

Wstęp

Praca z osobami uzależnionymi w oparciu o filozofię redukcji szkód, jest nadal w mojej ocenie obszarem mocno zaniedbanym, zarówno w teorii jak i praktyce pomagania osobom uzależnionym w Polsce. Na tle krajów Europy Zachodniej wprowadzenie strategii redukcji szkód, w odniesieniu do pracy terapeutycznej z pacjentami uzależnionymi od narkotyków, w naszym kraju można uznać za spóźnione. Po raz pierwszy w naszym systemie opieki to określenie wprowadzono w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 1996-2005. Dla porównania w Holandii, Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych redukcję szkód jako nurt działań dedykowanych osobom przyjmującym narkotyki wprowadzono na początku lat 80-tych¹. Ale czym właściwie jest strategia redukcji szkód?

Harm Reduction (redukcja szkód) jest jednym z najnowszych sposobów rozumienia i reagowania na problemy pacjentów czynnie uzależnionych. Dzięki zmianom w paradygmacie rozumienia uzależnienia jako choroby, a nie "moralnego zepsucia", możliwe stało się zastąpienie strategii karania, leczeniem tych osób. Zgodnie z koncepcją samoleczenia (Khantzian, 1985) przyjmowanie narkotyków jest formą samoopieki a motywacja do używania substancji jest sposobem na rozwiązanie problemów. Dlatego redukcja szkód, w miejsce dogmatu całkowitej abstynencji wprowadza cel, jakim jest "zmniejszenie szkodliwości używania substancji psychoaktywnych oraz innych ryzykownych zachowań"². Polega na podejmowaniu stopniowych małych kroków w kierunku jak najmniejszego ograniczenia konsekwencji w odniesieniu do konkretnej osoby w danym czasie.

Mimo upływu lat nadal w Polsce, w niektórych środowiskach i modalnościach terapeutycznych, wymóg pełnej abstynencji jest warunkiem kwalifikacji do leczenia i jedynym możliwym celem zmiany³. Popularyzacja strategii redukcji szkód i alternatywnych celów terapeutycznych, takich jak ograniczenie konsekwencji zażywania, zwiększają możliwość objęcia opieką tych osób, które z różnych względów nie są gotowe na pełną abstynencję.

¹ Zygadło M., Sempruch-Malinowska K., *Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych*, str. 253-254, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wyd. KBdsPN 2012 r.

² Tatarsky A., Kellog S., *Psychoterapia integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód. Studium przypadku używania substancji psychoaktywnych, wieloletniej traumy i skłonności samobójczych*, str. 239-240, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wyd. KBdsPN, Warszawa 2012 r.

³ Tatarsky A., *Redukcja Szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, str. 17-21 Wyd. KBdsPN, Warszawa 2007 r.

Osoby zgłaszające się do specjalisty są w różnym stadium uzależnienia, różnią się gotowością i motywacją do zmiany, dysponują zróżnicowanymi zasobami. Koncepcja redukcji szkód jest szansą dla tych, którzy początkowo nie wyrażają gotowości do pracy nad całkowitą abstynencją. Oczywiście nie oznacza to, że w trakcie trwania spotkań ich motywacja nie ulegnie zmianie – w kierunku dążenia do całkowitego zaprzestania używania substancji.

Superwizja pracy w oparciu o filozofię redukcji szkód

Oddziaływania ukierunkowane na ograniczanie zażywania lub bezpieczniejsze używanie substancji oraz redukcję negatywnych konsekwencji wywołanych nadużywaniem, może przynieść równie zadowalające efekty jak terapia zakładająca pracę w kierunku całkowitej abstynencji. Redukcja ilości spożywanego środka ma zawsze korzystny wpływ na zdrowie pacjenta – zarówno somatyczne jak i psychiczne. To z kolei może przekładać się na polepszenie funkcjonowania społecznego pacjenta: poprawę samopoczucia, sprawniejszą realizację zadań życiowych czy naprawę relacji z bliskimi.

Podstawowe cele redukcji szkód - indywidualne podejście do klienta, rozpoczęcie pracy w punkcie w jakim znajduje się klient, założenie, że ma on zasoby, które można wykorzystać, akceptacja niewielkich zmian we właściwym kierunku, nawiązanie wzajemnej i wzmacniającej relacji z klientem - są zgodne z założeniami większości szkół psychoterapii. Podobnie jak w procesie terapii w praktyce redukcji szkód kładzie się duży nacisk na relację terapeutyczną i zaufanie jako podstawy skutecznej pomocy⁴.

Jednakże, z uwagi na specyfikę pracy w oparciu o redukcję szkód oraz kontekst społeczno-kulturowy, psychoterapeuci oraz osoby pracujące w serwisach pomocowych dla osób uzależnionych, takich jak programy wymiany igieł i strzykawek, punkty dziennego pobytu, pokoje iniekcyjne, programy substytucji, partyworking, mogą doświadczać szczególnych konfliktów i niejednokrotnie dylematów etycznych. Dlatego tak ważne jest, aby również poddawali swoją pracę superwizji, w celu możliwości omówienia swojej pracy i interwencji.

Tak jak za bezdyskusyjne przyjmuje się włączenie superwizji w procesie kształcenia psychoterapeutów, tak w mojej opinii, powinno to również dotyczyć działań niskoprogowych adresowanych do osób pozostających w czynnym uzależnieniu. Istnieje wiele modeli i

⁴ Tatarsky A., *Redukcja Szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, str. 46-47 Wyd. KBdSPN, Warszawa 2007 r.

definicji superwizji, a każdy z nich koncentruje się na innym aspekcie pracy terapeutycznej. Za podstawową definicję superwizji uznaje się sytuację “w której bardziej doświadczony terapeuta przygląda się pracy mniej doświadczonego po to, by przekazać mu swe uwagi dotyczące pracy z pacjentem”⁵ czyli proces uczenia się nad wzbogacaniem własnych umiejętności i doświadczenia zawodowego, które docelowo mają służyć klientowi zgłaszającemu się po pomoc.

W tym opracowaniu chciałabym się szczególnie przyjrzeć trudnościom i wyzwaniom osób rozpoczynającym praktykę zawodową w ramach pomocy oferowanej w punkcie dziennego pobytu Drop-In Krakowska 19 w Krakowie. Jest to miejsce, które oferuje szeroki zakres działań socjalnych i edukacyjnych dla osób używających narkotyków w sposób problemowy oraz dla osób uzależnionych od narkotyków. Wśród pracowników wspomnianego punktu dziennego pobytu znajdziemy zarówno osoby doświadczone, posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, jak również osoby zaczynające swoją praktykę zawodową czy to realizując staże zawodowe, praktyki studenckie czy wolontariat.

Superwizanci poszukują informacji o tym, jak unikać błędów, jak konstruować pomysły i strategie wywoływania pozytywnych zmian, ale i jak radzić sobie z silnymi emocjami i uczuciami w pracy z tak trudnym klientem. Najczęstszym tematem jaki wnoszą do superwizji osoby zaangażowane w różne formy pomocy osobom czynnie uzależnionym, są wątki przeciwprzeniesienia w relacji z klientem. Zazwyczaj dotyczą one takich uczuć jak złość, poczucie bezradności i niejednokrotnie winy. W swojej codziennej pracy narażeni są na bardzo ekstremalne doświadczenia takie jak przedawkowania, aktywne stany psychiatryczne czy zachowania społecznie nieakceptowane tj. kradzieże, handlowanie środkami psychoaktywnymi, przemoc, prostytutka, zażywanie narkotyków w ciąży etc. Superwizja tak wyczerpującej emocjonalnie pracy pomaga zredukować stres, otrzymać wsparcie emocjonalne i znaleźć nowe sposoby radzenia sobie z wyzwaniami, zgodne z zasadami etycznymi.

Tym co sprawia wiele trudności to umiejętność zachowania neutralności w relacjach z klientami, którzy stosują cały szereg strategii manipulacji oraz postawienia i utrzymania granic tym, którzy prezentują bardzo roszczeniowe postawy. Powstrzymanie się od “moralnej oceny” może zapobiegać przedwczesnemu wypaleniu zawodowemu i umożliwiać poszukiwanie skutecznych rozwiązań.

⁵ Gawęda D., *Kilka uwag o lęku przed poczuciem bezradności w superwizji*, str. 33-38 [w:] Psychoterapia 3 (186), 2018 r.

Innym trudnym aspektem są sytuacje kryzysowe i ryzykowne w pracy, które wymagają aktywnego działania, skontrolowania strachu i niepewności. Czasem interwencje dotyczą uspokajania nadmiernie pobudzonych lub działających bardzo impulsywnie klientów. Do częstych sytuacji należą stan silnej intoksykacji, agresja wobec pracowników i innych klientów, groźby samobójcze.

Warto zaznaczyć, że niskoprogowe programy redukcji szkód z założenia nie zajmują się psychoterapią swoich klientów, a są ukierunkowane na poprawę ich sytuacji zdrowotnej i socjalnej oraz ograniczeniem konsekwencji biopsychospołecznych spowodowanych używaniem narkotyków. Pomimo tego, zdarza się, że w ich codziennej pracy podejmują z klientami trudne rozmowy dotyczące ich historii życiowej czy aktualnego funkcjonowania. Są niejako w roli "słuchającego i dobrego/złego" obiektu. Czasem mają za zadanie wesprzeć w kryzysie, zmotywować do leczenia, użyć elementów psychoedukacji co może powodować trudność w powstrzymaniu się od wejścia w rolę psychoterapeuty. Zwłaszcza, kiedy klienci mniej lub bardziej świadomie, prowokują do fantazji o własnej narcystycznej omnipotencji. Stąd wiele pytań superwizyjnych jak budować bezpieczną relację i zachować odpowiedni dystans w pracy z klientem.

Podsumowanie

W tradycyjnym modelu leczenia odwykowego dominował pogląd, zgodnie z którym w terapii należy kłaść nacisk na cechy wspólne użytkowników narkotyków - niejako jeden uniwersalny model autodestrukcyjnego używania. To prowadziło do praktyk, gdzie programy konstruowano według jednego modelu, który będzie się miał sprawdzać w przypadku każdego pacjenta. W efekcie, spora grupa pacjentów nie korzystała z oferty leczenia a skuteczność leczenia była bardzo niska. To mocno wpłynęło na postrzeganie pacjentów uzależnionych jako "trudnych do leczenia", zarówno przez psychoterapeutów jak i psychiatrów. Założenia jakie promuje filozofia Harm Reduction pozwalają spojrzeć nieco szerzej na etiologię i sposób leczenia pacjentów. To również w oczywisty sposób zmienia optykę, zakres i cel superwizji. W miejsce nacechowanego idealistycznie i usztywnionego tradycyjnego modelu pojawia się holistyczne myślenie o poprawie funkcjonowania osoby uzależnionej, uwięzionej w ambiwalencji dotyczącej używania i uciekania w stan odurzenia. Pozwala na szerszą perspektywę myślenia o potrzebach i możliwościach rozwiązywania całego spectrum problemów związanych z uzależnieniem od narkotyków. Superwizor pomaga terapeutom rozwijać nowe techniki i kierunki pracy, czasem niekonwencjonalne i pionierskie, które jeszcze aktualnie mogą spotkać się z ostrą krytyką i wzbudzać wiele kontrowersji w środowisku specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia.

Bibliografia:

1. Gawęda D., *Kilka uwag o lęku przed poczuciem bezradności w superwizji*, str. 33-38 [w:] *Psychoterapia* 3 (186), 2018 r.
2. Tatarsky A., *Redukcja Szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, str. 46-47 Wyd. KBdsPN, Warszawa 2007 r.
3. Tatarsky A., Kellog S., *Psychoterapia integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód. Studium przypadku używania substancji psychoaktywnych, wieloletniej traumy i skłonności samobójczych*, str. 239-240, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wyd. KBdsPN, Warszawa 2012 r.
4. Zygadło M., Sempruch-Malinowska K., *Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych*, str. 253-254, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wyd. KBdsPN 2012 r.