji pod tytułem „Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu” poprosiliśmy jej autorów, profesor Lidję Cierpiatkowską i profesora Jana Chodkiewicza, o komentarze dotyczące ich pracy

## KIERUNKI ROZWOJU

**LIDIA CIERPIĄKOWSKA**

Pisząc książkę, opieraliśmy się na wynikach bardzo wielu, klasycznych i współczesnych badań. Jakie wnioski wynikają z nich dla lecznictwa uzależnień oraz specjalistów terapii?

Zgodnie ze standardami leczenia zaburzeń psychicznych i zachowania kwalifikowanie osoby na terapię wymaga sformułowania diagnozy różnicowej (nozologicznej) i wyjaśniającej patomechanizm i patogenezę jej problemów natury psychicznej i społecznej. O ile pierwszy typ diagnozowania jest znormalizowany, bo polski klinicysta i terapeuta, zgodnie z przepisami, powinien odwołać się do kryteriów znaczących klinicznie wskazanych w klasyfikacji ICD-10 (2000), o tyle drugi typ jest bardzo zróżnicowany, w istotnym stopniu zależy od instytucjonalnych i/lub indywidualnych preferencji terapeutów. Obecnie nie ma już konieczności przekonywania klinicystów i terapeutów o zasadności formułowania diagnozy wyjaśniającej, ponieważ dla większości jest oczywiste, że prowadzenie terapii i ocena dokonujących się w jej procesie zmian u pacjenta wymaga „busoli”. Jej funkcje spełniają konkretne koncepcje bądź modele bio-psycho-społeczne, które nie tylko wyjaśniają, jak doszło do powstania zaburzeń używania od alkoholu, ale także wskazują na zasady, procedury, strategie ich leczenia.

Staraliśmy się pokazać, że specyficzne koncepcje opisujące patomechanizm i patogenezę nienormatywnego picia, np. poznawczo-behawioralne, psychodynamiczne, humanistyczne czy psychospołeczne (tzw. modele integracyjne) wyjaśniają specyficzne aspekty funkcjonowania intrapsycho- i interpersonalnego pacjentów w procesie terapii. Przedstawiliśmy, obok diagnozy różnicowej, „jeden przypadek” w różnych koncepcjach psychologicznych wyjaśniających patomechanizm i patogenezę uzależnienia od alkoholu i współwystępujących zaburzeń

psychicznych. W niewielkim stopniu opisaliśmy, jakie zjawiska u pacjenta i w relacji terapeutycznej powinny być diagnozowane w procesie leczenia.

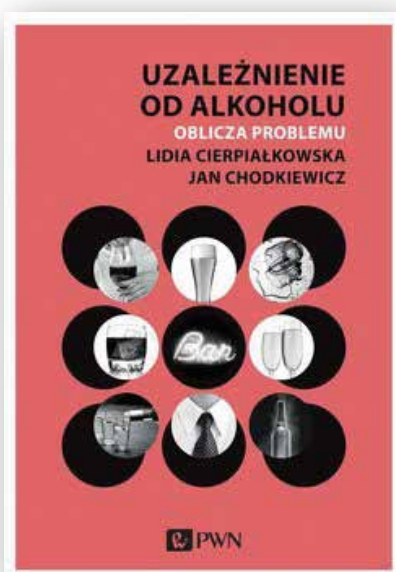
W kontekście tych rozważań pojawia się wiele pytań na temat kompetencji terapeutów, na które, z różnych względów, tylko częściowo lub wcale nie odpowiedzieliśmy. Na przykład, jaka wiedza z zakresu używanej przez terapeutę koncepcji i jakie umiejętności jej operjonalizacji są konieczne do formułowania diagnozy wyjaśniającej w procesie terapii (czy umiemy diagnozować zmia-

różnych strategii terapeutycznych, co zdolnościami do reflektowania i trafnego diagnozowania procesu terapii i zachodzących u pacjenta zmian.

\* \* \*

Syntetycznie przedstawiliśmy aktualny stan wiedzy na temat czynników warunkujących skuteczność terapii pacjentów z zaburzeniami używania alkoholu i współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania. Opisaliśmy rolę specyficznych czynników leczących, aktywowanych w różnych modalnościach terapii i wspólnych czynników leczących, czyli tych związanych z relacją i przymierzem terapeutycznym między pacjentem i terapeutą.

Badania nad efektywnością terapii zaburzeń psychicznych i zachowania wskazały na dwa zjawiska. Po pierwsze, wspólne czynniki leczące wpływają na skuteczność terapii w podobnym lub większym stopniu niż czynniki specyficzne. Po drugie, certyfikowani terapeuci nie różnią się w zakresie umiejętności posługiwania się strategiami i technikami terapeutycznymi, w istotnym stopniu różnią się kompetencjami społecznymi i zdolnościami do reflektowania (mentalizowania) umysłu własnego i pacjenta w procesie terapii. Dokładnie, reflektowania i formułowania kolejnego kroku postępowania terapeutycznego na podstawie „poznania”, czego doświadcza on sam, czego może doświadczać pacjent i jak ich przeżycia wpływają na relację i siłę sojuszu terapeutycznego. W niektórych szkołach terapii procesy te są nazywane przeciwprzeniesieniem i przeniesieniem, w innych nieadaptacyjnymi przekonaniem czy schematami poznawczymi aktywowanymi u terapeuty i pacjenta. Porzucając kwestie teoretyczne, chcę podkreślić, że aktualnie większość szkół psychoterapii (zwłaszcza tych oferujących pomoc dla osób z zaburzeniami osobowości) pró-



ny określone koncepcją); jakie umiejętności terapeutów są istotne do prowadzenia skutecznej terapii pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zaburzeniem osobowości; czy terapeuci posługują się narzędziami do diagnozowania procesu terapii, zwłaszcza zmieniającego się zaangażowania pacjenta w osiągnięcie zmiany.

Wiele badań wskazuje, że certyfikowani terapeuci konkretnej modalności (np. psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej) nie tyle różnią się wiedzą czy umiejętnościami używania



buje zwiększać skuteczność poprzez rozwijanie umiejętności społecznych oraz kształtowanie szeroko rozumianych zdolności terapeutów do refleksyjnego (między innymi poprzez terapię szkoleniową). Pierwsze doniesienia z badań nad terapeutami pokazują, że rozwijanie tych umiejętności i zdolności zwiększa skuteczność ich oddziaływań terapeutycznych.

### JAN CHODKIEWICZ

Choć niby powszechnie wiadomo, to badania pokazują po raz kolejny ogromne zróżnicowanie populacji osób z zaburzeniami używania alkoholu. To są różni ludzie, z różnymi doświadczeniami życiowymi, osobowością i osobistymi zasobami. Wielu choruje na inne zaburzenia psychiczne, które występowały u nich jeszcze przed rozwinięciem uzależnienia. U innych zaburzenia wystąpiły później, ale w obu przypadkach sama terapia uzależnienia niejednokrotnie nie wystarczy, bo przede wszystkim charakteryzują się różnym nasileniem problemu.

Warto zauważyć, że pierwsze badania nad populacją osób uzależnionych dotyczyły najczęściej bardzo głęboko

uzależnionych mężczyzn. Badania te zawierały też wiele błędów metodologicznych. Pomimo to, ich wyniki i wnioski zostały uogólnione na całą populację osób uzależnionych (także na kobiety oraz osoby z mniejszym nasileniem problemu) i nadal stanowią często podstawę diagnozowania i leczenia polegającego na nieskutecznej konfrontacji pacjentów z ich „zakłamanym ja” oraz budowania „tożsamości alkoholika” (czykolwiek miałoby to być).

Pierwszy wniosek z tych badań dotyczy więc konieczności indywidualnego podejścia do pacjentów i dokładnej diagnozy problemowej i klinicznej (piszemy o tym w książce) w miejsce rozpoznawania i „rozbrajania” u wszystkich tych samych mechanizmów uzależnienia.

\* \* \*

Wraz z rozwojem w XXI wieku badań z użyciem metod neuroobrazowania pracy mózgu oraz dzięki przeprowadzeniu szeregu eksperymentów laboratoryjnych coraz wyraźniej widać, że w rozwój i utrzymywanie się uzależnienia zaangażowane są, obok mecha-

nizmów korowych, potężne mechanizmy przebiegające automatycznie i nieświadomie. Świadczą o tym teorie allostazy, sensytyzacji oraz, przede wszystkim, pamięci uzależnienia. Znajomość tych mechanizmów rzuca nowe światło na wiele, często wcześniej niezrozumiałych, zachowań osób uzależnionych, jeszcze raz pokazując również ich zróżnicowanie. Na bazie znajomości tych mechanizmów powstają nowe koncepcje głodu i genezy nawrotów, a także nowe próby leczenia uzupełniające dotychczasową terapię. Terapia dotychczasowa odwoływała się bowiem wyłącznie do jednego typu mechanizmów, a więc tych świadomych, związanych z oczekiwaniami, przekonaniem, intencjami zachowań i wglądem. Dziś wiemy, że to za mało i że bez koniecznych zmian nie da się poprawić, szczerze mówiąc, bardzo niskiej skuteczności leczenia. Stąd w ostatnich latach intensywny, rozwojowy proces wspomagania klasycznej terapii podejściami doświadczeniowymi, skoncentrowanymi na emocjach, na relacjach, a także technikami, takimi jak (między innymi) mindfulness, treningi neuropsychologiczne (joystick training, usprawnianie funkcji poznawczych), techniki ekspozycyjne, wizualizacyjne i ukierunkowane na zmiany nawyków. Wniosek numer dwa dotyczy więc implementacji tych metod do szkolenia terapeutów, a dla samych terapeutów włączania ich w proces terapeutyczny.

### LIDIA CIERPIAŁKOWSKA



prof. dr hab., specjalista z zakresu psychologii klinicznej, psychoterapeuta i honorowy superwizor terapii uzależnienia od alkoholu. Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej UAM i Studiów Podyplomowych „Psychologa Kliniczna”.

### JAN CHODKIEWICZ



doktor hab. prof. Uniwersytetu Łódzkiego, psycholog kliniczny, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Kierownik Zakładu Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień w Instytucie Psychologii UŁ.



**M**ateriały zamieszczone w trzecim wydaniu naszego kwartalnika stanowią kolejny, mocny dowód na to, że nieustający proces zmiany, w jakim znalazła się terapia osób uzależnionych i ich rodzin, przyspiesza. Zmiana ta jest widoczna w wielu obszarach pracy z pacjentami.

Dynamiczny rozwój badań i towarzyszące mu reformulowanie

tego, co mieści się w pojęciu „terapii uzależnień” podsuwa nam kolejne tropy, którymi staramy się podążać. Towarzyszą temu wysiłki na rzecz nowego usytuowania terapii uzależnień w systemie leczenia, stosowanych zmian organizacyjnych, systemu szkolenia specjalistów, relacji między specjalistami zaangażowanymi w proces pomagania.

Znajdują się w tym procesie sprawy, które tkwią w głębokiej prekontemplacji, bo się jeszcze nie wydarzyły lub zaistniały, ale pozostają, bardziej lub mniej celowo, niezauważane.

Są też te, które zaledwie kontemplujemy, nie mogąc sobie poradzić z ambiwalencją, jaka tym rozważaniom towarzyszy. Do niektórych spraw się przygotowujemy. W różnych miejscach i z różnych perspektyw dokonuje się „otwieranie okien możliwości”, które w przejściu do etapu działania bywa „zamykaniem okien”. Trwa więc również etap utrzymania, na którym powinniśmy chronić to, co stanowi wartość istniejącego stanu rzeczy, aby zapobiegać „wylewaniu dzieci z kąpielą”.

W tym procesie niezastąpiona i bezwzględnie konieczna jest obecność głosu tych, którzy są lub będą jego beneficjentami – pacjentów i terapeutów. Chcemy jako kwartalnik być miejscem, w którym będzie można tego głosu słuchać.

Abyśmy z tego zadania wywiązywali się właściwie, potrzebujemy waszych opinii i uwag. Jedną z możliwości jest udzielenie nam pomocy w dokonaniu ewaluacji naszych dotychczasowych wysiłków.

Z góry dziękujemy za wypełnienie ankiety dostępnej na PROFITEST pod linkiem: [www.profitest.pl/s/42738/S3IGviUf](http://www.profitest.pl/s/42738/S3IGviUf)

*David Zawadzki*

## OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO



**S**zanowne Koleżanki i Koledzy, przypominamy, że kwartalnik, który trzymacie w rękach, jest dostępny również w wersji internetowej pod adresem <https://touib.pl/kwartalnik/>

Gorąco zachęcamy do współtworzenia treści internetowych na naszej stronie.

**UWAGA!** Dla osób, które zdecydują się przesłać swoje refleksje do publikacji, cze-

kają do rozlosowania książki Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego (na zdjęciu obok).

Zapraszamy do pisania recenzji publikacji ważnych z punktu widzenia naszego warsztatu i rozwoju. Może to być również artykuł, film bądź inna forma przekazu, poruszająca temat uzależnień oraz problemów, które powodują. Tekstem może być po prostu refleksja na temat przeczytanego, obejrzanego, usłyszanego dzieła, jakaś forma krytyki, wypowiedzi, odniesienia się, polemiki z prezentowanymi artykułami.

Więcej o zasadach publikacji w belce <https://touib.pl/zasadypublikacji/> Materiały prosimy wysyłać na adres: [piotr.cholerzynski@touib.pl](mailto:piotr.cholerzynski@touib.pl)

Serdecznie pozdrawiam!

**Piotr Cholerzyński**  
– redaktor wydania internetowego



**Serdecznie zapraszamy** specjalistów psychoterapii uzależnień i psychoterapeutów, osoby przygotowujące się do takiej pracy oraz psychologów pracujących w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu **na bezpłatne szkolenie w zakresie profilaktyki FASD** oraz pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu w temacie ich płodności.

Szkolenie obejmuje 25 godz. zajęć dydaktycznych (trzy dni).  
Planowane jest uruchomienie trzech edycji szkolenia w terminach:

- Grupa 1: 31 sierpnia – 2 września 2021 r.
- Grupa 2: 10 – 12 września 2021 r.
- Grupa 3: 18-20 września 2021 r.

Prowadzący szkolenie: dr Teresa Jadczyk-Szumilo, Jadwiga Fudała

Szkolenia będą odbywały się w Warszawie (lub okolicy) w formie stacjonarnej, z uwzględnieniem aktualnych warunków sanitarnych wynikających ze stanu pandemii.

W przypadku braku możliwości organizacji szkoleń stacjonarnych – odbędą się one on-line.

Więcej informacji na temat szkolenia pod numerem telefonu **730 030 765**

Projekt finansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przez Instytut Nowej Kultury z Warszawy.



Śląska Fundacja  
Błękitny Krzyż

## ZAPRASZAMY TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ na 5-dniowe warsztaty pn. PRZYWIĄZANIE CZY UWIĄZANIE



Zapraszamy na warsztaty wprowadzające do problematyki uzależnień behawioralnych, w oparciu o ramy koncepcyjne i innowacyjne osiągnięcia empiryczne **teorii przywiązania**. Skupimy się na zaburzeniach zachowania w kontekście wczesnodziecięcych traum i pozabezpiecznych więzi. Wiedza zdobyta na warsztatach będzie podstawą zrozumienia przyczyn powstania uzależnienia behawioralnego na poziomie funkcjonowania mózgu oraz warunków niezbędnych do osiągnięcia zmiany terapeutycznej.

### **Wymagania dla uczestników:**

1. zatrudnienie w zawodzie terapeuty uzależnień (certyfikat psychoterapeuty lub instruktora uzależnień).
2. zaświadczenie o zatrudnieniu w placówkach leczenia uzależnień (Poradnie, Ośrodki stacjonarne, Ośrodki publiczne i niepubliczne).

**Informujemy, że wg wytycznych KBPN pierwszeństwo uczestniczenia w szkoleniu mają osoby zatrudnione w placówkach świadczących bezpłatną pomoc dla osób uzależnionych.**

ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA!!!

### **Rejestracja na warsztaty:**

Telefon: tel. 33 817 28 38, 5 dni w tygodniu od 07:30 do 15:00

E-mail: [szkolenia@bk-europe.pl](mailto:szkolenia@bk-europe.pl)

W temacie e-mail: „**szkolenie behawioralne**”

TERMIN SZKOLENIA: 13-17.10.2021

MIEJSCE SZKOLENIA: Ośrodek Błękitnego Krzyża im. Matki Ewy ul. Paderewskiego 3,  
43-200 Pszczyna woj. Śląskie

Projekt jest realizowany w ramach Narodowego Programu Zdrowia i dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

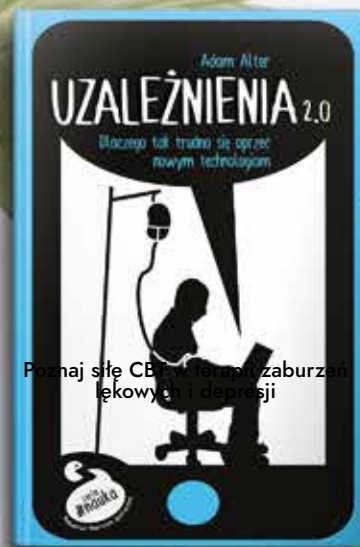


## Seria PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

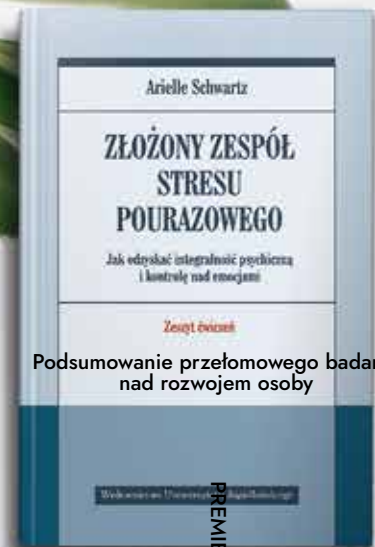
Podręczniki autorstwa światowej klasy specjalistów przeznaczone dla psychiatrów i psychoterapeutów opisujące techniki terapii oraz monografie na temat konkretnych zaburzeń psychicznych i poszczególnych szkół terapeutycznych. Zaletą publikowanych w serii tytułów jest przede wszystkim ich bardzo wysoki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



Innowacyjna metoda w terapii uzależnień



Poznaj siłę CBT w terapii zaburzeń lękowych i depresji



Podsumowanie przełomowego badania nad rozwojem osoby



Przewodnik dla terapeutów pokazujący zastosowanie teorii poliwalgalnej we wszystkich rodzajach terapii



Kolejna książka o praktycznym zastosowaniu teorii poliwalgalnej



PREMIERA 16.09.2021



WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu  
JAGIELLOŃSKIEGO

[www.wuj.pl](http://www.wuj.pl)

