

Superwizja psychoterapii pacjentów z podwójną diagnozą - czy jest inna?

Podwójna diagnoza jest terminem klinicznym, który określa współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia psychicznego oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Jest to grupa niejednorodna, do której zaliczyć można osoby z rozpoznaniem przewlekłych chorób psychicznych, zaburzeń osobowości, nastroju oraz zespołów lękowych. W swych rozważaniach skupię się głównie na pacjentach z doświadczeniem psychozy (pierwotnej lub wtórnej do zażywania SPA, najczęściej z przewlekłym jej przebiegiem). Badania potwierdzają, że osoby z podwójną diagnozą stanowią od 30 do 40% osób uzależnionych oraz od 16 do 50% chorych psychicznie. To bardzo duża grupa pacjentów, z których część trafia do leczenia odwykowego. Współwystępowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i chorób psychicznych jest tłumaczone na kilka sposobów. Po pierwsze choroba psychiczna może prowadzić do używania substancji psychoaktywnych i rozwoju zaburzeń z tym związanych. Z drugiej strony przyjmowanie substancji psychoaktywnych może indukować wystąpienie zaburzeń psychicznych. Trzecie wyjaśnienie mówi o tym, że nadużywanie substancji psychoaktywnych może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków. Natomiast ostatnie wyjaśnienie sugeruje, że może to być przypadkowa koincydencja 2 zaburzeń np. schizofrenii i uzależnienia.

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

Obraz kliniczny pacjentów z PD, jak można zauważyć wyżej, jest bardzo nieoczywisty i często bywa wielowymiarowy. To tzw. „trudna grupa” pacjentów, która może w terapeutach

budzić różne, często skrajne emocje, ale też sprawia, że często borykają się oni ze specyficznymi pytaniami, które mogą być kierowane do superwizora: Czy któreś zaburzenie należy leczyć jako pierwsze? Czy choroby mogą wpływać na siebie niekorzystnie, jaka jest ich dynamika? Czy leczenie obu zaburzeń powinno się odbywać w odrębnych, wyspecjalizowanych placówkach, czy też może być prowadzone przez jeden zespół terapeutyczny. Jakie kwalifikacje powinna mieć osoba pomagająca pacjentom z PD? Czy w planowaniu leczenia ma znaczenie, czy zaburzenia psychiczne są pierwotne, czy wtórne do używania SPA? Czy praca z tą grupą pacjentów jest sensowna, może być efektywna? Na jakie specyficzne zjawiska charakterystyczne dla pracy z tą grupą pacjentów należy się przygotować? Myślę, że takie pytania można by mnożyć i z tą mnogością będziemy się mierzyć w swojej pracy superwizorskiej. Myśląc o swoim doświadczeniu pracy z pacjentami z PD, którą uważam za ciekawą, niezwykle inspirującą i zmuszającą to szukania często nieoczywistych rozwiązań, chciałam się pochylić nad dwiema kwestiami (choć to oczywiście nie wyczerpuje tematyki wątpliwości związanych z tą pracą), z którymi mogą się do superwizorów zgłaszać terapeuci pracujący z tymi pacjentami. Po pierwsze to różne kwestie związane z farmakoterapią, która w przypadków osób z PD zawsze jest pierwszą metodą z wyboru. Po drugie to wszystko co wiąże się z relacją terapeutyczną w pracy z pacjentami uzależnionymi ze współwystępującą psychozą. Sądzę bowiem, że te zjawiska mają inną, swoistą specyfikę w psychoterapii pacjentów uzależnionych, którzy jednocześnie doświadczają choroby psychicznej.

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

Kolejną, ważną kwestią w pracy z tymi pacjentami jest kontakt z psychiatrą, który leczy danego pacjenta. Zachęcajmy do tego superwizantów. Może to im ułatwić odróżnienie

objawów związanych z podstawowym problemem pacjenta (np. objawy pozytywne, negatywne, nastawienie ksozne, formalne zaburzenia myślenia) od tych, które łączą się z działaniem leków (np. objawy pozapiramidowe, większa ospałość po iniekcji, problemy z wagą, spowolnienie psychoruchowe, itp.). Wiedza na temat działania leku ma na celu uniknięcie błędnej diagnozy i konceptualizacji pacjenta wynikających z interpretacji objawów brania leków jako bezpośrednio związanych z psychologicznym problemem chorego.

Inna, nie mniej ważna kwestia, to w przypadku farmakoterapii lekami przeciwpsychotycznymi bardzo ważna jest psychoedukacja pacjentów w zakresie konieczności ich stosowania oraz edukacja na temat objawów niepożądanych związanych z leczeniem. Nie chodzi o to, by terapeuci wchodzili w kompetencje lekarzy lub uzurpowali sobie prawo do pełnienia ich roli. Jednak z oczywistych względów mają z chorymi częstszy i dłuższy kontakt, co daje możliwość poświęcenia pacjentowi większej ilości czasu, którego część można spożytkować na psychoedukację w zakresie leczenia biologicznego. Myślę, że rolą superwizora jest zachęcanie terapeutów, do tego, aby sami edukowali się w tej kwestii, jak i nawiązywali kontakt z lekarzami prowadzącymi pacjentów. Istotne dla psychoterapeuty informacje dotyczące farmakoterapii, które może uzyskać dzięki współpracy z psychiatrą to: nazwa leku, jego profil farmakologiczny, sposób podawania, cel aktualnego leczenia farmakologicznego, na przykład leczenie ostrej fazy zaburzenia vs leczenie profilaktyczne.

Celem farmakoterapii w tej grupie pacjentów jest pomoc w ich zdolności do panowania nad sobą, przez kontrolowanie objawów, które w przypadku psychozy mają nierzadko dramatyczny przebieg. Działanie leku może sprawić, że pacjent poczuje, iż to, czego dotychczas nie był w stanie opanować w sobie (objawów, zespołów objawów), może być całkowicie lub częściowo lepiej kontrolowane. W takim sensie cel działania farmakoterapii może zbliżać się do celów psychoterapii. Dlatego na koniec wątku o lekach, chciałam zaznaczyć jeszcze jeden ciekawy element, na który warto zwracać uwagę superwizantom. Odpowiedź kliniczna na leczenie jest wypadkową profilu farmakologicznego leku oraz jego modyfikacji przez wiele różnych czynników: intrapsychicznych, przeniesieniowych, przeciwprzeniesieniowych oraz zewnętrznych. Farmakoterapia nie jest więc interwencją wyłącznie biologiczną. Ma wiele psychologicznych aspektów, które mogą być w terapii eksplorowane, np. lek jako obiekt relacji. Bardzo polecam teksty S. Murawca, który sporo pisze na ten temat.

Chciałabym teraz przejść do drugiego obszaru tematycznego, który zasygnalizowałam na początku niniejszych rozważań. Należy pamiętać, że grupa pacjentów, o której piszę, należy do najtrudniejszych i najbardziej nieufnych klientów poradni i ośrodków leczenia uzależnień, z którymi nie jest łatwo nawiązać kontakt terapeutyczny. Dlatego nastawienie się na długą, wieloletnią relację z pacjentem, jest tym na co warto uwrażliwiać, przede wszystkim

młodych terapeutów uzależnień. Większość z tych pacjentów nie ma wglądu w swój stan psychiczny (tym bardziej w swoje uzależnienie). Trzeba więc skupić się na nawiązaniu z nimi bezpiecznej relacji. Terapia powinna pacjentowi dawać przede wszystkim azyl, a nie skupiać się na abstynencji, ponieważ zdecydowana większość tych ludzi, nigdy nie będzie w stanie trwale jej utrzymywać. To co może pozwolić pacjentowi choremu psychicznie poczuć się bezpiecznie to edukacja (o czym pisałam już przy okazji farmakoterapii). Osoby te są bardzo zdezorientowane poznawczo. Szczególnie skomplikowane jest to, co dotyczy emocji i fantazji, dlatego normalizacja to jeden ze składników edukacyjnej roli terapii. Pacjenci psychotyczni doceniają te wysiłki edukacyjne i z ulgą przyjmują normalizację i parafrazę pochłaniających ich myśli i fantazji. W przypadku takich pacjentów najczęściej wybiera się psychoterapię wspierającą, a nie wglądową i opartą na interpretacji. To bardzo ważny aspekt, który często w procesie superwizji, może pomagać terapeutom radzić sobie z frustracją, w sytuacjach, kiedy kusząca jest praca na głębszym poziomie i trzeba z niej zrezygnować. Brak wglądu pacjentów z psychozą może być dla superwizantów szczególnym wyzwaniem przeciwprzeniesieniowym. Mogą się oni czuć zakłopotani widoczną niezdolnością pacjentów do rozumienia rzeczywistości, która dla nich samych wydaje się zupełnie oczywista. Może to rodzić pokusę w postaci tego, że superwizant będzie chciał pokazać pacjentowi realną rzeczywistość, kosztem rezygnacji z wysiłków na rzecz zrozumienia tego, co się z nim naprawdę dzieje. Pacjent to z pewnością wyczuje i poczuje się stygmatyzowany.

Przeciwprzeniesienie superwizanta wobec pacjentów psychotycznych często bywa pozytywne, w porównaniu do innej kategorii pacjentów (np. z zaburzeniami osobowości). Terapeuta często odczuwa wobec nich rodzicielską troskę i głęboką empatię. Co może wynikać z rozpaczliwej potrzeby tych pacjentów, aby nawiązać podstawową więź z drugim człowiekiem oraz nadziei na to, że ich stan się poprawi. N. McWilliams opisuje przeciwprzeniesienie wobec osób psychotycznych jako normalne uczucia macierzyńskie wobec niemowlęcia. „Przywiązanie dziecka w wieku do 1,5 roku jest cudowne, ale jego potrzeby są przerażające.” Co z kolei może przerastać/przerażać superwizantów. Inny, mniej przyjemny aspekt przeciwprzeniesienia w pracy z pacjentem z PD dotyczy granic między normalnością a odstępstwem od niej. Pacjenci permanentnie oscylują pomiędzy psychotycznymi i niepsychotycznymi komponentami własnego ja oraz świata zewnętrznego. Projekcja tych stanów na superwizanta może zamazywać u niego, jego własne granice między normalnością a psychozą i wzbudzać strach przed popadnięciem w obłąd. Jednocześnie może to prowadzić do lepszego zrozumienia świata pacjenta, a przede wszystkim jego stanów emocjonalnych.

N. McWilliams pisze, że terapia wspierająca z pacjentami psychotycznymi powinna się charakteryzować dwoma aspektami, z których jeden może być dla terapeutów

kontrowersyjny/trudny lub niemożliwy do realizacji. Pierwszy aspekt to okazanie pacjentowi, że jako terapeuta jest się godnym zaufania, a drugi to gotowość do odsłaniania siebie. Kilka zdań o obu. W kontakcie z osobą zagrożoną psychozą trzeba dużo bardziej aktywnie demonstrować akceptowanie jej jako równej sobie istoty ludzkiej. Ludzie doświadczający psychoz mają poważne problemy z tożsamością do tego stopnia, że nie są pewni, czy w ogóle istnieją. Mają psychikę tak kruchą, że nieustannie narażone są na psychotyczne załamania i okresy poważnego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Doświadczają urojeń i halucynacji, których trafności nie należy na wstępie podważać. Często nie są zakotwiczone w rzeczywistości. Nie można zatem oczekiwać od nich, aby natychmiast zaczęły zachowywać się w sposób możliwy do przyjęcia dla reszty zdrowej populacji. Kiedy pacjent poczuje, że może terapeutę ufać, to przy jego pomocy może zacząć akceptować to, że jest poważnie chory, a nie tylko uzależniony i że oba te zaburzenia wzajemnie na siebie wpływają. Ten sposób funkcjonowania pacjentów chorych psychicznie może w terapeutach powodować lęk, który często jest projekcją przerażenia i trwogi doświadczanych przez tych ludzi. Naszą rolą jako superwizorów, to bycie pomocniczym ego dla superwizantów, którzy z kolei bardzo często muszą pełnić tę samą rolę dla swoich pacjentów. Natomiast projekcja świata pacjenta na terapeutę, może być na tyle przytłaczająca, że może on się wycofywać z kontaktu z chorym. Co należy superwizantowi pokazać.

Jeśli chodzi o pacjentów z PD to ważnym aspektem pracy jest odsłanianie siebie. Pozwala to zmniejszyć napięcie pacjenta i może sprawić, że będzie terapeutę spostrzegać, jako zwykłego człowieka. Trzeba przy tym zachować jednak dużą ostrożność. Można, to robić poprzez okazywanie niezmienniej szczerości emocjonalnej. Na co nie wszyscy superwizanci mogą być gotowi. Dlaczego to takie istotne? Osoby z PD są niezwykle wyczulone na afektywne niuanse i mają ogromną potrzebę upewniania się, że terapeuta szczerze wyraża swoje emocje. Pracując z osobami bardziej zaburzonymi, trzeba być gotowym na to, by dać się poznać, np. mówiąc o swoich uczuciach. Ci pacjenci doskonale potrafią wyczuć hipokryzję. Są one szczególnie wyczulone na szczerość terapeuty i kiedy ją wyczuwają są za nią wdzięczne. Dlatego z tymi pacjentami często należy pracować na mniej abstrakcyjnym poziomie, a bardziej na konkretnie, często udzielając wprost rad, objaśniając rzeczywistość, itp.

Oczywiście powyższe rozważania nie wyczerpują tematów, o których pisałam. Zdaję sobie z tego sprawę. Jednak, kończąc już, spróbuje w podsumowaniu wypunktować, tematy jakie mogą się pojawiać w superwizji pracy z pacjentami uzależnionymi z współwystępującymi stanami psychotycznymi:

1. Psychoedukacja, którą rozumiem na trzech poziomach. Edukowanie pacjentów przez superwizantów na temat ich choroby, stanów wewnętrznych, ważnej

funkcji farmakoterapii oraz próba normalizowania tego co się da w pracy z tą grupą pacjentów. Kładzenie nacisku na samoedukację terapeutów na temat chorób i zaburzeń psychicznych, co może niekiedy wykraczać poza ich standardową wiedzę o pracy z osobami uzależnionymi. Przede wszystkim w obszarze wiedzy o lekach. Zarówno o ich działaniu na poziomie biologicznym, jak i relacji leku z pacjentem oraz łącznika jakim lek może być między pacjentem a terapeutą. Może to zdecydowanie zmniejszać lęk superwizantów przed pracą z tą grupą chorych. Na samym końcu sami my, superwizorzy musimy być na bieżąco z najnowszą wiedzą na temat chorób psychicznych i farmakoterapii.

2. Kontakt terapeutów uzależnień z psychiatrami. Nie wszyscy będą chcieli lub mają dostęp do tej grupy zawodowej. Naszą rolą jest zachęcanie do tego superwizantów, w taki sposób, aby nie odbierać im sprawczości i poczucia kompetencji. Pokazywanie jak ta współpraca może w realny sposób przekładać się na efektywność terapii osób z PD. Dlatego tak ważne, abyśmy jako superwizorzy nieustannie mieli kontakt z psychiatrami m.in. dzięki, którym możemy być na bieżąco z aktualną wiedzą naukową.
3. Frustracja, to stan, który jest częstym doświadczeniem w pracy z uzależnionymi, którzy chorują psychicznie. Nie wiem nawet, czy nie częstszym niż praca z innymi pacjentami. To wynik częstej wypadalności pacjentów, ich załamań psychicznych, łamania abstynencji, towarzyszenia w stanach, tak bardzo odmiennych od naszych (zazwyczaj), objawów ubocznych działania leków przeciwpyschotycznych, tendencji autodestrukcyjnych łącznie z próbami samobójczymi, itp. Uważam, że naszą rolą, jako superwizorów jest wspieranie psychoterapeutów uzależnień w konsekwentnym nieporzucaniu tak trudnych pacjentów, poprzez urealnianie tego co możliwe w pracy z tą grupą ludzi.
4. To co w przeciwprzeniesieniu u terapeutów, może równoległe pojawiać się w procesie superwizji. Dlatego musimy być uważni na lęk/trwogę/przerażenie i chaos z jakim będą do nas przychodzić terapeuci. Nietrudno będzie nam poczuć, że sami popadamy w obłęd 🤪 A nasze uczucia troski i macierzyńskie mogą nam zaciemniać obraz superwizantów jako sprawczych i kompetentnych profesjonalistów