

Nr 3/2022 (Rok XXV)

ISSN 2719-9738

KWARTALNIK

TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH





W następnym numerze między innymi

- podejście psychodynamiczne w terapii osób uzależnionych
- zmiana transformacyjna w psychoterapii
- terapeutyczne funkcje grupy teatralnej

WSTĘP



Tuż przed wydaniem tego numeru dowiedzieliśmy się, że powołano pierwszego konsultanta w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Została nim dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała z Zakładu Psychologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego, prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Czekaliśmy na te decyzje z niecierpliwością. Pani profesor jest częścią naszego środowiska, od wielu lat wspiera je w różnych gremiach wiedzą i doświadczeniem. Na podstawie osobistej współpracy wiem, że można liczyć na jej rzetelność, obiektywizm i wsparcie. Jest też autorką wielu publikacji w naszym piśmie. Kiedy zadzwoniłem z gratulacjami usłyszałem: „Czeka nas wiele wyzwań, kwestie specjalizacji, integracji środowiska, wzmacnianie rangi zawodu, kształtowanie standardów terapii. Zdaję sobie sprawę, że nie wszystkie te kwestie da się rozwiązać od razu, ale bardzo liczę na współpracę całego środowiska, na wypracowywanie konsensu dla tych najważniejszych spraw.” Słysząc apel, więc odpowiadamy, że na nas z pewnością można liczyć. Będziemy też informować o tym, co się dzieje wokół wymienionych przez nowego krajowego konsultanta problemów.

Poza tym numer pod znakiem superwizji. Rozwój to doświadczenia zawo-

dowe, badania i wiedza, konsultowanie własnej pracy terapeutycznej z bardziej doświadczonymi psychoterapeutami.

Profesor Czabała w otwierającej numer rozmowie podkreśla kwestie procesu szkoleniowego, jego zasad i wolności. Wolność jako żywo odnosi się do różnorodności każdej relacji. To można powiedzieć uznanie indywidualnego doświadczenia uczestników, zarówno psychoterapii jak i superwizji.

W kontekście tej rozmowy zastanawiam się nad zmianami w naszym systemie. Staraniem środowiska powstała ciesząca się już uznaniem szkoła superwizorów, zorganizowana w ramach Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień. Nie wiadomo jednak, jaka będzie przyszłość rzeszy obecnych superwizorów, absolwentów szkoły RSPU, a także osób z dużym do-



świadczeniem, które mogą do tej roli aspirować. Jedno jest pewne – bez superwizji nie ma mowy o rozwoju zawodowym psychoterapeutów, niezależnie od podejścia. Tu nie chodzi o to, w jakim systemie ten rozwój zachodzi, lecz o sam proces zmiany. Bezpieczeństwa i rangi profesji. Właśnie o ten standard chodzi, o etyczny kontekst. Pracujemy w bardzo trudnych okolicznościach, z przypadkami wymagającymi wiedzy, umiejętności, pewności siebie. Trud-

no nie wyciągnąć takich wniosków w zestawieniu artykułów na temat superwizji (Leszka Sagadyna) i psychoterapii (Wioletta Choińskiej). Opisane w nich przypadki pokazują, jak bardzo to wsparcie jest potrzebne. Logika tego procesu rozwojowego jest dla nas oczywista. Czy będzie dla decydentów?

W tym numerze Terapii gościmy Jona Frederiksona, psychoterapeutę z ogromnym doświadczeniem i autora bardzo popularnych w Polsce publikacji. Czytając tę rozmowę, zatrzymałem się na wątku dotyczącym przyjmowania odpowiedzialności. Moją uwagę szczególnie przykuło stwierdzenie, że aby ją przyjąć, trzeba być do tego przygotowanym. Inaczej popełniamy falstart, który dalej zapowiada tylko porażki. To w ogóle jest część dyskusji o psychoterapii, metodach, a przede wszystkim jej celach.

Kiedy przyglądamy się procesom, skomplikowanym problemom, cierpieniu pacjentów, to widać, ile trzeba objąć uwagą, uchwycić proces zmiany, co ją uruchamia, a gdzie pojawiają się utknięcia, jaka jest ich przyczyna.

Naszą ambicją jest te procesy odsłaniać, zaciekawiać, budzić refleksję, inspirować do szukania odpowiedzi, dzielić się doświadczeniami. I znowu wracamy do rozwoju zawodowego i superwizji. Wszystko to razem tworzy przestrzeń do zmiany. Staramy się ją stale poszerzać razem z wieloma ekspertami i badaczami, którzy obserwują rzeczywistość.

W tym numerze dotykamy w ten sposób „języka terapii”. Słowa mają moc, więc jeśli nie będziemy uważni, wpadniemy w ramiona uproszczeń. A to prowadzi w linii prostej do zawodowego wypalenia. Zwraca nam na to uwagę Krzysztof Parusiński. Ciężar, rutyna, schematyczność blokują zarówno nas jak i proces pomagania.

Zapraszam do lektury.

Ryszard Kaczmarek

Redaktor Naczelny

SPIS TREŚCI

- str. 5 „Pomiędzy kanonem a wolnością – stawanie się psychoterapeutą i superwizorem”. Rozmowa z **PROF. CZESŁAWEM CZABAŁĄ**, przewodniczącym Komitetu Naukowego V Konferencji Superwizorów
- str. 7 Podwójna diagnoza – implikacje dla pacjentów i terapeutów – **LESZEK SAGADYN**
Najczęściej celem terapii uzależnienia u pacjentów z podwójną diagnozą nie jest pełna abstynencja, a redukcja szkód lub poprawa funkcjonowania w różnych obszarach
- str. 11 Psychoza jako konsekwencja traumy u osób uzależnionych z podwójną diagnozą – **WIOLETA CHOIŃSKA**
Ilu pacjentów – tyle historii, które niosą w swoim bagażu doświadczeń. Niosą swoje brzemie, cierpienie, rany emocjonalne, samotność
- str. 15 Autentyczność, akceptacja, empatia. Warunki dobrej superwizji. Rozmowa z **KRZYSZTOFEM PARUSIŃSKIM**, psychologiem, psychoterapeutą, trenerem, superwizorem.
- str. 18 Znaczenie stylu przywiązania w budowaniu sojuszu superwizyjnego – **JOLANTA RYNIAK**
Superwizja stanowi jeden z zasadniczych elementów kształcenia oraz wykonywania zawodu psychoterapeuty, w tym psychoterapeuty uzależnień
- str. 21 Praca ze snem w psychoterapii uzależnień – **MARTA FAJFER**
Sen alkoholowy u osoby uzależnionej, która wkłada jakiś wysiłek w próby ograniczenia lub zaprzestania picia, jest rodzajem sygnału, że znajduje się ona w wymagającej uwagi sytuacji psychologicznej, o której informuje ją nieświadomość
- str. 25 JUST2021. Rozmowa z dr **MICHAŁEM BUJALSKIM**, kierownikiem badawczego projektu „Język pomocy w uzależnieniach”
- str. 28 Seks, ekscytacja, cierpienie – **MICHAŁ POZDAŁ**
Dynamika niekontrolowanych zachowań seksualnych - opis przypadku
- str. 34 Zawsze rozmawiasz z kimś. Rozmowa z **JONEM FREDERICKSONEM** – psychoterapeutą, superwizorem psychoterapii, wykładowcą.
- str. 42 Focusing w terapii osób uzależnionych – **IRENEUSZ KACZMARCZYK**
Życie jest procesem. Drobne zdarzenia przetwarzamy na bieżąco. Jednak sprawa z sytuacjami traumatycznymi wygląda inaczej, powodują głębsze i bardziej trwałe konsekwencje, wpływając na jakość i bieg życia
- str. 48 ADHD i uzależnienia – czy coś je łączy? – **WENESA GAJOS**
ADHD ma istotny wpływ na rozwój i przebieg uzależnienia, a wczesne wykrycie problemu ma kluczowe znaczenie dla skutecznego leczenia. Większość pacjentów, którzy zgłaszają się w celu leczenia uzależnienia, koncentruje się głównie na radzeniu sobie z nałogiem, dlatego mogą oni spontanicznie nie zgłaszać objawów związanych z ADHD
- str. 53 Alkomat w psychoterapii uzależnień – **EDWIN PAŁYGA**
Zajmując się profesjonalną pomocą osobom uzależnionym, nie wyobrażam sobie, żeby stawać się karzącym i kontrolującym rodzicem z alkomatem w ręku
- str. 55 Rozmowa z **ELŻBIETĄ RACHOWSKĄ** – psychoterapeutą, kierownikiem OTOU w Toruniu, współorganizatorem konferencji pod tytułem: „Etyka i etos w zawodzie psychoterapeuty uzależnień”.

ISSN 2719-9738

TERAPIA
OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

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

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

Wydawca: **PRACOWNIA MOTYWACJI I ZMIAN****ADRES REDAKCJI**ul. Wspólna 27, 61-479 Poznań
email: touib.pmiz@gmail.com; www.touib.pl

Rozmowa z **PROF. CZESŁAWEM CZABAŁĄ**, przewodniczącym Komitetu Naukowego V Konferencji Superwizorów pod tytułem:

„POMIĘDZY KANONEM A WOLNOŚCIĄ – STAWIANIE SIĘ PSYCHOTERAPEUTĄ I SUPERWIZOREM”.

Czy na kilka dni przed rozpoczęciem konferencji można nieco rozwinąć jej tytuł i założenia?

Orlinsky i współpracownicy proponują rozumienie rozwoju zawodowego psychoterapeuty jako „proces przemiany, który (...) może być opisany pod takim kątem jak progres a regres, ewolucja a dewolucja i poprawa a pogorszenie” (Orlinsky i in., 1999, s.129, za Misiec, 2021). Proces ten odbywa się, tak zresztą jak w innych zawodach, przez własne doświadczenia zawodowe, przez poznawanie wyników badań naukowych i nowych opinii o psychoterapii, wreszcie przez konsultowanie własnej pracy terapeutycznej z rówieśnikami i bardziej doświadczonymi psychoterapeutami. Milne (2007) z kolei pisze, że superwizja to sformalizowane zapewnienie intensywnego i regularnego/stałego, opartego na relacji, kształcenia i treningu skoncentrowanego na pracy, wspierającego i ukierunkowującego pracę współpracowników (superwizantów). Funkcje superwizji to: kontrola jakości, utrzymywanie i poszerzanie kompetencji i umiejętności superwizanta, oraz pomaganie superwizantom w efektywnym wykonywaniu swojej pracy. Superwizja jest opisywana zatem jako wspieranie rozwoju zawodowego psychoterapeuty i tak jak psychoterapia jako metoda leczenia powinna opierać się na stałych zasadach, które są sprawdzone jako najbardziej użyteczne dla wspomagania tego rozwoju.

To bardzo wyczerpująca definicja funkcji superwizji. Czy możemy dziś mówić o jakichś obowiązujących w środowisku standardach?

W propozycji rozdziału dziesiątego Kodeksu Etyki Sekcji Naukowej Psycho-



terapii, dotyczącego zasad etycznych prowadzenia superwizji jest między innymi taki zapis „superwizor jest zobowiązany do przestrzegania zasad procesu superwizyjnego” (p. 12).

Czy takie zasady istnieją? Programy szkolenia superwizorów nic o nauczaniu takiego „przedmiotu” nie wspominają. Czy zarządy sekcji czy towarzystw psychoterapeutycznych opracowały takie zasady?

Trudno zatem mówić o „kanonach”, skoro nie ma tzw. „kodu postępowania”. Dużo w modelach opisujących superwizję jest ogólnikowych opisów tego, czym superwizja powinna się charakteryzować, np. Beinart i Clohessy (2017) wymieniają: otwartość, szacunek, zaangażowanie, wsparcie – bardzo ogólnikowo sformułowane „zasady”.

Będzie okazja, aby o „kanonach” usłyszeć na naszej Konferencji w referatach, dyskusjach i warsztatach. A to wydaje mi się kluczowe dla świadomego

i zamierzonego wspomagania rozwoju zawodowego psychoterapeutów w procesie superwizji.

To było o kanonach, a „wolność”?

„Wolność” to w moim rozumieniu odmiennosc każdej relacji superwizor-superwizant, ale tak samo jest w relacji terapeuta-pacjent. To raczej uwzględnianie w relacji odmienności i różnorodności superwizanta, jego przekonań teoretycznych, jego stylu pracy z pacjentem, jego stylu relacji z superwizorem. To samo zresztą dotyczy superwizora.

Czy różnorodność oznacza „wolność”? Co to znaczy, być może także o tym usłyszymy w referatach na konferencji.

Pandemia, wojna, zmiany społeczne. Co te kryzysy znaczą dla środowiska? Dla pacjentów, psychoterapeutów, superwizorów?

Czasy, których doświadczamy obecnie, są szczególne. Wojna w Ukrainie, doświadczenia uciekających przed wojną, bycie w obcym kraju i u obcych ludzi, doświadczenia gospodarzy przyjmujących ich do swoich domów, mobilizacja do wspomagania materialnego walczących i uciekających. To nie wszystkie czynniki, mamy ponadto ciągle nieprzewidywalny COVID-19, obawa przed ubóstwem wynikającym z inflacji, przewidywane zagrożenia związane z brakiem energii. To nowe ludzkie problemy. Jak pomagać psychologicznie osobom doświadczającym związanych z nimi stanów emocjonalnych, lęku, smutku i rozpacz, bezradności?

Istnieją takie metody jak poradnictwo psychologiczne, interwencja kryzysowa, wsparcie psychologiczne i społeczne. Ludzie doświadczający skutków tych wszystkich zdarzeń nie mają zaburzeń



zdrowia psychicznego, psychoterapia nie jest dla nich adekwatną metodą.

Czy istnieją jakieś „kanony” wskazań dla poradnictwa psychologicznego czy interwencji kryzysowej? Czy dobrze wykształcony psychoterapeuta i jego superwizor są gotowi na dostosowywanie rodzajów adekwatnej formy pomocy do specyfiki problemów ludzi szukających pomocy?

To kolejne pytania, jakie zapewne będą inspirować uczestników.

Jak w szerokim środowisku superwizorów wszystkich towarzystw i nurtów wygląda sytuacja superwizorów terapii uzależnień? System lecznictwa jest w okresie intensywnych zmian.

Psychoterapia, według Zasad Stosowania Psychoterapii, opracowanych przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, wymienia różne zastosowania psychoterapii. Psychoterapia jest metodą „z wyboru” w leczeniu zaburzeń nerwicowych, zaburzeń depresyjnych, somatofornicznych i zaburzeń osobowości. Jednak jest także istotnym elementem programu leczenia osób uzależnionych czy osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Czy mamy jasność dotyczącą różnicy między psychoterapią „z wybo-

ru” i psychoterapią jako jedną z składowych metod terapii?

W ostatnim czasie postanowiono utworzyć nową specjalizację – psychoterapia uzależnień. Jaka ma być taka psychoterapia jako składowa różnych oddziaływań? Wydaje się, że taka sama jak psychoterapia stosowana w leczeniu innych zaburzeń zdrowia, chociaż wspomagana przez inne oddziaływania, np. wsparcie społeczne.

Szkolenia przygotowujące do specjalizacji są inne niż proponowane np. przez Sekcję Naukową Psychoterapii PTP. Natomiast superwizja pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi jest bardzo dobrze zorganizowana. W prawie większości placówek leczenia osób uzależnionych jest finansowana przez prowadzących te placówki.

Rodzi się pytanie, czy jest to możliwe w placówkach i zespołach psychoterapeutycznych zajmujących się leczeniem innych zaburzeń?

Co jeszcze będzie przedmiotem refleksji w trakcie spotkania?

Pytanie o to, czy powstaje nowy „zawód” – superwizor. Wielu superwizorów, uzyskując rekomendację, rezygnuje z pracy psychoterapeutycznej z pacjentami i zajmuje się tylko superwizją. Na-

leżałoby się zastanowić, kim są osoby decydujące się na ubieganie się o status superwizora, jakie są ich motywacje, jakie mają doświadczenia zawodowe?

Mam nadzieję, że powiedzą nam o tym referenci będący aktualnie w szkoleniu.

Reprezentują różne nurty...

Czy podobnie jak w psychoterapii mamy zróżnicowanie „podejść” do superwizji? Organizatorzy konferencji zapraszali superwizorów z różnych „szkół psychoterapeutycznych”, aby wypowiedzieli się, czy superwizje są „inne” w tych różnych podejściach.

Tylko dwa takie referaty będą prezentowane w czasie konferencji.

Może jednak superwizja to tylko wspomaganie rozwoju zawodowego i jako taka jest podobna do siebie we wszystkich nurtach psychoterapeutycznych? Może ogranicza się do tych celów, o których pisał wspomniany wcześniej Milne?

Jaka jest reakcja środowiska na konferencję?

Konferencja zapowiada się bardzo interesująco. Mamy wystąpienia światowych specjalistów od rozwoju zawodowego psychoterapeutów, śledzących ich losy od ponad czterdziestu lat. Mamy prezentacje dotyczące relacji superwizyjnej, a także pierwsze w Polsce wyniki badań na temat superwizji i rozwoju zawodowego. Mamy wystąpienia i panele na temat specyfiki superwizji psychoterapii dzieci i młodzieży, psychoterapii uzależnień, superwizji w sytuacji wojny i traumy. Mamy niezwykle ciekawie zapowiadające się refleksje nad superwizją tych, którzy są w procesie szkolenia się na superwizorów.

Jestem przekonany, że pozwoli to na wiele dyskusji i refleksji nad „kanonem i wolnością” superwizji w procesie wspomaganie rozwoju zawodowego psychoterapeutów.

Dziękuję za rozmowę

Rożm. I.K.

Konferencja odbyła się w Jarosławicach koło Wadowic w dniach 16-18 września.

PROF. CZESŁAW CZABAŁA

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

Leszek Sagadyn

Najczęściej celem terapii uzależnienia u pacjentów z podwójną diagnozą nie jest pełna abstynencja, a redukcja szkód lub poprawa funkcjonowania w różnych obszarach

PODWÓJNA DIAGNOZA — IMPLIKACJE DLA PACJENTÓW I TERAPEUTÓW

Termin „podwójna diagnoza” najczęściej używany jest do opisu i rozpoznania pacjentów chorujących psychicznie (zaburzenia psychiczne spełniające pełne kryteria rozpoznawcze ICD-10 lub DSM-5, nie tylko zaburzenia psychotyczne) i uzależnionych od substancji chemicznych (pełne kryteria uzależnienia substancjalnego!). Często mylnie jest rozpoznawana rzekoma podwójna diagnoza u osób z zaburzeniami psychicznymi czy zachowania i nadużywających substancji bez spełnienia kryteriów pełnego rozpoznania w obu obszarach, co wprowadza bałagan w podejściu terapeutycznym i implikacjach diagnozy.

Pacjent z podwójną diagnozą to taki, który posiada podwójne rozpoznania bez względu na to, jakie zaburzenia występowały pierwotnie. Oczywiście to ważny aspekt w kontekście rozumienia pacjenta, planowania terapii czy postępowania leczniczego. U wielu można zdiagnozować, które zaburzenie było pierwotne, ale zdarzają się też tacy, co do których nie ma takiej pewności, a oba obszary zaburzeń występowały równocześnie, wzajemnie się splatając i wzmacniając.

Rozpoznanie podwójnej diagnozy pacjent otrzymuje najczęściej po kilkunastu hospitalizacjach na oddziałach uzależnień lub innych oddziałach leczenia zaburzeń psychicznych, co powoduje utrwalenie problemów, a synergia objawów prowadzi często do poważnych komplikacji w zdrowiu somatycznym i psychicznym. Często właściwe rozpoznanie pojawia się dopiero w trakcie nieskutecznych terapii czy w sytuacji złamania regulaminu



(zapicie, używanie substancji niezleconych przez lekarza itd.) na oddziałach psychiatrycznych czy terapeutycznych lub pojawienia się niespecyficznych objawów psychopatologicznych (nasilenie, zróżnicowanie, przewlekłość) przy leczeniu uzależnień. Czasem, choć rzadziej, pacjenci uzyskują rozpoznanie podwójnej diagnozy w terapii ambulatoryjnej – zazwyczaj po przewlekłej skomplikowanej terapii z licznymi nawrotami i postępującym przebiegiem, bo współwystępowanie problemów psychicznych i używanie substancji powoduje komplikację przebiegu obu procesów.

Właściwe i względnie szybkie rozpoznanie może ułatwić i skrócić proces terapii, czasem wręcz warunkuje postępy w terapii.

PRZYKŁAD

Pacjent leczony na terapeutycznym oddziale nerwic, rozpoznanie – zaburzenia depresyjno-lękowe, nie wnosił problemów z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, w wywiadzie przebieg w rodzinie, ojciec nadużywający alkoholu. Wcześniej brak postępów w terapii depresji i lęku w formie ambulatoryjnej (farmakoterapia i psychoterapia indywidualna). Na oddziale napięty, liczne somatyzacje, drażliwy, ksbony.

Po okresie adaptacji i pewnej redukcji objawów lękowych, podczas rutynowego sprawdzania alkomatem pacjent miał 1,3 promila alkoholu w wydychanym powietrzu, wyglądał na zupełnie trzeźwego i zbornego w zachowaniu. Okazało się, że w ciągu trzytygodniowego pobytu na terapii regularnie spożywał alkohol – jak twierdził „żeby zredukować lęk nie do wytrzymania”. Wypisany z oddziału nerwic, podjął zaleconą terapię uzależnienia.

Przyjęty ponownie po około roku, miał zdecydowanie mniejsze nasilenie objawów lękowych, ukończył pełny cykl terapii. W trakcie pobytu na oddziale pracował nad problemami emocjonalnymi związanymi z relacjami z rodziną pochodzenia, otwarcie mówił o swoim uzależnieniu i jego wpływie na spostrzeganie siebie i rzeczywistości. W trakcie pobytu w oddziale nerwic korzystał z grup AA.

Właściwe rozpoznanie i ukierunkowanie procesu terapii pozwoliło osiągnąć postępy w terapii obu obszarów „podwójnej diagnozy”, nastąpiła „po-

zytywna synergia” po akceptacji obu zaburzeń.

PRZYKŁAD Z TERAPII UZALEŻNIEŃ

Pacjent wielokrotnie detoksykowany, po kilku pobytach na oddziale terapii uzależnienia od alkoholu. W trakcie kolejnego pobytu w oddziale deklaruje uzależnienie od alkoholu, wydaje się też znać objawy głodu, ryzyko nawrotów, w dobrym kontakcie, sprawia wrażenie, że może mieć pewien wgląd w emocje, jest zdolny do empatii.

W trakcie sesji terapii indywidualnej i wnikliwej analizy historii życia pacjenta, podaje objawy wskazujące na wielokrotnie powtarzające się epizody depresyjne (umiarkowane nasilenie epizodów). Nigdy nie był leczony z powodu depresji, a objawy – smutek, apatia, zaburzenia psychosomatyczne, lęk społeczny, obniżone poczucie wartości „leczył” alkoholem. Kiedy mówił o objawach depresyjnych, terapeuci i lekarze uznawali je za „subdepresyjne” w przebiegu uzależnienia od alkoholu lub przejaw działania alkoholowych mechanizmów obronnych, uzalania się nad sobą i pretekstu do picia.

Po konsultacji w zespole terapeutycznym i konsultacji psychiatrycznej włączono leczenie antydepresyjne już w trakcie terapii stacjonarnej. Pacjent ukończył terapię stacjonarną i kontynuował ambulatoryjną farmakoterapię depresji i uzależnienia (terapeuta i lekarz kontaktowali się ze sobą – za zgodą pacjenta, terapeuta uwzględniał w terapii uzależnienia „depresyjność” pacjenta – indywidualizacja podejścia). Pacjent przez ponad dwa lata utrzymywał abstynencję, raz w okresie jesienno-zimowym miał zaostrenie i modyfikację leczenia antydepresyjnego.

Właściwa diagnoza oraz terapia farmakologiczna i psychologiczna pozwoliły pacjentowi na zdecydowaną poprawę w objawach obu diagnoz, a także na uniknięcie pobytów w szpitalu i względnie dobre funkcjonowanie społeczne, rodzinne i zawodowe.

Bardzo często, jak ilustrują powyższe przykłady, właściwa diagnoza (czy diagnozy) pozwala dopiero dobrać skuteczne postępowanie terapeutyczne u pacjentów z podwójną diagnozą.

Jednak czasem właśnie rozpoznanie podwójnej diagnozy może się okazać „podwójnie” stygmatyzujące i ograniczające możliwość pomocy. Często terapeuci boją się pacjentów z rozpoznanem podwójnej diagnozy, uważając ich za trudniejszych, bardziej wymagających czy gorzej rokujących w terapii. Nie musi tak być, ale często takie podejście działa jak samospełniająca się przepowiednia.

Czasem nawet w regulaminy oddziałów terapeutycznych zawierają ograniczenia związane z podwójną diagnozą, a pacjenci z takim rozpoznanem kierowani są do specjalistycznych oddziałów dla pacjentów z podwójną diagnozą. Do niedawno były to w Polsce wyłącznie oddziały dla pacjentów chorujących psychicznie (CHAD, spektrum schizofrenii) i uzależnionych od alkoholu.

W ostatnim okresie NFZ ogłosił ofertę na tworzenie terapeutycznych oddziałów dla pacjentów z podwójną diagnozą z uzależnieniem, ale bez zaburzeń psychotycznych (zaburzenia osobowości, zaburzenia związane z organicznym uszkodzeniem OUN, zaburzenia intelektualne i poznawcze). To szansa? Czy pozorne działanie? Przy tak niejednorodnej grupie pacjentów trudno jest stworzyć spójny i działający dla wszystkich pacjentów program, zwłaszcza przy słabo wyceńianej usłudze, co ogranicza możliwość zatrudnienia profesjonalnego i zaangażowanego personelu. Obecnie najczęściej oddziały takie są tworzone jako pododdziały oddziałów terapii uzależnień albo oddziałów psychiatrycznych, a ich programy są mało zindywidualizowane i realizowane jako praca dodatkowa terapeutów z innych jednostek organizacyjnych.

CZYM DLA PACJENTA JEST ROZPOZNIANIE PODWÓJNEJ DIAGNOZY?

Może być wstępem do rozpoczęcia akceptacji problemów:

- dobre i przyjazne (trafne, odpowiednio przedstawione w kontekście ograniczeń i zasobów, opisane językiem pacjenta) – jest szansą na skuteczną opartą na wykorzystaniu zasobów pacjenta terapię.

- mechaniczne i krytyczne (przedstawione w lękowej i oceniającej atmosferze) – może powodować u pacjentów zamknięcie i unikanie terapii, synergię i nawarstwienia problemów i objawów, ale też wpływać na stygmatyzację, obniżenie samooceny i motywacji do terapii.

Dobra diagnoza wymaga doświadczenia i wnikliwości terapeutów, nie należy kierować się tylko epikryzami i historiami choroby, ważny jest wnikliwy wywiad, jeśli to możliwe, wykorzystanie informacji od rodziny i dotychczasowych terapeutów. Często przecież historia choroby i epikryza zawiera tylko standardowe informacje, a nozologiczne rozpoznanie czasem jest uwarunkowane np.: dostępem do korzystnej refundacji leków albo do-

rażnym interesem pacjenta czy rodziny (utrzymanie pracy, potrzeby służby itp.). Wielokrotnie w praktyce na oddziałach odwykowych lub nerwicyowych spotkałem się z rozpoznaniem „nadmiarowym” lub „łagodnym” ze względu na rzeczywiste lub domniemanie dobro pacjenta. Jednak często takie rozpoznanie „podąża za pacjentem” i niesie negatywne implikacje co do dalszej terapii – zwłaszcza, że czasami nie zostało odpowiednio przedstawione samemu pacjentowi.

Dzieje się to nawet w przypadku tzw. poważnych rozpoznań. Przykładowo, pacjent uzależniony z rozpoznaniem osobowości z pogranicza, żeby mógł być leczony nowoczesnymi neuroleptykami z refundacją, dostał rozpoznanie psychozy schizoafektywnej, ale lekarz „zapomniał” mu tę

przesłankę rozpoznania dokładnie wyjaśnić. Spowodowało to duże komplikacje medyczno-prawne. Zmiana diagnozy na właściwą okazała się bardzo trudna, ale potrzebna – po rozwodzie z żoną, pacjent podjął skuteczną terapię i ubiegał się w sądzie o opiekę naprzemienną nad swoim synem.

CO Z TERAPIĄ PACJENTÓW Z PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ?

Prawie zawsze pacjenci z podwójną diagnozą są, a przynajmniej powinni być, leczeni także farmakologicznie. Dla części z nich to leczenie podstawowe, dla innej grupy farmakoterapia warunkuje skuteczną psychoterapię, umożliwia optymalne do zmiany terapeutycznej napięcie motywacyjne, a często pozwala „oderwać się” od dolegliwości objawowych (lęk, depresja, somatyzacje, zaburzenia snu), czy skrajnej egocentryzacji (kompulsje, narcystyczne oraz pograniczne zaburzenia osobowości).

W terapii osób z podwójną diagnozą obowiązuje zasada koncentracji na bardziej „zaburzonym” eksponowanym obszarze (aspekcie diagnozy) przy jednoczesnej uwadze na drugim rozpoznaniu. Leczenie wpływa na „całego” pacjenta, pozwala uchwycić bieżące problemy w kontekście całościowego widzenia pacjenta i potencjalnej współzależności obu wymiarów podwójnej diagnozy. Na przykład, detoksykacja u osoby depresyjnej lub lękowej może przebiegać zupełnie inaczej niż u osoby bez drugiego rozpoznania – dłuższy jest czas, czasem paradoksalna reakcja na niektóre grupy leków.

Najczęściej celem terapii uzależnienia u pacjentów z podwójną diagnozą nie jest pełna abstynencja, a redukcja szkód lub poprawa funkcjonowania w różnych obszarach. Oczywiście nie zawsze terapeuta mówi pacjentowi o takim celu z uwagi na problemy z motywacją czy mechanizmy obronne pacjenta, ale w myśleniu i planowaniu terapii niezbędne jest uwzględnianie podwójnej diagnozy oraz dopasowywanie wymagań i interwencji do aktualnych możliwości pacjenta. Wymaga to od terapeuty dużej uwagi i elastyczności, zaleca się wymianę informacji i współpracę z psychiatrą i innymi profesjonalistami oraz stałą superwizję.



W sytuacji leczenia na oddziałach terapeutycznych informacja lub wcześnie rozpoznanie podwójnej (drugiej) diagnozy pozwala dopasować formy terapii do problemów pacjenta, a często nawet warunkuje ukończenie terapii. Przykładem tego może być odpowiednio „zaopiekowane”, wyprzedzające odrzucenie – charakterystyczne dla pacjentów z BPD (osobowość z pogranicza) pozwala na „konteneryzację” afektu, co umożliwia utrzymanie się pacjenta w relacji terapeutycznej czy grupie.

Innym przykładem podejścia w relacji terapeutycznej jest unikanie konfrontacji zwłaszcza u pacjentów uzależnionych z innymi problemami psychicznymi. Bardzo ważne jest też odpowiednie przygotowanie osób z podwójnym rozpoznaniem do pracy w grupie, odpowiednie uprzedzenie pacjentów o możliwych problemach związanych z dynamiką grupową czy przejrzyste opisanie celów i procedur pracy w grupie.

PRZYKŁAD

Pacjentka 41 lat, przyjęta na oddział nerwic i zaburzeń emocjonalnych z oddziału ogólnopsychiatrycznego, na którym leczyła się po impulsywnej, ale „poważnej próbie samobójczej” (zatrucie lekami z dużą ilością alkoholu), rozpoznanie „CHAD, epizod depresyjny umiarkowany”. W trakcie terapii dość otwarta w kontakcie, ale powierzchowna w relacjach ze współpacjentami, minimalizująca, ze słabym wglądem emocjonalnym.

Wraz z rozwojem relacji terapeutycznej ujawnia wskaźniki uzależnienia od alkoholu i innych substancji. Terapeuta prowadzący modyfikuje terapię z uwzględnieniem aspektu uzależnienia (edukacja, praca nad mechanizmami obronnymi uzależnienia) – prowadzi to do akceptacji, przynajmniej wstępnej, problemu uzależnienia. Pacjentka podejmuje decyzję o abstynencji.

Po tym etapie pracy terapeutycznej mniej „zaprzecza”, mówi o wielu faktach ze swojego życia, także o nadużywaniu substancji psychoaktywnych, co wiązało się u niej z poważnymi problemami i urazami, a te z kolei uruchamiały mechanizm i objawy CHAD.

Rozpoznanie i wstępna akceptacja problemu uzależnienia pozwoliła pacjentce bardziej zintegrować doświad-

czenie, poprawić wgląd i samoocenę. Te zmiany z kolei zaowocowały większą otwartością w grupie terapeutycznej i zwiększają szansę na trwałą poprawę funkcjonowania pacjentki w aspektach podwójnej diagnozy.

W oddziałach terapeutycznych ważne jest też monitorowanie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem w społeczności terapeutycznej poza zorganizowanymi zajęciami (istotne znaczenie mają informacje dla pielęgniarek, lekarza dyżurnego), ponieważ często zdarza się, że pacjenci „symulują” lepsze funkcjonowanie i boją się ujawnić symptomy nawrotów.

Często w trakcie terapii osób z podwójną diagnozą w oddziałach uzależnień lub zaburzeń emocjonalnych zwracają oni uwagę terapeutów swoimi niekonwencjonalnymi zachowaniami. Czasem mają problemy z akceptacją i dopasowaniem do regulaminu i kontraktu, czy przekraczaniem granic innych pacjentów. Takie zachowania mogą powodować napięcia w zespole terapeutów (często każdy widzi pacjenta ze „swojej” perspektywy, farmakoterapia, kontakt indywidualny, grupa, społeczność) i mogą oni mieć odmienne poglądy na postępy czy nawet zasadność terapii. Nieoceniona jest w takich przypadkach wymiana informacji i konfrontowanie swoich spostrzeżeń w reflektującym zespole oraz stała superwizja kliniczna i emocjonalna terapeutów, lekarzy i innych członków zespołu.

Dużym wyzwaniem jest indywidualne traktowanie pacjenta z podwójną diagnozą, a jednocześnie umożliwienie mu funkcjonowania w grupie i w społeczności w ustalonych regułach i akceptacji innych pacjentów. Czy mogą mieć „specjalne prawa”? Jeśli tak, to jak mają to zaakceptować inni pacjenci!? I to jest chyba największe wyzwanie dla zespołu leczącego – jak pomóc pacjentom utrzymać się w grupie i społeczności terapeutycznej, a jednocześnie zachować i szanować ich indywidualność. Mają przecież rzeczywiście większe i bardziej skomplikowane problemy wynikające z podwójnej diagnozy, a często mniejsze możliwości przystosowawcze.

Superwizja pacjentów z podwójną diagnozą często jest warunkiem ich skutecznej terapii. Terapie osób

z podwójną diagnozą jest wyzwaniem dla ich terapeutów zarówno w kontekście utrzymania relacji, jak również „przetrvania” i konstruktywnego rozwiązania problemów wynikających z implikacji nakładających się zaburzeń i projektowania tych problemów na terapeutów. Stała superwizja terapii pacjentów z podwójną diagnozą powinna być dostępna, a nawet obligatoryjna już od etapu diagnozy i nawiązywania relacji. Z moich doświadczeń wynika, że właśnie superwizja zwykle umożliwia trafne postawienie podwójnej diagnozy. Pozwala też terapeutom „pomieścić” i spożytkować zwykle trudne emocje, pojawiające się w relacji terapeutycznej z osobami z podwójną diagnozą.

Najważniejsze aspekty w psychoterapii osób z podwójną diagnozą to:

- wczesna i trafna diagnoza,
- dopasowanie celów terapeutycznych do aktualnego funkcjonowania pacjenta,
- istotna relacja terapeutyczna pozwalająca monitorować oba rozpoznania,
- pomoc w utrzymaniu się w grupie i społeczności terapeutycznej,
- stała wymiana informacji i superwizja zespołu leczącego.

LESZEK SAGADYN



Superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Psychoterapii Uzależnień. Pracuje we własnym gabinecie oraz w Szpitalu Psychiatrycznym w Suwałkach (oddział nerwic i zaburzeń emocjonalnych).

BIBLIOGRAFIA

1. J. Cohen, S. J. Levy „Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych – czuj pacjent”, PARPA W-wa 1998 r.
2. Ch. J. Gelso, J. A. Hayes „Relacja Terapeutyczna”, GWP Gdańsk 2005 r.
3. M. B. First „DSM-5 diagnostyka różnicowa”, Wrocław 2016 r.
4. J.O. Prochaska, J.C. Norcross „Systemy Psychoterapeutyczne”, IPZ W-wa. 2006 r.

Wioleta Choińska

Ille pacjentów – tyle historii, które niosą w swoim bagażu doświadczeń. Niosą swoje brzemie, cierpienie, rany emocjonalne, samotność

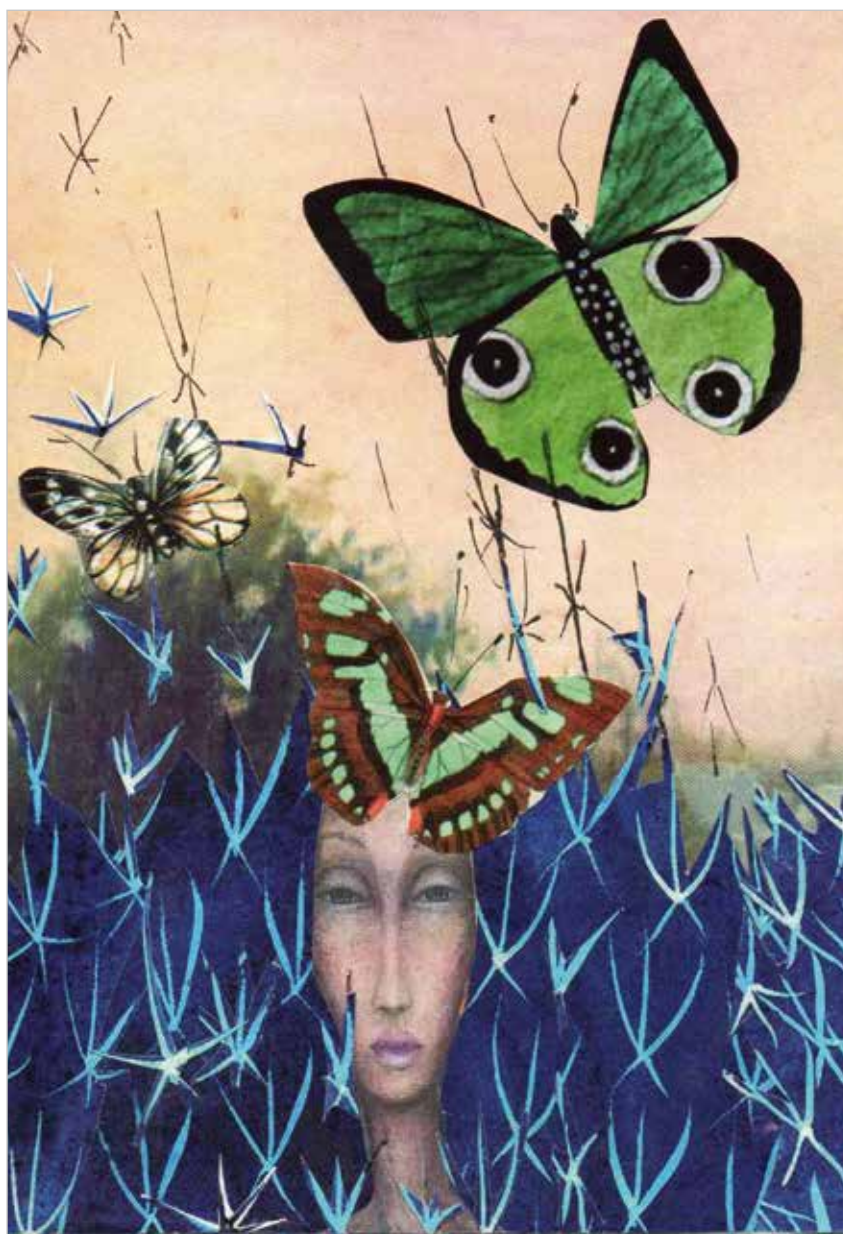
PSYCHOZA JAKO KONSEKWENCJA TRAUMY U OSÓB UZALEŻNIONYCH Z PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ

*„Nie chodzi o to, żeby pozbyć się uczucia z naszej głowy lub ukryć je, lecz o doświadczanie go z akceptacją.”
Carl Rogers*

„Dzień dobry społeczności, mam na imię Wiola”. Tak codziennie witamy się podczas porannego spotkania społeczności terapeutycznej w naszym oddziale. Społeczność ta różni się jednak od innych, ponieważ ma charakter zmodyfikowanej społeczności terapeutycznej. Zmodyfikowana ze względu na ważną różnicę – pacjentów z podwójną diagnozą. Tutaj łączy się proces terapii uzależnienia z procesem leczenia psychiatrycznego nastawionego na poprawę stanu psychicznego, złagodzenie objawów wytwórczych, remisji choroby, poprawy nastroju, ogólnie pojętego powrotu do dobrostanu psychicznego. Społeczność terapeutyczna to bardzo skuteczne podejście do leczenia uzależnień i innych, pokrewnych problemów życiowych.¹

* * *

Badania wskazują na ogromny wpływ przeżytych traum na uzależnienie. Ludzie częściej sięgali po substancje psychoaktywne, kiedy byli narażeni na różnego rodzaju traumy – przemoc fizyczną, psychiczną, nadużycia seksualne, rozwód rodziców, uzależnienie ojca lub matki, śmierć jednego z rodziców, wykorzystywanie emocjonalne czy wyśmiewanie przez rówieśników w szkole. Używanie substancji psychoaktywnych pomagało radzić sobie z trudnymi i bolesnymi przeży-



¹ George de Leon, *Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2003*

ciami oraz emocjami, jakie ujawniały się w konsekwencji reakcji na dane traumatyczne sytuacje.

W najnowszej książce Glenn R. Schiraldi „Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa” poruszana jest kwestia sytuacji traumatycznych, które mogą mieć ogromny wpływ na późniejsze życie. Niezaspokojone potrzeby, nieuświadomione i nieprzepracowane traumy mogą negatywnie wpływać na dorosłe życie.

Idąc za autorem, do najpowszechniejszych negatywnych doświadczeń możemy zaliczyć:

- przemoc seksualną,
- przemoc fizyczną,
- przemoc emocjonalną,
- zaniedbanie emocjonalne,
- zaniedbanie fizyczne,
- rozwód lub separacja rodziców,
- bycie świadkiem przemocy,
- uzależnienia w rodzinie,
- choroba psychiczna,
- pobyt w więzieniu kogoś z członków rodziny².

Oczywiste przyczyny traumy według Petera A. Levine’a to:

- wojna,
- ciężkie nadużycie emocjonalne,
- zaniedbanie, zdrada lub porzucenie w dzieciństwie,
- gwałt,
- poważne choroby i ciężkie zranienia,
- utrata rodziców w dzieciństwie.³

Wspólnym mianownikiem u osób po traumie jest cierpienie, samotność, niejednokrotnie uciekanie od „prawdziwego siebie”, samotnego, małomównego, wycofanego, lęklivego człowieka, który jest inny niż oczekiwania bliskich. To smutna prawda o naszych pacjentach. Jeśli chcą przez chwilę być w świecie, w którym są tacy, jacy chcą być, nie muszą zakładać masek, bez udawania, spełniania oczekiwań – kosztuje ich to bardzo wiele, są w stanie postawić wszystko na jedną kartę, aby iluzorycznie, chociaż na chwilę, zachłysnąć się akceptacją i poczuciem bezpieczeństwa, przynależności, zrozumienia. Tak dużo są w stanie zrobić dla tej jednej chwili, aby przez moment poczuć się tak, jak w świecie rzeczywistym nigdy nie mogli.

Do wczesnych objawów traumy zaliczamy:

- wzmożoną czujność,
- natrętne objawy lub wspomnienia,
- skrajną wrażliwość na światło i dźwięk,
- hiperaktywność,
- nadmierne reakcje emocjonalne oraz lęklivość,
- nocne koszmary i lęki,
- nagłe zmiany nastroju,
- wstyd i brak poczucia własnej wartości,
- zmniejszoną zdolność do radzenia sobie ze stresem,
- trudności ze snem.⁴

Pracujemy z osobami, które szukając siebie, szukają złotego środka na problemy, trudności, nierozwiązane konflikty, samotność, brak zrozumienia i poczucia bezpieczeństwa, traumy, znajdując na swojej drodze substancje psychoaktywne. Substancje, które w bardzo krótkim czasie wskazują już tylko jedną drogę do rozwiązywania problemów, chwilowej ucieczki, emocjonalnej ulgi, a potem zapraszają do przyjmowania kolejnych dawek.

Chciałabym na podstawie opisu przypadków pacjentów naszej społeczności terapeutycznej ukazać, jak trauma prowadzi do uzależnienia oraz jak ogromny wpływ ma na zdrowie psychiczne.

ZESPÓŁ DEZAPROBATY PŁCI – DYSFORIA PŁCIOWA

Pamiętam Marcina dobrze, to bardzo trudne przeżycie dla terapeuty stracić pacjenta. To był pierwszy mój pacjent, który popełnił samobójstwo.

Pamiętam jak dziś, miałam dyżur, zadzwonił telefon, robiliśmy poranną kawę i omawialiśmy plan dnia. Zadzwoniła matka Marcina, mówiąc, że syn nie żyje. Przedawkował leki i alkohol. Ciało znaleziono niedaleko szkoły, do której chodził. Stałam sparaliżowana, trzymając telefon w ręku, na chwilę wszystko się zatrzymało, zamarło.

Marcin nigdy nie miał akceptacji w swojej rodzinie, był niski, słaby, miał kobiecy wyraz twarzy, bardzo długie rzęsy. Dusił się w swoim ciele, nie akceptował siebie jako mężczyzny, chciał być kobietą, ale nie mógł tego powiedzieć swojej rodzinie. Chociaż niejednokrotnie pokazywał im, jaki jest. Pod wpływem narkotyków i alkoholu miał odwagę pokazać, kim jest naprawdę.

Początkowo starał się to zagłuszyć, wchodził w konflikty z prawem, łamał notorycznie zasady, robił tatuże jak wujek, odbywał wielomiesięczne kary w więzieniu. Jednak w pewnym momencie swojego życia znalazł destrukcyjną alternatywę, która pozwalała mu być tym, kim chciał, bez oceny, bez wyśmiewania, przemocy i słuchania wyzwisk. Narkotyki i alkohol iluzorycznie kołły jego cierpienie. Psychoza i jej objawy dawały mu poczucie wolności, zakładał damską bieliznę i stawał się kobietą, którą tak bardzo pragnął być.

PRZEMOC SEKSUALNA

Kolejnym pacjentem, który dzięki objawom wytwórczym mógł chronić siebie, był Dominik, chłopak molestowany przez wujka. Wyparł wiele lat swojego życia.

Wycofany, „blady” emocjonalnie, małomówny, zamknięty w sobie, widoczne drżenie rąk, częste napady lęku. W społeczności mało widoczny, wręcz niewidzialny – tak, jak jego chęć bycia niezauważonym. Napady lęku odbierały mu możliwość stabilnego, naturalnego oddechu, powodowały zawroty głowy, chęć ucieczki od rzeczywistości, osamotnienie i brak poczucia bezpieczeństwa. Dominik w swoich psychozach widział dzieci krzywdzone przez akty pedofilii.

Natalia to pacjentka, która w dzieciństwie była molestowana przez ojczyma. Uzależniona od wielu substancji psychoaktywnych (morfiny, benzodiazepiny). Biseksualna, ujawniała trudności w nakreślaniu granic.

W trakcie terapii pojawiały się u niej objawy padaczkowe, chwilowe odpięcie z bardzo delikatnymi drganiem ciała. Początkowo obserwowana pod kątem objawów odstawiennych związanych z przyjmowaniem benzodiazepin. Pacjentka negocjowała przyjmowanie tej grupy leków przed przyjęciem na oddział. Wykonano dodatkowo test, który wykazał negatywny wynik na obecność benzodiazepin.

Natalia nie miała możliwości porozmawiania o molestowaniu, jej matka krzyczała na nią, nie chciała jej uwierzyć, stosowała przemoc. Nakazała jej siedzieć cicho, bo zostaną same, a wtedy nie poradzą sobie w życiu finansowo.

Ciało Natalii, nie mając wsparcia i pomocy, wspierało ją, reagując na bolesne przeżycia wyłączaniem się, odcię-

² Glenn R. Schiraldi *Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa*, GWP Sopot 2020

³ Peter A. Levine, *Uleczyć traumę*, Czarna Owca 2008

⁴ Peter A. Levine, *Uleczyć traumę*, Czarna Owca 2008

ciem, chwilową ucieczką. Tworzyła swój alternatywny świat.

W psychozach często pojawiał się jej ojciec, który dawał jej nadzieję na lepsze życie, którego w rzeczywistości nie miała możliwości zaznać.

NIEPRZEŻYTA ŻAŁOBA

Patryk zaczął używać substancji psychoaktywnych po śmierci ojca. Był nieakceptowany i wyśmiewany w szkole, nie radził sobie z tym, zaczął wagarować, łamać zasady i normy. Po jednej z kolejnych kłótni uderzył ojca w twarz i uciekł z domu. Ojciec chorował na nowotwór złośliwy jelita. Nowotwór wykryto w późnym stadium choroby. Ojciec bardzo szybko zmarł, a Patryk nie miał możliwości się z nim pożegnać.

Poczucie winy, straty, ból i cierpienie było tak silne, że Patryk zamknął się w sobie, w swoim świecie substancji psychoaktywnych i gier komputerowych. Bardzo szybko pojawiły się objawy psychotyczne. Diabły i anioły, pomieszanie światów dobra i zła. Sam określał się wysłannikiem diabła, złą istotą, przecież tyle zła wyrządził w swoim życiu, nie pożegnał się nawet z ojcem, nie mówiąc już o tym, że go uderzył i nie zdążył przeprosić.

Psychoza pozwalała mu być z ojcem, który się tam pojawiał. W świecie psychozy mógł z nim być, mógł się zrehabilitować, czuć się synem swojego ojca, którego tak źle potraktował w rzeczywistości. To było dla niego bardzo ważne, kosztem tych bardzo bolesnych psychoz związanych z demonami, które budziły w nim ogromny lęk, strach i ataki paniki. Powracał do tych stanów, przyjmując kolejne dawki substancji psychoaktywnej, po to by spotkać się z ojcem.

PTSD

Adam był żołnierzem podczas misji pokojowych. Niewiele miały one wspólnego z nazwą. W kontrakcie, który podpisywali żołnierze, znalazł się zapis, że nie wolno ujawniać tego, co się dzieje podczas ich wyjazdów. Ilekroć mówił o swoim życiu, jego historia zaczynała się w czasie, kiedy był w Jugosławii. Duży, potężny, swoim wyglądem sprawiał wrażenie silnego mężczyzny, w mo-

ACTING OUT

Termin „acting out” może odnosić się do działań autodestrukcyjnych lub wzmacniających. Ryzykowne zachowanie zamienia bierną traumę w aktywną kontrolę nad czasem, tempem i dotkliwością nadużycia. Poddanie się nadużyciom poprzez wchodzenie w niebezpieczne sytuacje często skutkuje ponownym byciem ofiarą, a to jest znajoma sytuacja oferująca bezpieczną tożsamość. To może być próba opanowania traumatycznego doświadczenia lub utrzymania kruchej poczucia sensu życia, które opiera się na identyfikacji jako ofiara. To jeden ze sposobów, w jaki wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie wpływa na całe życie. Nawet powtarzające się zachowania, które mają autodestrukcyjne skutki, mogą czasami być nieświadomymi próbami przepracowania nieświadomego konfliktu lub traumatycznej pamięci. Kiedy niewypowiedziane zostanie „wypowiedziane”, istnieje możliwość przepracowania konfliktu lub traumy i opanowania ich na tyle, aby przestały się powtarzać.

Źródło: Roberta Satow, „What Is Acting Out?”, *Psychology Today*, 2022 (<https://www.psychologytoday.com/us>)

mentach psychozy jednak kulił się w sobie, zamykał i płakał.

Pojawiały się koszmary senne, flashbacki, które przypominały mu, że nie pomógł swojemu przyjacielowi. Jego przyjaciel zginął, a on z poczuciem winy powrócił do Polski. To nie jedyna jego historia, tę tylko bardzo często odtwarzał.

Dwukrotnie go pojmano, grożono mu, przykładano do jego skroni broń. Lęk przed śmiercią był tak silny i bliski, że jedyne, co pomagało, to amfetamina przed akcją i alkohol po. Strach o własne życie był tak silny, że ten rosły mężczyzna moczył się w nocy. Flashbacki były tak realistyczne, że powodowały ogromną trudność z rozróżnieniem fikcji od rzeczywistości.

Jego rodzina się rozpadła, stał się innym człowiekiem, budził się w nocy złany potem, obniżony nastrój nie pozwalał wstać z łóżka, najprostsze codzienne obowiązki okazywały się przeszkodami nie do przejścia.

Według Babette Rothschild, po przebytej traumie osoby zachowują utajoną pamięć traumatycznych zdarzeń w swoich mózgach i ciałach. Pamięć ta często wyraża się w objawach zespołu stresu pourazowego. W gruncie rzeczy ciało pacjenta nie pozwala zapomnieć o traumie⁵. Znowu alkohol stał się „przyjacielem”, który rozumiał wszystko. Kołił ból i ogrom cierpienia oraz łagodził stratę przyjaciela, któremu nie potrafił pomóc.

⁵ Rothschild Babette „Ciało pamięta. Psychofizjologia i terapia osób po urazie psychicznym” wyd. WUJ Kraków 2014 r.

CHŁÓD EMOCJONALNY RODZICA – NIEDOSTĘPNOŚĆ EMOCJONALNA

Nina, lat 24, jej problemy to samotność, brak relacji, chłód emocjonalny, w wieku dwóch lat odrzucenie, uzależnienie matki od marihuany i alkoholu, w późniejszym czasie również od benzodiazepin, opuszczenie przez ojca, który założył drugą rodzinę za granicą. Pacjentka uciekała w świat morfiny, benzodiazepin, metkatynonu. Szukała akceptacji, miłości, zaangażowania, poczucia bezpieczeństwa i bliskości w złudnym świecie.

ROZWÓD RODZICÓW

Paweł lat 29, samotność, HIV, niezrozumienie, brak wsparcia, odrzucenie. Był zmuszany do kontaktów seksualnych ze starszym od siebie kolegą, silniejszego. Miał wtedy zaledwie dwanaście lat i chodził do szóstej klasy szkoły podstawowej. Nie mógł liczyć na wsparcie rodziców, w tym czasie byli w trakcie rozwodu. Ojciec stosował przemoc wobec rodziny, nadużywał alkoholu. Chłopak został ze swoimi problemami sam. Zagrożenie, brak wsparcia oraz poczucie beznadziei doprowadziło go nadużywania substancji psychoaktywnych i ucieczki w świat gier komputerowych.

Wiele różnych sytuacji, o których pacjenci nie potrafią zapomnieć, może na nich oddziaływać i mieć wpływ na ich dalsze funkcjonowanie. To na przykład

odtworzenie schematów, które znają, przekaz, jaki wynieśli z domu, skrypty, które na stałe zakorzeniły się w myślach i przekonaniach. Jeśli to, co trudne, nie zostanie przepracowane, może powodować zmiany w postrzeganiu świata i samego siebie. Może również prowadzić do chorób fizycznych i psychicznych. Często nasi pacjenci „leczą” swoje objawy zaburzeń przez używanie substancji psychoaktywnych, zamiast próbować dotrzeć do korzeni, do negatywnych doświadczeń, od których uciekają.

JAK RADZIĆ SOBIE Z TRAUMAMI

Bolesne doświadczenia prowadzące do szukania rozwiązań często powiązane są z używkami, które łagodzą stany emocjonalne będące wynikiem odczuć, myśli i wyobrażeń. Praca terapeutyczna polega na przepracowaniu negatywnych myśli, emocji, jakie towarzyszą tym myślom oraz ich konsekwencji, ponieważ nieprzepracowana trauma utrudnia codzienne funkcjonowanie, powoduje odcinanie się od rzeczywistości, od emocji, od życia. Wskutek tego pojawiają takie objawy jak depresje, psychozy, kompulsje, napady paniki, bezsenność, koszmary senne, lęki. A przecież doświadczanie to najbardziej podstawowa psychiczna funkcja człowieka. Zniekształcenie procesu doświadczania prowadzi do zaburzeń psychicznych, ograniczania zdolności do adaptacji, przynosi cierpienie⁶.

Używanie substancji psychoaktywnych pomaga radzić sobie z trudnymi, bolesnymi przeżyciami oraz emocjami, jakie ujawniały się w konsekwencji reakcji na dane traumatyczne i bolesne sytuacje, na które narażeni byli pacjenci.

W terapii często można zauważyć, jak dużym problemem są trudności z budowaniem i utrzymaniem relacji, kontaktowaniem się z własnymi emocjami i potrzebami, a nawet z brakiem alternatywnego sposobu spędzania wolnego czasu.

Celem terapii jest przede wszystkim praca nad uzależnieniem oraz redukcja objawów psychotycznych, poprawa jakości życia, dążenie do dobrostanu. Ważnym aspektem jest wydobywanie z pacjenta umiejętności pozostawienia za sobą tego, co było, i nauka patrzenia

z nadzieją w przyszłość. Istotne znaczenie ma praca nad kontaktem z ciałem, które daje sygnały, pokazuje, że coś nie zostało jeszcze przepracowane, coś uwiera, nie jest w zgodzie z nami, sprawia niewygodę, jak uwierający kamiń w bucie. Sygnały płynące z ciała są pewnym rodzajem drogowskazu, który prawidłowo rozpoznany może wskazać właściwą drogę. Wsluchanie się w ciało, w to, co chce nam przekazać, nie zawsze będzie przyjemne. Częściej jest bolesne, trudne, niejednokrotnie naznaczone cierpieniem i ogromnym bólem – możemy jednak dzięki temu stać się przede wszystkim dla siebie silniejsi, odporniejsi, bardziej czytelnymi, zrozumieć i zaakceptować siebie. Po prostu iść do przodu.

To wszystko daje społeczność terapeutyczną. Pokazuje i daje szansę na stworzenie mikrosocjności, w której możemy przepracować własne ograniczenia i trudności. Kontakt indywidualny daje możliwość otwarcia się, budowania relacji, poczucia bezpieczeństwa, daje szansę na rozwijanie i odkrywanie własnych zasobów i przede wszystkim zrozumienie siebie. To niezwykle ważne, by poznać siebie i zaakceptować takim, jakim jestem. Doświadczanie swoich emocji, kontaktowanie się z emocjami „tu i teraz” często daje możliwość przebaczenia, przybliżenia się do tego, od czego się ucieka i bycie z tym, co się uruchamia w bezpiecznym miejscu, w relacji, której wcześniej nie można było zaznać. Co może okazać się istotnym elementem w procesie wzrostu potraumatycznego. Przecież nawet najbardziej dramatyczne zdarzenia kryją w sobie niezwykle potencjały: rozwoju, dojrzewania, przemiany, przekraczania własnych granic⁷. Idąc za Gorgem De Leonem, „Terapia to dokonanie przebudowy, zmiany dotychczasowego stylu życia.”⁸

WSPARCIE

W Ośrodku, w którym pracuję, jesteśmy pod stałą opieką superwizyjną. Co miesiąc spotykamy się, żeby omówić dalszą pracę, zwracamy uwagę na nasze trudności i ograniczenia. Staramy się zrozumieć pacjentów. Ponadto codziennie, po wizycie lekarskiej, omawiamy naszych pacjentów celem monitorowania ich stanów psychicznych. Raz w tygodniu spoty-

kamy się na konsylium, podczas którego analizujemy stan psychiczny naszych pacjentów wraz z lekarzami psychiatrami. Według badań dość niski procent osób uzależnionych z podwójną diagnozą długotrwale utrzymuje abstynencję po leczeniu, jednak uważam, że mimo to warto pracować. Dla nas jako terapeutów i dla pacjentów, dla których każdy kolejny dzień bez używek to krok ku wolności.

Reasumując, ilu pacjentów, tyle historii, które niosą w swoim bagażu doświadczeń. Niosą swoje brzemie, cierpienie, rany emocjonalne, samotność, brak poczucia bezpieczeństwa. Początki terapii są trudne ze względu na brak umiejętności zaufania, lęku spowodowanego brakiem poczucia bezpieczeństwa, obawą o niezrozumienie i możliwość oceny. „Uciekałem i cierpiełem, dopóki nie podzieliłem się swoimi tajemnicami” – to fragment filozofii, którą codziennie rano odmawiamy podczas porannego spotkania. Te słowa mają ogromną moc, bo dopóki nasi pacjenci będą uciekać od tego, co przeżyli, dopóty nie będą w stanie złamać schematu koła uzależnienia w swoim życiu, bo przecież poczucie bezpieczeństwa nie polega na nieistnieniu zagrożenia, ale na istnieniu bliskich więzi.⁹

Tak ważne zdanie, które wypowiedział Carl Rogers, ujawnia wiele prawdy o nas samych. To właśnie akceptacja siebie jest wyznacznikiem tego, jak będziemy funkcjonować. Ważna jest autentyczność, szczerłość i możliwość bycia sobą. Bez udawania, przybierania masek, uciekania się do używek. Idąc za słowami Carla Rogersa: „Ludzie są tak niezwykli jak zachody słońca, jeśli pozwolisz im takimi być. Kiedy patrzę na zachód, nie łapię się na mówieniu: Rozjaśnij nieco pomarańcz w prawym rogu. Nie próbuję kontrolować zachodu. Oglądam go z zachwytem nad tym, jak się rozprzestrzenia.”

⁹ Gabor Mate

WIOLETA CHOIŃSKA



Specjalistka psychoterapii uzależnień, mediatorka, trenerka umiejętności społecznych. Pracuje w Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień Familia w Gliwicach i oraz w Poradni Leczenia Uzależnień.

⁷ Michaela Haas, „Niezniszczalni. Rozwój po traumie” Wydawnictwo Teofrast Kielce 2017

⁸ George de Leon, „Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2003

⁶ Maria Król – Fijewska, „Doświadczanie a psychoterapia, Intra Warszawa 2019

Wypalony superwizor w trakcie superwizji nie będzie bacznym słuchaczem, będzie raczej zastanawiał się, jakie zakupy zrobić i jak najlepiej zaplanować sobie weekend. Brak ciekawości tego, co przynosi superwizant, to bardzo ważny marker wypalenia

Rozmowa z **KRZYSZTOFEM PARUSIŃSKIM**, psychoterapeutą i superwizorem.

AUTENTYCZNOŚĆ, AKCEPTACJA, EMPATIA. WARUNKI DOBREJ SUPERWIZJI

MARIANNA FIJEWSKA: Superwizja to regularne spotkania psychoterapeuty z innym specjalistą posiadającym certyfikat superwizora, podczas których psychoterapeuta ma możliwość konsultacji swoich ewentualnych trudności w pracy z pacjentami. To definicja. Czym dla ciebie jest superwizja?

K.P.: Superwizja to rozmowa superwizanta z superwizorem na temat swojej pracy. Tak, to ważne spotkanie. Niestety rozmowę tę często, moim zdaniem zbyt często, traktuje się jako obowiązek. „Wszyscy chodzą na superwizję, wobec tego ja też muszę i powinienem” – myśli superwizant. A superwizor: „Skoro mam certyfikat i pozycję, muszę mieć superwizantów”. Jeśli wkrada się poczucie konieczności, spotkanie obu stron przebiega bez ciekawości i wewnętrznego zaangażowania.

Sytuacja wygląda inaczej, gdy superwizant przychodzi, chce się dowiedzieć, nie tylko co się dzieje z klientem, ale i z nim w jego gabinecie terapeutycznym. Obie strony przez całą rozmowę prowadzi ciekawość a nie konieczność i obowiązek i to jest w moim poczuciu prawdziwa superwizja.

Czy obie strony mają szansę na wartościową superwizję, nawet wtedy gdy superwizant nie przeżywa aktualnie większych trudności ze swoimi pacjentami?

Oczywiście. Dobra superwizja w moim doświadczeniu opiera się (tak jak terapia) na triadzie Rogersa. Ciekawość zrodzi się sama, jeśli obie strony są autentyczne i akceptujące, z dużą dozą



empatii. Bardzo ważne jest, by nie dać się złapać w pułapki wynikające z samej formy superwizji. Mam na myśli sytuacje, w których superwizant chce jak najlepiej wypaść w oczach swojego mentora – superwizora, więc nie mówi całej prawdy o trudnościach, jakich doświadcza w pracy, a superwizor chce zachować twarz niczym nie poruszonego eksperta. Tego nie uznalibyśmy za dobre spotkanie.

Czy superwizja może być czymś rozwijającym dla samego superwizora?

Superwizja powinna być wzajemnym procesem uczenia się opartym na doświadczeniu. To nie miejsce na formułki i schematyczne odpowiedzi, które niestety czasem się pojawiają, zwłaszcza podczas tak zwanych superwizji edukacyjnych, gdzie główną rolą superwizora jest rozszerzenie pola wiedzy superwizowanego terapeuty. Taka superwizja przypomina wykład i nie jest wymianą

doświadczeń motywujących do dalszej, efektywnej pracy.

Ważne, żeby superwizor widział osobę, która przed nim siedzi. Superwizant musi czuć się zobaczony z tym wszystkim, co przeżywa, ponieważ nie da się pracować w oderwaniu od emocji.

Warto jednak zaznaczyć, że gdy osobiste obszary psychoterapeuty stają się głównym tematem spotkania, rolą superwizora jest wsparcie, a nie psychoterapia psychoterapeuty-superwizanta.

Superwizja odbywa się zwykle co miesiąc. Zastanawiam się, ilu superwizantów potrafią przyjąć superwizorzy w ciągu jednego miesiąca?

Myślę, że rekordziści mają pod swoją opieką około dwudziestu superwizantów, a może nawet więcej... Przy tak dużej liczbie trudno mówić o dobrej relacji. Superwizor może i zapamięta imiona, może nawet jakieś szczegóły, które zdoła zanotować, ale trudno mu będzie dostrzec progres, jaki dokonuje się w pracy jego superwizanta. A to bardzo ważny element! Superwizor powinien obserwować postępy w pracy superwizanta i udzielać mu regularnej informacji zwrotnej.

Zbyt duża liczba superwizantów to też pierwszy krok w stronę wypalenia zawodowego.

Co z grupowymi superwizjami? Czy, Twoim zdaniem, fakt, że uczestniczy w nich wiele osób, odbiera jakość całemu procesowi?

Nie, ponieważ opierają się na nieco innych zasadach. W trakcie superwi-

WYPALENIE ZAWODOWE I PANDEMIA

Znany również w Polsce portal pośrednictwa pracy, Indeed, przeprowadził w 2021 roku ankietę wśród pracowników, aby określić poziom wypalenia zawodowego. Wyniki porównano z wcześniejszym badaniem przeprowadzonym przed pandemią w styczniu 2020 roku. Ponad 2/3 osób (67%) uważa, że uczucie wypalenia wzrosło w trakcie trwania pandemii. Z raportu wynika, że wypalenie zawodowe jest coraz powszechniejsze – ponad połowa respondentów (52%) czuje się wypalona zawodowo, co stanowi wzrost w porównaniu do 43% respondentów z badania Indeed przed pandemią. 53% millenialsów było wypalonych już przed pandemią i to oni pozostają najbardziej narażoną grupą, bo aż 59% z nich doświadcza obecnie objawów tego syndromu.

Analizując dokładniej wpływ pandemii na wypalenie zawodowe, można zauważyć, że ponad połowa (53%) pracowników wirtualnych lub pracujących w domu, poświęca teraz więcej godzin na wykonywanie zadań niż w biurze. Prawie jedna trzecia (31%) deklaruje, że pracuje „znacznie więcej” niż przed pandemią.

Przyczyny wzrostu godzin różnią się również w zależności od rodzaju pracy. Spośród osób, które pracują zdalnie, 38% twierdzi, że odczuwa presję ze strony kierownictwa, aby pracować więcej godzin, podczas gdy 21% twierdzi, że to wynika z presji ze strony menedżerów i klientów lub klientów. W przypadku osób pracujących na miejscu większość twierdzi, że sami wywierają na siebie presję (43%).

Sześćdziesiąt jeden procent pracowników zdalnych i 53% pracowników pracujących na miejscu ma teraz większe trudności z „odłączeniem się” od pracy poza godzinami pracy. Prawie czterdzieści procent wszystkich pracowników twierdzi, że codziennie sprawdza pocztę e-mail poza normalnymi godzinami pracy. Tylko sześć procent wirtualnych pracowników twierdzi, że „nigdy” nie sprawdza poczty po godzinach.

Pandemia zaostrzyła wyzwania dla organizacji, ale jednocześnie uwydatniła te obszary, w których pracodawcy mogą skoncentrować swoje wysiłki w celu poprawy warunków pracy.

Źródło: Kristy Threlkeld Employee Burnout Report: COVID-19's Impact and 3 Strategies to Curb It, 2021

zji grupowej superwizor nie jest jedynie mentorem, lecz także moderatorem pracy grupy superwizyjnej. Superwizanta konsultuje cała grupa, w dodatku grupa specjalistów-psychotherapeutów. Superwizant ma możliwość skorzystania z wielu opinii i obserwacji, co uznają za niezwykle cenne. Superwizja grupowa bywa dla superwizanta trudnym, ale bardzo ważnym doświadczeniem otwartości i autentyczności, zwłaszcza w przyjmowaniu reakcji grupy na to, co opowiedzieli o swej pracy.

Powiedziałeś wcześniej o wypaleniu zawodowym – masz wrażenie, że superwizorzy są podatni na wypalenie zawodowe?

Tak jak wszyscy inni specjaliści, którzy biorą na siebie zbyt dużo. Doświadczeni superwizorzy to często osoby, które na rzecz superwizji zrezygnowały z pracy z pacjentem, może nie całkowicie, ale w jakimś zakresie na pewno. Odejście z tej „pierwszej linii frontu” także może być przyczynkiem do wypalenia zawodowego. Jednak niechęć do pracy jest głównie efektem jej nadmiaru.

Czym objawia się wypalenie superwizora?

Pozornie błahym objawem może być niezjawianie się o wyznaczonej godzinie na spotkanie z superwizantem. Superwi-

zor zapomina, że się umówił i jest bardzo prawdopodobne, że nie był to przypadek.

Wypalony superwizor w trakcie superwizji nie będzie też baczny słuchaczem, będzie raczej zastanawiał się, jakie zakupy zrobić i jak najlepiej zaplanować sobie weekend. Brak ciekawości tego, co przynosi superwizant, to bardzo ważny marker wypalenia.

Także brak satysfakcji – nawet, gdy superwizant powie: „Bardzo mi pomogłeś, dzięki temu, co powiedziałeś, moja praca ruszyła...” – to superwizor potraktuje to z obojętnością albo uzna za puste pochlebstwo.

Kolejny wskaźnik wypalenia to wynikające z nadmiaru obowiązków zmęczenie, które w pracy pojawia się szybko i często.

Co powinien zrobić superwizor, który zauważy u siebie oznaki wypalenia?

Zwykle żartuje, że aby nie być wypalonym, trzeba mniej palić. Po prostu, warto zmniejszyć liczbę superwizantów. To pierwsza i najważniejsza rzecz, jaką w moim poczuciu powinno się zrobić.

Drugą są superwizje superwizji. Ważne, by poddawać oglądowi swoją pracę poprzez kontakt z drugim superwizorem. Takie superwizje superwizji często odby-



wają się w układzie koleżeńskim. Mimo nieformalnego charakteru mogą być bardzo wartościowe. Dobrze jest stworzyć z tego prawidłowość w przyglądaniu się innymi oczami swojej pracy. Ten istotny element pozwala pomagać swoim superwizantom wyjść z tego samego obszaru problemowego. Przecież często terapeuta przychodzi do swego superwizora, bo doświadcza zawodowego wypalenia.

Powiedz, czy fakt pandemii oraz wojny w Ukrainie mają jakiś wpływ na superwizję?

Pandemia spowodowała, że superwizje zaczęły odbywać się online. Terapeutyczna praca internetowa z pacjentem nie zawsze się udaje i jestem co do niej nadal dość sceptyczny, ale superwizje online naprawdę działają i mogą być bardzo dobrym rozwiązaniem dla osób, które mają kłopot z dostępem do nich. To jeśli chodzi o formę.

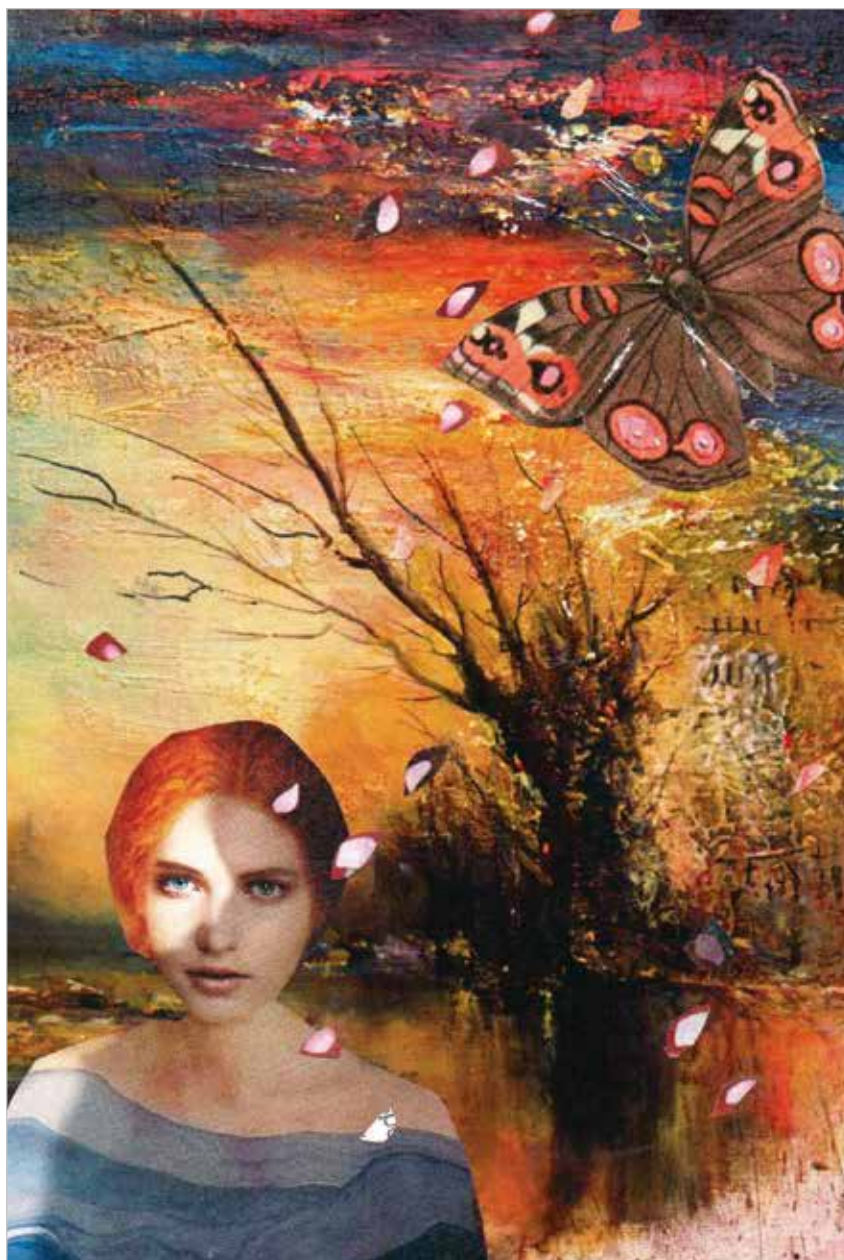
Natomiast jeśli chodzi o samą treść superwizji, to zarówno pierwsza fala pandemii, jak i wojna (choć wojna nieporównywalnie bardziej) wniosła temat lęku. Pacjenci „zarażali lękiem” psychoterapeutów, więc superwizor musiał pracować nie tylko z lękiem pacjenta swojego superwizanta, ale też z lękiem i innymi trudnymi emocjami samych superwizantów. Zdecydowanie częściej pojawiają się tematy natury egzystencjalnej, co jest dużym wyzwaniem dla superwizora.

Być może wojna i pandemia zweryfikowały, które relacje superwizyjne nie są szczerze i autentyczne...

To bardzo możliwe. Trudno rozmawiać o niepokoju o siebie i bliskich z kimś, kto od razu przechodzi do teoretycznych rozważań na ten temat. Myślę, że emocjonalna bliskość i jak najbardziej bezwarunkowa akceptacja swego superwizanta jest warunkiem koniecznym i wystarczającym do pozytywnej pracy superwizora.

Prowadzisz superwizje od prawie dwudziestu lat. Co sprawia, że jeszcze to robisz, że, jak rozumiem, czerpiesz z tego satysfakcję?

Superwizja może być szalenie ciekawa, zwłaszcza jeśli superwizant pracuje inaczej niż ja. Jeśli ma inne podejście, inne pomysły, staram się tego nie negować, lecz sprawdzam razem z superwizantem, co będzie dla jego pacjenta najkorzystniejsze.



Lubię też poruszać problematyczne tematy nie od strony trudności superwizanta z pacjentem, ale superwizanta z samym sobą w prowadzeniu psychoterapii. Uważam, że przyglądanie się temu, jak terapeuta doświadcza samego siebie w pracy z pacjentami, przynosi bardzo dobre efekty. Zdarza mi się słyszeć od superwizantów: „Zrobiło mi się lżej, zwróciłem uwagę, że to kwestia przeniesienia, teraz pracuje mi się znacznie łatwiej...”. Takie informacje zwrotne dają mi niezwykle dużo radości i satysfakcji!

Powiem szczerze, że przed naszą rozmową byłam przekonana, że superwizja to bułka z masłem. Jak wywiad dziennikarza z drugim dziennikarzem, który nie może się nie udać, bo przecież obie

strony, dokładnie wiedzą, o co w tym chodzi... Teraz mam wrażenie, że superwizja to coś naprawdę trudnego.

Jeśli dwie strony mają kłopot z autentycznością, superwizja będzie bardzo trudna. Jednak jeśli w relacji superwizanta i superwizora jest autentyczność, empatia i akceptacja, trudność znika, a pojawia się miejsce na przyjazne, energetyczne, pozytywne i bardzo rozwijające doświadczenie.

Dziękuję za rozmowę.

KRZYSZTOF PARUSIŃSKI

Psycholog kliniczny, psychoterapeuta i superwizor (PTIPDIES INTRA), superwizor grupowego treningu (PTP), superwizor psychoterapii uzależnień.

Jolanta Ryniak

Superwizja stanowi jeden z zasadniczych elementów kształcenia oraz wykonywania zawodu psychoterapeuty, w tym psychoterapeuty uzależnień

ZNACZENIE STYLU PRZYWIĄZANIA W BUDOWANIU SOJUSZU SUPERWIZYJNEGO

Rozwój w tym zawodzie opiera się w dużej mierze na poddawaniu refleksji prowadzonych przez siebie procesów psychoterapeutycznych oraz własnego funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i społecznego w roli psychoterapeuty. Praca z pacjentami o złożonej problematyce emocjonalnej i relacyjnej oraz doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego i fizycznego stwarza wiele wyzwań. W przypadku terapii osób uzależnionych oraz członków ich rodzin psychoterapeuta jest częstokroć narażony na przeżywanie frustracji i trudnych emocji, doświadcza niepewności, sytuacji kryzysowych itp. Potęguje się to często w kontekście niestabilnego funkcjonowania placówek ochrony zdrowia i zespołów psychoterapeutycznych.

Superwizja daje możliwość nie tylko codziennego oglądu pracy z pacjentami, ale również może stanowić bezpieczną przystań do omawiania różnego rodzaju trudności oraz wątpliwości zawodowych. Podobnie jak w procesie psychoterapii czynnikiem leczącym jest relacja psychoterapeutyczna, tak w funkcjonowaniu zawodowym psychoterapeuta może znaleźć dobre oparcie w relacji superwizyjnej (1,2,3).

STYL PRZYWIĄZANIA A RELACJA SUPERWIZYJNA

Teoria przywiązania znalazła duże zastosowanie w rozumieniu relacji matka-dziecko, rówieśniczych, romantycznych, psychoterapeutycznych, zawodowych. Literatura przedmiotu

oraz badania naukowe wskazują na to, że również poprzez koncepcję przywiązania można spojrzeć na relację superwizyjną.

Watkins i Riggs (2012) w swoim artykule zastanawiają się, na ile relacja superwizor-superwizant może przekształcić się w więź przywiązania, jak można rozumieć jej dynamikę, uwzględniając komponenty interpersonalne i emocjonalne obu stron relacji. I odpowiadają na to pytanie pozytywnie. Ich zdaniem, relacja superwizyjna zawiera komponentę emocjonalną, która może powodować, że dochodzi do głosu dynamika przywiązania (5).

Z kolei Hielber-Ragger i współpracownicy w badaniach zwrócili uwagę na znaczenie relacji superwizyjnej z perspektywy przywiązania w podnoszeniu jakości życia zawodowego. Jako negatywny wskaźnik dobrostanu przyjęli wypalenie zawodowe, a jako pozytywny poczucie koherencji według koncepcji salutogenetycznej Antonowskiego (doświadczenie spójności w zakresie poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności) (2). Badania wykazały, że wyższy poziom wypalenia zawodowego był związany z gorszą jakością relacji superwizyjnej oraz z mniejszym doświadczeniem zawodowym. Z kolei wyższy poziom poczucia koherencji wiązał się z lepszą jakością relacji superwizyjnej oraz z dłuższą pracą zawodową. Relacja superwizyjna, zdaniem autorów, może a nie musi rozwinąć się w relację przywiązania.

Podobnie inni autorzy wskazują na to, że na proces superwizyjny, który

jest w swojej istocie relacyjny, wpływa dynamika stylu przywiązania zarówno u superwizora jak i superwizanta (4,6).

Bowlby uważał, a późniejsze badania to potwierdziły, że utworzony przez wczesnodziecięce relacje z opiekunem system przywiązania jest aktywowany przez całe życie w różnych relacjach interpersonalnych. Osoby z bezpiecznym stylem przywiązania lepiej i w sposób bardziej zrównoważony radzą sobie w sytuacjach stresu, niepokoju, napięcia itp. Potrafią w adekwatny sposób poszukiwać wsparcia i z niego korzystać.

Inaczej wygląda sytuacja u osób, u których wykształcił się jeden z pozabezpiecznych stylów przywiązania (lękowo-unikający, lękowo-ambiwalentny lub zdeorganizowany), w tym przypadku może pojawić się wiele trudności w funkcjonowaniu w relacji z osobą znaczącą. Superwizor może stać się taką osobą dla superwizanta i szczególnie w długoterminowym procesie superwizyjnym.

Relacja superwizyjna może przybierać różne formy na przestrzeni rozwoju zawodowego, co wiąże się z nabywaniem doświadczenia oraz dojrzałości osobowej. Początkujący psychoterapeuta może funkcjonować w relacji superwizyjnej w sposób zależny, ujawniać skłonność do reakcji regresyjnych, oczekując ukierunkowania i wsparcia merytorycznego, jest bardziej podatny na wpływ czynników zewnętrznych, może mieć zbyt mało wiedzy i umiejętności w radzeniu sobie z trudniejszymi sytuacjami w procesie psychoterapeutycznym. W miarę

rozwoju zawodowego psychoterapeuta zwykle nabywa większej pewności siebie, autonomii i komfortu zawodowego, co może powodować bardziej partnerskie podejście do procesu superwizji i relacji superwizyjnej (4,5).

Badania pokazały, że wszystkie cztery style przywiązania u dorosłych opisywane przez Bartholomew i Horowitz: bezpieczny, unikająco-odrzucający, lękowo-ambiwalentny i zaabsorbowany mogą mieć znaczenie w relacji superwizyjnej. Nieodłącznym elementem każdego z rodzaju stylu przywiązania jest sposób widzenia i doświadczania siebie oraz drugiej osoby. Wiedza o tym od początku procesu superwizyjnego może podnosić jego jakość.

SOJUSZ SUPERWIZYJNY

Sojusz roboczy stanowi ważny składnik relacji superwizyjnej, obok przeniesienia i przeciwrzucenia oraz realnej relacji superwizanta z superwizorem. W analizie relacji superwizyjnej zwraca się ponadto uwagę na proces równoległy oraz aspekty etyczne (3).

Bordin podkreśla, że warunkiem tworzenia się sojuszu superwizyjnego jest wspólna zgoda superwizanta i superwizora na realizację określonych celów i zadań superwizyjnych, a podstawą jest kształtująca emocjonalna więź zawodowa oparta na życzliwości, chęci współpracy, trosce o omawiane procesy psychoterapeutyczne oraz pomoc w rozwoju zawodowy superwizanta (1).

Bordin, wprowadzając pojęcie sojuszu robczego w kontekście superwizji, podkreślił jego znaczenie w procesie uczenia się oraz rozwoju superwizanta. Zwrócił on uwagę na trzy jego składowe: wzajemne uzgodnienie celów, opisanie zadań, jakie należą do każdej ze stron przedsięwzięcia oraz zbudowanie relacji opartej na trosce, życzliwości, zaufaniu, podtrzymującej chęć współpracy. Sojusz roboczy na-

wiązuje się w trakcie pierwszych sesji superwizyjnych, w których superwizor poznaje superwizanta, analizuje jego oczekiwania i potrzeby, sposób pracy, dotychczasowe funkcjonowanie zawodowe, osadzenia w szerszym kontekście życiowym itp.

Dzięki dobrze zawiązanemu sojuszowi roboczemu jest możliwe dalsze prawidłowe kształtowanie relacji superwizyjnej, dążenie do większej otwartości oraz korzyści dla superwizanta i dla prowadzonego przez niego procesu leczenia, czyli docelowo dla pacjenta, którego dobro jest nadrzędnym w omówieniach superwizyjnych.

Bazą do dobrej realizacji uzgodnionych celów superwizji jest jakość współpracy między superwizorem a superwizantem w oparciu o sformułowany na początku kontrakt superwizyjny.

W publikacjach podkreślana jest świadoma zgoda superwizanta na dany tryb pracy superwizyjnej. W trakcie ustalania celów i warunków kontraktowych konieczne są współdecydowanie i wzajemność. Superwizor przed podjęciem się pracy z danym superwi-

zantem poddaje refleksji i namysłowi swoje możliwości i ograniczenia (np. czasowe, kompetencyjne, relacyjne itp.) (1,3).

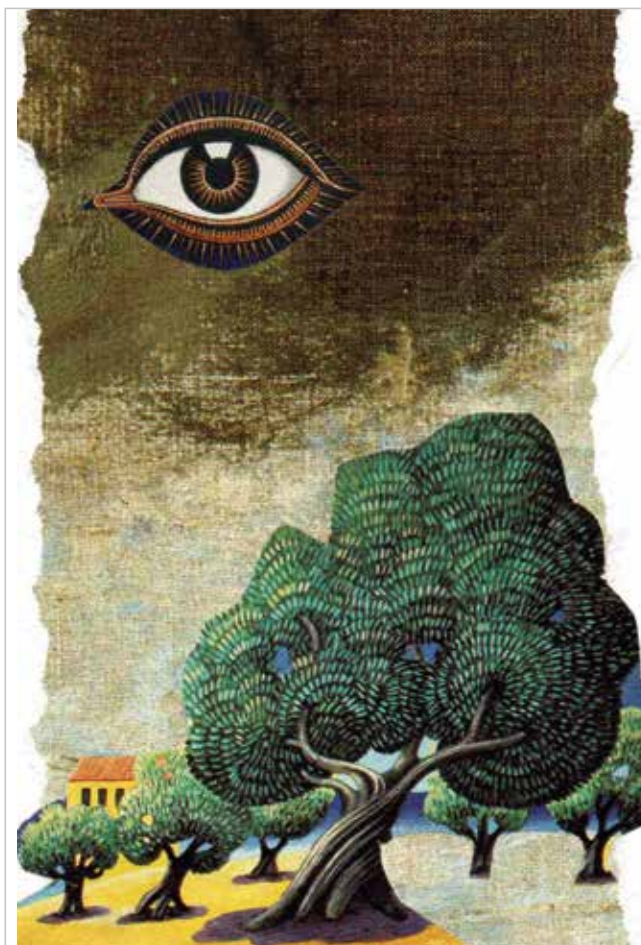
Sojusz roboczy może ulegać w trakcie trwania współpracy superwizyjnej różnego rodzaju naruszeniom, a ich opracowanie i omówienie daje szansę na wzmocnienie przymierza. Dla utrzymania dobrej współpracy istotne staje się zatem, nie tylko budowanie silnych sojuszy robczych, ale również umiejętność ich naprawianie.

Wrape i współpracownicy podjęli empiryczną próbę odpowiedzi na pytania dotyczące spostrzegania przez superwizantów o pozabezpiecznym stylu przywiązania sojuszu robczego. Zastanawiali się, czy będą oni od początku postrzegać sojusz negatywnie, czy dopiero w miarę trwania relacji superwizyjnej w wyniku niespełnienia zakładanych przez nich oczekiwań. Przyjęli, że predyktorami sojuszu robczego w relacji superwizor-superwizant są: styl przywiązania, dynamika relacji oraz oczekiwania oparte na przywiązaniu. Wyniki badania wskazują, że osoby o bardziej negatywnym spojrzeniu na innych wykazywały większą skłonność do negatywnego spostrzegania relacji superwizyjnej zarówno na początku trwania procesu superwizyjnego, jak też podczas końcowej ewaluacji (6).

Zwrócenie od początku uwagi na kształtowanie sojuszu robczego przez obydwie strony relacji daje możliwość adekwatnego koncentrowania się na efektywności spotkania superwizyjnego, z uwzględnieniem kontekstu emocjonalnego oraz relacyjnego obu stron.

SUPERWIZOR JAKO BEZPIECZNA PRZYSTAŃ DLA SUPERWIZANTA

Pozabezpieczny styl przywiązania u jednego z uczestników relacji superwizyjnej może być przyczyną różnego rodzaju problemów interakcyjnych.



Można wymienić kilka czynników zakłócających, które mogą być (choć nie tylko) związane ze stylem przywiązania u danej osoby, na przykład:

- po stronie superwizanta – niewystarczające przygotowywanie się do superwizji, poleganie na sobie, nadmierne poczucie wstydu przed omawianiem i odsłanianiem trudności, instrumentalne traktowanie superwizji, dewaluowanie superwizora;
- po stronie superwizora – nadmierna sztywność, niski lub nadmierny poziom empatii i wsparcia, pomijanie lub nieprzyjmowanie emocji superwizanta, potęgowanie u niego wstydu i poczucia winy, zbytne koncentrowanie się na aspektach dydaktycznych lub klinicznych.

Zakłócającymi czynnikami dla obydwóch stron może być trudność w tolerowaniu trudnych emocji, nieprzewidywalności oraz niepewności, niemożność w wypracowaniu optymalnego poczucia bezpieczeństwa w relacji, tendencje do rywalizacji, bądź do pielęgnowania urazy itp.

Badania pokazały, że styl przywiązania superwizora może wywierać istotny wpływ na doświadczenie superwizji. Superwizorzy o bezpiecznym stylu przywiązania są spostrzegani przez superwizantów jako bardziej pomocni w analizowanych procesach psychoterapeutycznych i w rozwoju zawodowym. Superwizorzy o pozabezpiecznym stylu przywiązania są odbierani jako nieuważni, niepewni siebie, nieodpowiednio stymulujący rozwój superwizanta itp. (5).

W przypadku superwizantów prezentujących bezpieczny styl przywiązania obserwuje się większą otwartość oraz zaciekanie swoimi reakcjami emocjonalnymi, interwencjami terapeutycznymi, analizą relacji terapeutycznej lub superwizyjnej oraz informacjami na temat swojej pracy.

Problematyczny dla efektywnego procesu superwizyjnego może okazać się unikający styl przywiązania superwizanta, w którym doświadcza on pozytywnego obrazu siebie, ale ma negatywny obraz innych. Superwizant prezentujący taki styl przywiązania może mieć trudność z przyjmowaniem informacji zwrotnej i w chwilach nasilo-

nego stresu powtarza się u niego poleganie na sobie samym, a dewaluowanie tego, co otrzymuje podczas superwizji. Ze względu na tendencję do unikania nie wprowadza swoich wątpliwości do dialogu z superwizorem.

Jeszcze inne problemy mogą ujawnić się u superwizanta doświadczającego stylu lękowo-ambiwalentnego, w którym obraz siebie oraz obraz superwizora jest raczej negatywny. Początkowo wchodzi on w proces superwizyjny z dużymi nadziejami oraz oczekiwaniami wobec superwizora, w miarę trwania superwizji dochodzi do głosu rozczarowanie, ambiwalentne emocje wobec superwizora, zniechęcenie.

Problematycznymi w pozabezpiecznych stylach przywiązania jest lęk oraz unikanie, które mogą w zasadniczy sposób wpływać na funkcjonowanie w relacjach społecznych, w tym w relacji superwizyjnej. Mogą one w znaczący sposób utrudniać możliwość rozwoju własnego w oparciu o proces superwizyjny i relację z superwizorem.

Badania wskazują na to, że zarówno wymiary lęku, jak i unikania są związane z różnymi strategiami regulowania stanów emocjonalnych (5). Superwizanci o bezpiecznym stylu przywiązania, w sytuacji nasilonego stresu uruchamiają bardziej konstruktywne strategie adaptacyjne, z kolei superwizanci o pozabezpiecznym stylu przywiązania mogą reagować nadmiernym lękiem, wycofaniem lub atakowaniem, a ich strategie zaradcze mogą być mniej konstruktywne. Rozumienie tego zjawiska zarówno po stronie superwizora, jak i superwizanta daje możliwość wyjścia z różnego rodzaju impasów relacyjnych i naprawy sojuszu roboczego.

PODSUMOWANIE

Budowanie przymierza superwizyjnego wymaga od superwizora zwrócenia uwagi na styl przywiązania superwizanta, jego reakcje w sytuacji stresu, napięcia, niepewności oraz na aktualne jego potrzeby. Optymalny poziom bezpieczeństwa w relacji superwizyjnej umożliwi superwizantowi na doświadczenie trudnych emocji, a następnie powrót do postawy eksploracyjnej. Zdarzają się sesje superwizyjne, gdzie widać trudność w zebraniu myśli przez superwizanta, obronne reagowanie na informacje zwrotne – to wskaźniki,

które warto brać pod uwagę w analizie relacji i wzmacnianiu sojuszu.

Nawet w sytuacji bardzo trafnych interwencji superwizyjnych, jeśli poziom bezpieczeństwa i współpracy nie będzie ukształtowany na dobrym poziomie, to superwizant może przeżyć tę sytuację jako bardzo trudną i mogą nasilić się różne jego niekorzystne reakcje związane z pozabezpiecznym stylem przywiązania. Problematyczne staje się to, gdy styl przywiązania uniemożliwia superwizantowi możliwość czerpania z zasobów superwizji, a również wtedy, gdy superwizor nie potrafi w tej sytuacji udzielić adekwatnego i pomocnego wsparcia.

JOLANTA RYNIAK



Psycholog kliniczny,
psychoterapeutka
i superwizor – aplikant
Polskiego Towarzystwa
Psychiatrycznego, specjalista
i superwizor psychoterapii
uzależnień, trener PTP i Ecole
Européenne de Psychotherapie
Socio – et Somato-Analytique.

BIBLIOGRAFIA

1. Bordin E.S. (1983). *A working Alliance based model of supervision. The Counseling Psychologist*: 35-42.
2. Hiebler-Ragger M., Nausner L., Blaha A., Grimmer K., Korlath S., Mernyi M., Unterrainer H.F. (2021). *The supervisory relationship from an attachment perspective: Connections to burnout and sense of coherence in health professionals. Clinical psychology & psychotherapy*, (1)28:124-136.
3. Jelonekiewicz I. (2018). *Co się dzieje w relacji superwizyjnej? Psychoterapia* 4(187): 69-80
4. Watkins C.E. (1995). *Pathological attachment styles in psychotherapy supervision. Psychotherapy Theory Research Practice Training* 32(2):333-340.
5. Watkins C.E., Riggs S.A. (2012). *Psychotherapy Supervision and Attachment Theory: Review, Reflections, and Recommendations. The Clinical Supervisor*, 31:256-289.
6. Wrape E.R., Callahan J.L., Rieck T., Watkins C.E. Jr. (2017). *Attachment theory within clinical supervision: application of conceptual to the empirical. Psychoanalytic Psychotherapy*, 31(1): 37-54.

Marta Fajfer

Sen alkoholowy u osoby uzależnionej, która wkłada jakiś wysiłek w próby ograniczenia lub zaprzestania picia, jest rodzajem sygnału, że znajduje się ona w wymagającej uwagi sytuacji psychologicznej, o której informuje ją nieświadomość

PRACA ZE SNEM W PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ

Jedną z powszechnie stosowanych w pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi technik jest tzw. „dzienniczek głodu”. Pacjent zwykle otrzymuje wydruk tabeli, z pomocą której może w prosty sposób dokonać autoanalizy w zakresie symptomów wzmoczonej potrzeby zażycia środka psychoaktywnego (Modrzyński, Jastkowiak-Styła, 2019). W wielu tego typu narzędziach wśród sygnałów głodu znajdziemy również tzw. „sen alkoholowy/narkotykowy”. W Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA) (Kasprzak, Będkowska-Korpała, 2013) czwarty stopień nasilenia głodu alkoholowego rozpoznaje się poprzez obecność utrzymującego się przez większość czasu abstynencji napięcia i rozdrażnienia oraz natrętnego myślenia o picciu i/bądź snów alkoholowych wraz z doznaniem zmysłowymi (smak, zapach) jak po wypiciu alkoholu.

Badacze przyglądający się wzorcom snu i przebiegowi marzeń sennych w laboratoriach nadal spierają się co do tego, czy sny odzwierciedlają nasze świadome doświadczenia w ciągu dnia, czy też to, co przeżywamy na jawie i we śnie, należy traktować rozłącznie. Przeważa jednak pogląd, że sprawy ważne, którymi są zajęte nasze myśli w okresie czuwania, w jakiś sposób znajdują swoje odzwierciedlenie również w marzeniach sennych (Vedfeld, 1998; Gustavsson, Wichniak, 2020). Można zatem przyjąć założenie, iż sen alkoholowy u osoby uzależnionej, która wkłada jakiś wysiłek w próby ograniczenia lub zaprzestania picia jest rodzajem sygnału, że znajduje się ona w wymagającej uwagi sytuacji psychologicznej, o której informuje ją nieświadomość.

Moje dotychczasowe doświadczenia pokazują, że włączanie pracy ze snem do psychoterapii osób uzależnionych często owocuje poszerzeniem rozumienia uzależnienia, jak również kontekstów, w których nasilają się jego objawy.

ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE

Bazą teoretyczną, na której się opieram, jest koncepcja Carla Gustava Junga oraz prace jego uczennic – Marie Louise von Franz oraz Jolande Jacobi (Dudek, 2010; von Franz, 1995; Jacobi, 2001). Cenię podejścia podkreślające wagę każdego elementu marzenia sennego jako symbolicznego odzwierciedlenia wewnętrznej części osoby śniącej. Reprezentantami takiego spojrzenia są Fritz Perls oraz Jacob Levy Moreno. Ten ostatni dodatkowo kładł nacisk na potrzebę przyglądania się zarówno treściom snów, jak i sytuacjom, w których się pojawiają (Nowak, 2009; Vedfeld, 1998). Równocześnie pamiętam o tym, że uzależnienie wyrasta na traumie nadmiaru i/bądź niedoboru, a substancja czy kompulsywna czynność stanowi jedyne na ten moment rozwiązanie umożliwiające życie, w którym różne konteksty sytuacyjne i relacyjne są źródłem trudnych do zniesienia, nazwania i zrozumienia doświadczeń będących śladami przeszłych traum (Gabbard, 2015; van der Kolk, 2018; Maciek-Haściło, 2018; Kaczmarczyk; 2018; Pawełczyk, 2021), a te pojawiają się również w snach.

PODSTAWOWE STRATEGIE PRACY ZE SNEM

Korzystam z kilku strategii pracy ze snem. W zależności od gotowości

i zasobów pacjenta używam elementów psychodramy/monodramy, pracy w wyobraźni bądź rysunku (Fajfer, 2021).

Poniżej dzielę się doświadczeniami z prowadzenia psychoterapii trzech osób uzależnionych, gdzie wnikliwe przyjrzenie się snom okazało się znaczące. Opisy sporządziłam w taki sposób, aby chronić tożsamość pacjentów i równocześnie pokazać znaczenie sesji ze snem dla procesu terapeutycznego.

SEN JAKO ŹRÓDŁO WZMOCNIENIA MOTYWACJI WEWNĘTRZNEJ DO REZYGNOWANIA Z UŻYWANIA SUBSTANCJI/ CZYNNOŚCI

Pan Adrian (36 lat) postanowił wrócić na terapię po tym, jak przyjął pracę za granicą i wyprowadził się z kraju. Od samego początku doskwierał mu ograniczony kontakt ze znajomymi i rodziną, ale restrykcje związane z pandemią i zarządzenie wyłączające pracę zdalnej w zasadzie uniemożliwiły mu spotkania „na żywo” z drugim człowiekiem. Przestał widywać się z kolegami z pracy, z którymi i tak miał raczej powierzchowne relacje. Zamknięcie placówek sportowych odcięło mu kolejną furtkę do budowania sieci znajomych. Na dodatek kilka tygodni przed jego powrotem na terapię dziewczyna, z którą spotykał się od czterech miesięcy, zrezygnowała ze związku. Nie potrafiła znieść powtarzających się sytuacji, w których pan Adrian na przemian dążył do pogłębienia relacji, a kiedy wykazywała gotowość do większego zaangażowania – z niezrozumiałych powodów rozrzedzał częstotliwość

kontaktu i dystansował się emocjonalnie bądź prowokował kłótnie. Pacjent od pięciu lat utrzymywał abstynencję od hazardu. Cztery lata temu zakończył roczną terapię w poradni leczenia uzależnień, gdzie uczęszczał na spotkania indywidualne i grupowe.

Podczas pierwszych sesji po wznowieniu terapii, relacjonując objawy depresyjne i lękowe, zaczął najpierw nie wprost, z czasem bardziej odważnie rysować obraz tego, w jaki sposób pił alkohol oraz grał w gry online. Nigdy nie zdecydował się na to w poprzedniej terapii. Wówczas uznał, że nie ma to znaczenia dla dążenia do celu, który sobie stawiał, a była nim rezygnacja z uprawiania hazardu. Aktualnie sposób, w jaki pił alkohol i grał w gry online, spełniał kryteria zarówno zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jak i uzależnienia behawioralnego.

Oboje rodzice nie żyją, byli uzależnieni od alkoholu. Ojciec zmarł, kiedy pacjent miał sześć lat, a jego siostra cztery. Na relacje pana Adriana z matką wyraźny wpływ miała jej sposób funkcjonowania – dbała o niego, kiedy nie piła, natomiast kiedy sięgała po alkohol, wychodziła z domu i nie wracała przez kilka dni. Wówczas pacjent czuł rozpacz, lęk, złość, zawód i przymus bycia lojalnym wobec matki, co powodowało, że ukrywał jej nieobecność przed dalszą rodziną. Ponieważ matka nie potrafiła zapewnić opieki dzieciom, pacjent i jego siostra zostali umieszczeni w rodzinie zastępczej u wujostwa. Wujek był i nadal jest osobą wymagającą i krytyczną, ciocia regularnie naruszała granice prywatności pana Adriana. Kiedy rodzice żyli, pacjent, aby poradzić sobie z zalewem trudnych emocji, zamykał się w pokoju i grał w gry komputerowe. W okresie, gdy mieszkał u wujostwa, często wychodził na boisko, gdzie nawiązywał relacje z rówieśnikami i realizował się w pasji, jaką był sport. Z czasem zaczął regularnie pić alkohol i obstawiać mecze, co stało się początkiem szybko rozwijającego się uzależnienia.

W czwartym miesiącu po wznowieniu psychoterapii, która w związku ze zmianą miejsca zamieszkania oraz pandemią w większości odbywała się online (korzystał z sesji na żywo za każdym razem, kiedy przebywał w Polsce), zaczął spotkanie mówiąc, że prze-

SNY I TERAPEUCI

Na podstawie badań naukowcy stwierdzili znaczne różnice w snach pomiędzy płciami. Mężczyźni mają słabszą pamięć snów niż kobiety (Cowen i Levin, 1995; Schredl, 2000). Sny mężczyzn zawierają więcej agresji, niepokoju, wątków związanych z osiągnięciami i pracą niż marzenia kobiet (Schredl i Piel, 2005; Van de Castle, 1994).

Wielu terapeutów pisało o klinicznym znaczeniu marzeń klientów o terapeutach (np. Eyre, 1988), ale dostępnych jest tylko kilka badań tego zjawiska. Harris (1962) i Rosenbaum (1965) stwierdzili, że około 10% snów klientów zgłaszanych na sesjach dotyczyło wyraźni terapeutów, a Rohde i inni (1992) odkryli, że 33% klientów, którzy sami byli terapeutami, miało sny, w których ich własni terapeuci pojawili się w niezamaskowanej formie.

W ankiecie przeprowadzonej wśród członków Canadian Psychoanalytic Społeczeństwo (Lester i in., 1989), 78% uczestników przyznało, że miało sny przeciwprzeniesieniowe, czyli takie, w których pojawił się klient. Te sny najczęściej występowały w trudnych momentach terapii (były to: silne przeniesienie erotyczne 46%, kiedy terapeuci mieli problem ze zrozumieniem swoich klientów 46%, gdy klienci wyrażali swoje niezadowolenie z terapii 32%). Takie sny zdarzały się również, gdy terapeuci wprowadzali coś nowego do terapii 14%.

Źródło: Clara Hill, Sarah Knox, „The Use Of Dreams In Modern Psychotherapy”, 2010

żył najgorszy urlop w życiu. Spędził go z wujkiem i ciocią, w relacji z którymi zaczął czuć się jak zdominowany, zawstydzony, mały chłopczyk. Równocześnie wyjazd z Polski był tak bolesny, że postanowił z nikim się nie żegnać, aby nie musieć przeżywać smutku związanego z rozstaniem. Utrzymał abstynencję od alkoholu, ale wrócił do regularnego grania w gry online. Pierwszej nocy po wyjeździe z Polski wyśnił kilkusetapowy sen, który go obudził.

Część 1: „Gram w grę, w którą grałem jako dziecko. Buduję w niej budynki, mury i warownię.”

Część 2: „Podchodzę do lustra i jestem przerażony, ponieważ widzę w nim, że wyglądam jak zombie. Moje oczy nie mają źrenic. Pod nogami mam jakąś starą reklamówkę, zaglądam do niej i znajduję martwego, wyschniętego pająka zaplątanego we własną pajęczynę.”

Część 3: „Wiozę samochodem butelki z wódką, mam wrażenie, że robię coś nielegalnego, coś czego, nie powinienem robić. W którymś momencie zdaję sobie sprawę, że wszystkie butelki się potrzaskały, a szkło poraniło mi ręce. Równocześnie jakoś dowiaduję się, że ktoś na mnie doniósł, że przewożę alkohol. Jestem zły zarówno na stratę alkoholu jak i na osobę, która na mnie doniosła.”

Zaraz po tym, jak pan Adrian przytoczył treść snu, zaczął spontanicznie interpretować pewne jego fragmenty. Był prawie pewny, że kontynuowanie

grania doprowadzi do sytuacji, w której wewnętrznie stanie się żywym trupem/straci duszę (skojarzył, że oczy są zwierciadłem duszy) bądź pająkiem złapanym w pułapkę, którą sam utkał. Pierwsza część snu wyraźnie odnosiła się do okresu, kiedy jako mały, opuszczony emocjonalnie, przerażony chłopiec za zamkniętymi drzwiami swojego pokoju stara się odnaleźć schronienie w grze (budowanie murów i warowni). Uciekał zarówno przed intruzującymi opiekunami, jak i przed naporem uczuć, których nie był w stanie pomieścić.

Pan Adrian był ciekaw, co może oznaczać ostatni fragment snu. Na skutek pogłębionej pracy dłonie skojarzył ze zmarłą mamą, która przytulała go w okresach, kiedy była obecna. Uznał, że poranione dłonie mogą stanowić symbol zarówno destrukcyjnego działania alkoholu w kontekście relacji z mamą jak i jego własnych deficytów w zakresie nawiązywania bliskich relacji z ludźmi. Złość na „tego, który na niego doniósł” powiązał z początkową chęcią ukrycia przede mną faktu, że znowu gra w gry online oraz z obawą, że jeśli ujawni powrót do grania, odbierze sobie komfort dalszego korzystania z tej formy radzenia sobie z emocjami. A zatem i w relacji terapeutycznej pojawiła się potrzeba wzniesienia muru wynikająca z niepokoju, że spotka się z odrzuceniem bądź intruzją w odpo-

wiedzi na otwartość w kwestii powrotu do grania.

Sesja, na której pacjent wniósł wyżej opisany sen, stała się jedną z ważniejszych w kontekście wzrostu motywacji do pracy w obszarze utrzymywania abstynencji/ograniczenia używania alkoholu/gier online. Obraz zombie oraz martwego pająka zaplątanego we własną sieć stał się dla tego pacjenta ważnym symbolem zagrożeń związanych z takim sposobem regulowania własnych stanów emocjonalnych. Równocześnie sen powiązał te zachowania z traumą relacyjną, której ślady widoczne były między innymi w sposobie budowania relacji z kobietami (w tym z psychoterapeutką) oraz z potrzebą poszukiwania schronienia w używce bądź nałogowym zachowaniu w odpowiedzi na trudne emocje pojawiające się podczas kontaktu z wujostwem oraz pożegnania z rodziną i przyjaciółmi.

SEN JAKO PUNKT WYJŚCIA DO POSZERZENIA ROZUMIENIA CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA NASILENIE OBJAWÓW

Pan Bartosz (24 lata) trafił na terapię z inicjatywy przyjaciół, którzy przekonali go do umówienia spotkania z terapeutą uzależnień. W okresie ostatniego roku pił alkohol w sposób spełniający kryteria zaburzeń związanych z używaniem alkoholu oraz zaczęła palić marihuanę. Przyjaciele mieli coraz więcej obaw, ponieważ każde wyjście do pubu kończyło się sytuacją, w której pacjent nie kontrolował ilości wypijanego alkoholu i pił do utraty świadomości. Pan Bartosz studiował medycynę. Był jedynakiem. Rodzice żyli, ojciec był lekarzem, a matka pielęgniarką. Pacjent opisywał rodziców jako wymagających i mocno zaabsorbowanych pracą. Ścieżka edukacji i przyszłej drogi zawodowej została dla pana Bartosza od początku wytyczona – „Zawsze pchali mnie na medycynę.” Wydawało się, że rodzice pana Bartosza nie potrafili dostrzec jego zdolności kulinarnych i niegasnącego zainteresowania tematem rozwoju w obszarze gastronomii.

W szóstym miesiącu terapii, który zbiegł się z czasem sesji egzaminacyjnej, pacjent rozpoczął spotkanie, mó-

wiąc, że wczoraj, kiedy w końcu położył się spać wyczerpany nauką na ważny egzamin, wyśnił następujący sen:

Siedziałem z najlepszym przyjacielem w jego mieszkaniu, które było świeżo po remoncie. Było to miejsce, gdzie często spędzałem czas, pijąc przy tym duże ilości alkoholu. Próbowałem przekonać przyjaciela, żeby przestał pić. Tłumaczyłem mu, że zdecydowanie za dużo pije. Równocześnie w pokoju obok zobaczyłem moich rodziców, którzy również piją piwo. Ojciec przez przypadek potracił kufel, który spadł na podłogę i rozbił się. Podszedłem do stolika i zacząłem pomagać w sprzątaniu rozlanego alkoholu. Piwa było coraz więcej i więcej. Nie nadażalem go wycierać.

Na tym etapie terapii pacjent na świadomym poziomie nie odczuwał wzmożonej potrzeby picia alkoholu, był zmotywowany, aby utrzymać abs-

tynencję. Kiedy zapytałam, z jakimi częściami wewnętrznymi siebie samego bądź z jakimi sprawami mógłby powiązać poszczególne symbole ze snu, odpowiedział od razu, że mieszkanie świeżo po remoncie kojarzy mu się z nim samym i jego niedawną decyzją o podjęciu psychoterapii oraz odstąpieniu alkoholu. Przyjaciel to część niego, która nadal chce pić, ale Jemu ze snu zależy na tym, żeby przestał. Największym zaskoczeniem dla pana Bartosza była obecność we śnie postaci rodziców, którzy w rzeczywistości pili alkohol bardzo sporadycznie. Nie wiedzieli też o rozmiarach jego uzależnienia, ponieważ pan Bartosz mieszkał w akademiku. Kluczowe okazały się pytania o to, jak obecnie doświadcza rodziców oraz o kontekst, w którym przyśnił mu się sen. Pacjent zapłakał, uświadamiając sobie, że siła niechę-



ci do tego, czego się uczy, dorównuje wysiłkom, które wkłada w to, żeby nie zawieść rodziców. W takiej sytuacji, choćby bardzo chciał przestać pić, było to trudne. Kostium fałszywego self sztytę na miarę potrzeb jego rodziców, a nie jego własnych, okazał się zbyt ciasny.

Włączenie pracy ze snem do psychoterapii pana Bartosza przyczyniło się do uzyskania szerszej perspektywy odnośnie tego, co miało istotne znaczenie w kontekście podtrzymywania/nawracania objawów uzależnienia. Rodzice pana Bartosza traktowali go jak przedłużenie samych siebie. Trudno było im widzieć syna jako odrębną istotę z własnymi potrzebami i uczuciami. Aby móc być z nimi w „dobrej” relacji, pacjent musiał kontynuować podążanie wytyczonym przez nich traktem. Alkohol i marihuana pomagały mu na nim wytrwać, okresowo czyniąc znośną jego ponurą scenę.

SEN JAKO PUNKT WYJŚCIA DO NAZWANIA LĘKU PRZED STRATĄ I ROZSTANIEM

Pani Adela (55 lat) zgłosiła się na terapię zmotywowana przez swoje dorosłe dzieci. Sposób, w jaki piła alkohol, spełniał kryteria zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Zaczęła go więcej pić pod koniec życia męża, który zmarł na nowotwór cztery lata temu. Ostatni rok jego choroby był szczególnie trudny, ponieważ mąż w szybkim tempie tracił sprawność ruchową oraz pogryzał się w stanie odrętwienia i swego rodzaju gniewnego wycofania. Kiedy zmarł, pani Adela najpierw odczuła obciążoną poczuciem winy ulgę, niedługo potem dojmującą samotność i pustkę. Za główny cel terapeutyczny obrała sobie odstawienie alkoholu, ponieważ wstydziła się sytuacji będących konsekwencją sposobu, w jaki go piła. Używanie alkoholu, który początkowo wydawał się pomocny w radzeniu sobie z żałobą po stracie męża, z czasem zaczęło niekorzystnie wpływać na relacje z dziećmi i wnukami oraz na stan zdrowia.

Przez pierwsze dwa miesiące terapii, w zasadzie na każdej sesji relacjonowała obecność natrętnych myśli o piciu w ciągu dnia, a w nocy żywych snów, w których: *soczyste owoce zamieniały się w kolorowe drinki; obcy ludzie namawiali ją do picia; czuła, że jest pi-*

jana; miała poczucie winy, że się napiła, mimo że miała nie pić. Na tym etapie zajmowanie się snami ograniczało się do psychoedukacji i nazywania ich jednym z licznych symptomów głodu alkoholowego. Sytuacja bardziej wymagała pracy w obszarze wzmacniania motywacji poprzez towarzyszenie w rozwiązywaniu ambiwalencji wobec zmiany oraz w temacie radzenia sobie z przekonaniem usprawiedliwiającyymi powrót do picia alkoholu. Przydatne okazały się również proste techniki behawioralne odwracające uwagę od myśli o alkoholu. Sen, w którym *soczyste owoce przekształcają się w kolorowe drinki*, pojawił się ponownie po około dwóch latach psychoterapii – w noc poprzedzającą rocznicę śmierci matki pani Adeli. W procesie terapeutycznym był to czas zbliżającego się podsumowania dotychczasowych efektów pracy oraz rozważania zakończenia psychoterapii. Wówczas pojawiła się przestrzeń, aby bardziej wnikliwie przyjrzeć się treści powtórnie wyśnionego marzenia sennego oraz dokonać pewnych znaczących połączeń.

Pani Adela była bardzo związana z mamą, która zginęła w wypadku, kiedy pacjentka miała 15 lat. Mama zajmowała się handlem warzywami i owocami na miejskim targowisku, miała również niewielki warzywniak nieopodal ulicy, przy której mieszkała. Po szkole i w każdą sobotę pani Adela pomagała w pracy. Owoce zawsze kojarzyły się pacjentce z mamą, która przynosiła do domu pozostały z całego dnia towar i aby nic nie marnować, przygotowywała z niego przetwory. Pacjentka w trakcie terapii wielokrotnie miała potrzebę, aby zajmować się tematem śmierci mamy oraz żałoby po niej. Rocznica śmierci oraz zbliżający się czas podsumowania terapii obudziły lęk przed stratą oraz wątpliwości, czy poradzi sobie w sytuacji, kiedy terapia miałaby się zakończyć. Pacjentka odczuła wyraźną ulgę na skutek wypracowania powyższej interpretacji snu, ponieważ jego pojawienie się stało się źródłem lęku przed tym, że wkrótce wróci do picia alkoholu.

Powyższe przykłady ukazują, w jaki sposób praca ze snem otworzyła drzwi do przyglądania się wewnętrznej kon-

fliktowości, deficytom oraz zasobom pacjentów. Oczywiście nie każdy moment procesu psychoterapii będzie właściwy, aby przeznaczyć go na analizę snów. Uważam jednak, że warto doceniać potencjał terapeutyczny, który ze sobą noszą również w pracy z osobami uzależnionymi.

MARTA FAJFER



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

BIBLIOGRAFIA

1. Bętkowska – Korpała Barbara, Jacek Kasprzak: *Diagnoza nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkohol – wstępna prezentacja narzędzia.* (w:) Chodkiewicz J, Gąsior K. (red.); *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu; Difin; Warszawa; 2013*
2. Dudek Zenon Waldemar: *Jungowska Psychologia Marzeń Sennych; Wydawnictwo ENETEIA; Warszawa; 2010*
3. Fajfer Marta : *Praca ze snem; TO-UiB; nr 3/2021*
4. Gustavsson Katarzyna, Adam Wichniak: *Cała prawda o marzeniach sennych; Psychologia w praktyce; nr 24 (listopad 2020)*
5. Jacobi Jolande: *„Psychologia C. G. Junga”; Wydawnictwo SZAFKA; Warszawa; 2001*
6. Kaczmarczyk Ireneusz : *Psychoterapia doświadczeniowa w leczeniu uzależnień; TUiW; nr 4/2018*
7. Maciek Haścilo Bożena: *Regulacja złości w psychoterapii osób uzależnionych; TUiW; nr 4/2018*
8. Modrzyński Robert; Adrianna Jastkowiak – Styła: *DSM-5 w praktyce. Głód alkoholowy – rozumienie i rozpoznawanie objawów. TUiW; nr 4/2019*

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

Medycyna może służyć jako skuteczne narzędzie kontroli społecznej

Rozmowa z **DR MICHAŁEM BUJALSKIM**, kierownik badawczego projektu „Język pomocy w uzależnieniach”

JUST2021

Uzależnienia zmieniają rzeczywistość, rzeczywistość tworzy swój własny język. Mamy tu jednak do czynienia z psychologią, psychiatrią, psychoterapią, socjologią, etyką, wreszcie językiem samych pacjentów. W tych niełatwych okolicznościach podjęliście swoje badanie. Jakie były jego cele?

Celem badania, które prowadziliśmy razem z dr hab. Justyną Klingemann, było wypracowanie spójnej, adekwatnej i nie stygmatyzującej terminologii dla zjawisk obejmowanych klamrą uzależnień – zarówno uzależnień od substancji, jak i uzależnień behawioralnych.

Od czego zaczęliście?

Na początku dokonaliśmy identyfikacji współcześnie używanych pojęć z obszaru uzależnień, zwracając szczególną uwagę na te, które z jednej strony charakteryzują się niejednoznacznością, a z drugiej mają stygmatyzujący charakter. Szczególnie ta druga przesłanka jest tu niezmiernie istotna, bowiem niektóre określenia mogą piętnować i dyskredytować daną osobę, sprawiać że będziemy ją postrzegać przez pryzmat tego piętna, co może skutkować dyskryminacją, a w ekstremalnych przypadkach – uzasadniać grożące nam niebezpieczeństwo z jej strony. Przecież takie właśnie skutki ma stosowanie wobec niektórych osób bądź grup społecznych określeń takich jak „alkoholik” albo „narkoman”. Wracając do tematu – chcieliśmy również poznać stanowiska profesjonalistów oraz pacjentów lecznictwa uzależnień wobec zidentyfikowanych pojęć, konfrontując wyniki naszych wstępnych analiz z praktyką leczenia i działań prewencyjnych oraz z doświadczeniami leczenia, aby uzyskać pełną perspektywę problemu.

W ostatnim kroku dokonaliśmy integracji zgromadzonej wiedzy w celu stworzenia słownika uzależnień, który nazwaliśmy roboczo JUST2021.



Reasumując, chodziło nam o wypracowanie propozycji korekty języka, jakim mówimy o uzależnieniach.

Co ujawnia Wasze badanie w kontekście praktyki terapeutycznej?

Nasze badanie dotyczy zagadnień, o których mówi wielu specjalistów licznych dziedzin zaangażowanych w pracę w obszarze uzależnień – chodzi o refleksję nad sposobem, w jaki wypowiadamy się o uzależnieniach. Problem ten staje się coraz bardziej widoczny w ostatnich latach, kiedy coraz więcej uwagi zaczynamy poświęcać nie substancjom psychoaktywnym – takim jak alkohol i nielegalne substancje psychoaktywne, lecz różnym zachowaniom i aktywnościom człowieka na co dzień, jak na przykład korzystanie z technologii, praca, zakupy, seks. W tym miejscu biegnie właśnie główna oś podziału: nie wszystkie zjawiska włączane do obszaru uzależnień mogą być za nie uznane – nie istnieją bowiem uznane i powszechne kryteria ich oceny.

Obecny stan wiedzy medycznej pozwala traktować granie hazardowe (gambling) i do pewnego stopnia granie na urządzeniach elektronicznych (gaming) w kategoriach uzależnień i zachowań uzależniających.

A pozostałe zjawiska, takie jak zakupy, seks, praca, odżywianie,

używanie urządzeń mobilnych, opalanie, ćwiczenia fizyczne?

Już nie, choć ciągle słyszymy o prachololikach, seksoholikach czy dzieciach uzależnionych od internetu.

Dlaczego tak się dzieje?

Musimy zdać sobie sprawę z tego, że mamy tu do czynienia ze skrzyżowaniem dwóch silnych tendencji.

Z jednej strony dochodzi do stabilizacji uzależnień na poziomie racjonalnej i systematycznej refleksji naukowej, głównie w obszarze medycyny i neuronauki.

Z drugiej strony, status uzależnienia zależy od pojawienia się kontrowersji związanych z danym zachowaniem, które zyskuje znaczenie poprzez uznanie go za zachowanie problemowe – czego najlepszym przykładem są zaburzenia używania tzw. nowych technologii przez młodzież.

Mamy tu więc bardzo silnie zarysowany aspekt normatywny, który wpływa na nasz sposób rozumienia i postrzegania tych zjawisk jako odbiegających od pewnego standardu „normalności”. Rzeczywistość społeczna nie znosi próżni, więc skoro jest problem, to znajdzie się również jego rozwiązanie. Pojawiają się oferty świadczeń terapeutycznych i ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu rozmaitych zaburzeń zachowania, również skierowane do osób niepełnoletnich oraz ich rodziców. Może to skutkować otrzymaniem łatki jednostki dewiacyjnej, która wymaga specjalistycznej interwencji po to, by nie szkodzić sobie i swojemu otoczeniu. Indywidualne doświadczenie piętna może z kolei prowadzić do innych problemów i poważnie ograniczać możliwości życiowe tych osób.

Jesteśmy na tropie tego, co sprawia, że uznajemy jakieś zjawisko czy zachowanie za normalne, a inne nie? No i co trzeba zrobić...

Uznawanie danych zachowań za odbiegające od normy, problemowe, zaburzone czy wręcz patologiczne zmienia się wraz ze sposobami rozumienia zjawisk społecznych. Proces ten ma również wpływ na medyczne i specjalistyczne ujęcia uzależnień.

Należy podkreślić fakt, że praktyka medyczna sama znajduje się w przestrzeni określonych norm kulturowych. Przez dekady medycyna wykorzystywała popularne deterministyczne i esencjalistyczne definicje uzależnień, które przejawiały się przede wszystkim w postaci prostej opozycji uzależniony/nieuzależniony. Na tym przykładzie widać zresztą jak na dłoni, że medycyna może służyć jako skuteczne narzędzie kontroli społecznej. Skutkiem ubocznym niniejszego procesu jest wytworzenie sposobu rozumienia zjawiska uzależnień, zgodnego z wyobrażeniem naturalnego porządku, w którym jesteśmy osadzeni – podatni na zgubne działanie określonych substancji, skłonni do szkodliwych zachowań. Zagrożenia te są sprowadzane do ich destrukcyjnej esencji, podobnie ich skutki, na ogół prowadzące do stygmatyzacji jednostki.

Tak naprawdę, jako autorzy omawianego badania, znajdujemy się w paradoksalnej sytuacji, szukając odpowiedzi na wyzwania stojące przed profilaktyką uzależnień, jednocześnie dokonując próby ograniczenia piętna związanego z diagnozą i procesem terapeutycznym.

Skutki tego piętnowania bywają zatrważające...

To piętno zagraża osobom, których zachowania nie pasują do wizji i oczekiwań neoliberalnego społeczeństwa, które z jednej strony promuje i wzmacnia nadmierną konsumpcję, a z drugiej kładzie nacisk na samokontrolę i efektywne zarządzanie „projektem” własnego życia, najlepiej przy wykorzystaniu pracy terapeutycznej.

Ta teza przyczyniła się do rozwoju podejścia humanistycznego w psychoterapii. Ciekawe jest, że angażowali się w ten rozwój psychiatrzy... To już było dość dawno.

W obliczu krzyżowania się dyskursów eksperckich – zarówno medycznych, jak i terapeutycznych oraz popularnych opinii o uzależnieniach, stoimy między Scyllą a Charybdą. W naszym badaniu pojawiło się wiele ciekawych propozycji, przy czym zdecydowany nacisk kładziono na obiektywne, kliniczne i naukowe ujęcia uzależnienia, które biorą sobie za cel zdemaskowanie jego prawdziwej natury i określenie efektywnych metod terapii, pomimo że są – i to trzeba wyraźnie podkreślić

– tylko jednym ze sposobów definiowania zjawisk obecnych w dyskursie uzależnień. Jednak jest to język dominujący, wiążący wiedzę i praktykę medyczną silnie zinstytucjonalizowaną i zhierarchizowaną, która ma decydujący wpływ na społeczną percepcję uzależnień. Przy czym definicje medyczne też ulegają transformacji, a wraz z nimi pojawiają się nowe normy i ujęcia zjawisk legitymizowane przez instytucję i autorytet medycyny.

Przez lata dominował więc medyczny model alkoholizmu Jellinka, traktujący problem zero-jedynkowo: alkoholizm można stwierdzić lub nie – stawiając odpowiednią diagnozę. Jednak z czasem w środowisku specjalistów leczenia uzależnień zaczęły pojawiać się głosy, iż dotychczasowe ujęcie ma liczne ograniczenia, przede wszystkim w odniesieniu do możliwości diagnozowania uzależnienia pod kątem spektrum nasilenia objawów oraz ich nieodwracalności.

Krytyczne uwagi znalazły odbicie w piątej rewizji klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM, która ujmowała uzależnienie jako pewne stadium na continuum zachowania. Zmiana ujęcia to ogromne wyzwanie, przed którym stanęliśmy również my. Nasze badanie to nie tylko propozycja słownika,

eksplorowanie praktyki językowej, doszukiwanie się podobieństw i różnic. To również głęboka analiza przedmiotu uzależnienia, która rzuca światło na to, jak myślimy i co uznajemy za uzależnienie i jak zaznaczamy jego granice. Nasza propozycja nie będzie dla wszystkich oczywista.

Idąc tropem studiów nad nauką i technologią, traktujemy uzależnienie – a właściwie uzależnienia – jako zjawisko tymczasowo stabilizowane poprzez praktykę językową. Inaczej mówiąc o uzależnieniu terapeuci, jeszcze inaczej przedstawiciele nauk społecznych, biologicznych czy medycznych. Swoją perspektywę mają osoby doświadczające problemów związanych z uzależnieniami, które częściej zbliżają się niż oddalają od języka terapeutycznego.

Jeszcze inne ujęcie można dostrzec w publicystyce, która z jednej strony z upodobaniem wykorzystuje zarówno wszelkie chwytliwe i budzące silne skojarzenia pojęcia, takie jak seksoholik czy pracoholik, a z drugiej – z namaszczeniem odwołuje się do dyskursu i autorytetu medycyny. Każdy z tych społecznych światów tworzy inny zestaw praktyk i relacji z przedmiotem uzależnienia, wzmacniany przez swoiste narzędzia obserwacji, definicji i opisu zjawiska.

OSOBY DWUJĘZYCZNE W TERAPII

Pracując z osobami dwujęzycznymi, należy wziąć pod uwagę rolę języka. Azara Santiago-Rivera oraz Jeanette Altarriba stwierdzili, że nasza konceptualna wiedza o świecie pochodząca z doświadczenia jest zwykle przechowywana w części mózgu wraz z naszym pierwszym językiem. Gdy osoba dwujęzyczna opanuje drugi język, tworzą się bezpośrednie powiązania pojęciowe z drugiego języka do pamięci pojęciowej. Niektóre badania wykazały, że rozmawianie o tabu lub wstydlivych tematach jest łatwiejsze w drugim języku, co sugeruje, że przełączanie kodu na drugi język może pełnić funkcję dystansującą. Słowa wyrażające emocje w ojczystym języku są zwykle doświadczane w znacznie większej liczbie kontekstów i są stosowane na różne sposoby, napotkanie słowa wyrażającego emocje w drugim języku prawdopodobnie nie wywoła tak wielu różnych skojarzeń. Pojedyncze słowo w języku ojczystym klienta, którego nauczył się jako dziecko, może wywołać żywe i szczegółowe wspomnienia zawierające emocjonalne aspekty doświadczenia, podczas gdy to samo słowo nie ma znaczącego wpływu na język, którego nauczył się na późniejszych etapach rozwoju psychospołecznego.

Ważne, aby pamiętać, że pamiętali, że bycie dwujęzycznym zapewnia indywidualne, odrębne sposoby przedstawiania świata pojęciowo i emocjonalnie, które mogą odgrywać rolę w procesie terapii.

Źródło: Santiago-Rivera, A. L., & Altarriba, J. „The role of language in therapy with the Spanish-English bilingual client”, 2002

To bardzo determinuje rozwój psychoterapii, w skuteczny sposób może go również ograniczać...

Nie chodzi o zadanie pytania „czym jest uzależnienie”, ale o „jak, gdzie i kiedy” mamy z nim do czynienia. To najlepiej widać na przykładzie języka uzależnień, jeśli zdamy sobie sprawę z jego rozmaitych powiązań i przekształceń.

Nasza propozycja słownika uzależnień zmierza, jak zaznaczyliśmy powyżej, ku ujęciu medycznemu. Taki był wynik naszych badań, na to zwracali uwagę nasi eksperci i pacjenci, z którymi rozmawialiśmy. Choć nie obyło się oczywiście bez zdecydowanych różnic zdań i drobnych rozbieżności, szczególnie w odniesieniu do zaburzeń związanych z zachowaniami. Wypracowane propozycje są dość jednoznaczne w zakresowaniu granicy między uzależnieniem a zaburzeniem w przypadku zachowań.

Co te granice wyznacza?

Dwa sposoby ujmowania problemu – jeden w duchu klasyfikacji ICD, drugi w duchu DSM w odniesieniu do substancji. Podkreślam – do substancji, ponieważ traktujemy alkohol na równi z innymi substancjami psychoaktywnymi.

Podstawowe wnioski dotyczące języka, płynące z naszego badania, które mogą mieć zastosowanie w polityce wobec uzależnień, profilaktyce i terapii można przedstawić w pięciu punktach:

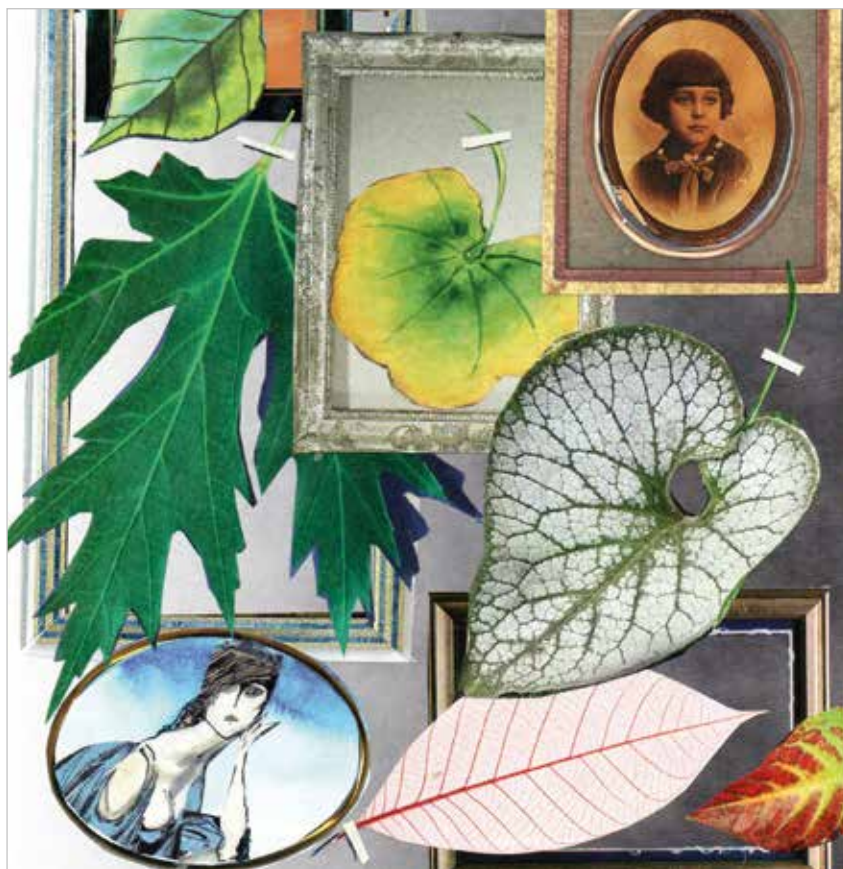
- Język opisu zjawisk w obszarze uzależnień powinien unikać binarnych opozycji, takich jak uzależniony/nieuzależniony.

Uzależnienie jest kategorią heterogeniczną, przejawiającą się w najprostszym wymiarze w różnicach w zakresie nasilenia objawów oraz doświadczanych konsekwencji. Należy dążyć do opisu uzależnień w kategoriach natężenia problemu, przejawiającego się umiejscowieniem indywidualnych doświadczeń na różnych punktach kontinuum.

- Język używany do opisu zjawisk w obszarze uzależnień powinien być aktualny, adekwatny i jednocześnie niestygmatyzujący.

Stygmatyzujące i stereotypowe ujęcia uzależnień łatwo przekładają się na stereotypowe i stygmatyzujące myślenie o osobach z uzależnieniem. Przykładem takich określeń są m.in. nałóg, narkomania, seksoholizm.

- Język przyczynia się do dyskryminacji osób z uzależnieniem, dlatego



należy unikać stosowania stygmatyzującego, krzywdzącego języka, zarówno w debacie publicznej, jak i w procesie leczenia uzależnień.

Przykładem takich stygmatyzujących określeń są m.in. narkoman, alkoholik, hazardzista, pracoholik, seksoholik.

Język uzależnień od substancji powinien dążyć do wskazywania konkretnych substancji lub grup substancji psychoaktywnych, np. alkoholu, opiatów, opioidów, kannabinoidów, etc., ze względu na różny obraz kliniczny i percepcję społeczną tych kategorii.

Tym samym, język uzależnień od substancji powinien unikać niejednoznacznego i stygmatyzującego terminu narkotyki. Termin ten pozycjonuje szereg substancji psychoaktywnych w opozycji do alkoholu, co powoduje, że w odbiorze społecznym są one postrzegane jako większe zagrożenie, podczas gdy szkody związane z alkoholem bywają często lekceważone i bagatelizowane.

- Termin uzależnienia od czynności powinien być używany wyłącznie w nawiązaniu do kategorii zjawisk ujętych w obowiązujących kryteriach diagnostycznych.

Problemy związane z takimi czynnościami jak np. zakupy, praca, seks,

ćwiczenia, nie powinny być opisywane w języku uzależnień, lecz zgodnie z zasadami i wykładnią międzynarodowych klasyfikacji chorób, jak ICD-11, czy DSM-5. W tych przypadkach można również stosować kategorię zachowań uzależniających.

Co dalej i gdzie można zapoznać się z Waszym badaniem i słownikiem?

Z raportem z badania i słownikiem JUST2021 można zapoznać się na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom. Mamy nadzieję, że wkrótce zostanie wydany w bardziej przystępnej dla czytelnika nie-specjalisty formie i przyczyni się do zmiany naszych nawyków językowych, a także sposobu, w jaki postrzegamy uzależnienia.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Ireneusz Kaczmarczyk

DR MICHAŁ BUJALSKI

Socjolog, pracuje w Instytucie Psychiatrii i Neurologii oraz w ISNS UW. Jego zainteresowania badawcze koncentrują się wokół zagadnień zdrowia i ryzyka. Autor licznych publikacji i projektów badawczych.

Michał Pozdał*Dynamika niekontrolowanych zachowań seksualnych - opis przypadku*

SEKS, EKSCYTACJA, CIERPIENIE

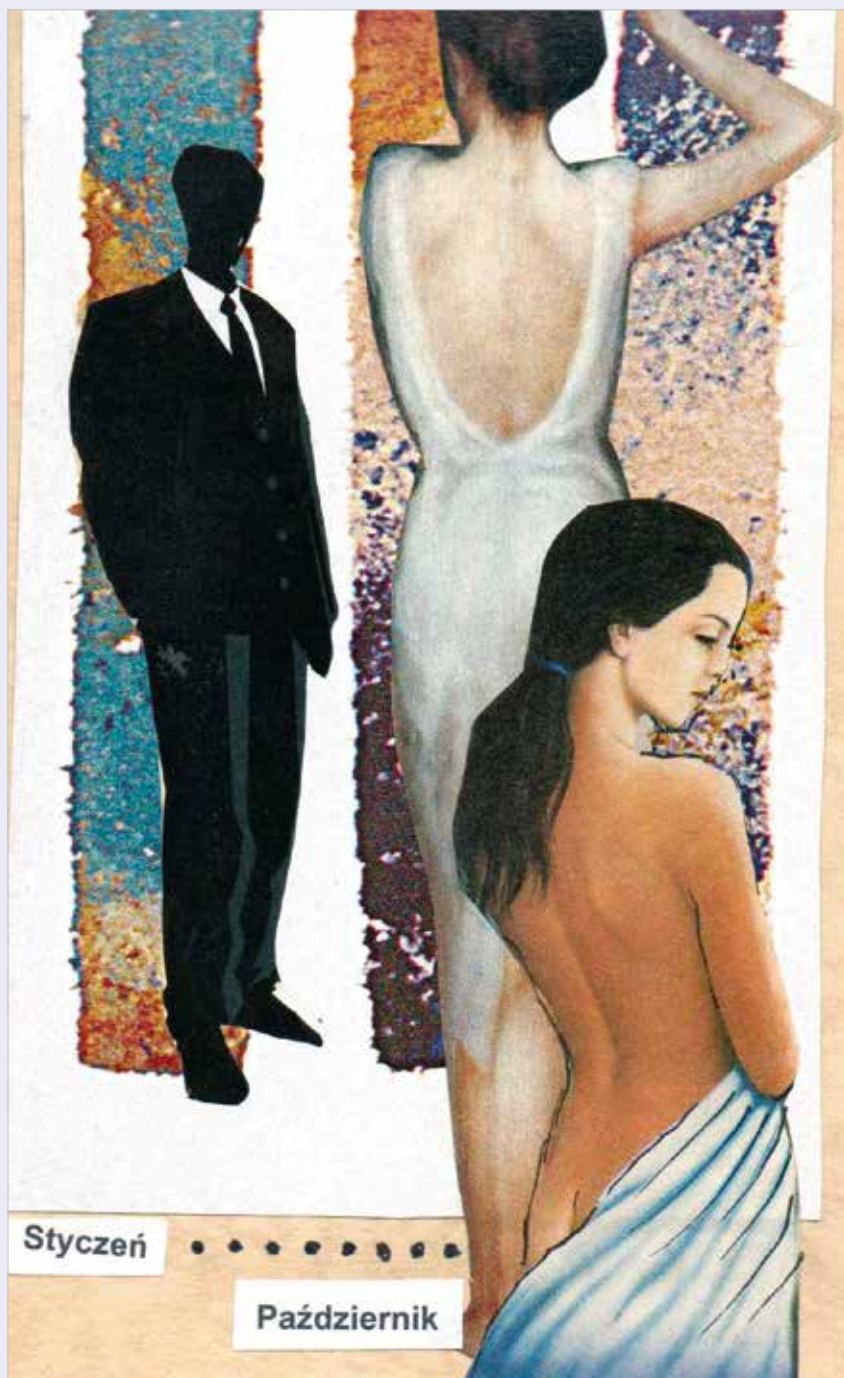
„Świadomi, że nałóg jest tylko objawem, będziemy uważnie sprawdzać, jak ten konkretny symptom maskuje i znieczula emocje klienta. Zrobimy, co w naszej mocy, by zmniejszyć jego siłę. Lecz będziemy również wiedzieli, że niewiele się zmieni, dopóki razem z klientem nie znajdziemy sposobu, by mógł bardziej bezpośrednio doświadczać swojego afektywnego, emocjonalnego Ja, wyłączonego przez nałóg”

Patricia A. DeYoung

Dopiero od niedawna świadomie prowadzę terapię osób z problemem uzależnienia. Moja świadomość polega na tym, że rozpoznaję problemy z uzależnieniem moich pacjentów, rozumiem je w ramach konkretnych teorii i stosuję wynikające z nich praktyczne metody, w których cały czas staram się szkolić.

Zdecydowanie dłużej zajmuję się problematyką życia seksualnego człowieka. W trakcie moich studiów i szkoleń z zakresu seksuologii temat uzależnień był prezentowany głównie przez pryzmat jego aspektów behawioralnych. Sam wywiad seksuologiczny pozwalał na odniesienie zachowań seksualnych pacjenta do kryteriów klasyfikacji chorób i zaburzeń, jednak nie umożliwiał mi zrozumienia ich psychodynamiki w kontekście całości jego życia. W celu lepszego rozumienia problemów seksualnych zgłaszających się do mnie osób korzystałem także z teorii i metod pracy terapii systemowej, które w połączeniu z technikami behawioralnymi okazały się bardzo pomocne i skuteczne w leczeniu niektórych dysfunkcji seksualnych jak np. pochwica u kobiet.

W przypadku pracy z pacjentami uzależnionymi od seksu moja skuteczność jako terapeuty była jednak ograniczona. Brak konsensusu środowiska seksuologicznego wobec tego, czy zastosowanie terminu uzależnienie w odniesieniu do zachowań seksualnych człowieka jest zasadne, odzwierciedlał mój dylemat. Zastanawiałem się, jak rozumieć dane zachowania i przede wszystkim poszukiwałem metod pracy z osobami cierpiącymi z ich powodu. Opierając się na doświadcze-



niu własnym i moich współpracowników psychoterapeutów – seksuologów, jestem przekonany, że wielu specjalistów podziela różnorodne trudności w odniesieniu do kwestii uzależnienia od seksu. Na przestrzeni lat zgłosiło się do mnie wiele osób z problemem uzależnienia od seksu lub masturbacji, skierowanych przez innych specjalistów (psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień oraz lekarzy psychiatrów). Kontaktując się bezpośrednio z niektórymi z nich, nabrałem pewności co do mojego przekonania. Większość z kierujących nie kształciła się z zakresu seksuologii i nawet jeśli posiadali odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia terapii uzależnień, mieli trudność w pracy z osobami uzależnionymi od seksu. W najlepszej wierze kierowali swoich pacjentów do innych specjalistów.

W niniejszym artykule opiszę swoje dociekania i próby poszukiwania odpowiedniego modelu pracy oraz to, dlaczego świadomie zacząłem używać terminu uzależnienie od seksu. Przedstawię rozwiązanie swojego dylematu, które znalazłem w modelu opisanym przez Bożenę Maciek-Haściło i nauczonym przez nią i jej współpracowników w Szkole Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia w Laboratorium Psychoedukacji, której jestem uczestnikiem. W celu lepszego zaprezentowania swoich rozważań i metod pracy zaprezentuję opis przypadku pacjentki uzależnionej od seksu.

Objawy opisanej pacjentki, podobnie jak innych osób, z którymi pracuję, spełniają kryteria opisane w ICD-11 jako Kompulsywne Zaburzenia Zachowania Seksualnego. Nie odnoszę się jednak do nomenklatury ICD czy DSM i decyduję na zastosowanie terminu uzależnienie do zachowań seksualnych pacjentów, co pozwala mi na lepsze rozumienie źródła ich cierpienia, funkcji objawu i wyznacza kierunek pracy terapeutycznej. Odwołując się do koncepcji E.J. Khantzian'a, myślę o uzależnieniu jako samoleczeniu cierpienia czy przejściowym obiekcie kojącym opisanym przez J. McDougall.

* * *

Model pracy, do którego odnoszę się w niniejszym artykule, jest bardzo złożony i wieloaspektowy. W swojej pre-

zentacji skupiam się jedynie na wybranym jego aspekcie związanym z teorią przywiązania oraz zaledwie niektórych wynikających z niego implikacjach do pracy terapeutycznej. Odwołując się do teorii przywiązania, staram się przedstawić wewnętrzny konflikt pacjentki związany z jej wczesnodziecięcą bezwzględną potrzebą utrzymania bliskości z opiekunem jako gwarantem bezpieczeństwa. Koncentrując się natomiast na aspektach praktycznych pracy z pacjentką, zwracam uwagę na sposób przeprowadzenia pierwszego wywiadu, regulacyjną funkcję objawu (zachowań seksualnych), odniesienie do bezpośredniej relacji z terapeutą oraz określenie celu i planowanie czasu trwania terapii. Przedstawiam, w jaki sposób implementuję naukę wyniesioną ze Szkoły Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia do swojej pracy psychoterapeuty – seksuologa. Nie są to moje autorskie pomysły, podobnie jak niektóre spostrzeżenia zasłyszane od uczących mnie terapeutów, a co do których nie jestem w stanie odnieść się w bibliografii.

Opis przypadku został przeze mnie celowo uproszczony i ograniczony do przedstawienia najistotniejszych kwestii, które zawieram w prezentowanym artykule. Pomiąłem wiele istotnych dla terapii kwestii, faktów z życia pacjentki oraz kontekst jej leczenia psychiatrycznego, przede wszystkim dlatego, aby tekst był łatwiejszy i bardziej przystępny dla czytelnika.

LIBIDO – POTRZEBA PŁCIOWA

Każdy człowiek posiada swój indywidualny poziom libido, czyli naturalnej potrzeby płciowej. Dla niektórych osób seks mógłby w ogóle nie istnieć. Inni natomiast potrzebują go częściej. Nie istnieje jednak optymalny, jakkolwiek mierzalny poziom potrzeby seksualnej, ustanawiający normę, do której moglibyśmy się odnieść. Realizacja potrzeby seksualnej wiąże się z dwoma rodzajami zachowań: masturbacją oraz kontaktami z innymi osobami (bezpośrednimi czy za pośrednictwem technologii). Jednak także ilość oraz jakość tych zachowań nie powinna stanowić uniwersalnego kryterium oceny poziomu libido danej osoby.

Po pierwsze dlatego, że ludzie podejmują zachowania seksualne z wielu różnych powodów (ciekawość, poczucie winy wobec partnera, gratyfikacja materialna i.in.), a po drugie, ponieważ istnieje szereg indywidualnych przyczyn, dla których ich nie realizują.

W swojej pracy terapeutycznej spotkałem wiele osób, które pomimo odczuwania silnego pobudzenia seksualnego, nie potrafiły, nie mogły lub nie chciały dążyć do jego zaspokojenia. Wpływały na to czynniki intrapsychiczne, jakość relacji partnerskich, wcześniejsze urazowe doświadczenia seksualne, występujące dysfunkcje seksualne, zaburzenia psychiczne czy ogólny stan psychofizyczny danej osoby.

Gdy jednak odwrócimy ten wektor okaże się, że te same czynniki mogą wyzwać i nasilać seksualny behawior człowieka. Przykładem może być mężczyzna cierpiący z powodu przedwczesnego wytrysku (dysfunkcji seksualnej), który angażuje się w liczne kontakty seksualne z kobietami, podtrzymując w ten sposób idealny obraz siebie jako sprawnego kochanka. To także kobieta, ofiara przemocy seksualnej, której dawna trauma powtarza się, gdy pod wpływem środków psychoaktywnych uprawia seks grupowy z zupełnie obcymi osobami. Obie osoby angażowały się w zachowania seksualne niezależnie od odczuwanej potrzeby płciowej (libido) i zgłosiły się na konsultację seksuologiczną z otrzymaną od innych specjalistów diagnozą uzależnienia od seksu.

HIPERSEKSUALNOŚĆ CZY UZALEŻNIENIE OD SEKSU?

Termin uzależnienie od seksu został zaproponowany prawie czterdzieści lat temu przez Patricka Carnesa. Na przestrzeni lat powstało wokół niego wiele kontrowersji, a tym samym nowych terminów (hiperseksualność, kompulsja seksualna, impulsywność seksualna i.in.). Aktualnie najczęściej stosowanym w piśmiennictwie seksuologicznym i opisującym złożoność problemowych zachowań seksualnych jest termin Niekontrolowane Zachowania Seksualne (NZS). NZS uwzględnia różnorodne motywacje, doświadczenia oraz zachowania, nie skupiając się wyłącznie na ścisłych kryteriach uza-



leżnienia według Carnesa. Niezależnie jednak od przyjętej definicji problemowych zachowań seksualnych, istnieją dwa czynniki determinujące, czy dane zachowanie seksualne jest problemem.

Pierwszy uwzględnia występowanie cierpienia danej osoby i/lub jej bliskich w związku z danym zachowaniem. Drugi natomiast odnosi się do tego, na ile dane zachowania wpływają destrukcyjnie na przynajmniej jeden z obszarów życia danej osoby (społeczny, zawodowy, finansowy, interpersonalny).

Powyższe rozważania teoretyczne, będące wynikiem odbytych studiów seksuologicznych, niewątpliwie umożliwiły mi lepsze rozumienie i diagnozowanie seksuologicznych problemów osób, które zgłaszały się do mojego gabinetu. Mogłem rozważyć, czy ich diagnoza lub autodiagnoza uzależnienia od seksu była trafna i zastanawiać się nad zaproponowaniem zamiast niego terminu NZS, nie miało to jednak działania terapeutycznego, przynoszącego jakąkolwiek ulgę w ich cierpieniu.

Poszukując koncepcji, które dostarczyłyby mi nie tylko teoretycznego

rozumienia, ale także praktycznych umiejętności pracy z pacjentami zgłaszającymi NZS korzystałem także z koncepcji nurtu systemowego. Zakładają one, że symptomy występujące u pacjenta muszą być rozpatrywane w kontekście jego rodziny i traktowane jako zachowania podtrzymujące homeostazę systemu. W świetle teorii systemowej, opisany wcześniej mężczyzna z przedwczesnym wytryskiem, podejmował liczne jednak jednorazowe kontakty z kobietami, nie wiążąc się z żadną z nich i utrzymywał tym samym homeostazę w swojej rodzinie pochodzenia. Pomimo ukończonych czterdziestu lat i dobrej pracy, nie zakładał własnej rodziny, nadal mieszkał z rodzicami i pozwalał przenosić zainteresowanie z konfliktów małżeńskich rodziców na te związane z jego późnymi powrotami do domu i opinią kobieciarza. Chociaż niniejsza hipoteza okazała się trafna i wzbogacała moje rozumienie pacjenta, podobnie jak ogólne systemowe rozumienie uzależnienia w rodzinie, jej skuteczność w terapii (szczególnie indywidualnej) okazała się ograniczona.

Dalsze poszukiwania i studia z zakresu psychoterapii doprowadziły mnie do rozumienia pacjentów z niekontrolowanymi zachowaniami seksualnymi jako uzależnionych, jednak nie wyłącznie w odniesieniu do kryteriów opisanych przez Carnesa, a w oparciu o model pracy terapeutycznej zaproponowany przez Bożenę Maciek-Haściło i bazujący na teorii relacji z obiektem, teorii przywiązania oraz teoriach neurobiologicznych.

UZALEŻNIENIE OD SEKSU A STYL PRZYWIĄZANIA

W modelu tym praca z pacjentem nie skupia się wyłącznie na objawie (używaniu substancji psychoaktywnych i nałogowych zachowaniach), a przede wszystkim na dotarciu do źródła jego konfliktu wewnętrznego i przepracowaniu go w relacji z grupą lub terapeutą. Konflikt jest wynikiem pozabezpiecznego przywiązania, którego pacjent doświadczył na wczesnym etapie życia.

Zgodnie z teorią przywiązania, która podkreśla wpływ wczesnodziecięcej relacji z matką (lub innym stałym obiektem), wczesne doświadczenia

przywiązania odzwierciedlają to, jak kształtują się nasze przyszłe relacje zarówno prywatne, społeczne i zawodowe. Ponadto wpływają na sposób radzenia sobie ze stresem, zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz rozwojem poznawczym. Wyróżnia się bezpieczne i pozabezpieczne style przywiązania. Istnieje szeroka literatura opisująca związek między stylami przywiązania a zachowaniami seksualnymi. Bezpieczny styl przywiązania wpływa na umiejętność tworzenia bezpiecznych, intymnych relacji i tym samym podejmowanie pozytywnych zachowań seksualnych. Osoby z problemem uzależnienia od seksu poszukują często aktywności seksualnej bez potrzeby związku emocjonalnego i charakteryzują się pozabezpiecznym stylem przywiązania (unikowym i lękowym). Ponadto są skłonne przejawiać trudności w formowaniu bliskich, intymnych związków, podejmować destrukcyjne zachowania seksualne, a w konsekwencji doświadczać związanych z nimi trudności psychologicznych.

Przyjmując wspomniany powyżej model pracy, zacząłem rozumieć nalogowe uprawianie seksu przez moich pacjentów jako wyraz ich wewnętrznych konfliktów, mających źródło w relacjach z innymi. Masturbacja czy seks były sposobem, żeby sobie z nimi poradzić. Angażowali się w czynności seksualne nie z powodu wysokiego libido, a w celu nawet chwilowej ucieczki od uczuć, które przeżywali.

WYBÓR KIERUNKU POSTĘPOWANIA

Pani Edyta została do mnie skierowana przez inną terapeutkę, która prowadziła jej terapię od pół roku. W ostatnich miesiącach pani Edyta coraz częściej opowiadała na sesjach o swoim życiu seksualnym, masturbacji oraz fantazjach erotycznych. Terapeutka zastanawiała się, czy pani Edyta była uzależniona od masturbacji, co stanowiłoby dla niej trudność w dalszym prowadzeniu terapii danej pacjentki. Uznała, że nie posiadała wystarczającej wiedzy z zakresu seksuologii, żeby pomóc pacjentce. Ponadto reprezentowany przez nią nurt psychoterapii, wykluczał dalsze kontynuowanie procesu terapii w przypadku osoby z aktywnym problemem uzależnienia.

Po wzmiance o konsultacji seksuologicznej przez terapeutkę prowadzącą, pacjentka przestała przychodzić do niej na sesje. W moim gabinecie pojawiła się prawie rok później. Wcześniej uczestniczyła w dwóch psychoterapiach indywidualnych i grupie AA (odbyła dziewięć spotkań). Żaden z procesów psychoterapii indywidualnej nie został zakończony. W obu przypadkach pacjentka została skierowana przez terapeutów prowadzących do innych specjalistów, co stało się także i tym razem. Oba procesy terapii przerwała, przestając na nie przychodzić. Miała bardzo pozytywne doświadczenia z grupy AA, jednak tym razem całkowicie wykluczała uczestnictwo w grupie.

Zanim odbyłem pierwszą konsultację z panią Edytą, rozmawiałem telefonicznie z terapeutką prowadzącą jej wcześniejszą psychoterapię i dowiedziałem się o jej trudnościach związanych z życiem seksualnym. Kilka zdobytych informacji pozwoliło mi postawić hipotezę dotyczącą nie tyle uzależnienia od masturbacji, a przede wszystkim od seksu u pacjentki. Przygotowując się do spotkania z panią Edytą, musiałem określić i zdecydować się na konkretny kierunek pracy. Mogłem, jak robiłem to wcześniej w swojej praktyce, badać objawy pacjentki, korystając między innymi z Inwentarza Zachowań Hiperseksualnych lub od początku starać się dostrzec jej objawy jako wyraz wewnętrznych konfliktów związanych z więzią i szukać ich źródła we wczesnych i aktualnych relacjach pacjentki. Zgodnie z tym, co napisałem powyżej, wybrałem drugie podejście. Nadmienię jednak, że Inwentarz Zachowań Hiperseksualnych jest narzędziem, którego pytania mogą bardzo wzbogacić wywiad i pomóc wielu terapeutom w zwróceniu uwagi na problemy seksualne ich pacjentów. W danym momencie, pierwszej konsultacji z panią Edytą, nie chciałem go jednak używać, aby jej zachowania seksualne nie wychodziły na plan pierwszy, przysłaniając to, co faktycznie leżało u źródła jej cierpienia.

SEKS A RELACJE

W momencie zgłoszenia pani Edyta miała 32 lata. Strojem nie podkreślała swojej seksualności. Miała poplamioną błuzę dresową i znoszone, podarte

spodnie. W trampkach i niedbałym kucyku na głowie, wyglądała na dużo młodszą niż była w rzeczywistości. Sprawiała wrażenie zrezygnowanej i zmęczonej. Przyznała, że potrzebuje terapii, bo odkąd pamięta nie radzi sobie ze sobą. Poza tym kiedyś piła alkohol, ale dzięki grupie AA nauczyła się już tyle nie pić. Nadal spożywała alkohol, ale według niej, było to rzadko i w umiarkowanych ilościach.

W przeszłości była w kilku związkach z mężczyznami, które nie trwały dłużej niż kilkanaście miesięcy. Przeważnie były to relacje seksualnie otwarte, co jednocześnie stanowiło główną oś ich konfliktów i w konsekwencji zerwanie. Pani Edyta była przekonana, że każdy mężczyzna prędzej czy później zdradziłby ją lub zostawił, ponieważ była nie do wytrzymania. Podobnie było w jej relacjach ze znajomymi.

Zaproszenie na imprezę imieninową od koleżanki z pracy uznała za podstęp i chęć zrobienia z niej miejscowego głupka. Zignorowała je, nie podając wyjaśnień, i straciła tym samym sympatię współpracowniczek.

Po zaprzestaniu uczestnictwa w grupie AA utrzymywała kontakt z kilkoma osobami, jednak podobnie jak w innych relacjach, stopniowo się z niego wycofywała. Na grupie, podobnie jak w trakcie pierwszej terapii indywidualnej, nie opowiadała niczego o seksie. Ten aspekt swojego życia uważała za wyjątkowo obrzydliwy, dowodzący o jej zepsuciu i degeneracji.

O seksie powiedziała, gdy zapytałem o to, jak radziła sobie ze smutkiem, złością czy radością. Przyznała, że rzadko czuła złość do innych. Najbardziej wściekała się na samą siebie i zdawało się, że każdy powód był do tego dobry. Dominował w niej smutek, a radość odczuwała tylko w chwilach przed kolejnym stosunkiem seksualnym. Pani Edyta przyznała, że lubi seks i uprawia go bardzo dużo. Już dawno temu uznała, że ma wysokie libido i postanowiła z niego korzystać. Ostatnio zaczęła jednak odczuwać, że przestała panować nad swoimi impulsami seksualnymi. Od trzech miesięcy zachowywała abstynencję seksualną, którą coraz trudniej było jej utrzymać. Obawiała się, że znowu zacznie powtarzać swój stary schemat. Chociaż planowała spokojne weekendy, kiedy posprząta w domu,

przygotuje sobie jedzenie i obejrzy serial, w piątkowe popołudnia logowała się na seksualnym portalu towarzyskim i umawiała na seks z kilkoma mężczyznami lub swingersami lub swingersami. Nie była w ogóle zainteresowana spotkaniami z jedną osobą. Orgie, w których uczestniczyła, poszerzały się o kolejne osoby i trwały często do niedzielnego wieczora. Czasami umawiała się także na seks w środku tygodnia. Mając na uwadze, że wielogodzinne uprawianie seksu, jak właściwie każdej innej aktywności, wymaga jakiegoś rodzaju wspomagaczy, zapytałem o używanie przez nią środków psychoaktywnych. Pani Edyta opowiedziała mi o regularnym zażywaniu mefedronu oraz sporadycznym kropli GHB/GBL w trakcie uprawiania seksu. Podzieliła się ze mną swoim przekonaniem, że po tych informacjach z pewnością skieruję ją do jakiegoś ośrodka zamkniętego lub uznaję za beznadziejny przypadek, z którym nie było sensu pracować.

Słuchając historii jej relacji, coraz lepiej rozumiałem, dlaczego myślała, że w ogóle mógłbym to zrobić. Pani Edycie od zawsze towarzyszyło przekonanie, że odstrasza od siebie innych, kiedy tylko czegoś od nich chce. Tak właśnie było z jej matką, która wyjeżdżając do pracy za granicą, zostawiała ją pod opieką ojca i dużo starszego brata. Obaj nadużywali alkoholu i wykorzystywali ją seksualnie. Najgorsze były weekendy, kiedy zostawali w domu i pili do niedzieli. Jeszcze w okresie nastoletnim podczas piątkowych lekcji w szkole, zdarzało jej się nietrzymanie moczu, a reakcje rówieśników utwierdzały ją w przekonaniu, że jest odstrasząca. Matka pojawiała się w jej życiu co kilka miesięcy aż w końcu przestała przyjeżdżać, gdy pani Edyta miała trzynaście lat. Wróciła dopiero po kilkunastu latach. Aktualnie pacjentka mieszkała z matką i pomagała jej w radzeniu sobie z chorobą.

BEZPIECZEŃSTWO JEST CELEM

Od pierwszych chwil rozmowy z panią Edytą widoczne było dla mnie, że zmagająca się z dylematem wielu uzależnionych pacjentów. Chciała, żebym jej pomógł i jednocześnie bała się do mnie zbliżyć. Dlatego zgodnie z przyjętą metodyką pracy, starałem się przede

wszystkim, aby czuła się ze mną bezpiecznie. Moje interwencje polegały głównie na zastosowaniu empatycznego komentarza i klaryfikacji. Zdecydowanie unikałem konfrontowania pacjentki i przesadnego zachęcania do ujawniania szczegółów, szczególnie tych dotyczących przeżytych nadużyć i weekendowych orgii. Wyjątek stanowiło dopytanie o zażywanie przez nią substancji psychoaktywnych.

Opierając się na wstępnej konceptualizacji psychodynamicznej pacjentki (struktura osobowości i typ organizacji charakteru), byłem przekonany, że kwalifikowała się do terapii długoterminowej. Pani Edyta była jednak osobą z problemem uzależnienia, która wypadła z wcześniejszych terapii, podobnie jak z innych relacji, ugruntowując swoje poczucie poraż-

ki i bycia odrażającą dla innych ludzi. W trakcie pierwszej konsultacji zaproponowałem jej terapię trwającą przez dwanaście cotygodniowych spotkań. Wspólnie formułując cel terapii z pacjentką, odwołałem się do zgłaszanego przez nią problemu nieradzenia sobie z samą sobą i swoimi seksualnymi impulsami. Umówiliśmy się, że pomogę jej zrozumieć, w jaki sposób to, co przeżywa, wpływa na jej zachowania seksualne i przede wszystkim na relacje z innymi ludźmi. Uznałem, że to, cel który mogliśmy z panią Edytą osiągnąć w tak krótkim czasie i dać jej tym samym możliwość dokończenia terapii jako pozytywnego doświadczenia sukcesu.

Jednak przede wszystkim, zgodnie z przyjętymi założeniami, najważniejszym było skupienie się na tym, co pacjentka przeżywała i w jaki sposób



seks pomagał jej te uczucia regulować. Innymi słowy, naszym celem było zatrzymanie się w piątkowe popołudnie, zanim zalogowała się na portalu towarzyskim i skupienie się na emocjach, które wówczas przeżywała oraz na tym, co czuła do mnie, gdy rozmawialiśmy podczas sesji.

Przykładem może być sytuacja z drugiej sesji, kiedy pani Edyta przyznała, że gdy tylko odczuwa silne nerwy, zaczyna mieć ochotę, aby uprawiać seks z pierwszym lepszym facetem. Siedząc na przeciwko mnie w gabinecie, także była bardzo zdenerwowana, w związku z czym zapytałem, czy w danej chwili miała ochotę na seks i czy to pragnienie dotyczyło także mnie. Omawiając to, co działo się z nią w danym momencie, co czuła bezpośrednio do mnie, mogliśmy zobaczyć, jak trudne dla niej do wyregulowania emocje, znajdowały wyraz w jej zachowaniach seksualnych. Ale także to, co działo się z tymi emocjami i pragnieniami w chwili, gdy mi o tym opowiadała.

W niniejszej dynamice (trudne do wyregulowania emocje – zachowania seksualne) ujawniał się jej wewnętrzny konflikt. Zakładałem także, że rozumienie i rozpoznawanie motywów podejmowania przez nią zachowań seksualnych, długofalowo pozwoli pacjentce je rozróżnić. Dzięki temu będzie mogła decydować się na seks powodowany siłą libido a nie trudnymi do wyregulowania w inny sposób emocjami. Uznałem, że dwanaście sesji będzie pierwszym, na razie niedużym krokiem ku temu.

REGULUJĄCA FUNKCJA SEKSU

Pani Edyta nie wyrażała bezpośrednio złości na matkę, podobnie jak ojca, brata czy terapeutkę, do której po prostu przestała przychodzić. Twierdziła, że dawno temu nauczyła się wybaczać innym, co także rozumiała jako brak przeżywania do nich złości.

Ja rozumiałem to inaczej. Podobnie jak każde dziecko doświadczające traumy niedoboru (np. brak opieki ze strony matki) czy nadmiaru (np. wykorzystanie seksualne przez ojca i brata) w reakcji na doznawaną krzywdę wycofywała się, a następnie pojawiała się w niej wściekłość i złość. Nauczyła się jednak nie wyrażać tych uczuć,

ponieważ straciłaby wówczas ich opiekę. Jej oprawcy byli jednocześnie najbliższymi osobami, które opiekowały się nią. Okazanie im wściekłości groziłoby ich utratą, a na to, będąc dzieckiem, nie mogła sobie pozwolić. Kompulsywna dziecięca masturbacja, a następnie kontakty seksualne pomagały jej znosić przeżywaną złość i wściekłość. A ostry seks z wieloma mężczyznami, podsycony pobudzającym działaniem mefedronu, często na oczach ich żon czy partnerek, stał się jej sposobem na wyrażenie i zniesienie uczuć powstałych w wyniku doznanych krzywd. Pomagał jej także na przeżycie iluzorycznej i chwilowej bliskości a nawet jedności z partnerami seksualnymi, w czym pomagały krople GHB/GBL. Znamiennym było, że tylko po ich użyciu, pani Edyta podejmowała kontakty homoseksualne, polegające głównie na głaskaniu czy przytulaniu. Podejrzewałem, że chociaż wcale nie określała się jako biseksualna, wyrażała w ten sposób także swoją potrzebę bliskości z kobietami. Zażywane środki psychoaktywne znosiły lęk, który towarzyszył jej w każdej relacji z drugą osobą, także ze mną. W seksualnych odreagowaniach pani Edyty widoczny był jej główny konflikt między pragnieniem wyrażenia uczuć a ochroną przed dokonaniem tego.

ZAKOŃCZENIE I DALSZY KIERUNEK

Nasza praca z panią Edytą została zakończona po planowanych dwunastu sesjach. Umówiliśmy się, że jeśliby tego potrzebowała, po kilku miesiącach mogła wrócić i rozpocząć kolejną terapię.

Pacjentka zgłosiła się po czterech miesiącach w związku z kryzysem wywołanym otrzymaniem dodatniego wyniku na obecność wirusa HIV. Podobnie jak za pierwszym razem, żywiła przekonanie, że ją odrzucę i nie podam nawet ręki na przywitanie, co zazwyczaj robię. Przyszła pomimo tego i rozmawiała ze mną o swoich uczuciach. Zrobienie przez nią testu potraktowałem jako ważny i pozytywny objaw. Sama myśl o poddaniu się badaniu w przeszłości wywoływała w niej silny lęk, który natychmiast prowadził do

powstania w niej pobudzenia i odreagowania seksualnego.

W kolejnym etapie terapii skupiliśmy się jak poprzednio na regulacji emocji, więzi między nami, a także na pracy z jej surowym, oskarżycielskim superego i aspektach dbania o samą siebie. Pani Edyta w kolejnych miesiącach zdecydowała się na pierwszą wizytę w Poradni Profilaktyczno – Lecniczej i rozpoczęcie leczenia w postaci regularnego przyjmowania leków (ARV).

MICHAŁ POZDAŁ



Psychoterapeuta i seksuolog. Założyciel i kierujący pracą Instytutu Psychoterapii i Seksuologii w Katowicach. Prowadzi psychoterapię młodzieży i dorosłych. Ekspert Fundacji SEXEDPL.

BIBLIOGRAFIA

1. Bancroft J, Vukadinovic Z., *Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model*, w: *Journal of Sexual Research* nr 41/2004.
2. Creeden K., *The neurodevelopmental impact of early trauma and insecure attachment. Rethinking our understanding and treatment of sexual behavior problems*, w: *Journal of Sexual Addiction and Compulsivity* nr 11/2004.
3. DeYoung P.A., *Terapia chronicznego wstydu. Perspektywa relacyjna i neurobiologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2019.
4. Gentzler A.L., Kerns K.A., *Associations between insecure attachment and sexual experiences*, w: *Personal Relationships* nr 11(2)/2004.
5. Goodman A., *What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior*, w: *Journal of Sexual Addiction and Compulsivity* nr 8/2001.
6. Levine S.B., *What is sexual addiction?*, w: *Journal of Sex and Marital Therapy* nr 36/2010.
7. Maciek-Haścilo B., *Siła więzi – wykorzystanie teorii relacji z obiektem i teorii więzi w grupowej terapii uzależnień*, w: *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* nr 4/2015.

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

Nie ma kogoś takiego jak narkoman. Są za to ludzie, którzy cierpią na uzależnienie od narkotyków

Rozmowa z **JONEM FREDERICKSONEM** – psychoterapeutą, superwizorem, wykładowcą

ZAWSZE ROZMAWIASZ Z KIMŚ

JAROSŁAW BANASZAK: Dziękuję w imieniu Redakcji i naszych Czytelników za przyjęcie zaproszenia do rozmowy. Ze współprowadzącą ten wywiad, Bożeną Maciek-Haściło, zdecydowaliśmy zacząć od pytań fundamentalnych: Jak rozumiesz uzależnienie? Czy różnicujesz używanie substancji przez pacjentów od ich ryzykownych zachowań, zwanych czasem uzależnieniami behawioralnymi?

Patrzę na różne zjawiska z psychodynamicznego punktu widzenia. Można powiedzieć, że jesteśmy uzależnieni od unikania bólu. Unikamy go, intelektualizując, okłamując siebie, stosując narkotyki i substancje, a także poprzez ryzykowne zachowania. Nie robię rozróżnienia między substancjami a ryzykownymi zachowaniami, ponieważ pełnią tę samą funkcję.

To tak, jakbym chciał uciec z mojego domu, mogę to zrobić, odjeżdżając samochodem, rowerem lub na piechotę. Każdy z tych sposobów pełni tę samą funkcję – służy ucieczce.

Nie ma kogoś takiego jak narkoman. Są za to ludzie, którzy cierpią na uzależnienie od narkotyków. Bardzo łatwo jest zrównać osobę z kategorią, ale wtedy zapominamy o człowieku, który cierpi na uzależnienie od narkotyków. Jeśli pamiętasz, że to osoba, która zмага się z uzależnieniem od narkotyków, to widzisz osobę taką jak ty, zmagającą się z tymi samymi ludzkimi problemami, chociaż często o wiele poważniejszymi i traumatycznymi. Często ta osoba robi wszystko, co w jej mocy, jednak z wielkim pechem w życiu, sięga po niewłaściwe sposoby. Należy więc uświadomić sobie, że to człowiek, który zмага się ze strasznymi problemami i najlepsze według niego, co był w stanie zrobić, to poradzić sobie z pomocą alkoholu czy narkotyków. To ważne, by zawsze pamiętać, że mamy do czynienia



z osobą, która zмага się z problemem narkotykowym, a nie tylko z narkotykami i alkoholem. Jeszcze raz podkreślę – masz do czynienia z osobą.

Myślę, że to jedna z najważniejszych rzeczy do zapamiętania, że zawsze rozmawiasz z kimś.

BOŻENA MACIEK-HAŚCIŁO: Jak się kształtował na przestrzeni lat Twój sposób rozumienia i sposób pracy z osobami uzależnionymi?

Główna przemiana w mojej pracy nastąpiła, kiedy zacząłem rozumieć związek lęku i uzależnienia. Wielu uzależnionych nie jest nawet diagnozowanych pod kątem lęku. Naprawdę ważne, aby zrozumieć, czy niepokój jest wyładowywany do somatycznego układu nerwowego, gdzie pacjenci się napinają, czy też ich niepokój jest wyładowywany do przywspółczulnego układu nerwowego.

Pacjenci cierpią na ból brzucha, mogą mieć biegunki, nudności, kłopoty z widzeniem, problemy z myśleniem, mogą odczuwać dzwonienie w uszach. Uzależnieni cierpią z powodu ogromnego lęku i używanie narkotyków jest moty-

wowane w dużej mierze pragnieniem jego unikania.

Główną zmianą w mojej pracy było nauczenie się rozpoznawania i regulowania lęku.

BMH: To wymaga indywidualnego spojrzenia na pacjenta...

Tak. Mamy tendencję do postrzegania uzależnionych jako „grupy”. Zamiast tego powinniśmy myśleć o ludziach, którzy cierpią z powodu uzależnienia. Mamy całe spektrum problemów psychicznych, które mogą ukazać się dopiero w ośrodku terapeutycznym.

W naszym ośrodku leczymy pacjentów psychotycznych, uzależnionych z chorobą afektywną dwubiegunową. Leczymy osoby uzależnione z zaburzeniem osobowości typu borderline, pacjentów z lękiem i depresją.

Sądzę, że dużym błędem jest założenie, że można traktować wszystkich uzależnionych tak samo. Mamy całe spektrum psychologicznych trudności, które towarzyszą uzależnieniu i te psychologiczne trudności muszą być precyzyjnie rozpoznane.

W większości badań, np. w Stanach Zjednoczonych, 20% pacjentów przychodzących do ośrodków ma objawy psychotyczne i oni mają stuprocentowy wskaźnik rezygnacji z terapii. Jednak, kiedy udzielasz tym pacjentom odpowiedniego wsparcia, właściwej terapii i odpowiedniego leku, to mogą dobrze zareagować na leczenie.

To jednak wymaga od nas znacznie bardziej złożonego zrozumienia nie tylko roli narkotyków czy alkoholu, ale także trudności psychologicznych, z którymi pacjenci potrzebują pomocy.

BMH: W Polsce również widzimy podobne zjawisko, gdzie indziej leczy się uzależnienie, a gdzie indziej zaburzenia, choć w ostat-

nich latach w przypadku uzależnień bierzemy coraz częściej te diagnozy pod uwagę.

Problem w Stanach Zjednoczonych nie polega na tym, że ośrodki uzależnień są oddzielne. Problem tkwi w tym, że jeśli jesteś w szpitalu, otrzymasz doskonałą opiekę. Jeśli jednak jesteś w ośrodku leczenia uzależnień, okazuje się, że twój terapeuta zwykle nie ma nawet wyższego wykształcenia, nie ma dyplomu specjalisty od zdrowia psychicznego. Przeszedł sześciotygodniowe lub sześciomiesięczne szkolenie na terapeutę uzależnień. Co więcej, wiele ośrodków odwykowych uważa, że najważniejsze jest, aby taki terapeuta był sam kiedyś uzależniony. To ma tyle sensu, co powiedzenie, że aby być onkologiem, musisz przejść przez chorobę nowo-

tworową. Dobra opieka nad uzależnionymi w takim ośrodku terapeutycznym może mieć jednak także swoje zalety.

BMH: Powiedziałeś o radzeniu sobie z lękiem. Nawiązując do znanej nam koncepcji samoleczenia H. Kantziana, chcemy poznać Twoje zdanie na ten temat. Czy, podobnie jak on, stawiasz tezę, że ludzie sięgają po konkretną substancję lub czynność powodowani problemami i doświadczaniem konkretnych uczuć?

Zgadzamy się z ideą samoleczenia. Zdecydowana większość kruchych pacjentów, z którymi pracujemy, cierpi z powodu skrajnego lęku i licznych projekcji. Musimy więc dezaktywować projekcje

i regulować lęk, aby nie musieli używać już „leków” do zagłuszania swojego niepokoju i paranoi. Biorąc to pod uwagę, Khantzian ma interesującą teorię, że ludzie używają innych substancji w zależności od konfliktu, z którym się borykają. Nie prowadziłem jednak badań pod tym kątem z naszymi pacjentami.

BMH: Jakie są zatem Twoje obserwacje w tej sprawie?

Z mojego doświadczenia wynika, że zażywanie alkoholu czy narkotyków jest w znacznie większym stopniu napędzane czynnikami rynkowymi. Innymi słowy, decydującą rolę odgrywa dostępność i cena. Uważam więc, że czynniki rynkowe wydają się odgrywać znacznie większą rolę w tym, jakich narkotyków ludzie



używają, niż konkretne konflikty psychologiczne, których doświadczają.

Na przykład metamfetamina stała się bardzo popularna w Stanach Zjednoczonych, ponieważ była bardzo łatwa w produkcji. Teraz mamy ogromną falę zgonów z powodu fentanylu, ponieważ fentanyl jest eksportowany do Stanów Zjednoczonych z Chin, więc jego cena spadła.

Myślę więc, że niestety to siły rynkowe są prawdopodobnie dominującą kwestią, ale znowu jest to obszar badawczy i ciekawie będzie zobaczyć na podstawie naszych obserwacji, czy ludzie znajdują potwierdzenie badawcze dla hipotezy Khantziana.

BMH: Mamy kilka praktycznych pytań dotyczących terapii. Na przykład zjawiska związane z winą, samokaraniem, cierpieniem z powodu własnych zachowań. Nazywamy to potocznie w psychoterapii „superego” ale – w pracy z osobami uzależnionymi to poważny problem.

Absolutnie się z tym zgadzam.

Na przykład, jeśli ktoś pali marihuane, prawdopodobnie nie zobaczymy poważnej patologii superego. Natomiast każdy, kto używa fentanylu, wie, że dawka, jaką sobie funduje, może go zabić. I to już poważna patologia superego, ponieważ pacjent faktycznie świadomie angażuje się w zachowania parasamobójcze.

BMH: Wiemy też, że pacjenci używają swojego sadystycznego superego również po to, by przestać pić. Jak spojrzeć na te zjawiska?

Po pierwsze, większość leczenia uzależnień opiera się na leczeniu klinicznym, a terapeuta staje się surowym superego, który osądza i karze pacjenta. Potem ci pacjenci, jeśli są „dobrymi” pacjentami, przyjmują osądy od terapeuty, który ich ocenia, osądzając siebie znacznie bardziej, dołączają do programu AA. Ta społeczność również staje się dla nich grupą osądzającą [choć założenia są inne – przyp. red]. Oni też oferują bardzo surowe osądy innym pacjentom. To wszystko tylko wzmacnia patologię superego. Nie tylko byłem dla siebie surowy, ale teraz traktuję siebie tak, jakbym nie zasłużył na wyzdrowienie. Jestem z kimś, kto mnie osądza, to zachęca do osądzania siebie.

JB: Jakie są skutki takiego błędnego koła?

To wszystko stwarza ogromne problemy, ponieważ często ci pacjenci potem jeszcze są proszeni, aby przeszli do kroku czwartego w Programie 12 kroków, który jest uznaniem, że „krzywdziłeś innych ludzi”. To jest punkt, w którym wielu z tych, którzy zaczną zmagać się z tym poczuciem winy, zanim zbuduje się ich zdolność do radzenia sobie z nim, będzie mieć wtedy myśli samobójcze, mogą pojawić się nawet halucynacje, a to może doprowadzić do rezygnacji z procesu leczenia. Albo zaczną używać narkotyków bardzo destrukcyjnie, jako sposób na ukaranie siebie i odbiorą sobie życie, rozwiązując problem winy.

Mieliśmy pacjentów przychodzących do naszych placówek, którzy doświadczali przemocy wynikającej z grupowej konfrontacji. I to uważano za leczenie ich uzależnienia.

Tymczasem to było urzeczywistnienie dynamiki superego, która nie została przeanalizowana przez samych terapeutów tych placówek, którzy z ich (niezanalizowanym superego), w następstwie stawali się superego dla tych biednych pacjentów. Przychodzili do nas w oczekiwaniu na osąd i potępienie i byli przy tym dość oporni na leczenie.

JB: Gdzie tkwi błąd?

Terapeuci często proszą klientów, aby spojrzeli na krok czwarty (programu AA – dop. redakcji), nie zdając sobie sprawy, że nie wolno nam prosić pacjenta, aby zmierzył się z poczuciem winy, dopóki nie zbudujemy jego zdolności do przyjęcia tego ciężaru. Ponieważ jeśli pacjenci nie są w stanie tolerować swojej winy, zaczną siebie za nią karać, będą projektować, że Ty ich ukarzesz albo zaczną słyszeć głosy samokrytyki, a czasem dostają paranoi.

W tym miejscu niezbędne jest zrozumienie psychologiczne tego konceptu, aby wykonać jakkolwiek pracę z krokami, które mają zostać zintegrowane.

Istnieje całe spektrum patologii superego. Są pacjenci, którzy angażują się w bardzo niszczące wybory stylu życia, bardzo destrukcyjne działania, narkomania bywa tylko jednym z nich. I to są pacjenci, którzy sami siebie karzą.

Wielu uzależnionych pacjentów w przeszłości angażowała się w jakąś nielegalną działalność, aby zdobyć pieniądze na narkotyki. Więc już mają wiele po-

wodów do odczuwania silnego poczucia winy. Problem polega na tym, że zaangażowali się w jakąś przestępczą działalność, za którą czują się wciąż winni i nie mogą sobie z tym poradzić. Terapeuci to jednak czasem wzmacniają.

JB: Jakiś przykład?

Superwizowałem pewnego terapeuty, który ciągle konfrontował swoich pacjentów, którzy często rezygnowali z leczenia. Porozmawialiśmy o tym.

Okazało się, że kiedy on sam był narkomanem, jego żona też była uzależniona. To on dał jej narkotyki, które przedawkowała i zmarła. Wyobraźcie sobie tę straszną winę, z jaką musiał borykać się ten człowiek – zabił swoją żonę.

Musieliśmy więc pomóc mu zmierzyć się z ogromnym poczuciem winy. Dopiero wtedy mógł poświęcić się pomaganiu pacjentom, być w stanie stawić czoła ich uczuciom. Dzięki temu oni nie musieli używać narkotyków jako mechanizmu unikania. Jego superego szeptało mu, jaką okropną osobą jest, mówiło: „Jesteś zabójcą, zasługujesz na śmierć”.

Tak więc zrozumienie straszliwej winy, którą czują tacy ludzie, oraz tego, jak to może prowadzić do karania samych siebie, również zachowań samobójczych, jest naprawdę niezbędne do zrozumienia pacjentów.

JB: Jak interweniować w takich sytuacjach?

Na przykład możesz mieć osobę, która dokonuje actingoutu w placówce, zachowuje się w jakiś okropny sposób. I my musimy z taką osobą porozmawiać o tym, co się dzieje. Mówi: „Po prostu musiałem pozbyć się swoich uczuć”. Mówię; „Jasne, ale kiedy wyrażasz swoje uczucia w ten sposób, zapraszasz nas, ludzi i naszą placówkę do ukarania Cię. I muszę zapytać, co to za zbrodnia, która sprawia, że próbujesz nas sprowokować, abyśmy Cię ukarali? Jasne, możemy Cię wyrzucić. Chciałabym wiedzieć, dlaczego próbujesz nas sprowokować do poddania się w Twojej sprawie? Dlaczego próbujesz nas sprowokować, abyśmy Cię porzucili?”

Musimy pomóc im zobaczyć, że ich zachowanie i acting out jest w rzeczywistości częścią patologii superego, polegającej na próbie pozbycia się samokarania poprzez skłonienie innych do ich karania. Oczywiście większość placówek po prostu wyrzuci kogoś takiego i nie zada sobie py-

tania, dlaczego ten pacjent próbuje zostać wyrzucony, dlaczego próbuje zmusić nas do wymierzenia kary.

W tym miejscu nasze psychologiczne myślenie o patologii superego naprawdę pomaga nam zrozumieć używanie narkotyków. Pomaga nam zrozumieć zachowanie w grupie i sposoby dokonywanych acting outów.

BMH: To często sięga dzieciństwa...

Osoby uzależnione często są ofiarami okrutnych traum. To między innymi nadużycia fizyczne, nadużycia seksualne, nadużycia słowne. Jeśli byli werbalnie nadużywani już jako dziecko, dorastali, czując wściekłość na sprawcę. Byli rozdarci z powodu poczucia winy z powodu wściekłości, wobec tego sprawcy, a jednocześnie chronili rodzica stosującego przemoc i obracali się przeciwko samym sobie. I dla nich już dorosłych to poczucie winy trwa od lat, a zwyczaj samokarania staje się dla nich nawykiem i często właśnie prowadzi do nadużywania substancji.

Aby więc cofnąć ten cykl, musimy pomóc im zmierzyć się z poczuciem winy, z gniewem, jaki odczuwali wobec ludzi, których kochali. Budujemy ich zdolność do tolerowania poczucia winy, złości i dzięki czemu nie muszą używać samokarania się jako obrony.

BMH: Na jednym ze spotkań w Polsce mówiłeś też o pozytywnej roli poczucia winy...

Wiesz, gdybym był teraz dla Ciebie niemity, miałabyś nadzieję, że poczuję się winny z powodu bycia niegrzecznym, prawda? Dlaczego poczucie winy jest pozytywne? Ponieważ to poczucie winy mobilizuje mnie do naprawy relacji, którą właśnie zniszczyłem.

Kiedy krzywdzimy kogoś, kogo kochamy, naturalnie czujemy się winni, a to mobilizuje nas do nawiązania kontaktu z ukochaną osobą i próby naprawienia tej relacji. Zatem poczucie winy sprawia, że wyciągamy rękę. Powoduje, że ponownie się łączymy, sprawia, że staramy się naprawić, co zniszczyliśmy. Wina mobilizuje nas do odbudowy tego, co naruszone. Problem polega na tym, że większość ludzi myli poczucie winy z nieustannym karaniem samego siebie, które pełni funkcje ochrony przed tym, co czujemy.

Na przykład, jeśli ktoś mówi „Och, jestem taką okropną osobą, czuję się taki winny, nie powinienem być go ranić i tak

dalej”, pytam: „Więc przeprasites?” i słyszę: „Nie”.

Tutaj widzimy, że pacjent właściwie nie odczuwał winy, która skłoniłaby go do wyciągnięcia ręki. To było po prostu karanie siebie, więc zamiast szukać naprawy relacji, pacjent narcystycznie się wycofał. Zamiast przepraszać i liczyć na przebaczenie, wołał po prostu zrobić sobie wyrzuty i uniknąć konieczności konfrontacji z tym, co zrobił i swoją winą. Dlatego bardzo ważne jest, aby zawsze odróżnić poczucie winy jako bardzo zdrową emocję od bardzo autodestrukcyjnego mechanizmu obronnego samokarania.

JB: Jak więc opisałbyś w kilku słowach drogę od poczucia winy do przyjęcia odpowiedzialności?

Możemy pomagać poczuć winę, doświadczyć emocji i smuć się, płakać. Pomagamy, budując zdolność, aby pacjent mógł doświadczyć bólu i znieść go bez konieczności karania siebie.

Innym osobom też możemy właśnie pomóc w przeżywaniu żałoby i poczuciu winy z powodu tego, że kogoś skrzywdziły. Możemy mieć nadzieję, że odczuwając swoją winę, wezmą odpowiedzialność za to, co zrobili. To właśnie dzięki tej nabytej zdolności do odczuwania winy, żalu i doświadczeniu tego bólu, będą w stanie wyciągnąć rękę i naprawić te krzywdy, które wyrządzili.

Tak więc krok czwarty i program AA są bardzo ważne. Jednak trzeba upewnić się, że pacjenci rzeczywiście przeżywają winę i są w stanie ją znieść.

JB: Na co jeszcze warto zwrócić tu uwagę?

Pacjent robi coś, z powodu czego czuje się winny, a potem mówi do Ciebie: „wiem, że mnie nienawidzisz” albo „nie lubisz mnie”, „czuję, że wszyscy tutaj mnie osądzają”. To osoba, która nie potrafi tolerować swojej winy, swojej wewnętrznej oceny i projektuje ją na Ciebie, personel lub innych pacjentów.

W tym właśnie miejscu widzimy, że nie można z tym pacjentem przejść do kroku czwartego, ponieważ on nie potrafi tolerować swojego poczucia winy i wewnętrznych osądów. Projektuje te wewnętrzne osądy na innych ludzi. Musimy więc pomóc mu uświadomić sobie, że jest w nim ten wewnętrzny osąd, że osądza samego siebie, że ma poczucie winy z powodu czegoś, co zrobił. Dopiero potem, kiedy może unieść to poczucie winy i wziąć odpowiedzialność za to, co zrobił, znajduje się w idealnym położeniu, by przeprosić ludzi, których skrzywdził. Oczywiście, na niektórych głębszych poziomach psychologicznych, pomogliśmy mu również stawić czoła gniewowi wobec ludzi, których kochał w swojej przeszłości, z powodu których również



towarzyszy mu nieświadome poczucie winy, które mobilizowało nieświadome samokaranie.

BMH: Niektórzy pacjenci dość szybko pod wpływem naporu różnych uczuć potrzebują rozładować lęk poprzez acting out, projekcje, używanie – jakie byłyby podstawowe założenia i kroki pracy z kruchym pacjentem?

To naprawdę istotne pytanie, ponieważ co najmniej połowa naszych pacjentów znajduje się w spektrum „kruchości”. To pacjenci, u których, gdy tylko rozpoczynają leczenie i są zależni, odtwarzają swoją historię. Zwykle to historia zranienia. Poleganie na Tobie lub ośrodku terapeutycznym wywołuje w nich wiele silnych uczuć i niepokoju. Często ci pacjenci „zalewają” się lękiem, jak tylko usiądą przed terapeutą, jak tylko zaczniesz im pomagać. Ten lęk jest ostry, przybiera postać niewyraźnego widzenia, dzwonięcia w uszach, trudności z myśleniem, bólu brzucha, mdłości, być może trzeba korzystać nagle z łazienki. W odpowiedzi na bardzo szybki wzrost lęku, który jest zmobilizowany przez mieszane uczucia, pacjenci zaczynają używać projekcji lub splittingu [rozszczipienia – przyp. red.].

Wyobraź sobie, że właśnie zaczynasz pracę z takim pacjentem, a on mówi, że nie chce tu być. To byłoby rozszczipienie i zaprzeczenie. Być tutaj, ale nie chcieć tu być. Zauważ tę złożoność. My musimy pomóc zauważyć to rozdarcie, że „chcę tu być i nie chcę tu być”. I ciągle zauważamy tę złożoność, dopóki pacjenci nie będą w stanie tolerować tej złożoności, możemy też od razu regulować ich niepokój. Jeśli czują się bardzo niespokojni, uciekną z leczenia. Trzeba regulować lęk, żeby terapia stała się bezpieczna, żeby ośrodek terapeutyczny wydawał się dla nich bezpiecznym miejscem.

BMH: Pojawiają się w nim już z ogromnym obciążeniem...

Dla wielu z tych osób ich lęk nigdy nie został uregulowany. Nigdy nie zwracali uwagi na swój lęk, ponieważ nikt inny nigdy nie zwracał na niego uwagi. To więc dla nich bardzo nowe doświadczenie, że zwracasz uwagę na ich lęk, zachęcasz do zwracania uwagi na uczucie niepokoju. Wtedy dla Was dwojga pracujących nad opanowaniem tego lęku, często jest to pierwszy krok w tworzeniu bezpiecznego miejsca, w którym można współpracować. Jeśli szybko nie uregu-

jemy niepokoju, pacjenci rozpoczną projektowanie. Często mówią: „Nie chcę tu być, mój mąż mówi, że powinnam tu być, co ja tutaj mam właściwie robić?”. Pacjent zamiast deklorować, nad czym chce pracować, pyta, co ma zrobić. Wtedy zaczyna projektować na Ciebie, że chcesz, żeby coś zrobił, że próbujesz go kontrolować. Zamiast tego powiesz: „Właściwie nie potrzebuję, żebyś robił cokolwiek, to nie jest moja terapia. Muszę się dowiedzieć, co Ty chciałbyś, abyśmy tutaj robili, co Twoim zdaniem byłoby dla Ciebie pomocne.” Jako terapeuta musisz blokować te projek-



cie i zobaczyć, czy pacjenci mogą po prostu zadeklarować, czego chcą dla siebie.

BMH: Zbyt wielu pacjentów jednak rezygnuje z terapii.

Dzieje się tak, ponieważ ich lęk staje się zbyt wysoki, a gdy projektują, cały ośrodek wydaje się dla nich przerażający. Wtedy uciekają z „odwyku”, by uciec od projekcji. Mogą też silnie projektować na personel i działać w jakiś prowokacyjny sposób, żeby zmusić innych do ukarania ich.

Dlatego bardzo ważne jest, abyśmy regulowali ich lęk i identyfikowali wszelkie projekcje, aby móc z pacjentem nawiązać sojusz. Poświęcanie uwagi na projektowanie jest niezbędne. Pacjent może naprawdę mieć sojusz terapeutyczny z terapeutą, a nie sojusz z projekcjami. Nie ma znaczenia, jaką terapię zastosuje jakikolwiek terapeuta, ci pacjenci będą dokonywać projekcji i musisz być przygotowany na ich dezaktywację.

BMH: Co jest istotnego w pracy nad traumą naszych pacjentów? Jakies specjalne warunki? Jak ich do tego przygotować?

Trzy rzeczy są bardzo ważne. Po pierwsze, uregulowanie jak najszybciej lęku. Po drugie, upewnij się, że dezaktywujesz wszystkie projekcje. Po trzecie to coś, co często jest przeoczone w pracy z pacjentem: jeśli był maltretowany, będzie przewidywał, że Ty jako terapeuta będziesz go maltretować. Jeśli pacjentka była maltretowana werbalnie, boi się, że będziesz maltretować ją werbalnie. Pacjent, który był maltretowany seksualnie, często przyjmie bierną postawę, czekając, aż go zaatakujesz.

Dlatego bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na konkretną relacyjną traumę. Możesz więc aktywować relacyjną traumę, ponieważ jest ona aktywna nieświadomie. Możesz dowiedzieć się, że pacjentka, która była wykorzystywana seksualnie w przeszłości, została zgwałcona, może w wyniku zbiorowego gwałtu, staje się wobec ciebie dość pasywna.

Niektórzy terapeuci będą po prostu eksplorować, eksplorować, eksplorować i poprzez symboliczne naciskanie stają się kolejnym oprawcami, a ona po prostu poddaje się znowu, tylko innemu gwałcicielowi.

Mądry terapeuta zdaje sobie sprawę, że nie wolno mu robić niczego, co potwier-

działoby takie oczekiwania. Może więc powiedzieć: „Czy to jest coś, czemu Ty chciałabyś się przyjrzeć?”. Zamiast badać, terapeuta zawsze prosi o pozwolenie – czy chciałabyś... Pacjentka mówi, że tak. „Cóż, jeśli uważasz, że to dobry pomysł, zajmijmy się tym. Nie mam prawa niczego badać, chyba że jest to coś, czemu Ty chcesz się przyjrzeć”. „Mój poprzedni terapeuta powiedział, że muszę to przepracować” – mówi pacjentka. Odpowiadam: „To może być jego opinia, a jaka jest Twoja?”.

Utrzymujesz tę postawę, dopóki pacjentka nie zadeklaruje, że chce coś zbadać dla swojej korzyści. W ten sposób, zamiast Twojego pragnienia prowadzenia procesu, jak w scenariuszu gwałtu, to jej pragnienie prowadzi cały proces. To nacisk na wolę pacjenta. Upewnienie się, że Ty „nie prowadzisz” terapii jest bardzo ważne w przypadku pacjentów, którzy padli czując ofiarą.

JB: Co w sytuacji, gdy powie nie?

Pacjent mógłby powiedzieć: „no cóż, nie chcę się temu przyglądać”. Niektórzy terapeuci wdają się w walkę o wolę. „Cóż, jeśli to nie jest coś, co chcesz zgłębić, nie mam prawa tego zgłębiać”. Pacjent się tego nie spodziewał. „Nie mam prawa badać czegokolwiek, chyba że jest to coś, co chcesz zbadać dla własnej korzyści. Dlatego muszę podążać za Tobą i dowiedzieć się, co chciałbyś odkryć”. „Cóż, nie wiem”. Odpowiadam: „Zatem, jeśli nie wiesz, to ja też nie wiem. Dlatego muszę się do Ciebie zwracać”. „Cóż, nie możesz? Nie możesz mi powiedzieć, co mam robić?” – pyta pacjentka. „Nie, ponieważ nie jestem Tobą, właściwie nie wiem, co powinnaś zbadać. Dlatego pytam Cię, co chcesz zbadać, co Twoim zdaniem byłoby dla Ciebie pomocne.”

JB: Czyli to jest wybór pacjenta?

To kluczowy element pracy z pacjentami po traumie, aby upewnić się, że twoja terapia nie jest symbolicznym powtórzeniem jego traumy. Większość terapeutów na początku nie myśli relacyjnie, a jeśli tego nie robią, często wpadają w kłopoty. Jeśli naprawdę zaczynają pracę z pacjentem, on może potraktować to jako symboliczny gwałt, sparaliżować się przez niezrozumiany lęk i zrezygnować z leczenia.

Zatem dokładne rozumienie traumy i naprawdę zwracanie uwagi, czy nie odgrywam tej traumy poprzez sposób, w jaki prowadzę terapię, jest istotne. Nie

ma znaczenia, czy prowadzisz ISTDP, CBT, terapię behawioralną czy psychoanalityczną, to schemat. Jakiegokolwiek jest Twoje podejście, musisz upewnić się, że nie odgrywasz traumy, w przeciwnym razie strauumatyzowany pacjent ponownie przeżyje traumę, zaleje się lękiem i zrezygnuje z leczenia.

Myślę, że to bardzo ważny punkt, który prawie zawsze jest pomijany.

Niedawno widziałem nagranie, w którym ktoś właśnie to przegapił, pacjentka się zdysocjowała podczas sesji. Zapewne terapeuta pomyślał, że pacjentka była zdysocjowana, bo miała za dużo uczuć. On ciągle badał, eksplorował, a ta kobieta cierpiała też z powodu gwałtu dokonanego przez gang. Oczywiście kiedy tak badał, jej lęk ogromnie wzrastał i w końcu odcięła się od tego terapeuty tak, jak symbolicznie podczas gwałtu. Terapeuta nie zastanawiał się, dlaczego w tym momencie zdystansowała się, co się wydarzyło w interakcji, jak ona postrzega terapeuta i dlaczego dysocjacja była sposobem, w jaki poradziła sobie z tą interakcją.

Tak więc myślenie o relacyjnych implikacjach terapii dla pacjentów po traumie może być bardzo pomocne. Trzeba pamiętać, żeby zawsze trzymać rękę na pulsie nie tylko jej świadomych słów, ale na nieświadomości. Należy uważać, czy pacjent nie zachęca Cię do przejścia władzy, czy stając się pasywny w pewien sposób, zaprasza, podświadomie prosi Cię o zdanie testu – czy Ty też go napadniesz?

Nie można tego przeoczyć i należy unikać przejścia wtedy kontroli. To bardzo ważne testy, które należy zidentyfikować i zdać.

JB: Zdarzają się pacjenci, którzy w trakcie terapii utrzymują abstynencję, lepiej siebie rozumieją, i wracają do picia jednorazowo, od czasu do czasu, okresowo. Jak z nimi pracujesz? Jak rozumiesz te zjawiska?

Z badań redukcji szkód w USA i Wielkiej Brytanii wiemy, że są ludzie, którzy mogą przestać pić, pozostają trzeźwi i potem zaczynają pić odpowiedzialnie. Dla tych osób całkowita abstynencja nie jest konieczna.

Jest jeszcze druga grupa, o której wspominałeś, gdzie w zasadzie wyzdrowieli, ale kiedy pojawi się jakiś emocjonalny impuls, napijają się. To idealna oka-

zja, żeby powiedzieć: „Zobaczmy, jakie były te emocjonalne wyzwalacze, które wywołały u Ciebie picie lub używanie narkotyków. Jeśli jest jakiś wyzwalacz, pomóżmy Ci go rozpoznać”. Po prostu zbudujemy jego zdolność, aby ten konkretny wyzwalacz nie spowodował nawrotu w przyszłości.

Dlatego, sytuacja, o której wspomniałeś, mnie nie dziwi. Wiemy, że u niektórych osób dochodzi do nawrotów, nie traktuję tego jako problemu. Dla mnie to informacja, że pacjent potrzebuje dodatkowej pomocy.

JB: W wieloletnim używaniu substancji zniszczenia są nieodwracalne, uniemożliwiają nam pracę – na przykład pacjent z organiką. Czy takim pacjentom można pomóc w sposób, o którym tu rozmawiamy?

Cóż, jeśli chodzi o organiczne uszkodzenia mózgu to tak. Oczywiście wyznaczymy pułap tego rodzaju pracy, jaką możemy wykonać.

Pamiętam, jak pracowałam z pacjentką, która naprawdę doznała poważnego, uszkodzenia mózgu. Od trzydziestu lat intensywnie używała kokainy i heroiny, a jej mózg został na tyle trwale uszkodzony, że nigdy nie nadawałaby się do zatrudnienia. W tej sytuacji najlepszą rzeczą, jaką mogliśmy zrobić, było zatrzymanie jej w domu pod nadzorem. To wszystko, czego mogliśmy od niej oczekiwać. Każda terapia wspomagająca naprawdę opierała się na bardzo prostych, praktycznych poradach, które powtarzaliśmy. Nie było więc eksploracyjnej pracy psychodynamicznej. Zamiast tego, po prostu udzielaliśmy jej bardzo prostych instrukcji behawioralnych i zapewniliśmy jej stabilną sytuację mieszkaniową.

To jest część naszej pracy, którą po prostu trzeba rozpoznać. Niektórzy ludzie cierpią na nieodwracalne uszkodzenia mózgu.

BMH: Nasuwa się pytanie o farmakoterapię u pacjentów uzależnionych?

Oczywiście pomysł, że nigdy nie należy podawać leków uzależnionym, jest szalony. To tak, jakby powiedzieć, że nie musimy myśleć o tych ludziach. Po prostu podejmę ogólną decyzję. To pójdzie na łatwiznę, szaleństwo. Jeśli masz

pacjenta na odwyku, który cierpi na psychozę, załamanie psychotyczne lub zaburzenie afektywne dwubiegunowe, oczywiście potrzebuje leków, to leki faktycznie umożliwią terapię.

Gdy masz uzależnionego pacjenta, który cierpi na straszliwą długotrwałą depresję, jaka jest jego motywacja do leczenia, jeśli przytłacza go depresja? Oczywiście potrzebuje antydepresantu, potrzebuje ostrożnego leczenia.

Jeśli masz pacjentów, którzy używają narkotyków jako sposobu radzenia sobie z lękiem, spróbujemy jak najszybciej uregulować ich lęk, aby pomóc im się uspokoić. Wtedy niska dawka leków przeciwłękowych może faktycznie decydować o tym, czy ktoś zrezygnuje z leczenia, czy pozostanie w leczeniu.

Analogicznie – jeśli masz osobę z innymi problemami zdrowotnymi, nigdy nie powiedziałabyś, że jeśli ma problemy psychologiczne, nie dawaj jej leków.

Uzależnienie wymaga od nas bardzo uważnego przemyślenia leków, których używamy, do czego są przeznaczone, jak zamierzamy je odstawić, a także jakich leków nie podamy naszym uzależnionym pacjentom, prawda? To naprawdę musi być bardzo dokładna ocena pacjenta, współpraca z klinicystą i psychiatrą oraz monitorowanie leku i jego skutków w czasie.

Jednak jestem zwolennikiem podawania leków, kiedy uzależnieni mają trudności psychologiczne i gdy obciążenie objawami jest na tyle duże, że może uniemożliwić im rzeczywiste skorzystanie z leczenia.

W naszej dziedzinie istnieje niebezpieczeństwo, a szczególnie w leczeniu uzależnień, gdzie mamy do czynienia z redukcjonizmem biologicznym, że jedyną rzeczą, która ma znaczenie może być narkotyk i neuroprzekazniki, które są trwale uszkodzone. A potem mamy psychologiczny redukcjonizm, który mówi, że wszystko jest wynikiem kon-



fliktu psychologicznego. Musimy jednak pamiętać, że te czynniki współpracują ze sobą.

JB: Niedawno w Polsce pojawiło się ogromne zainteresowanie psychodelikami. Co myślisz o ich stosowaniu?

Sądzę, że jest w tym oczywiście dużo podekscytowania. Ale teraz to naprawdę hipoteza, prawda? Zamiast empirycznie sprawdzonego leczenia.

Tak naprawdę nie mamy dostatecznych dowodów na poparcie ich stosowania jako formy leczenia.

Ogólnie rzecz biorąc, u pacjentów, którzy mają śmiertelną chorobę nowotworową, którzy są bardzo przygnębieni, widzimy, że jeśli przyjmą ostrożną dawkę psylocybiny, to wydaje się, że to pozytywnie wpływa na ich depresję, prowadząc do poczucia nowego sensu życia w tej szczególnej sytuacji. Przy tym konkretnym objawie, psylocybina wydaje się być całkiem pomocna w tej grupie pacjentów i to potwierdza dobre badanie empiryczne z Johns Hopkins University.

Nie mamy jeszcze dowodów na ketaminę, ayahuaskę lub inne leki o szerokim efekcie. W wielu przypadkach osoby, które brały ayahuaskę lub przyjmowały psylocybiny, ketaminę i tak dalej, zwykle zgłaszały bardzo potężne, niesamowite przeżycie, które było dla nich naprawdę imponujące. Jednak zauważyłem, że ich konflikty psychologiczne nie zmieniły się później. Ani ich mechanizmy obronne, ani osobiste trudności się nie zmieniły.

Nie mam wątpliwości, że to bardzo silne doświadczenie, ale staje się jasne, że chociaż dla kilku osób takie doświadczenie najwyraźniej prowadzi do długoterminowej zmiany, podkreślam, że dla niektórych, to dla wielu nie.

Nadzoruję kilka przypadków, w których ludzie, którzy byli częścią grupy zażywającej ayahuaskę, robili to co miesiąc. Znowu nie zauważyłem żadnej zmiany psychologicznej, żadnego poczucia duchowej przemiany.

Sądzę więc, że „ława przysięgłych” wyraźnie stwierdziła, że to pomocne dla niektórych osób, ale nie wiemy, dla których. Czemu? Dla mnie to bardzo otwarte pytanie. Wydaje mi się, że podekscytowanie jest nieproporcjo-

nalne do danych. Po prostu nie mamy jeszcze danych na poparcie wysuwanych ekstrawaganckich twierdzeń.

Jednak jak w każdej dziedzinie, również w naszej są mody. Przez jakiś czas wszyscy mieli borderline, dwubiegunówkę, potem ADHD, ostatnio każdy miał zespół Aspergera. Wydaje mi się, że teraz wszyscy wkraczą w nową modę, jaką jest leczenie psychodeliczne. Ma to jednak bardzo mały związek z wynikami badań.

JB: ...ale mody są atrakcyjne

Nikt nigdy nie zbiedniał na marketingu magii. A to jest świetna forma magii, weź ten lek i wszystko się zmienia. Masz technikę, nie musisz myśleć o pacjencie, nie musisz myśleć klinicznie, nie musisz nic wiedzieć, po prostu zrób to, a magia się wydarzy. Ludzkość wydaje się mieć ogromne pragnienie magii.

Tymczasem w uczeniu prostych, praktycznych umiejętności jak prowadzić terapię, nie ma nic magicznego, trudno stać się dzięki temu bogatym. Za to ludzie wzbogacają się dzięki marketingu magii bardzo łatwo.

JB: Czy są osoby, którym nie można pomóc?

Nikt nie ma sto procent sukcesu. Czy to oznacza, że nie będą uleczalni w przyszłości? Trudno powiedzieć. Przecież żaden z nas, terapeutów, nie odnosi stuprocentowego sukcesu, każdy z nas ma pacjentów, z którymi jeszcze się nie udało. Czy to oznacza, że nie można ich leczyć? Nie wiem.

Jeśli komuś nie udaje się uleczyć ze mną, nie uważam go za nieuleczalnego. Ja tylko przyznaję, że nie byłem w stanie go leczyć, ale może ktoś inny odniesie sukces. Dlatego nigdy nie uważam pacjenta za nieuleczalnego. Po prostu mu nie pomogłem. Może potrzebować innego rodzaju leczenia, innego terapeuty.

Czy są ludzie, których nie da się leczyć? Prawdopodobnie tak, ale poza uszkodzeniem mózgu, to może wtedy, kiedy naprawdę przyglądamy się przypadkom bardzo poważnej patologii superego, która jest dość syntoniczna.

Zdarzają się bardzo poważne przypadki patologii superego, w których pacjenci czerpią przyjemność z pokonania terapeutów. Można spotkać tych ludzi na rehabilitacji odwykowej,

czasami również w klinikach zaburzeń odżywiania, gdzie czerpią przyjemność z pokonywania rodziców lub pokonywania klinicystów i tak dalej. Oczywiście istnieje specyficzny sposób pracy z tymi pacjentami. Jednak mimo tego, że to bardzo ciężka praca, to nadal nikomu nie udało się osiągnąć stuprocentowego sukcesu. To jeden z powodów, dla których wykonujemy tę pracę i prowadzimy badania, ponieważ mamy nadzieję zwiększyć odsetek osób, z którymi odnosimy sukcesy.

BMH: Kończąc naszą rozmowę, chciałabym spytać, jak więc możemy sobie pomagać?

Jedną z rzeczy, która może bardzo pomóc, jeśli terapia jest zablokowana, to świadomość, że problem zwykle tkwi w nas. Nie utknęła z powodu pacjenta. Jeśli wiemy, jak pracować z pacjentem, sprawy postępują do przodu. Jeśli terapia utknie, zwykle zakładam, że to ja utknęłam. Muszę wykombinować, co robię, że przytrzymuję terapię w miejscu.

Myślę, że to naprawdę ważne dla zespołu, ponieważ to nie jest tak, że „cóż, terapia utknęła, ponieważ ten pacjent jest uzależniony”. Nie, utknęła, bo ten pacjent ma halucynacje. Teraz, jeśli wiesz, jak pracować z halucynacjami, możesz posunąć terapię do przodu. Jeśli wiesz, jak pracować z uzależnieniem, masz coś przydatnego.

Najlepszą rzeczą, jaką możesz zrobić, gdy terapia utknęła, jest zbadanie, co zrobiłem, że utknęła, gdzie popełniam błąd. Czasami mogę to rozgryźć sam. Jeśli nie dam rady, to mogę podejść do kolegi i powiedzieć: obejrzyj Ty i podziel się ze mną swoimi spostrzeżeniami.

Dziękujemy za rozmowę

Rozm. Bożena Maciek-Haściło,
Jarosław Banaszak

JON FREDERICKSON

Założyciel ISTDP Institute w Waszyngtonie. Kieruje programem szkolenia w zakresie terapii psychodynamicznej w Washington School of Psychiatry, w Norweskim Towarzystwie ISTDP. Jest wykładowcą w Szkole Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia w LP.

Ireneusz Kaczmarczyk

Życie jest procesem. Drobne zdarzenia przetwarzamy na bieżąco. Jednak sprawa z sytuacjami traumatycznymi wygląda inaczej, powodują głębsze i bardziej trwałe konsekwencje, wpływając na jakość i bieg życia

FOCUSING W TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH

„Kaźde złe (nieprzyjemne) uczucie ma potencjał do zmiany w kierunku bardziej właściwego sposobu istnienia, jeśli dasz przestrzeń na ruch w tym kierunku”

E. Gendlin

Eugene Gendlin, uczeń Carla Rogersa, w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku badał skuteczność procesów terapeutycznych. Okazało się, że wysoką skutecznością wyróżniały się procesy osób, które miały naturalną zdolność do kierowania i utrzymywania uwagi na doświadczeniu wewnętrznym. Te osoby nie odpowiadały na pytania natychmiast, wyraźnie czekały na pojawienie się odpowiedzi, nie szukały jej i nie zastanawiały się nad nią. Z badania wynikało też, że osoby wyrażające to, co czują, lepiej rozumieją siebie, nie tylko w warstwie intelektualnej, ale przede wszystkim czują siebie w kontakcie ze swoim ciałem, emocjami i potrzebami.

Rozwijanie zdolności klienta do utrzymywania uwagi na bieżącym doświadczeniu stało się dla Gendlina kluczowym elementem jego terapii. Opisał ten proces terapeutycznej pracy w sześciu krokach i nazwał go Focusingiem.

Focusing jest szczególnym sposobem utrzymywania uwagi na odczuwanym w ciele doświadczeniu. Pozwala kontaktować się klientowi z doświadczanym sensem problemu, sprawy lub sytuacji. Pomaga się odnaleźć w emocjonalnym zamieszaniu, rozpoznać w nim potrzeby i odnaleźć energię do działania, odzyskiwać dane, które wcześniej były poza świadomością.

To, co niejasne, jeszcze nieusymbolizowane, może się ujawnić jednak tylko w określonych warunkach bezpiecznej relacji. Wymaga uwagi, zatrzymania, skupienia, bycia otwartym na to, co „czeka” dopiero, żeby się odsłonić w przeżyciu klienta. Taka postawa dotyczy zarówno klienta, jak i terapeuty. Focusing odsłania anatomię procesu doświadczenia i zmia-

ny, jest podstawą każdej psychoterapii, szczególnie zaś szeroko rozumianej terapii humanistyczno-doświadczeniowej.

FELT SENS

Implicytywne (nieusymbolizowane) doświadczenie organizmu, zawiera w sobie potencjał zmiany. Ten wewnętrzny, idący z ciała, punkt odniesienia Gendlin opisywał jako „proces konkretnych, cielesnych odczuć, który stanowi podstawową materię zjawisk psychologicznych i osobowości” (Gendlin, 1964 s.111)¹. Nazwał go „felt sensem”, doświadczanym sensem, który nadaje temu wyłaniającemu się doświadczeniu znaczenie, kierunek, zrozumienie kontekstu. Jest odczuwanym sensem konkretnej troski i obejmuje wszystko, co w sobie wobec tej „sprawy mamy”, naraz i jednocześnie.

Bardzo ważna jest więc uważność terapeuty, jego obecność tam, gdzie „krawędź świadomości; poczucie czegoś więcej niż osoba mówi i wie; niejasne, niewyraźne, mętne poczucie całej sytuacji, która pojawia się w środku ciała: w gardle, klatce piersiowej, żołądku, brzuchu” (Gendlin, 1984 s.79)². Pauza i cisza mają tu wyjątkowe znaczenie terapeutyczne. W takim procesie odzyskuje się spójność reakcji z ciałem, emocji, potrzeb i umysłu, znaczenia czegoś, co wcześniej było poza uwagą. Po przywróceniu kontaktu z ciałem wiele bolesnych spraw ma szansę się odsłonić, aby uzyskać niezbędną dla ich ciężaru uwagę.

Focusing jako podejście obejmuje opieką i troską wszystkie te obszary w przeżyciu klientów, które są źródłem ich emocjonalnego bólu, cierpienia wynikającego z bolesnych zdarzeń czy życiowego zagubienia. W artykule spróbuję uzasadnić, dlaczego stanowi również skuteczne podejście w terapii osób uzależnionych.

EGZYSTENCJALNY CHARAKTER ZMIANY

Jaspers pisał, że „człowiek jest zawsze czymś więcej niż tym, co o sobie wie”. Nie tylko dlatego, że „każda jednostka ludzka jest nieskończona”, ale również dlatego, że „wszystko, co wiemy o człowieku, jest za każdym razem szczególnym aspektem, wynikającym z pewnego punktu widzenia, a nie całym człowiekiem”. „Egzystencjalna decyzja jest ostatecznym źródłem rzeczywistej drogi życiowej. Żaden psychoterapeuta nie może więc do niej doprowadzić”³ (Jaspers, s. 34) Może natomiast pomóc w tworzeniu warunków dla odsłaniania tej drogi.

Te tezy obu filozofów – Jaspersa i Gendlina – są tu bardzo spójne. Zwłaszcza w koncepcji doświadczeń granicznych, kiedy człowiek wykracza poza to, co o sobie „wie”. Wielu pacjentów w trakcie terapii rozpoznaje swoje życie w innej perspektywie. To oznacza, że aktualizując siebie, stają wobec licznych wyborów, wewnętrznych rozdarć, konfliktów, dylematów, warunków wartości. Gendlin te procesy nazywał rekonstrukcją, co oznacza odkrywanie swojej historii i nadawanie jej nowego znaczenia. Ciekawe jest to, że na tym procesie osadzona jest jedna z podstawowych idei wspólnoty AA (mityngowe świadectwa

¹ Gendlin, ET (1964). *Teoria zmiany osobowości*. w P. Worchel & D. Byrne (red.), *Zmiana osobowości*. Nowy Jork

² Gendlin, ET (1984). *Klient klienta: Krawędź świadomości*. w RL Levant & JM Shlien (red.), *Terapia skoncentrowana na kliencie i podejście skoncentrowane na osobie*. Nowe kierunki w teorii, badaniach i praktyce Nowy Jork: Praeger.

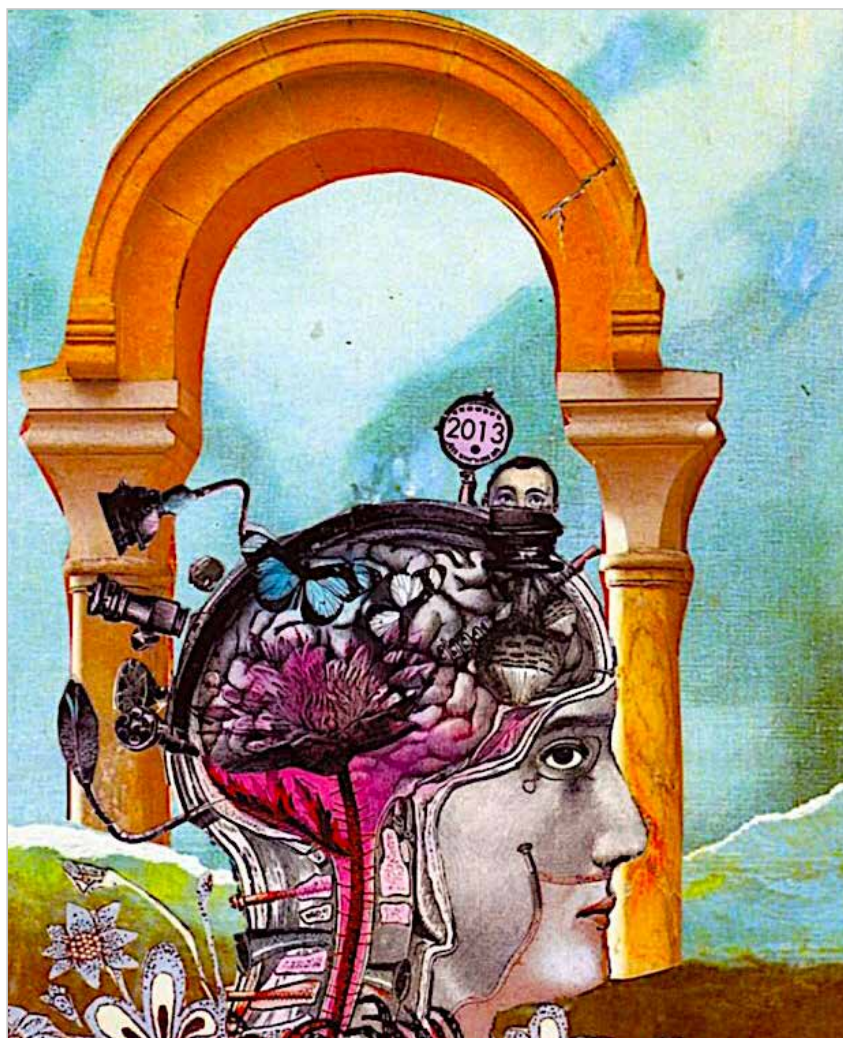
³ Jaspers, K. (1990) *filozofia egzystencji*. PIW. Warszawa

przebiegają często według struktury „jak było, jak jest”). Gendlin wyprowadził psychoterapię z kolizji między naukowym ujęciem psychoterapii, a indywidualnością człowieka i jego przeżyć; jego reakcją na trud życia.

Po wielu latach pracy patrzę więc dziś na uzależnienie jak na proces, a na klienta/pacjenta, jak na człowieka, który przychodzi po pomoc w jakimś jego szczególnym momencie. Przyjmując go, staram się bardziej tworzyć przestrzeń dla tego procesu niż orientować się na jakiś cel. Odnaleźć się w nim, żeby lepiej rozumieć, co się stało i dzieje. Chodzi o takie doświadczenie pacjenta, które się w terapii odsłania i rozwija w bezpiecznej wtedy relacyjnej przestrzeni. Ta egzystencjalna perspektywa, obejmująca doświadczenie ciągłości i spójności życiowej historii, odzyskiwanie wpływu na życie, poczucie tożsamości wydaje się być wciąż mało rozpoznawalna w kontekście cierpienia, w którym pacjenci przychodzą po pomoc.

Dla części osób te doświadczenia są jednak tak bolesne, że ich mózg nieustannie szuka wyjaśnienia, czemu tak jest, i sposobu, jak sobie z nimi poradzić. Trudno zaprzeczyć tej logice. Łatwo więc znaleźć wyjaśnienia w religiach, psychologii, potocznym języku wspólnoty AA, objawach opisanych przez psychiatrów czy nawet poglądach na świat. Gendlin w focusingu zaprasza pacjentów do odkrywania źródeł ich bólu. Zachęca, aby używali przy tym własnego języka, emocji i potrzeb, znaczenia tych przeżyć i w konsekwencji wyborów zgodnych z tym ich rozumieniem.

Potwierdza te założenia neuronauka. W dużym uproszczeniu – dobra współpraca części doświadczającej (prawego mózgu) i odpowiedzialnej za nadawanie znaczenia części korowej, pozwala człowiekowi rozumieć siebie na głębszym poziomie, odzyskiwać spójność i zgodność swoich przeżyć. Im większa pomoc i obecność drugiego człowieka, rodzica, przy przetwarzaniu bieżących doświadczeń dziecka, tym większe jego zaufania do własnych reakcji, odczuć i potrzeb. To z kolei determinuje poczucie tożsamości już od najmłodszych lat, zdolność do bycia obecnym „tu i teraz”, do przeżywania całej gamy uczuć, rozpoznawania potrzeb, a w konsekwencji tworzenia bezpiecznych relacji. Część doświadczająca człowieka zawiera w sobie tendencję (carrying forward) do przenoszenia życia dalej. Wymaga to jednak jej usymbolizowania, rozpoznania, nazwa-



nia, włączenia w świadomość. Swobodny przepływ energii w ciele niesie stale nowe informacje i stanowi energię dla czegoś, co być może Jaspers nazwałby dziś wyłaniającą się egzystencją.

Mc Gilchrist (2009)⁴ zestawiał wyniki badań i wyjaśnił, że prawa półkula mózgu funkcjonuje bardziej jako zintegrowana całość, związana z niejawnymi procesami, kontekstem i wzajemnymi połączeniami, podczas gdy lewa półkula jest powiązana z wyraźnymi procesami i szczegółową uwagą. Lewa półkula pracuje w służbie tego, co prawa, czując „wie i widzi”. Prawa półkula jest odpowiedzialna za uwagę, percepcję, emocjonalne zrozumienie, intuicję.

Jeśli dziecko miało właściwą opiekę, między ciałem a umysłem, zachowuje dobrze naoliwione, obrotowe drzwi, doświadczając w swoich reakcjach na codzienność przepływu energii. Jeśli tracimy zaufanie do swojej doświadczającej części, nie mamy z nią kontaktu, stery funkcjonowa-

nia przejmuje część racjonalna, obserwująca, czujna, która musi stać na straży, aby życie przetrwać, a nie w pełni żyć. Dlatego tak ważne jest, aby być z tą doświadczającą częścią w kontakcie.

KIEDY „MÓZG” WOŁA O ULGĘ

„Drzwi” pomiędzy obiema częściami zablokowane są w obszarach traum. Trauma domaga się przetworzenia, czyli odzyskania w pewnym sensie danych i odblokowania energii. Często jednak mechanizmy chroniące sprawiają, że nie zostają wyrażone. Gendlin nazywa je zamrożonymi całościami. Zostały zamrożone w sposobie myślenia, odczuwania, a życie wewnętrzne człowieka krąży wokół tak ustalonych struktur.

Zamiast przetworzenia mamy więc w konsekwencji adaptacyjny do rzeczywistości proces. Uczymy się unikania bólu, sytuacji zagrażających, blokowania emocji. Oznacza to wycofanie, brak wiary w swoje siły, doświadczenie ograniczeń i frustracje, próby ich przekraczania

⁴ McGilchrist, I. (2009). *Mistrz i jego wysłannik: podzielony mózg i tworzenie świata zachodniego*. New Haven, CT: Yale University Press.

„na siłę”. Jednocześnie pojawia się wtedy w racjonalnej, logicznej części umysłu wewnętrzny krytyk, która ocenia, oskarża, karze za brak skuteczności, utrwalając tym samym całą strukturę. Bez kontaktu z rzeczywistymi źródłami swoich problemów. Powtarzamy więc wzorce zachowań, uznając, że „coś z nami nie tak”. Trauma, odbierając kiedyś „mowę”, dziś przynosi jedynie bolesną i wciąż nieusymbolizowaną, nienazwaną reakcję na wyzwajające ją bodźce. Stąd w wielu trudnych sytuacjach nagle wpadamy „we mgłę”, stoimy pod ścianą, w poczuciu bycia bez wyjścia, w paraliżu, przeświadczeniu, że ta sytuacja nigdy się nie skończy, etc. Brakuje nam odpowiednich słów, żeby to wyrazić, ale przede wszystkim funkcjonujemy w oderwaniu od własnego ciała. To znowu wyjaśnia neuronauka. Trauma powoduje zmniejszenie objętości kory przedczołowej, która odpowiada za porządkowanie informacji i wiązanie ich w całość oraz struktur hipokampa, gdzie dochodzi do konsolidacji śladu pamięciowego.

Trudno wtedy o uzyskanie spójności i ciągłości doświadczeń. A to rodzi ból, bo trudne chwile człowiek przeżywa w taki sposób, jakby różne części składające się na to doświadczenie nie układały się w całość, nie pasowały do siebie. Człowiek próbuje „ruszyć z miejsca”, w którym kiedyś zamarł i w nim utknął, próbuje odzyskać utracone poczucie wpływu, ale nie ma na to sposobu, nie rozumie, co się z nim dzieje. Lewa półkula rozpaczliwie szuka odpowiedzi (ruminacje), ale i tak jej właściciel powtarza swoje zachowania, uruchamiane z głębokiego zapisu w tych częściach mózgu, które reagują na konkretne bodźce. Reaguje automatycznie. Kolejne urazy i przekonania nadpisują się na poprzednie w wyniku powtarzania tych samych wzorów. Skutkiem jest poczucie nieadekwatności, niespełnienia, zagubienia. Wszystkie te przeżycia poddawane intelektualnej obróbce tworzą obraz rzeczywistości daleki od własnej indywidualności, zamkniętej i zamrożonej w nieprzetworzonych traumach. Organizm tkwi w bezruchu, energia wytworzona w traumie do reakcji walki lub ucieczki, nie jest rozładowywana i pozostaje uwięziona w układzie nerwowym i ciele. Im dłużej to trwa, tym bardziej absorbuje i zmienia rzeczywistość, determinując poczucie tożsamości, bo coś z tym bólem

trzeba wciąż robić, organizm dąży do jakiejś pozornej, ale jednak równowagi.

Emocjonalny i niezrozumiały ból wymaga regulacji, ukojenia, chwili spokoju i ulgi. To zapewniają narkotyki czy zachowania.⁵ „Mózg woła o ulgę” – pacjent reaguje w automatycznym procesie, impuls i reakcja z ciała biegnie z pominięciem refleksji. Logika tego procesu jako skuteczna w osiągnięciu ulgi nabiera mocy, a świadomość ukierunkowana jest na poradzenie sobie ze skutkami używania. „Muszę, powinienem coś z tym zrobić”, tworząc czarno – biały obraz siebie, świata, relacji. To pułapka, w której przez chwilę da się wytrzymać. Automatyczne reakcje w kolejnej sytuacji zagrożenia i lęku odcinają jednak część korową, a tym samym wszelkie wcześniejsze zapewnienia. Obietnice „już nigdy więcej” nie mają mocy. Lęk wymaga odzyskania bezpieczeństwa, wpływu na sytuację i schemat nabiera rozpędu. Cały proces się powtarza, potwierdza i utrwała wraz z jego racjonalnym uzasadnieniem (przekonania, usprawiedliwienia itd.). Tak się tworzy struktura uzależnienia, w oderwaniu od siebie, rozumienia własnych reakcji. Uzależnienie ze swoimi specyficznymi objawami stało się chorobą. Czasem pacjent przychodzi po pomoc, skupiony na świecie zewnętrznym, oczekuje, że terapeuta „coś z tym zrobi”. Oczekiwania (pacjenta, bliskich, terapeuty, systemu) zmiany zachowań, wobec ich bolesnej przeszłości i siły schematu są jednak często niemożliwe do spełnienia. W sytuacjach porażek mówimy o nawrotach, głodzie, motywacji, dostarczając dodatkowych instrukcji, co pacjent ma robić. Wiele osób, szukając swojej drogi, nie może się w objawach i medycznym paradygmacie rozpoznać. Odnaleźć własną drogę można jednak, odzyskując świadomość (siebie), poddając refleksji swoje doświadczenia. To długi proces. Terapia przypomina wtedy tytuł filmu: „Czy leci z nami pilot”.

W trakcie lotu czytać trzeba instrukcje budowy silnika, reperować go, uczyć się na nowo latania, trzymając przy tym w rękę stery. To proces wymagający specjalnych warunków, przede wszystkim skupienia na doświadczeniu. Dotychczas przebiegał tak, że bardziej intensywny impuls wywoływał ból. Działanie odbywało się już automatycznie, bez rozpoznania

jego źródła, wewnętrznej reakcji, świadomej odpowiedzi na sytuację. Uczucia i doznania z ciała były „wyrzucane” (ze świadomości). Wzorce myślowe podporządkowały się regulacji, sprawdzonym sposobom, zaczęły czerpać z racjonalizacji i społecznych uzgodnień, w oderwaniu od ciała, bez zgodności z wewnętrznym sensem. Tworzy się wtedy pętla powiązanych ze sobą reakcji, która również staje się już procesem. Wszystkie nowe sytuacje są przez ten proces filtrowane, trudne do zmiany, blokowane przez utrwalony system nagrody. Klient staje się coraz bardziej pozbawiony kontaktu ze swoją wewnętrzną rzeczywistością. Proces z wzrastającą siłą „narkotyku” przejmuje kontrolę nad całą rzeczywistością, działaniami, relacjami, decyzjami. Człowiek w tej pętli ginie, nie „istnieje”, jest „nieobecny”. W każdej chwili można się jednak w niej zatrzymać.

Obserwowanie siebie w doświadczeniu pozwala się z czasem rozpoznać, odnaleźć, zrozumieć te mikroprocesy, poszerzać szczeliny doświadczenia i nadając im znaczenie, tworzyć dla siebie instrukcję codzienności. Kiedy coś jest na swoim miejscu, kiedy lepiej siebie rozumiemy, przychodzi ulga. To odkrył Gendlin. To również rozpoznaję w pracy klinicznej.

Pacjent uczy się rozumieć siebie we własnym procesie, uczy się swojej kruchości, troski i akceptacji dla obserwowanych w trakcie sesji przeżyć. Powtarzalność i konsekwencja, cierpliwość w pracy terapeutycznej pomaga klientom wyjść z tej pętli i nabierać zaufania do własnych przeżyć, świadomie reagując na ból i radość oraz na wszystko, co przynosi życie.

Po latach pracy, biorąc pod uwagę założenia psychoterapii focusingowej, mogę postawić tezę, że uzależnienie jest zbiorem wielu doświadczeń wymagających przetworzenia. Nie tworzy trwałej „zamrożonej całości”, niezmienną w swoich schematach reakcji. Jeśli więc celem leczenia jest bezpieczne przeżywanie rzeczywistości, musimy włączyć w proces zmiany systemy odpowiedzialne za przetwarzanie doświadczeń i poddać je terapii – emocje, potrzeby, zdolność nadawania znaczenia przez pacjentów zgodnie z ich wewnętrznym, odkrywaniem sensem i dyspozycjami. Tu nie chodzi o proces uzyskania „właściwego” zachowania i reagowania wobec niewłaściwego (to objawowe podejście), lecz włączenie w obraz Ja tego, co pozostawało poza

⁵ Kaczmarczyk I, „Psychoterapia doświadczeniowa w leczeniu uzależnień”. [w:] *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, Warszawa: 4/2018.



uwagą. Taką zmianę „w pętli” uruchamia często głęboki kryzys, kiedy kończy się zdolność do wytrzymywania bólu.

WARUNKI ZMIANY – BEZPIECZEŃSTWO RELACJI

Kryzys (zwany w potocznym języku dnem) to presja emocji, alarm dla organizmu. Patrząc z perspektywy procesu, nie jest jednak „bezdadnością i bezsilnością” wobec używki, lecz doświadczeniem „kruchości” struktury Ja, wobec emocjonalnego bólu (nieusymbolizowanego cierpienia). Ten ból odzwierciedla się w troskach egzystencjalnych, „nie wiem, kim jestem”, „nie wiem, po co żyję”, „jaki jest sens życia”, „czuję pustkę”, „nie mogę ze sobą wytrzymać”, „jestem w kawałkach”, „nie zasługuję, aby żyć”. To informacja, jak daleko jest człowiek od swoich doświadczeń, wielu nierozpoznanych i niepoddanych refleksji zdarzeń, omijanych w automatycznych reakcjach. Jak rozpaczliwie potrzebuje zrozumieć, co się z nim dzieje, odzyskać wpływ na swoje życie. Skupienie na tym bólu i zatrzymanie już na pierwszej sesji jest zaproszeniem do terapeutycznego procesu, w którym możemy się z klientem sprzymierzać.

– *Jak się przeżywa taki ból? I co by się miało zmienić, aby nadać życiu jakiś sens, aby żyło się trochę łatwiej, bez tego zagubienia i napięcia... Miałaś zapewne powód lub wiele powodów, aby się odcinać od życia, sytuacji, zamrażać, potem szukać sposobu, aby doświadczyć ulgi, choć na chwilę, za dużo było naporu emocji i bólu, w reakcji na tę codzienność. Co Ty na to, aby nauczyć się rozpoznawać swoje cierpienie, zanim ono Cię zatrzyma, zanim się zrobi zbyt trudno*

i wpadniesz znowu w ten automatyzm, który tworzy błędne koło, aż do kolejnego bólu, kiedy wiesz, że chcesz inaczej, ale nie wiesz jak i jak się potem o to oskarżasz i karzesz... Albo wtedy, kiedy poczujesz się zraniony i musisz już tylko chować się, uciekać... Może chciałbyś czegoś dowiedzieć się o sobie, o tych reakcjach, uczuciach, co one próbują Ci powiedzieć. Odkrywać, jak możesz sobie radzić z napięciem i bólem inaczej, zanim się zaczniesz się chronić w sposób, którego już nie można wytrzymać i zatrzymać. Możesz w tym odkrywaniu liczyć na moją pomoc. I wiem, że teraz wydaje Ci się to niewyobrażalne, ale wiem też, że to jest możliwe. Co o tym sądzisz?

Na razie pozostajemy w pętli utrwalonych reakcji. Pacjent blisko używki, niezdolny do pozostawiania w bliskiej relacji i kontaktu ze sobą, jeśli czuje się rozumiany, przyjmowany, z czasem nabiera zaufania do terapeuty i takiej pracy.

Doświadczenie akceptacji sprzyja odsłanianiu, przełamuje poczucie samotności i wstydu. Tworzy się relacja będącą alternatywą dla regulacji emocjonalnego bólu przez używanie czy zachowania. Rozpoczyna się proces „uczenia się” siebie, pozyskiwania nowych danych, znaczenia faktów z życia, trudów bieżących relacji. Pojawiają się warunki do „leczenia” sieci powiązań między dwoma systemami ciała i umysłu, uruchamianie prawej półkuli, zdolnej do wytrzymywania bólu, integrowania faktów z życia, przy uspokajaniu lewej, która staje się powoli „obserwatorem” bez (starych) interpretacji i bezwzględnych ocen. Klient zaczyna wreszcie rozumieć, co się z nim dzieje i co się stało.

I nie w kontekstach wyjaśnień psychologicznych, ale w swoim własnym języku. Drzwi między półkulami stają się powoli obrotowe. W bezpiecznej relacji możliwy staje się kontakt pacjenta z wieloma doświadczeniami połączonymi w sieciach neuronalnych. Tym samym staje się wreszcie możliwe ich przetwarzanie, razem z głębokimi, traumatycznymi sytuacjami. Przeszłość jest bowiem również włączona w terażniejszość, najczęściej pojawia się sama, ale w nowym świetle. Tak przebiega „przebudowa mózgu”, a nie jedynie umysłu.

MIKROPROCESY

Kryzysy w procesie terapeutycznym przynoszą informacje o jakimś utknięciu. Często są to drobne zdarzenia, które w mglistych reakcjach niosą za sobą również znane sposoby unikania bólu. Zdarza się, że również powrót do używania. Takie kryzysy informują o pofragmentowanych częściach, które nie składają się w całość i wymagają uspołnienia. Ważniejsze jest tu odzyskanie zdolności do obecności niż odpowiedzi na „co ja teraz mam z tym wszystkim zrobić”. Takie zatrzymanie jest możliwe w kontakcie z drugim człowiekiem. Terapia focusingowa wymaga zaangażowania w relacji, obecności przy tych procesach, rozpoznania ich przejawów i ochron, bólu, zablokowania energii, co zwykle manifestuje się poczuciem utraty sensu, wiary w cel terapii. To znak, że coś z zamrożonych doświadczeń daje o sobie znać, a nie, że spada motywacja albo pojawia się głód, choć to znak, że pragnienie ulgi ma swoje źródło. To coś, co wymaga rozpoznania, akceptacji i zrozumienia. Tak właśnie odkrywamy powoli funkcje używania alkoholu, narkotyków, grania etc. Rozpoznajemy także, co podtrzymuje tę strukturę (racjonalizacje). Jednak największą uwagę skupiamy na tym, co jest najgłębszą reakcją, która najczęściej jako zbyt bolesna, wyrzucona została poza uwagę. Daje o sobie jednak znać.

Mija nieco czasu, zanim pacjenci przekonają się do takiej pracy, nauczyli się bowiem reagować na schematyczny obraz swojej sytuacji, poruszają się po znanej sobie mapie. Nowy teren wymaga obecności przewodnika. Zaangażowanie w kontakt z pacjentem przy zachowaniu swojej odrębności pozwala terapeutę na rozpoznawanie i odczucie we własnym ciele przejawów tych zablokowań, odzwierciedlanie ich klientowi bez inter-

KROKI FOCUSINGOWE

- **Oczyszczanie przestrzeni:** to proces „tworzenia miejsca” dla wyłaniającego się doświadczenia. Klienci przychodzą w zmieszaniu, lęku, niepewności. Zatrzymanie odsłania zwykle bardziej żywą troskę czy problem. To zaskakujące często dla klientów przeżycie. Mówią często, że nie przyszli z tym, ale to zwykle właśnie ten kłopot, który się ujawnia, wymagał większej uwagi.
- **Wewnętrzne poczucie (felt sense):** Z tego, co się pojawiło, wybieramy jeden problem i staramy się objąć go uwagą, koncentrując się na reakcjach w ciele, emocjach, rozpoznając doznanie „całego tego problemu”, próbujemy uzyskać jego ogólne wrażenie.
- **Uchwyt:** pomagamy dalej znaleźć słowa lub metafory, które to wrażenie opisują, pomagamy nadać mu sens w języku klienta, tak jak on go przeżywa i nazywa.
- **Rezonowanie:** Szukamy i sprawdzamy, jak to wszystko do siebie pasuje, wewnętrzne odczucia, metafory, słowa, reakcje, aż do momentu, kiedy stają się spójne i pasują do siebie najbardziej jak to możliwe.
- **Zadawanie pytań:** Teraz sprawdzamy, „czym jest to coś, co sprawia, że ten problem jest właśnie taki, jaki się ukazuje w reakcji, w tej chwili”. Czasem trzeba chwilę przy tym pobyc, aby pojawiła się nowa i świeża odpowiedź. Jeśli się pojawi, niesie ze sobą rozluźnienie, ulgę, „coś” bowiem znajduje odpowiedź, tworząc wewnętrzną zgodność. Oznacza to przesunięcie od „felt sens”, czyli odczuwanego sensu, do świadomości „felt shift”. Mówimy wtedy, że coś, co nie było dotąd świadome, zostało usymbolizowane i to właśnie czyni wewnętrzną zmianę.
- **Przyjmowanie:** Dalej zapraszamy do przyjęcia tego odkrycia, akceptacji i troski, cokolwiek by się nie pojawiło w tym doświadczeniu. To ruch, dyspozycja do dalszego działania i realnej zmiany już w życiu.

pretacji czy w intencji ratowania przed bólem.

Jeden z pacjentów mówił, „nie wiem, co się ze mną dzieje, nie mogę się skontaktować z tym, nie znam tych słów, ale kiedy Pana słucham, to czuję ulgę, więc chyba to tak przeżywam”. To właśnie przejaw sparaliżowania, traumy, która kiedyś odebrała mowę. Osoby z bolesną przeszłością, kiedy chronią się samoblokowaniem albo zalewają ich emocje, potrzebują takiej pomocy w rozumieniu samego siebie.

To głównie ból dezintegracji woła o ulgę i używkę. Im bardziej zintegrowany organizm, tym bardziej rozpoznaje cierpienie i uzyskuje z nim kontakt. Pacjent uczy się powoli przetwarzania bieżących zdarzeń. Skupianie się na „tu i teraz” w trakcie sesji jest nieustannym strojeniem organizmu jak instrumentu. Ciało, zmysły, emocje, ale także dotychczasowe schematy oraz doświadczenia, które je stworzyły, aktywują cały mózg. Przetwarzanie nawet drobnych procesów sprawia, że odległość między funkcjami mózgu, czyli obu półkul, nie stoi w opozycji. Lewa nie blokuje dostępu do prawej, a prawa nie potrzebuje strażnika lewej, która czujnie dotąd mówiła, że „trzeba się bać”.

ETAPY PRACY
FOCUSINGOWEJ

Ktoś powiedział, że droga się staje, kiedy idziesz. Tutaj jest podobnie – wyłania się stale coś nowego. Celem pracy jest tworzenie warunków dla takiego procesu. Terapeuta rozpoznaje mikroprocesy, przejawy ochrony, jest uważny na słowa nieco mocniej akcentowane, które są wyrazem odczuwanego sensu, pogłębia emocje,

pomaga je rozróżnić. Sesja może się zaczynać „czyszczeniem przestrzeni”, robieniem miejsca na doświadczenie, na to, co się pojawia w skupieniu. Zatrzymujemy się przy troskach i zachęcamy do skierowania uwagi na swoje ciało i emocje, a więc na to, co do tej pory było traktowane automatycznie. Najczęściej przy zalewaniu emocjami bądź w odcinaniu się od nich.

W ostatnich latach wielu terapeutów, w trakcie warsztatów (terapii indywidualnej i grupowej) realizowanych w ramach PARPA i KBPN (KCPU) doświadczyło, jak działa terapia focusingowa i jakie daje efekty. Uczestnicy projektów wiedzą również, że najlepiej jej się „uczyć” przez własne doświadczenie.

Dla przybliżenia, ale bez szczegółowej instrukcji, na użytek tego tekstu opisuję kroki focusingowe Gendlina. Nie jest to sztywna struktura, raczej instrukcja, jak pomagać klientowi odnajdywać siebie w swoim doświadczeniu i nabierać do niego zaufania. Dla ilustracji przedstawiam fragment sesji.

PRZYKŁAD

– Proszę odłożyć na bok to, co zaprzęta teraz myśli... co się pojawia...

– ...klócimy się z żoną, a tak nie było...

– Coś się zmieniło, coś między Wami jest nie do wytrzymania... proszę się zatrzymać... co się dzieje w Panu?

– ... boję się... chcę zniknąć...

– Jakie jeszcze uczucia się pojawiają?

– Wstydę się... bardzo się wstydę... zaciska się we mnie coś... znowu chcę zniknąć

– Proszę pobyc tu chwilę... w tym miejscu, gdzie pojawia się coś tak okropnego, co sprawia, że chce się zniknąć...

– Już lepiej... ostatnio dużo gram, siedzę przy komputerze... w szkole też dużo czasu tak spędzałem...

– Stare sprawdzone sposoby pomagają w tym bólu...

– Tak...mogę wygrać/przegrać i nie ma to znaczenia, coś przeżywam, jestem blisko emocji...

– Nic Panu nie grozi i jest ruch...

– (pauza) tak, jest ruch...teraz czuję, że jest podobnie... utknąłem... jest tak samo, jak było...

– „jest tak samo jak było”...proszę chwilę tu pobyc... „jest tak samo”...co się w Panu dzieje... kiedy wypowiada Pan te słowa...

– ...kulę się...pojawia się obraz, kiedy tata był w depresji, mama mówiła: po co Cię urodziłam...nie jestem w stanie Was utrzymać... A ja jestem problemem. Po co żyć, jeśli się jest niewystarczającym, a ja byłem taki niewystarczający...winny, chciałem zniknąć, nie żyć...mama tak o mnie mówiła, a ojciec milczał...

– Co teraz?

– Boję się i smutno mi bardzo...

– Proszę posprawdzać, jak to się do siebie ma, o czym to jest teraz w Pana życiu?

– ... skończyły mi się oszczędności, nie zarabiam, podpisałem niekorzystną umowę... i jestem problemem...

– Co się dzieje...

– Tracę oddech... jakbym nie miał żadnego gruntu, jakbym nie miał się czego złapać, był w wodzie, nie płynął, tylko tonął... i nie ma nikogo...

– ... co teraz, kiedy Pan o tym do mnie mówi...

– ... spokojniej... nic się nie stało...

– *To okropne tak tonąć... był Pan chłopcem... A teraz, jak Pan widzi tam siebie takiego, między tymi dorosłymi, którzy albo milczą, albo mówią, że nic nie ma sensu, że lepiej, żeby Pana nie było, takiego schowanego, w poczuciu winy, zawstydzeniu... To co by Pan powiedział do siebie?*

– (śmiej) że to przecież absurdalne, to nie jest cała prawda, mówię do siebie „nie słuchaj tego...”

– *Tak, to nie jest cała prawda...teraz sobie przypominam różne chwile z Pana życia... kiedy kończył Pan studia, podróżował... zmienił pracę na taką, żeby Panu było wygodniej... przechodził przez ten trud doświadczania „końca świata” już kilka razy, a teraz siedzimy i rozmawiamy tu o sensie życia...*

– no tak, (śmiej)... inaczej się czuję teraz, jakiś oszołomiony jestem... kołuje mi się w głowie...

– *to ruch....*

– tak, ruch, i nie tonę...

– *Co widać z tego miejsca? Czego to dziśjsze doświadczenie potrzebuje?*

– Potrzebuję rozmawiać o tym z żoną...

To, co było dotąd poza uwagę, odsłania się i nabiera znaczenia. To, co było bolesne w tym doświadczeniu, jest już włączone w obszar Ja. Najważniejsze to zatrzymanie „na krawędzi” doświadczenia tego, co znane i jeszcze nieznanne, co dopiero się odsłoni. Krawędzi, która jest granicą dostępu do przeszłości, która poza wolą zamknęła tamtą sytuację i dostęp do niego w ochronie przed bólem i samotnością, przerażającym poczuciem zbędności. A granie (picie, chemia, seks) było jedynym znanym dotąd sposobem radzenia sobie z paraliżującą paniką, a teraz wróciło i mogliśmy je przetworzyć.

* * *

Terapeuta tworzy dla takiego procesu „odzyskiwania siebie” bezpieczną przestrzeń, stając się empatycznym świadkiem życia pacjenta. Jednocześnie w trakcie gromadzi przykłady świadczące o tym, że pacjent nie pozostaje już bezradny. Van der Kolk podkreśla, że uzyskanie świadomości traumatycznych doświadczeń to

za mało. Potrzebne jest odzyskanie mocy sprawczej i fakty, które to potwierdzają.

To, co znajduje się w szczególnej uwadze terapeuty, to pogłębianie emocji pacjenta, ich rozróżnianie, wykorzystywanie nowych danych, budowanie świadomości, utrzymywanie przestrzeni zaangażowania i terapeutycznej obecności.

W tak intensywnym procesie ukazują się w relacji terapeutycznej bolesne doświadczenia z przeszłości wymagające przetworzenia, co odbuduje zdolność do nawiązywania bliskich, bezpiecznych relacji. Człowiek zaczyna „żyć” z chwilą, kiedy jego zatrzymane procesy zaczynają się aktualizować. Kliniczne fakty i badania wskazują, że pacjenci przesuwają się w stronę relacji, a więc w stronę, od której się to wszystko zaczęło. Automatyczne reakcje wciąż się pojawiają, jednak w trakcie terapii pacjenci napisali już dla nich instrukcję.

* * *

W psychoterapii zorientowanej focusingowo, egzystencjalny efekt jest taki, że człowiek „odzyskuje” samego siebie. Na wiele pytań, z którymi przyszedł po pomoc, odnajduje własną odpowiedź. Odzyskuje sens, poczucie tożsamości, wypełnia puste miejsca. Ten proces nigdy się nie kończy. Uzależnienie staje się z czasem ważnym, ale jednym z wielu życiowych doświadczeń.

DR IRENEUSZ KACZMARCZYK



Psychoterapeuta humanistyczno-doświadczeniowy. Superwizor terapii uzależnień. Superwizor grupowego treningu (PTP). Wraz z grupą certyfikowanych psychoterapeutów zorientowanych focusingowo tworzy Polski Instytut Focusingu.

BIBLIOGRAFIA

1. Ann Weiser Cornell (2015) *“Focusing Mądrość ciała”*. Wyd. MIND.
2. Leijssen, M. (1998) *“Focusing Microprocesses”*, Published in: Greenberg, L.S., Watson, J.C., et al (Eds.): *Handbook of experiential psychotherapy*. NY, Guilford Press.
3. McGilchrist, I. (2009). *Mistrz i jego wyślanik: podzielony mózg i tworzenie świata zachodniego*. New Haven, CT: Yale University Press.

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

FOCUSING W TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH – ZAŁOŻENIA¹

- Terapeuta buduje relację terapeutyczną, kierując się triadą Rogersa.
- Terapeuta zwraca uwagę na proces doświadczania pacjenta; emocje i reakcje z ciała.
- Terapeuta jest obecny i zaangażowany w kontakt. Proces doświadczania pacjenta jest wspomagany koncentracją terapeuty na jego własnym procesie.
- Terapeuta wychodzi poza kadr objawu. Rozpoznaje zablokowane części pacjenta i zwraca uwagę na obszary, które nie są zdominowane przez symptom.
- Terapeuta wspiera pacjenta w cierpliwym czekaniu na pojawienie się nowych aspektów doświadczenia, nieznanych dotąd i nieusymbolizowanych.
- Terapeuta wzmacnia zaufanie pacjenta do własnego procesu doświadczania i odczuwanego „felt sens”.
- Terapeuta pomaga pacjentowi odsłaniać i przetwarzać źródła jego emocjonalnego bólu.
- Terapeuta pomaga ustanowić inny charakter relacji pacjenta do używania i jego funkcji.
- Terapeuta angażuje się w proces rekonstrukcji i rekonstrukcji życiowych doświadczeń pacjenta, pomagając w nadawaniu im znaczeń.
- Terapeuta traktuje nasilenia objawu jako wskazówkę dla focusingowej pracy.
- Terapeuta widzi i wzmacnia pozytywne zmiany pacjenta.
- Terapeuta rozumie znaczenie pomocy psychiatrycznej i farmakoterapii w proponowanym przez siebie doświadczeniowym procesie.
- Terapeuta przez cały proces, kierując się powyższymi wskazówkami, zwraca uwagę na to, co dzieje się w relacji z pacjentem.

¹ Powyższe założenia nie są „krokami”, lecz wskazaniem do prowadzenia terapii focusingowej, efektem wieloletnich doświadczeń w pracy klinicznej z osobami uzależnionymi.

Wenesa Gajos

ADHD ma istotny wpływ na rozwój i przebieg uzależnienia, a wczesne wykrycie problemu ma kluczowe znaczenie dla skutecznego leczenia. Większość pacjentów, którzy zgłaszają się w celu leczenia uzależnienia, koncentruje się głównie na radzeniu sobie z nałogiem, dlatego mogą oni spontanicznie nie zgłaszać objawów związanych z ADHD

ADHD I UZALEŻNIENIA — CZY COŚ JE ŁĄCZY?

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, w skrócie ADHD, to wciąż często pomijany i niedoceniany problem w codziennej praktyce psychologów i psychiatrów. Objawy tego zaburzenia łatwo przeoczyć w rutynowej diagnozie, skoncentrowanej zazwyczaj na wiodącym problemie medycznym, jakim najczęściej bywa depresja, zaburzenie lękowe czy uzależnienie. Okazuje się jednak, że objawy ADHD nie tylko współlistnieją z innymi zaburzeniami psychicznymi, ale także często bywają ich główną przyczyną, modyfikują ich przebieg i wpływają na końcowe efekty leczenia. Pominięcie objawów ADHD przyczynia się do nieskutecznego leczenia, utrzymywania się objawów i przedłużania się terapii.

ADHD to problem przewlekły, mający swój początek zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, a najpóźniej w okresie nastoletnim. Objawy utrzymują się bardzo często przez całe życie, chociaż u wielu pacjentów z czasem słabną, zwłaszcza w zakresie impulsywności i nadruchliwości. Najnowsze dane wskazują, że ADHD występuje u 5,9% dzieci i u 2,5% dorosłych [1], nie jest to więc problem rzadki. Mniej nasilona impulsywność w okresie dorosłości oraz różne wyuczone strategie radzenia sobie z objawami sprzyjają „zamaskowaniu” objawów, a w rezultacie przeoczeniu ich w trakcie diagnozy i leczenia.

TYPOWE OBJAWY ADHD

Objawy ADHD dotyczą takich kluczowych obszarów, jak: utrzymywanie uwagi, nadruchliwość i impulsywność [2].

Trudności z utrzymywaniem uwagi polegają najczęściej na pomijaniu detali, odkładaniu monotonych i nud-

nych zadań na później, zapominaniu o codziennych sprawach, niedoszacowywaniu czasu potrzebnego na zadanie. Pacjent może często gubić rzeczy, zapominać o ważnych sprawach oraz nie dotrzymywać terminów spotkań lub zobowiązań. Może także potrzebować dodatkowej stymulacji innymi bodźcami w celu poprawy swojego skupienia, ale również dodatkowe bodźce mogą nadmiernie go rozpraszać. Koncentracja na zadaniu jest mocno zależna od zainteresowania – może być bardzo krótka wobec zadań nudnych i uciążliwych lub wręcz nadmiernie intensywna wobec zadań pasjonujących, sprzyjając jednocześnie zaniedbaniu potrzeb fizjologicznych i przeoczeniu sygnałów związanych ze zmęczeniem ciała.

Problemy związane z uwagą obejmują także trudności z organizacją i planowaniem czasu oraz powodują niekonsekwencję w trzymaniu się planów. Osoby z ADHD często odkładają zobowiązania na później, nie kończą zadań lub nadmiarowo dopracowują szczegóły, przepracowując się. Trudności w zakresie nadruchliwości i impulsywności to najczęściej nadmierna potrzeba ruchu oraz licznych przerw w czasie nauki lub pracy. To także problemy z odpoczynkiem i odprężaniem się, związane z odczuwaniem wewnętrznego niepokoju lub wzbudzenia. Nadruchliwość może być wyrażana zewnętrznie jako manipulowanie rękami, nogami lub wiercenie się na siedzeniu, ale także odczuwana wewnętrznie w postaci wielotorowych myśli oraz impulsywnych pomysłów. Wskutek nadmiernej ruchliwości sposób działania i sposób myślenia osób z ADHD może być chaotyczny i nieuporządkowany.

Ważnym aspektem, na który warto również zwrócić uwagę, analizując objawy ADHD, jest regulacja emocjonalna. Trudności w tym zakresie wyrażają się najczęściej w intensywnym przeżywaniu stanów emocjonalnych w reakcji na bodźce oraz silnej i gwałtownej ekspresji emocji. Osobom tym znacznie trudniej jest hamować swoje impulsy i odrzucać zachowania.

Obecność objawów ADHD powoduje, że osoby o takiej konstrukcji doświadczają licznych konsekwencji swoich trudności. Często nie wykorzystują własnego potencjału w pełni i nie mogą realizować ważnych dla siebie celów. Wskutek licznych niepowodzeń na gruncie szkolnym lub zawodowym nabierają przekonania o swojej niekompetencji. W kontaktach z rówieśnikami osoby z ADHD mogą doświadczać trudności z dłuższym zaangażowaniem się w relację i przekraczaniem granic innych osób, co naraża ich na odrzucenie i doświadczenie przemocy rówieśniczej. Doświadczenia krytyki, odrzucenia oraz przemocy ze strony otoczenia skutkuje często obniżeniem samooceny, nadwrażliwością na krytykę, a także takimi strategiami radzenia sobie, jak unikanie lub nadmiarowy perfekcjonizm.

Konsekwencje osobowościowe i relacyjne to nie jedyne konsekwencje ADHD. Badania udowadniają, że osoby z nieleczonym ADHD skarżą się na niższą jakość życia, częściej doświadczają wypadków komunikacyjnych, drobnych i ciężkich urazów, kontuzji sportowych, przypadkowych zatruc, prób samobójczych, nastoletnich ciąży, są narażone na przedwczesną śmierć. Okazuje się, że osoby z tym rozpoznaniem chorują znacznie częściej na otyłość, astmę, alergię, cukrzycę, nadci-

śnienie, łuszczycę, padaczkę, choroby przenoszone drogą płciową, choroby oczu, nieprawidłowości metaboliczne i immunologiczne. Liczne badania epidemiologiczne oraz kliniczne wykazały również, że wraz z ADHD często współwystępują inne zaburzenia psychiczne, szczególnie: depresja, choroba dwubiegunowa, spektrum autyzmu, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, a także uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Rozpoznanie tych zaburzeń nie wyklucza jednoczesnej diagnozy ADHD. [1]

CZY OSOBY Z ADHD SĄ PODATNE NA UZALEŻNIENIA?

Zainteresowanie współwystępowaniem objawów ADHD i uzależnienia wynika z podejrzeń, że osoby mające problemy z kontrolą impulsów oraz odrzucaniem swoich zachowań są bardziej narażone na wpadnięcie w pułapkę nałogu.

Próbowano to wyjaśnić w kilku opracowanych do tej pory metaanalizach, które weryfikują dane z dostępnych licznych badań naukowych i pomagają oszacować częstość współwystępowania obu tych zaburzeń. W badaniach oceniano głównie takie substancje jak: alkohol, nikotyna, marihuana i kokaina. Jedną z pierwszych metaanaliz dotyczyła uzależnienia od nikotyny i objęła dwanaście badań i 5.400 uczestników. Wykazała ona, że osoby z ADHD uzależniają się od nikotyny trzy razy częściej. Kolejna analiza, uwzględniająca jedenaście badań i 2.400 uczestników, wykazała, że ryzyko wystąpienia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków u osób z ADHD jest o 50% większe niż ryzyko u osób bez tego rozpoznania.

W Szwecji przeprowadzono duże badanie na grupie ponad pół miliona osób, które poddano obserwacji przez kilka kolejnych lat. Stwierdzono w nim, że obecność objawów ADHD koreluje z wystąpieniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych w kolejnych latach ponad trzykrotnie częściej w porównaniu z grupą osób bez ADHD. Jedną z ostatnich dużych metaanaliz, która objęła trzynaście badań i 20.000 uczestników, udowodniła, że ADHD wiąże się z dwukrotnie większym ryzykiem uzależnienia od alkoholu. W pewien sposób uogólniając, można stwierdzić,

że u osób z ADHD uzależnienie od substancji psychoaktywnych występuje od dwóch do trzech razy częściej niż u osób bez tego zaburzenia. [1]

Ponieważ ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym i występuje od dzieciństwa, można uznać, że to objawy uzależnienia „dołączają” się do objawów ADHD, a nie na odwrót. Próbowano jednak ustalić, jak wiele osób uzależnionych ma jednoczesne objawy ADHD.

W jednym z badań obserwowano dorosłe osoby ze stwierdzonym uzależnieniem i okazało się, że 23,1% z nich spełniało również kryteria ADHD. Prace badawcze udowodniły także, że osoby uzależnione, u których współistnieje ADHD, wcześniej zaczynają korzystać z substancji psychoaktywnych, wcześniej się od nich uzależniają oraz mają większe ryzyko nawrotu uzależnienia w porównaniu z osobami uzależnionymi bez jednoczesnego ADHD. Są również dowody na to, że u osób z ADHD

uzależnienie przebiega ciężiej i leczy się trudniej. [3]

POSZUKIWANIE WSPÓLNYCH PRZYCZYN

Nadal nie ustalono precyzyjnych mechanizmów, które pośredniczą w jednoczesnym występowaniu uzależnienia i ADHD. Dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na poszukiwaniu biologicznych przyczyn dla tego zjawiska, co było poparte założeniem, że zarówno ADHD jak i uzależnienie zaliczamy do zaburzeń psychicznych, w których genetyka odgrywa znaczącą rolę. Pojedyncze badania u bliźniąt oraz analiza ludzkiego genomu wskazują na istnienie pewnych wspólnych czynników dziedzicznych, ale wymaga to jeszcze dalszej weryfikacji. W kilku badaniach, gdzie korzystano z testów neuropsychologicznych lub różnych technik obrazowania mózgu, wykryto, że szlaki nerwowe odpowiedzialne za kontrolę poznawczą, układ nagrody



oraz regulację emocjonalną mogą mieć kluczowe znaczenie dla współlistnienia ADHD i uzależnień. Niektóre wyniki badań obrazowych sugerowały, że objawy ADHD oraz głód substancji obecny w uzależnieniu mają pewne neurobiologiczne podobieństwo, ale dokładne mechanizmy tego zjawiska wymagają dalszych analiz.

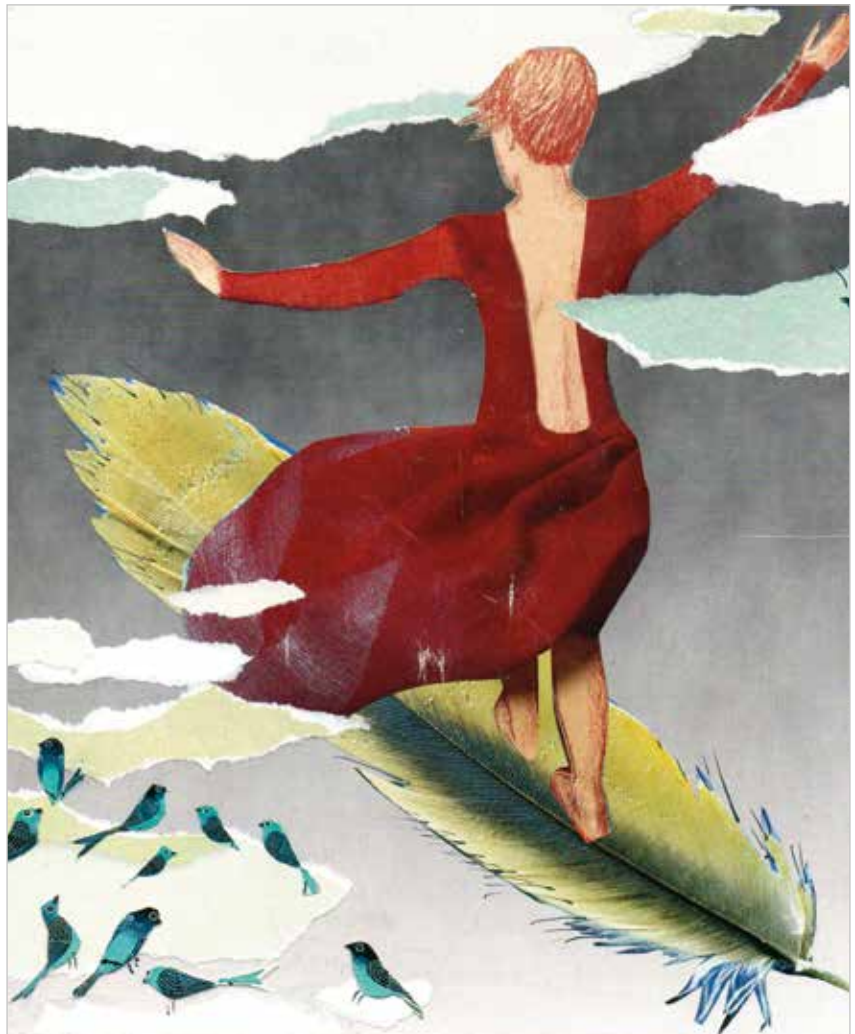
Koncepcją psychologiczną, która próbuje tłumaczyć zwiększone ryzyko uzależnień u osób z ADHD, jest hipoteza samoleczenia. Zakłada ona, że substancje psychoaktywne zaczynają grać coraz większą rolę w życiu takiego pacjenta, ponieważ potrafią łagodzić niektóre objawy, na przykład trudności z regulacją emocji lub problemy ze snem. Zachowania nałogowe mogą dawać złudne poczucie kontroli i budować wrażenie, że panuje się nad sytuacją i poczuciem chaosu. Bywają one jedynym znanym sposobem na osiągnięcie uczucia odprężenia i wyciszenia, które u osób z ADHD na co dzień jest trudno osiągalne.

Z problemem ADHD łączy się dążenie do szybkiej gratyfikacji, a substancja psychoaktywna może to umożliwiać, dając doświadczenie krótkotrwałej, lecz natychmiastowej ulgi. Osoby z ADHD mogą potrzebować też czasami silnych wrażeń, szukając w substancjach psychoaktywnych sposobu na tak zwane „dostymulowanie”. Z powodu swojej impulsywnej natury i większej skłonności do ryzyka osoby z ADHD częściej eksperymentują z substancjami i częściej narażają się na przypadkowe zatrucia. Część substancji psychoaktywnych potrafi wpływać tak na neuroprzeżywalność w układzie nerwowym, że niektóre objawy tego zespołu mogą w pewien sposób się łagodzić.

Znaczenie też może mieć fakt, że jedną z ważnych konsekwencji ADHD są trudności w relacjach z innymi ludźmi, co też jest ważnym aspektem w rozwoju uzależnienia.

JAK I KIEDY ROZPOZNAWAĆ OBJAWY?

ADHD istotnie wpływa na rozwój i przebieg uzależnienia, a wczesne wykrycie problemu ma kluczowe znaczenie dla skutecznego leczenia. Ponieważ większość pacjentów, którzy zgłaszają się w celu leczenia uzależnienia, koncentruje się głównie na radzeniu sobie



z nałogiem, mogą oni spontanicznie nie zgłaszać objawów związanych z ADHD. Dlatego ważne jest dopytanie o te objawy przy rutynowym wywiadzie. W tym przypadku pomocne mogą okazać się krótkie testy przesiewowe, z których najlepiej udokumentowanym w uzależnieniach jest kwestionariusz ASRS-SV, czyli krótka wersja ADHD Self-Report

Scale. W razie podejrzenia objawów, diagnozę należy poszerzyć o bardziej szczegółowy wywiad.

ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym i ma swój początek we wczesnych latach życia, dlatego konieczne jest potwierdzenie objawów w dzieciństwie osoby uzależnionej. Nie zawsze bywa to łatwe, ponieważ osoby uza-

ADHD I UŻYWKI

W badaniu przeprowadzonym w Harvard Medical School w Bostonie na grupie młodych dorosłych tylko trzydzieści procent stwierdziło, że używało substancji, „aby uzyskać hajs”. Timothy Wilens, profesor psychiatrii w tej placówce, stwierdził, że: „Siedemdziesiąt procent robi to, aby poprawić swój nastrój, lepiej spać lub z innych powodów”.

Badacze zauważyli, że ten rodzaj „samoleczenia” wydaje się szczególnie powszechny wśród osób, których ADHD pozostaje niezdiagnozowane lub które zostały zdiagnozowane, ale nigdy nie podjęły leczenia. William Dodson, specjalista ADHD z Denver, zauważył, iż w przypadku ludzi z ADHD nadpobudliwość z wiekiem maleje. Stwierdził także, iż „w środku są tak samo hiper jak zawsze. Potrzebują czegoś, co uspokoi ich mózg na tyle, by być produktywnym”.

Źródło: <https://www.additudemag.com/the-truth-about-adhd-and-addiction/>

leżnione mogą mieć większe trudności z przypominaniem sobie wczesnej historii objawów. Warto zatem uzyskać niezbędne informacje od któregoś z członków rodziny. To także bywa czasami kłopotliwe, ponieważ uzależnienie często się łączy z konfliktami w rodzinie – rodzina może odmówić swojego udziału w badaniu albo sam pacjent nie zechce powracać do kontaktów z przeszłości.

To, co może utrudniać właściwe rozpoznanie zespołu ADHD u osoby uzależnionej, to pewne podobieństwa pomiędzy tymi zjawiskami. Niektóre objawy wynikające z ADHD mogą zostać przypisane objawom obserwowanym w uzależnieniu, na przykład intoksykacji albo zespołowi abstynencyjnemu. Również można pomylić różne konsekwencje obu zaburzeń, takie jak pogorszenie wyników szkolnych lub zawodowych, problemy w relacjach czy obniżona samoocena. Sprzyja to myleniu objawów i niedostrzeganiu jednego z problemów.

Diagnoza ADHD w uzależnieniach wywiera ogromny wpływ na przebieg terapii, dlatego zaleca się ją wykonać tak szybko, jak to tylko możliwe. Warunkiem jest brak istotnych objawów abstynencyjnych oraz wyraźnej intoksykacji. Warto pamiętać, że badania diagnostyczne oraz przesiewowe można przeprowadzać również wtedy, kiedy pacjent nie utrzymuje całkowitej abstynencji. Podstawą ostatecznego rozpoznania jest dokładny wywiad, który można przeprowadzić według kwestionariusza diagnostycznego. Najbardziej przydatny w diagnozie ADHD u osób uzależnionych jest kwestionariusz CAADID, czyli Connors' ADHD Diagnostic Interview for the DSM-IV. [3]

ASPEKTY LECZENIA

W leczeniu ADHD stosuje się środki farmakologiczne i metody psychoterapeutyczne. U osób dorosłych z ADHD leki są zalecaną strategią z wyboru, z kolei leczenie u dzieci zaczyna

się zazwyczaj od oddziaływań psychoterapeutycznych. Przy jednoczesnym uzależnieniu i ADHD najczęściej rekomenduje się połączenie leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Uważa się, że leczenie obu tych zaburzeń trzeba prowadzić jednocześnie i w sposób zintegrowany. Każda z tych strategii stosowana pojedynczo przynosi mniej korzyści niż ich połączenie.

Najsukuczniejsze leki w leczeniu ADHD to substancje psychostymulujące, do których należy metylofenidat oraz pochodne amfetaminy. W leczeniu można też stosować substancje, które nie mają działania psychostymulującego, takie jak: atomoksetyna, klonidyna

lub guanfacyna, ale ich skuteczność w badaniach okazuje się niższa.

Niefarmakologiczne leczenie jest mniej skuteczne w redukcji konkretnych objawów ADHD, ale często pomaga lepiej radzić sobie z konsekwencjami objawów oraz licznymi problemami, na które leki nie mają wpływu. Najlepiej udokumentowane oddziaływania niefarmakologiczne to terapia poznawczo-behawioralna, a w wieku rozwojowym także trening rodzicielski [1].

Dowody naukowe wskazują, że wczesne leczenie ADHD istotnie zapobiega rozwojowi innych zaburzeń psychicznych u osób z tym zaburzeniem i redukuje ryzyko różnych pozostałych



konsekwencji. Dotyczy to także uzależnienia i nadużywania substancji psychoaktywnych. Odpowiednie leczenie ADHD zapobiega rozwojowi uzależnień oraz znacznie poprawia efekty terapii, jeżeli uzależnienie jest już obecne.

Przeprowadzone w Szwecji duże badanie na grupie ponad 38 tysięcy osób oceniało związek pomiędzy przepisaniem leków psychostymulujących osobom z ADHD, a nasileniem objawów związanych z uzależnieniem. Okazało się, że u osób z ADHD, którym przepisywano leki psychostymulujące, zaobserwowano o 30% mniej objawów wskazujących na uzależnienie w porównaniu z osobami, które leków nie otrzymywały. Ponadto w jednej z metaanaliz wykazano, że osoby z ADHD, regularnie leczone lekiem psychostymulującym, palą papierosy o połowę rzadziej niż osoby nieleczone [1].

Jako że leki psychostymulujące same w sobie wywodzą się z grupy substancji o dużym potencjale uzależniającym, przez lata podejrzewano, że ich przyjmowanie może prowadzić do uzależnienia się od nich oraz predysponować do uzależnień od innych substancji. Żeby to zweryfikować, przeprowadzono liczne badania. W kilku metaanalizach dla tych badań wykazano, że leki psychostymulujące stosowane w leczeniu ADHD nie zwiększają ryzyka uzależnienia od alkoholu, nikotyny, kokainy oraz marihuany [4]. Można też podejrzewać, że właściwie stosowane leki psychostymulujące sprzyjają utrzymaniu abstynencji od innych substancji uzależniających, zmniejszając potrzebę tak zwanego „samoleczenia”. Pomimo wielu danych potwierdzających bezpieczeństwo tego leczenia, opisywano przypadki nadużywania leków psychostymulujących lub nielegalnej ich dystrybucji. Dlatego w trakcie leczenia farmakologicznego warto ten aspekt uwzględnić.

Uzależnionym pacjentom z ADHD należy proponować właściwą terapię, jeżeli jest to tylko możliwe. Warto przy tym pamiętać o możliwych konsekwencjach zaniechania leczenia, takich jak: pogorszenie zdrowia psychicznego, problemy finansowe, problemy karne, wczesna ciąża, niepowodzenia w relacjach, pogorszenie wyników szkolnych i zawodowych. Żeby jak najlepiej zadbać o bezpieczeństwo kuracji, należy

w miarę możliwości oszacować ryzyko nieprawidłowego używania leku przez konkretną osobę. Osobom z uzależnieniem zaleca się podawanie leków w formie o przedłużonym działaniu, ponieważ formy o działaniu natychmiastowym bywają częściej nadużywane – łatwiej je podać w formie inhalacji lub zastrzyku.

Niestety brakuje więcej badań, które dostarczyłyby konkretnych wskazówek dotyczących spersonalizowanego leczenia dla osób uzależnionych ze współistniejącym ADHD. Do tej pory nie ustalono, który z dostępnych leków byłby preferowany jako lek pierwszego wyboru takiej sytuacji, jakie rekomendowane są docelowe dawki leków oraz czy istnieje większe ryzyko skutków ubocznych leczenia.

Jest też niewiele naukowych danych dotyczących skuteczności leczenia psychologicznego w tej szczególnej grupie pacjentów. Nie ustalono też, które czynniki prognostyczne wpływają na wyniki takich interwencji. Potrzeba zatem dalszych badań, które zweryfikują metody terapeutyczne o najlepszej skuteczności w tej grupie pacjentów. Może to pomóc ustalić, w jaki sposób leczenie uzależnienia powinno być dostosowane do potrzeb i możliwości pacjentów z ADHD oraz dostarczyć wskazówki, jak skuteczniej opanowywać objawy ADHD przy jednoczesnym uzależnieniu.

PODSUMOWANIE

ADHD to wciąż pomijany i niedoceniany problem w codziennej praktyce klinicznej. Objawy tego zaburzenia bywają często ignorowane w czasie diagnozy uzależnienia, co prowadzi do zaniechań we właściwym leczeniu. Dowody naukowe wskazują na to, że u pacjentów z uzależnieniem diagnostyka ADHD powinna być uważana za szczególnie istotny element procesu diagnostycznego, a przesiewowe badanie w tym kierunku powinno być standardową procedurą w opiece nad uzależnionymi. Obecność uzależnienia lub nadużywania substancji nie powinna być uznawana za powód powstrzymania się przed skutecznym leczeniem objawów ADHD. Zadbanie o właściwą diagnozę i leczenie ADHD u pacjenta uzależnionego pomaga wspierać go w lepszym zdrowieniu.

WENESA GAJOS



Lekarka - specjalistka
psychiatra,
psychoterapeutka
integracyjna. Kierownik
Poradni ADHD u Dorosłych
w NZOZ
Centrum Terapii Dialog
w Warszawie

BIBLIOGRAFIA

1. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, Newcorn JH, Gignac M, Al Saud NM, Manor I, Rohde LA, Yang L, Cortese S, Almagor D, Stein MA, Albatti TH, Aljoudi HF, Alqahtani MMJ, Asherson P, Atwoli L, Bölte S, Buitelaar JK, Crunelle CL, Daley D, Dalsgaard S, Döpfner M, Espinet S, Fitzgerald M, Franke B, Gerlach M, Haavik J, Hartman CA, Hartung CM, Hinshaw SP, Hoekstra PJ, Hollis C, Kollins SH, Sandra Kooij JJ, Kuntsi J, Larsson H, Li T, Liu J, Merzon E, Mattingly G, Mattos P, McCarthy S, Mikami AY, Molina BSG, Nigg JT, Purper-Ouakil D, Omigbodun OO, Polanczyk GV, Polak Y, Poulton AS, Rajkumar RP, Reding A, Reif A, Rubia K, Rucklidge J, Romanos M, Ramos-Quiroga JA, Schellekens A, Scheres A, Schoeman R, Schweitzer JB, Shah H, Solanto MV, Sonuga-Barke E, Soutullo C, Steinhausen HC, Swanson JM, Thapar A, Tripp G, van de Glind G, Brink WVD, Van der Oord S, Venter A, Vitiello B, Walitza S, Wang Y. *The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Sep;128:789-818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33549739; PMCID: PMC8328933.
2. APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC.
3. Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F, Konstenius M, Franck J, Levin FR, et al. *International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. Eur Addict Res.* 2018;24((1)):43–51.
4. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. *Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. JAMA Psychiatry.* 2013 Jul;70(7):740-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1273. PMID: 23754458; PMCID: PMC6688478.

Edwin Pałyga

Zajmując się profesjonalną pomocą osobom uzależnionym, nie wyobrażam sobie, żeby stawać się karzącym i kontrolującym rodzicem z alkomatem w ręku

ALKOMAT W PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ

Podejmując pracę w Poradni Leczenia Uzależnień, spotkałem się z często realizowaną praktyką badania alkomatem osób korzystających z pomocy. W pierwszych latach pracy zawodowej zastanawiałem się, jaki cel ma ta procedura. Terapeuci z większym doświadczeniem uświadomili mi, że badanie alkomatem jest narzędziem terapeutycznym i pomaga „rozbroić” psychologiczne mechanizmy uzależnienia. Na progu mojej zawodowej kariery taka odpowiedź mnie satysfakcjonowała.

Byłem wtedy początkującym psychologiem, który niewiele wiedział o psychoterapii, a zwłaszcza o psychoterapii uzależnień.

Nadal pamiętam odczucia, jakie mi towarzyszyły, gdy dwukrotnie w swojej pracy badałem alkomatem osobę korzystającą z pomocy. Miałem poczucie, że przekraczam granicę, towarzyszył mi wtedy duży dyskomfort. Odnosiłem wrażenie, że pacjenci poddają się temu w taki sposób, jakby nie mieli innego wyjścia. Za każdym razem doświadczałem poczucia winy. Pomyślałem, że być może problem wynika z moich przekonań lub cech osobistych. Mimo to postanowiłem więcej tego nie robić. Z biegiem lat zastanawiałem się coraz częściej, czy rzeczywiście alkomat może być narzędziem terapeutycznym. Próbowałem szukać korzyści dla pacjentów wynikających z użycia alkomatu. Do dziś ich nie znalazłem. W moim odczuciu alkomat nie jest i nie powinien być trakto-

wany jako narzędzie terapeutyczne. Zastanawiam się, czy jest dla niego miejsce w systemie leczenia uzależnień.

CZY BADANIE ALKOMATEM MOŻE LECZYĆ?

Wśród czynników leczących w psychoterapii wymieniane są: związek terapeutyczny, korektywne doświadczenia emocjonalne, nowe możliwości poznania siebie i otoczenia oraz do-

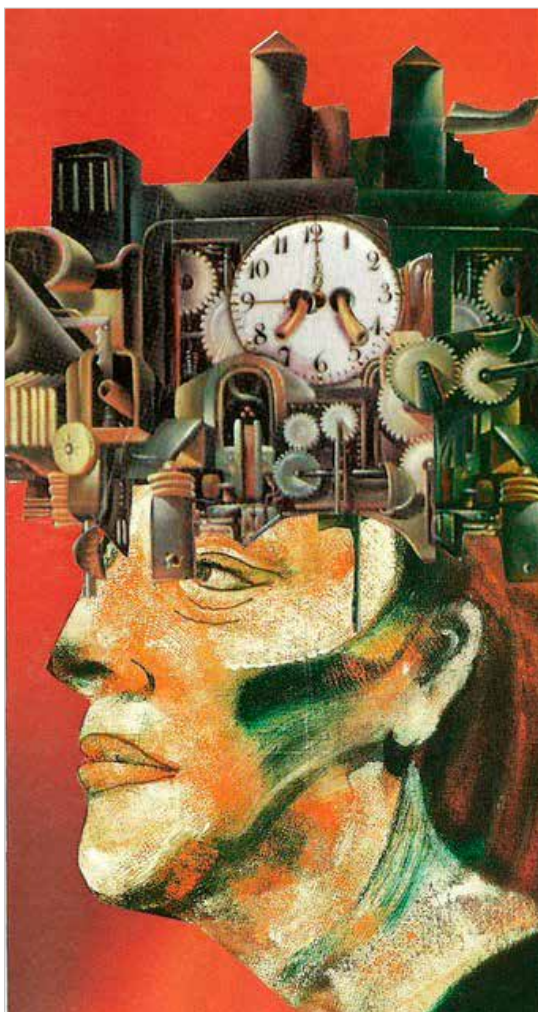
świadczanie nowych sposobów zachowania (Czabała, 2006). Michael Lambert i Benjamin Ogles (2004) analizując badania nad skutecznością psychoterapii, stworzyli listę czynników potrzebnych do uzyskania pozytywnych efektów. Są wśród nich m.in. pozytywna relacja terapeutyczna, doświadczenie ulgi i spadku napięcia, doświadczenie zaufania do terapeuty, otrzymywanie informacji zwrotnych, wgląd, uczenie się poznawcze, zmiana zachowania, sprawdzanie rzeczywistości i doświadczenie sukcesu.

Analizując powyższe czynniki, nie znajduję wśród nich miejsca na procedurę badania alkomatem. Skłaniam się ku przekonaniu, że badanie alkomatem osłabia działanie wyżej wymienionych czynników.

Procedura badania alkomatem przypomina mi kontrolę stanu trzeźwości przeprowadzoną przez funkcjonariusza Policji. Myślę, że odczucia po stronie pacjenta mogą być podobne. Zastanawiam się, jakbym się czuł jako pacjent, przychodząc do miejsca, gdzie chciałbym uzyskać pomoc, a został poddany takiemu badaniu.

Z pozycji terapeuty z kolei trudno mi wyobrazić sobie, o czym miałbym rozmawiać z pacjentem po przeprowadzeniu tej procedury. Być może o tym, że mu nie ufam, że muszę sprawdzić, czy rzeczywiście utrzymuje abstynencję.

W takim rozumieniu terapii terapeuta staje się strażnikiem abstynencji, kontrolującym rodzicem lub superego wymagającym posłuszeństwa i całkowitego zaprzestania używania substancji. Zastanawiam jak, to się ma do



celu terapii, jakim jest zmiana, a nie abstynencja.

Bardzo często słyszałem od doświadczonych kolegów, że abstynencja to podstawa pracy terapeutycznej. Pacjent musi przestać używać substancji, żeby mógł rozpocząć wprowadzanie zmian w swoim życiu. Jeżeli skupimy się tylko na wyeliminowaniu objawu, jakim jest używanie substancji, możemy pominąć ważne dla pacjenta problemy. Terapeuta koncentrujący się wyłącznie na utrzymywaniu abstynencji i jej kontroli może wzbudzić w osobach korzystających z pomocy przekonanie o zewnętrznym źródle kontroli. W takiej relacji terapeutycznej brakuje miejsca dla autonomii i poczucia odpowiedzialności pacjenta. W moim odczuciu rolą terapeuty powinno być wzmocnienie wewnętrznego poczucia kontroli i wzmocnienie poczucia sprawczości wśród pacjentów.

ALKOMAT W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

Używanie alkomatu w pracy terapeutycznej kojarzy mi się również z pokazaniem, kto ma większą władzę w relacji terapeutycznej. W moim odczuciu to zachowanie opresyjne wobec osób korzystających z pomocy. Być może u części terapeutów, która chętnie korzysta z alkomatu, zwiększa się poczucie bycia ważnym, kimś kto ma kontrolę nad drugą osobą oraz chęć posiadania wpływu na czyjeś życie.

Przerażają mnie sytuacje, w których pacjent przyznaje, że wypił alkohol, a mimo to zostaje poddany procedurze badania alkomatem w celu udowodnienia, że wypił więcej niż deklaruje. Trudno mi zrozumieć cel i sens takiego zachowania ze strony terapeuty. Zastanawiam się, czy taka relacja terapeutyczna może być lecząca. Próbuję zrozumieć, z czego wynika chęć takiego traktowania osób używających substancji w sposób problemowy.

Na myśl przychodzą mi stereotypowe przekonania dotyczące osób uzależnionych. Myślenie o tych osobach jako manipulacjach i kłamcach pograżonych w mechanizmach uzależnienia może zachęcać do traktowania ich w sposób opresyjny. Być może część terapeutów czuje się bezradna w sytuacji, gdy pacjent jest wyraźnie pod wpły-

wem substancji psychoaktywnych, a deklaruje, że utrzymuje abstynencję.

Często w dyskusjach na temat słuszności badania alkomatem słyszałem pytania: To co zrobić, jak pacjent się upiera, że nic nie pił? Jak reagować, gdy wiemy od innych osób, że używa substancji, a się do tego nie przyznaje?

Nie mam gotowego rozwiązania dla tych problemów. Myślę, że ważniejsze jest to, co dzieje się w relacji terapeutycznej, że pacjent nie chce nam o tym mówić. Być może jeszcze nam nie ufa, być może obawia się konsekwencji przyznania się do złamania abstynencji lub obawia się wyrzucenia z terapii. Mam prawo powiedzieć pacjentowi, że wyczuwam od niego alkohol, że widzę, że jest pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. W moim rozumieniu psychoterapii uzależnień takie sytuacje mają ogromny potencjał terapeutyczny. Wspólnie z pacjentem możemy się przyjrzeć temu, co takiego utrudnia mu utrzymywanie abstynencji i zastanowić się, jak on rozumie naszą relację. Możemy również sprawdzić jego motywację do zmiany i chęć zaprzestania używania substancji. Przepracowując te trudności, pogłębimy relację terapeutyczną.

CZY PSYCHOTERAPEUTA POWINIEN KONTROLOWAĆ?

Zwykle argumentem za stosowaniem alkomatu jest konieczność sprawdzenia utrzymania abstynencji w trakcie pobytu na oddziałach całodobowych i dziennych. Często praktyką jest sprawdzanie wszystkich pacjentów w celu wyłapania tych, którzy nie utrzymują abstynencji. W wielu sytuacjach złamanie abstynencji kończy się wypisem i zakończeniem terapii.

Próbuję sobie wyobrazić, jak mogłaby wyglądać praca terapeutyczna bez używania alkomatu. Nurtuje mnie pytanie, czy rzeczywiście nie ma innych sposobów, żeby rozpoznać, że ktoś użył substancji psychoaktywnej.

Być może moje przemyślenia są błędne. Może rzeczywiście warto regularnie badać pacjentów alkomatem, co jakiś czas zrobić im testy narkotykowe. Może warto pójść krok dalej. Uzupełnijmy kontrakt terapeutyczny o obowiązek poddawania się regularnym badaniom krwi, sprawdzajmy próby wątrobowe, dzwońmy do bliskich pacjenta i pytaj-

my, czy używa substancji. Zastanawiam się, czy istnieje sposób na sprawdzenie, czy osoba z doświadczeniem patologicznego hazardu mówi nam prawdę. Jeśli to okaże się skuteczne, to może warto wykorzystywać mechanizmy kontroli wśród innych osób potrzebujących pomocy. Może zacznijmy wymagać od osób dokonujących samookaleczeń, żeby oprócz przyznania się do robienia sobie krzywdy pokazywały nam swoje ciało w celu sprawdzenia, czy rzeczywiście w ostatnim tygodniu nie przybyło ran.

CZAS NA ZMIANĘ

Zajmując się profesjonalną pomocą osobom uzależnionym, nie wyobrażam sobie, żeby stawać się karzącym i kontrolującym rodzicem. Nie chcę stawać się superego pacjenta, które wymaga posłuszeństwa. Chciałbym, by moją rolą było zbudowanie bezpiecznej relacji i tworzenie miejsca, w którym pacjent może wykorzystać swój potencjał i zadbac o siebie. Ja chcę być towarzyszem tej podróży.

Jeśli podstawową formą leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest psychoterapia, to może warto, by leczenie uzależnień śmieiej zmierzało w jej kierunku. Myślę, że dobrym krokiem może być szersza dyskusja dotycząca słuszności sprawdzania alkomatem trzeźwości osób korzystających z pomocy.

EDWIN PAŁYGA



Psycholog, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień. Pracuje w Zamojskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

BIBLIOGRAFIA

1. Czabała, J. Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009
2. Lambert, M. J., Ogles, B. M., *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 139-193). New York 2004
3. Edwin Pałyga – psycholog, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, pracuje w Zamojskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Stoimy wobec zmian, komercjalizacji i urynkowieniu usług pomocowych

Rozmowa z **ELŻBIETĄ RACHOWSKĄ** – psychoterapeutką, kierownikiem OTOU w Toruniu, współorganizatorem konferencji pod tytułem:

ETYKA I ETOS W ZAWODZIE PSYCHOTERAPEUTY UZALEŻNIEŃ

Niedawno ukazał się efekt pracy zespołu, który przygotował kodeks etyczny dla naszego środowiska. Czy to dlatego pojawia się konferencja w Toruniu? Jako zaproszenie do dyskusji?

Myślę, że czas zmian jest dobrym momentem, by podejmować dyskusję na temat aspektu etycznego zawodu terapeuty uzależnień.

Często zwraca się uwagę na kształcenie kompetencji terapeutycznych, podnoszenie wiedzy teoretycznej psychoterapeutów, a chyba zbyt mało jest dyskusji nad aspektami etycznymi, wartościami, warunkami, w jakich odbywa się terapia.

Terapeuci wykonując swoje zadania, dysponują ważnymi informacjami dotyczącymi osobistych spraw pacjentów. Są zobowiązani do zapewnienia bezpieczeństwa osobom, które z racji problemów wynikających z uzależnienia znajdują się w gorszej sytuacji psychologicznej i społecznej. Dobro osobiste pacjentów, ich zdrowie, godność a także dobre imię może być zagrożone.

Zadania zawodowe psychoterapeuty są realizowane z dużą samodzielnością, jeżeli chodzi o wybór strategii i metod pomocy oraz podejmowanych decyzji. Uważam, że w związku z dużą niezależnością zawodową, brakiem instytucjonalnej czy administracyjnej kontroli, z istoty rzeczy musi towarzyszyć terapeutom osobista odpowiedzialność za podjęte działania. W tej sytuacji funkcje kontrolne i dbałość o wysoki poziom pomocy przejmuje samo środowisko zawodowe.

Zawarte w Kodeksie Etyki przepisy służą ochronie osób korzystających z pomocy terapeutycznej. Deontologia zawodowa wspomaga także samych profesjonalistów, jej przepisy pełnią funkcję przewodnika



moralnego, informują, jakie zasady decydują o etyczności praktyki terapeutycznej. Skatalogowany zbiór norm moralnych, dotyczący postępowania terapeutycznego, sprzyja budowaniu etosu terapeuty uzależnień oraz kreowaniu pożądanych powinności moralnych tegoż środowiska.

Etyka to nie tylko odpowiedzialność terapeutów i środowiska. Kto jeszcze tworzy naszą rzeczywistość?

Mimo wszystko jednak od nas jako środowiska dużo zależy.

Nie bez znaczenia jest także finansowanie pomocy psychoterapeutycznej. Okazuje się, że np. Narodowy Fundusz Zdrowia niżej wycenia świadczenia psychoterapii grupowej czy psychoterapii rodzinnej, małżeńskiej niż psychoterapii indywidualnej.

W związku z tym wiele placówek ma problemy organizacyjne z przygotowaniem oferty tak, by terapeuta zatrudniony na tzw. kontrakcie prowadził terapię grupową. To z kolei powoduje ograniczony dostęp do tych świadczeń.

Aktualnie toczą się prace w zespole przy Ministrze Zdrowia nad reformą lecznictwa uzależnień, ale mam poczucie, że brakuje informacji w środowisku psychoterapeutów uzależnień, na czym ta reforma będzie polegała, jakie ustawodawca będzie proponował standardy pomocy psychoterapeutycznej i w jaki sposób będą one promowane i przestrzegane, czy dokonana na poziomie specjalizacji w ochronie zdrowia regulacja zawodu psychoterapeuty uzależnień jest wystarczająca z punktu widzenia sposobu oraz zakresu tej regulacji.

Jaka jest tutaj rola superwizorów? Pracodawców?

Uważam, że superwizja jest tym miejscem, gdzie powinniśmy zadawać sobie pytania: Jaki powinien być psychoterapeuta uzależnień? Jakie powinien posiadać dyspozycje moralne? Czy dobry terapeuta to człowiek odpowiedzialny, rzetelny i uczciwy?

W obliczu komercjalizacji i urynkowieniu usług pomocowych cechy te wydają się niewystarczające, by realizować misję pomocy terapeutycznej.

W superwizji możemy przyjrzeć się, jak realizujemy w procesie terapeutycznym roztropność, mądrość i cierpliwość jako dyspozycje w dokonywaniu właściwych decyzji i wyborów. Oczywiście za postępowanie zgodne z zasadami Kodeksu Etyki odpowiadają także organizatorzy placówek terapeutycznych, publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych. Ich rola to także dbałość o to, by udzielane w nich świadczenia były realizowane zgodnie ze standardami dobrej praktyki nt. pomocy osobom uzależnionym jak i zgodnie z zasadami etyki.

Coraz więcej jest także tzw. prywatnych ośrodków terapeutycznych niefinan-

sowanych przez NFZ, gabinetów indywidualnych, gdzie same osoby prowadzące taką działalność odpowiadają a to, czy ich działanie jest kompetentne i etyczne.

Co będzie treścią spotkania w Toruniu?

W związku z zakończeniem prac nad nowym kodeksem etyki psychoterapeuty uzależnień, które zainicjowało Krajowe Centrum Profilaktyki Uzależnień, pragniemy zwrócić uwagę środowiska na ten istotny aspekt naszej pracy. Chcemy poruszyć najważniejsze aspekty etyki, w obszarze deontologii zawodowej ukierunkowanej na dobro człowieka i pozostającej w jego służbie. Celem konferencji będzie skłonienie środowiska psychoterapeutów uzależnień do refleksji teoretycznej, jak i codziennej praktyki nad zagadnieniami etycznymi w kształtującym się zawodzie psychoterapeuty uzależnień jako zawodu zaufania publicznego. Aktywny udział w konferencji i swoje wystąpienia potwierdzili:

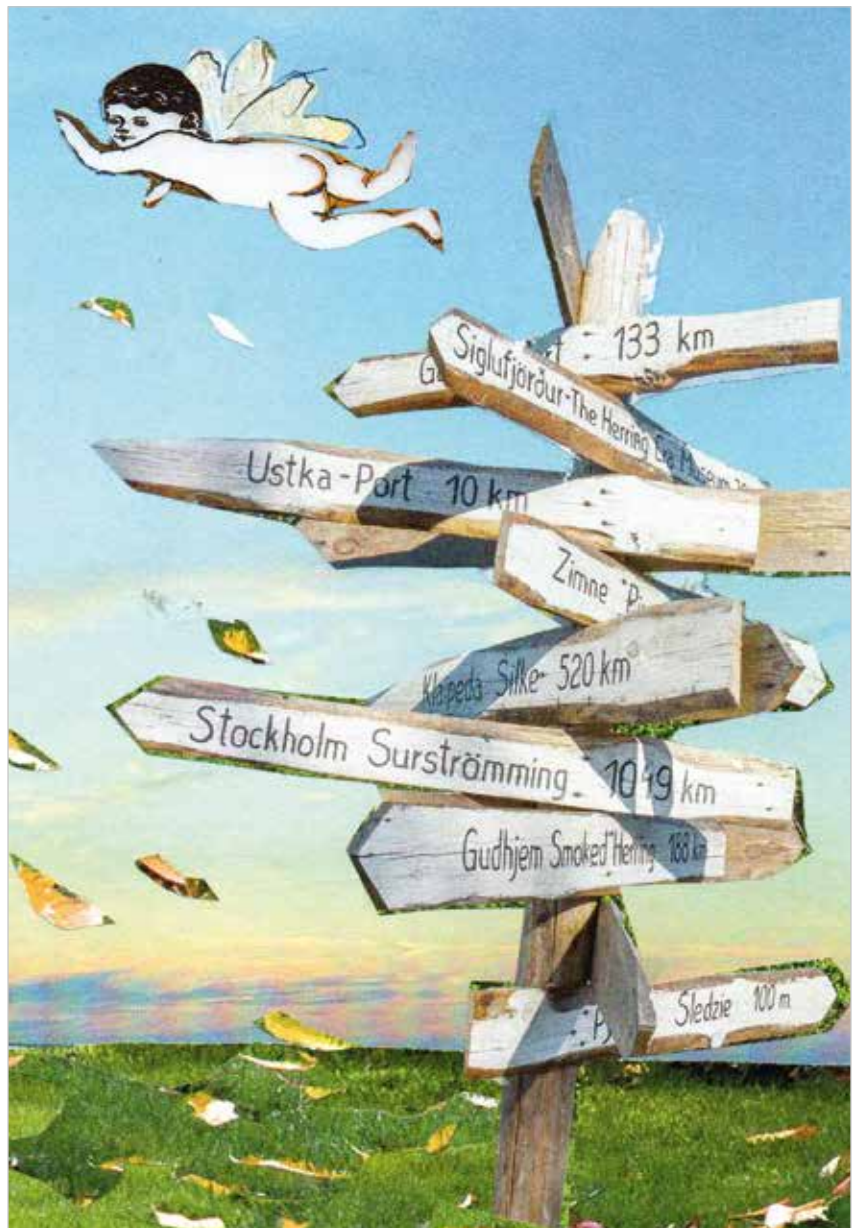
- dr hab. Marcin Zdrenka, prof. UMK, który jako filozof odniesie się do pracy i postaw terapeutów,
- dr n. hum. Ireneusz Kaczmarczyk, redaktor naczelny czasopisma „Terapia Osób Uzależnionych i ich bliskich”, którego wystąpienie będzie związane z kształtowaniem etosu pracy psychoterapeuty uzależnień,
- dr n. pr. Kamila Kocańda, która przedstawi temat: „Czy ustawodawca postąpił etycznie wobec psychoterapeutów uzależnień?”
- Rajmund Janowski, członek Rady Superwizorów i zespołu pracującego nad nowym kodeksem etyki,
- Janusz Strzelecki przewodniczący zespołu pracującego nad kodeksem etyki.

Poza wystąpieniami prelegentów planujemy dyskusję panelową z udziałem prelegentów i audytorium.

Co jest celem głównym konferencji?

Zależałoby mi, aby konferencja wzbudziła refleksję nad naszą codzienną pracą psychoterapeutyczną, która często jest nielatawa i nie zawsze przebiega w sprzyjających warunkach.

Może zbyt mało i za rzadko myślimy i mówimy, że o terapii moralnie wartościowej decyduje także kondycja moralna osoby pomagającej. To nasze sumienie, obok wiedzy profesjonalnej, doświadczenia życiowego, rozpoznania sytuacji, pozwalają rozstrzygnąć zwłaszcza dylematy moralne.



Poza tym myślę, że ważnym nurtem w dyskusji będą także aspekty prawne: Jaką moc prawną ma Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień? Czy skodyfikowane normy etyczne mogą zastępować lub uzupełniać normy prawne, a jeżeli tak, to kiedy i w jakim zakresie?

Chciałabym zaznaczyć, że konferencja odbędzie się pod honorowym patronatem Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Krajowego Centrum

Przeciwdziałania Uzależnieniom. Dodam jeszcze że Piotr Jabłoński ma również wziąć w niej udział. Zatem w imieniu organizatorów serdecznie zapraszam do wspólnego spotkania i dyskusji w czasie konferencji.

Dziękuję za rozmowę.

Rozm. J.B.

KONFERENCJA: „ETYKA I ETOS W ZAWODZIE PSYCHOTERAPEUTY UZALEŻNIEŃ”

- Miejsce: Międzynarodowe Centrum Spotkań Młodzieży, ul. Łokietka 3, Toruń, sala – V piętro
- Data: 12.10.2022 r.
- Zgłoszenia: konferencja@wotuiw.torun.pl



O ostatecznym kształcie oferty pomocy, jaką kierujemy do uzależnionych oraz ich bliskich, decyduje współpraca wielu osób zajmujących się tą problematyką: psychologów, terapeutów i ich superwizorów, ale także naukowców, profilaktyków i specjalistów zajmujących się projektowaniem, organizacją i funkcjonowaniem insty-

tucji i systemów leczenia oraz wspierania adresatów tej oferty. Poza nielicznymi konferencjami, nie spotykamy się w tak szerokim gronie specjalistów. Naszym pragnieniem jest, aby kwartalnik „Terapia Osób Uzależnionych i ich Bliskich” uzupełniał ten brak – był takim spotkaniem, forum wymiany wiedzy i doświadczeń. O warunkach owocnego spotkania specjalistów mówi w wywiadzie zamieszczonym w tym numerze kwartalnika Krzysztof Parusiński. Wśród tych warunków ważne miejsce zajmuje ciekawość. Prezentując wypowiedzi osób zajmujących się uzależnieniami, z różnych pozycji i perspektyw pragniemy tę ciekawość siebie wzmacniać, zachęcić naszych Czytelników do zainteresowania się tym, czym kierują się osoby uczestniczące w tym złożonym procesie, jakim jest pomaganie osobom uzależnionym i ich bliskim. Chcemy pokazać, z jakimi wyzwaniem i trudnością, co wspiera, a co ogranicza możliwości ich działania. Brak tej ciekawości rodzi niezrozumienie, które bywa poważną przeszkodą we współpracy wszystkich ogniw łańcucha pomocy osobom uzależnionym i ich bliskim. Gotowość zaś do tej współpracy i jej owocny przebieg decydują o efektywności pracy nas wszystkich. Nie wszyscy musimy się na wszystkim znać, ale zaniechaniem jest nieskorzystanie

z wiedzy innych. Będąc siebie ciekawi, zobaczymy więcej. Mam nadzieję, że łamy naszego kwartalnika okażą się tym miejscem, które ciekawość budzi i daje jej zaspokojenie.

David Farnsworth



OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO



Szanowni Państwo,
Działamy. Piszemy. Drukujemy. Publikujemy.

Naszą intencją jest stworzenie profesjonalnego piśmiennictwa dla profesjonalistów.

Również strona www.touib.pl żyje między innymi dzięki Państwa zaangażowaniu i publikacjom, które decydujecie się nadsyłać do Redakcji.

Przemyślenia Czytelników na temat pracy, kierun-

ków rozwoju, nowych paradygmatów w podejściu do osób z problemem używania są ważne nie tylko dla Zespołu Redakcyjnego. Mogą dotrzeć do szerokiego grona odbiorców, cały świat może to przeczytać, a wszystko dzięki internetowemu wydaniu.

Zapraszamy, twórcze, piszcie, dzielcie się Państwo wiedzą i doświadczeniem, przysyłajcie Wasze refleksje, a my będziemy je publikować. Będziemy również zagęszczać biblioteczki autorów najciekawszych wypowiedzi książkami Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Serdecznie pozdrawiam zapraszam do współpracy.

Piotr Cholerzyński
– redaktor wydania internetowego



Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

ŚLĄSKA FUNDACJA "BŁĘKITNY KRZYŻ" ZAPRASZA TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ I LEKARZY na szkolenie pn. PRZYWIĄZANIE CZY UWIĄZANIE

Szkolenie będzie miało formę warsztatowo-wykładową w wymiarze 60 godzin. Zajęcia będą odbywały się w dwóch sesjach zjazdowych o tematyce:

- 1 zjazd (3-dniowy) - Wykłady i warsztaty dotyczące przywiązania i traumy.
- 2 zjazd (4-dniowy) - Wykłady i warsztaty dotyczące uzależnień behawioralnych w powiązaniu z przywiązaniem i traumą.

Wymagania dla uczestników:

1. Wypełniona ankieta zgłoszeniowa [ANKIETA ZGŁOSZENIOWA](#)
2. Zatrudnienie w Ośrodku Leczenia Uzależnień (informujemy, że wg wytycznych KBPN pierwszeństwo uczestniczenia w szkoleniu mają osoby zatrudnione w placówkach świadczących bezpłatną pomoc dla osób uzależnionych)
3. Wykonywany zawód terapeuty uzależnień lub lekarz
4. Uiszczenie opłaty rekrutacyjnej w wysokości 200,00 zł na konto numer: 39 8111 0009 2001 0034 8519 0033

ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA!!!

INFORMUJEMY, ŻE PRZYJMujemy ZAPISY TYLKO NA CAŁOŚCIOWE SZKOLENIE A NIE NA WYBRANY MODUŁ.

TERMIN SZKOLENIA

- ZJAZD 1 - 16-18 wrzesień 2022
ZJAZD 2 - 13-16 październik 2022

MIEJSCA SZKOLENIA:

Ośrodek Błękitnego Krzyża im. Matki Ewy
ul. Paderewskiego 3,
43-200 Pszczyna
woj. śląskie

KONTAKT:

telefon: 501-399-178

e-mail: granty@bk-europe.pl temacie e-mail: „szkolenie przywiązanie czy wiązanie 2022”



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.



Poznaj możliwości analizy łańcuchowej w terapii DBT



Oryginalna monografia dostarczająca materiału, który zmusza do przemyślenia, czym jest koncept diagnozy psychoterapeutycznej



Klarowny opis podstawowych pojęć i technik DM, uzupełniony o dialogi, ćwiczenia i praktyczne zadania



Kompleksowy podręcznik poświęcony zespołom konsultacyjnym w DBT



Po dogoterapii i hipoterapii nadszedł czas na ptakoterapię!



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO

www.wuj.pl

