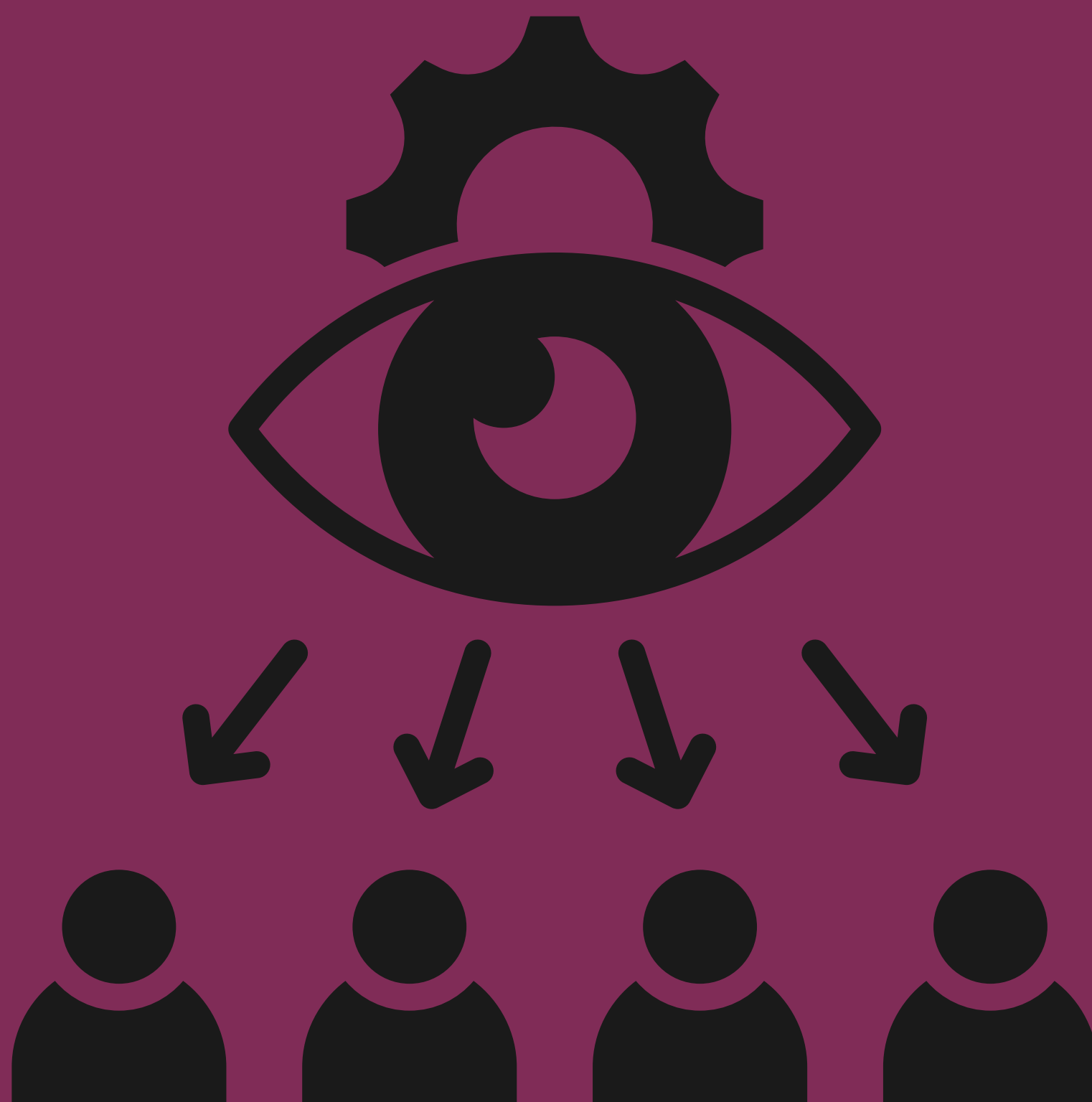


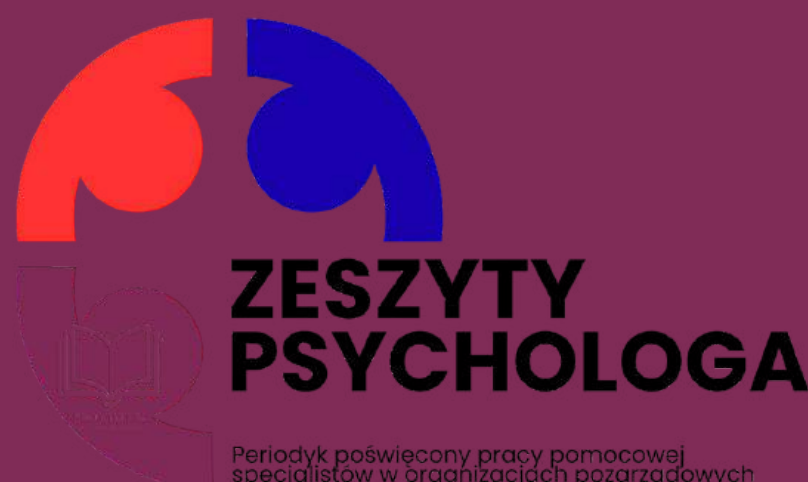
mgr Milena Sielicka
mgr Magdalena Górka
Lena Szturmowska-Jóźwik, Michalina Kutek

SUPERWIZJA



MIĘDZYNARODOWY
ROK WOLONTARIATU
2026

Problematyczne używanie substancji w gabinecie ogólnym



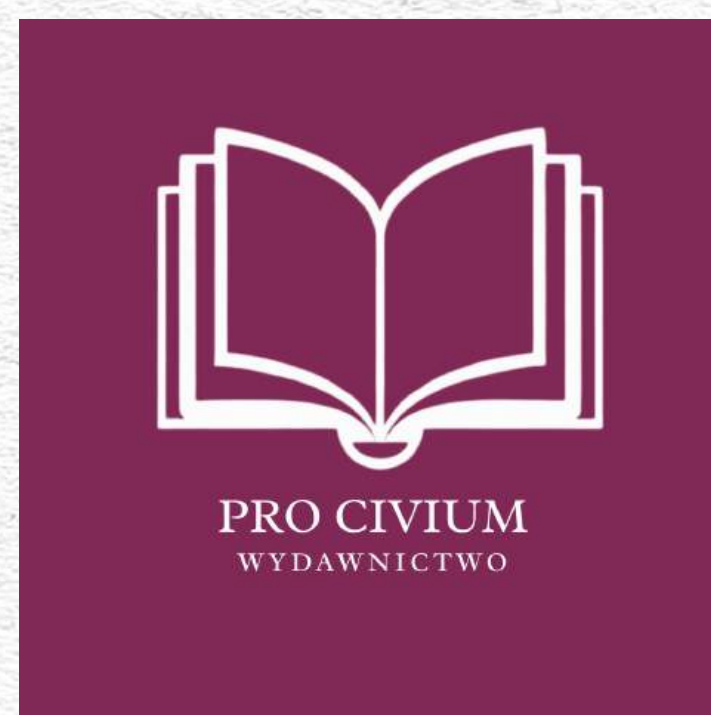
Zeszyty Psychologa; nr 5/05/26
Wydawnictwo Pro Civium
Poznań 2026

Materiał został przygotowany w ramach superwizji grupowej z dnia 31 maja 2026 r., nr 05/26 dla specjalistów Centrum Poradnictwa Stowarzyszenia Inicjatywa Obywatelska Pro Civium

Projekt został dofinansowany przez Narodowy Instytut Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego - Korpus Solidarności, w ramach Rządowego Programu Wspierania Rozwoju Wolontariatu Systematycznego na lata 2018 - 2030, zadanie publiczne "Wszyscy jesteśmy Supermanami!"

Centrum Edukacji i Współpracy ze Szkolnictwem Wyższym,
Opracowanie: Milena Sielicka, Magdalena Górka, Lena Szturmowska-Jóźwik, Michalina Kutek

WSZYSCY JESTEŚMY  Korpus Solidarności
SUPERMANAMI!
STOWARZYSZENIE INICJATYWA
OBYWATELSKA PRO CIVIUM



Minister do spraw
Społeczeństwa Obywatelskiego



KOMITET
DO SPRAW
POŻYTKU
PUBLICZNEGO



Narodowy Instytut Wolności
Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego



Korpus
Solidarności



Projekt "Wszyscy jesteśmy Supermanami!" sfinansowany ze środków Narodowego Instytutu Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Korpusu Solidarności Rządowego Programu Wspierania i Rozwoju Wolontariatu Systematycznego na lata 2018-2030.

Wszystko zaczyna się od takich właśnie uzależnień. Najpierw się ich nie zauważa, a potem człowiek nagle spostrzega, że jest w sieci przyzwyczajenia.

Erich Maria Remarque

Wstęp

Do organizacji pozarządowych i gabinetów ogólnoterapeutycznych masowo trafiają osoby w kryzysach życiowych, po doświadczeniach traumatycznych, zmagające się z zaburzeniami nastroju czy lękiem. Bardzo często pod tymi diagnozami - czasem wprost, a częściej ukryte głęboko między wierszami - kryje się problematyczne używanie substancji. Alkohol czy substancje psychoaktywne bywają dla naszych klientów **jedynym dostępnym**, choć destrukcyjnym, **narzędziem do regulowania nieznośnego napięcia emocjonalnego**.

Jako psycholodzy jesteśmy często „pierwszą linią frontu”. **To nam klient decyduje się zaufać, zanim w ogóle dopuści do siebie myśl, że jego styl przywiązania do substancji wymknął się spod kontroli.** Celem niniejszego zeszytu **nie jest** zrobienie z Ciebie terapeuty uzależnień. Głęboki, zaawansowany proces leczenia odwykowego, praca z przewlekłym syndromem abstynencyjnym czy zaawansowaną destrukcją życiową to domena specjalistycznych ośrodków.

W tej publikacji chcemy natomiast przybliżyć Ci psychologiczny mechanizm uzależnienia i pokazać, jak reagować na sygnały ostrzegawcze pojawiające się w codziennej pracy pomocowej. **Skuteczna pomoc to nie tylko znajomości kryteriów diagnostycznych**, jako specjaliści potrzebujemy również odwagi, by przyjrzeć się temu, co obecność klienta zmagającego się z nałogiem uruchamia w nas samych - i mamy nadzieję, że właśnie temu poszerzaniu świadomości i głębokiej refleksji przysłuży się ten zeszyt.

**Paradygmaty i kontekst
języka – jak to, co myślisz
o uzależnieniu, zmienia
Twój gabinet?**

Ewolucja rozumienia uzależnienia: od grzechu do adaptacji

Współczesna nauka łączy różne podejścia, traktując uzależnienie jako zjawisko biologiczne, psychologiczne i społeczne jednocześnie. Ta wielowymiarowość przesuwaa akcent z moralnej oceny jednostki na złożone uwarunkowania jej życia. W społecznym i kulturowym odbiorze nałóg od wieków próbowano opisać przez pryzmat ludzkiej kondycji - Zygmunta Freuda widział w nim sposób na **wypełnienie brakującej przyjemności**, Carl Gustav Jung pisał o **zapełnianiu duchowej pustki**, Johann Wolfgang von Goethe określał uzależnienie jako „**pana, którego nie można się wyrzec**”, a współczesny badacz Gabor Maté widzi w nim przede wszystkim bolesną próbę radzenia sobie z głębokim cierpieniem.

Z tej perspektywy wyłaniają się kluczowe cechy uzależnienia jako **choroby demokratycznej, przewlekłej, postępującej i śmiertelnej**. Mechanizm ten silnie i nieodłącznie wiąże się ze zmianami w mózgu, które nie znikną tylko wtedy, gdy ktoś bardziej się postara. Przede wszystkim jednak uzależnienie w gabinecie ogólnym musi być rozumiane jako nieadaptacyjny mechanizm radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Niejednokrotnie stanowi ono **próbę redukcji napięcia psychicznego** lub **ucieczki od bólu w sytuacji**, gdy inne strategie okazały się niewystarczające bądź niedostępne. W tym ujęciu zachowania uzależnieniowe pełnią funkcję pośredniego, niewyrażonego wprost komunikatu o potrzebie wsparcia i pomocy. To jak historia cierpienia, które nie znalazło języka, aby o sobie opowiedzieć - dodatkowo obiecując ukojenie, przyniosło pustkę i samotność.

Tradycyjny model medyczny vs koncentracja na jakości życia

Lecznictwo uzależnień szuka sposobów skutecznej pomocy w tej trudnej sytuacji życiowej biorąc pod uwagę zmieniające się uwarunkowania społeczne, ale i samych uzależnionych. W nurcie terapeutycznym funkcjonują dziś dwa główne modele leczenia, które choć na pierwszy rzut oka odmienne, w pracy psychologa powinny tworzyć spójne kontinuum:

Perspektywa medyczna (tradycyjna): określa uzależnienie jako chorobę, ugruntowaną neurobiologicznie. W modelu tym centralnym punktem jest uznanie bezsilności wobec substancji, a uzależnienie staje się nową tożsamością pacjenta. Leczenie koncentruje się na diagnozie, farmakoterapii oraz bezwzględnej abstynencji, która stanowi punkt startowy leczenia oraz główny miernik jego skuteczności. Nawrót jest tu często traktowany jako porażka lub złamanie zasad, co nierzadko skutkuje zakończeniem terapii.

Perspektywa skoncentrowana na jakości życia i funkcjonowaniu społecznym: przyjmuje odmienną optykę - podejmuje leczenie osoby dokładnie tam, „gdzie ona jest, a nie gdzie być powinna”. Koncentruje się na poprawie dobrostanu holistycznie, na miarę aktualnych zasobów i możliwości klienta. Używanie substancji jawi się tu jako zagadnienie wtórne - dysfunkcyjna metoda radzenia sobie, która z racji swojej specyfiki wysunęła się w obrazie klinicznym na pierwszy plan. **Abstynencja może być celem na którymś etapie, ale nie jest jedynym wyznacznikiem sukcesu ani warunkiem trwania relacji terapeutycznej.** Nawrót jest po prostu naturalnym elementem procesu zmiany.

Modele uzależnienia versus wskaźniki sukcesu

Oba przytoczone modele leczenia różnią się w swoich założeniach i metodach realizacji. Literatura przedmiotu dostarcza licznych danych dotyczących skuteczności różnych form leczenia, jednak **porównywanie modeli pozostaje trudne ze względu na odmienne kryteria sukcesu terapeutycznego**, co nie zmienia faktu, że trud weryfikacji metod leczenia nałogów jest warty (jak mawiał Alex Wodak, pionier metody redukcji szkód w Australii, 80% czegoś jest lepsze niż 100% niczego). Zauważalna natomiast jest **dychotomia wyborów samych zainteresowanych leczeniem**. Co ciekawe wybory te zmieniają się także w czasie.

W badaniach Adamsona[1] i jego współpracowników wykazano, że:

„Jedna trzecia osób, którym udało się osiągnąć 90-dniową abstynencję, pochodziła z grup deklarujących na początku leczenia preferencję ograniczenia spożywania. Jednocześnie część pacjentów deklarujących początkowo całkowitą abstynencję zmieniała swoje preferencje terapeutyczne w trakcie leczenia. Wyniki wskazują, że pacjenci wybierający różne strategie osiągnęli podobne efekty terapii. Pojawiały się również głosy, że ograniczanie spożywania było postrzegane jako łatwiejsza do zaakceptowania forma terapii.”

Możliwość wyboru pomiędzy modelami leczenia daje osobie uzależnionej **poczucie kontroli i odpowiedzialności za terapię**. Taka dynamika zwiększa szansę kontynuowania terapii oraz buduje poczucie sprawczości, a sam model terapii często przestaje mieć znaczenie.

Język, który leczy, kontra język, który stygmatyzuje

Jednak to, jak Ty - świadomie lub nie - definiujesz nałóg, całkowicie **determinuje klimat w Twoim gabinecie, pytania, jakie zadajesz, oraz poziom Twojej własnej frustracji zawodowej.** Jeśli w głębi duszy postrzegasz uzależnienie wyłącznie przez pryzmat tradycyjnego modelu medycznego, każdy nawrót klienta podświadomie potraktujesz jako złamanie zasad, porażkę lub osobisty brak skuteczności. Jeśli jednak przyjmiesz perspektywę skoncentrowaną na jakości życia, zobaczysz w uzależnieniu dysfunkcyjną metodę radzenia sobie z cierpieniem. **Wtedy Twój język naturalnie zmieni się z oceniającego na wspierający.**

Wpływ nomenklatury na postawy klinicystów został udokumentowany empirycznie. W badaniu eksperymentalnym Kelly'ego i Westerhoffa (2010) wykazano, że **specjaliści zdrowia psychicznego częściej przypisywali pacjentowi osobistą odpowiedzialność za problem oraz silniej popierali podejście represyjne,** gdy był on określany terminem „substance abuser” („osoba nadużywająca substancji”), w porównaniu do neutralniejszej, zorientowanej na osobę formy „individual with a substance use disorder” („osoba z zaburzeniem używania substancji”). Wyniki te sugerują, że **język definiujący osobę przez problem może wzmacniać stygmatyzujące postawy wobec osób z zaburzeniami używania substancji.** Semantyczna redukcja tożsamości jednostki do syndromu nozologicznego uruchamia mechanizm internalizacji piętna, co u klienta skutkuje spadkiem poczucia własnej skuteczności i nasileniem lęku,

Ćwiczenie: Mój odruch korygujący

Kluczową pułapką dla psychologa pracującego z osobami przejawiającymi zachowania nałogowe jest tzw. odruch korygujący (**righting reflex**). Jest to automatyczna, często podszyta lękiem i poczuciem odpowiedzialności potrzeba specjalisty, aby przekonywać klienta do zmiany, ostrzegać przed konsekwencjami, pouczać lub narzucać cel (np. całkowitą abstynencję). W odpowiedzi na odruch korygujący układ obronny klienta naturalnie generuje „język podtrzymania” (argumenty za nie zmienianiem niczego). **Im bardziej terapeuta staje po stronie zmiany, tym bardziej klient - w celu ochrony swojej autonomii - musi stanąć po stronie status quo.**

Pytania do refleksji:

1. W którym momencie pracy odruch korygujący (chęć ratowania, pouczenia) odezwa się w Tobie najgłośniej? Jakie **ukryte przekonanie** na Twój temat jako psychologa go wywołało? (Np. „Jeśli natychmiast go nie ostrzegę, to znaczy, że jestem złym specjalistą”).
2. Jak rozpoznajesz u siebie **pierwsze sygnały** pojawiania się **odruchu korygującego**? Po czym poznajesz, że zaczynasz bardziej forsować zmianę niż ją eksplorować?
3. Co mogłoby pomóc Ci pozostać w **postawie ciekawości i współpracy** zamiast przejmowania odpowiedzialności za decyzje klienta?
4. Jak zmieniłaby się Twoja reakcja, gdybyś przyjął/przyjęła, że **klient ma prawo** nie być gotowym na zmianę w tym momencie?

Ćwiczenie: Moje granice w Redukcji Szkód. Konstrukcja mapy etycznej specjalisty

Gdy klient rezygnuje z leczenia na rzecz „bezpieczniejszego brania”, w aparacie wewnętrznym psychologa może uruchamiać się obawa, że pomagając w stabilizacji życia z nałogiem, stajemy się architektami jego komfortowego trwania w uzależnieniu.

Przeczytaj poniższy cytat klienta, wyobraź sobie, że siedzi on naprzeciwko Ciebie w gabinecie i wypowiada te słowa z pełnym przekonaniem, patrząc Ci w oczy.

Nie mam zamiaru przestać brać [opiodów], to mi na ten moment załatwia zbyt wiele spraw w głowie. Ale chcę zacząć chodzić do pracy, nie wylądować na ulicy i nie stracić kontaktu z dzieckiem. Chcę brać bezpieczniej. Pomoże mi Pan/Pani poukładać życie wokół tego?

Pytania do refleksji:

1. Jaka jest Twoja **pierwsza myśl i reakcja emocjonalną**? Czego w Tobie jest najwięcej w tej sekundzie?

2. Gdzie - w Twoim rozumieniu - kończy się „**bezpieczniejsze funkcjonowanie**”, a zaczyna „wspieranie nałogu”? Czy pomoc klientowi w ustrukturyzowaniu dnia tak, aby ukrywał objawy przed pracodawcą i utrzymywał stałe źródło dochodu jest jeszcze redukcją szkód, czy już stabilizacją systemu uzależnienia? Gdzie w tym konkretnym przypadku stawiasz swoją granicę?

Ćwiczenie: Moje granice w Redukcji Szkód. Konstrukcja mapy etycznej specjalisty

Wyobraź sobie, że Twoja praktyka zawodowa jest zbudowana z trzech kontenerów. Każdy z nich reprezentuje obszar działań, które jesteś gotowy/gotowa podejmować w pracy z osobą używającą substancji, nawet jeśli nie deklaruje ona chęci abstynencji. Umieść swoje działania w odpowiednich miejscach.

KONTENER 1

„Robię to bez wahania”

(np. psychoedukacja)

Pytania pomocnicze

1. Dlaczego te działania **nie budzą we mnie oporu?**
2. Jakie **wartości zawodowe** są tutaj realizowane?
3. Co sprawia, że uznaję je za pomoc klientowi, a nie **wspieranie uzależnienia?**

KONTENER 2

„Strefa niepewności”

Umieść tutaj działania, przy których zaczynasz odczuwać dyskomfort, ambiwalencję lub moralne napięcie.

Pytania pomocnicze

1. Co dokładnie **budzi mój opór?**
2. Jakiej **konsekwencji** się obawiam?
3. **Jakie przekonanie** o roli psychologa ujawnia się w tym miejscu?
4. Czy mój dyskomfort wynika z **etyki zawodowej**, czy z **osobistych wartości i doświadczeń?**

Ćwiczenie: Moje granice w Redukcji Szkód. Konstrukcja mapy etycznej specjalisty

KONTENER 3

„Moja granica”

Umieść tutaj działania, których nie podjąłbyś/podjęłabyś się jako psycholog.

Pytania pomocnicze:

- 1. Dlaczego właśnie tutaj przebiega moja granica?*
- 2. Na czym ją opieram: etyce zawodowej, prawie, bezpieczeństwie czy wartościach osobistych?*
- 3. Jak zakomunikował(a)bym tę granicę klientowi w sposób szanujący jego autonomię?*

*Przyjrzyj się swoim odpowiedziom i omów je na grupie superwizyjnej. Zwróć szczególną uwagę na zawartość drugiego kontenera - to właśnie tam najczęściej pojawiają się **dylematy superwizyjne**. Granice specjalisty rzadko przebiegają między tym, co oczywiście dopuszczalne, a tym, co oczywiście niedopuszczalne. **Najwięcej napięcia znajduje się w obszarze niepewności, gdzie równocześnie obecne są troska o dobro klienta, szacunek dla jego autonomii oraz obawa przed nieświadomym wspieraniem systemu uzależnienia.***

Ćwiczenie: W cieniu nawrotu - autorefleksja

Przypomnij sobie klienta, który wywołał w Tobie silny opór, irytację, poczucie bezsilności lub chęć skłonienia go do zmiany za wszelką cenę. Jeśli nie pracowałeś jeszcze z takim pacjentem, wyobraź sobie osobę, która po raz kolejny przychodzi na sesję po złamaniu obietnicy utrzymania trzeźwości.

1. Co dzieje się w Twoim ciele, gdy słyszysz jego wyjaśnienia? *Zaznacz lub opisz swoje odczucia: ucisk w klatce piersiowej / napięcie w żwaczach / płytki oddech / mikroruch odsunięcia się w fotelu / nagłe znużenie i senność.*

2. Zapisz pierwszą, surową, nieprzefiltrowaną przez zawodową poprawność myśl, jaka pojawia się w Twojej głowie, gdy ten klient relatywizuje swoje destrukcyjne zachowania (np. „Znowu kłamie”, „On po prostu nie chce nad sobą pracować”, „Marnuje mój czas”).

3. Jakie uczucia pojawiają się w Tobie wobec klienta po nawrocie, a jakie wobec samego siebie? Czy potrafisz je od siebie oddzielić?

Ćwiczenie: W cieniu nawrotu - autorefleksja

4. Jaką rolę możesz nieświadomie odgrywać w znanych klientowi wzorcach relacyjnych? W jaki sposób Twoje reakcje mogą wzmacniać lub osłabiać te wzorce?

5. Czyje cele realizowane są obecnie w terapii? W jakim stopniu są one zgodne z potrzebami i motywacją klienta, a w jakim stopniu wynikają z Twoich przekonań, oczekiwań instytucjonalnych lub społecznych?

6. Czego najbardziej obawiasz się w sytuacji, gdy klient nadal używa substancji? Co według Ciebie oznaczałoby niepowodzenie terapii?

7. Jak klient mógłby opisać Ciebie w momencie, gdy najbardziej naciskasz na zmianę? Co klient mógłby potrzebować od Ciebie w tej chwili, czego jeszcze mu nie dajesz?

8. Gdybyś na chwilę odłożył potrzebę naprawiania, przekonywania i chronienia klienta przed konsekwencjami jego decyzji, co pozostałoby w Waszej relacji?

Podsumowanie

Pierwszy moduł niniejszego zeszytu miał na celu **uporządkowanie wiedzy teoretycznej oraz uruchomienie głębokiej, osobistej refleksji** nad postawą, z jaką wchodzimy w kontakt z klientem problemowo używającym substancji. Przejście od tradycyjnego, stricte medycznego modelu uzależnienia w stronę podejścia skoncentrowanego na jakości życia i redukcji szkód wymaga od nas rezygnacji z pozycji „wszechwiedzącego eksperta” na rzecz towarzysza w procesie zmiany. Praca z *odruchem korygującym* oraz *mapowanie własnych granic etycznych* w ramach ćwiczenia z „kontenerami” być może pokazały Ci, że **dynamika gabinetowa rzadko bywa czarno-biała**. Spojrzenie na uzależnienie jako na destrukcyjną, ale często jedyną dostępną dla klienta strategię regulacji emocjonalnej, pozwala zdjąć z relacji pomocowej ciężar stygmatyzacji. Otwiera to przestrzeń na rzetelny kontakt oparty na szacunku i jasnych granicach.

W kontakcie z dynamiką nałogu w osobie pomagającej mogą uruchomić się bardzo zróżnicowane reakcje. U jednych specjalistów będzie to lęk przed brakiem efektywności lub chęć natychmiastowego ratowania klienta, u innych - dystansowanie się, opór czy dojmujące poczucie bezradności. **Żadna z tych odpowiedzi nie jest uniwersalna, każda zależy od osobistych zasobów i doświadczeń** psychologa, jednak wszystkie są zrozumiałe w obliczu kryzysu. Bezpieczna i skuteczna praktyka nie polega na zaprzeczaniu tym stanom ani na próbach zachowania pozornej neutralności, lecz na ich nazywaniu i poddawaniu regularnej superwizji.



Granice kompetencji i bezpieczne interwencje

Wprowadzenie

Już we wstępie wspominałyśmy, że psycholog nie funkcjonuje w próżni. Jest częścią większego systemu wsparcia obejmującego lekarzy, psychiatrów, terapeutów uzależnień, pracowników socjalnych, grupy samopomocowe i placówki leczenia uzależnień. Jednocześnie rzeczywistość często wygląda inaczej. Klient nie zawsze chce podjąć terapię specjalistyczną. Kolejki bywają wielomiesięczne. **Niektóre osoby nigdy nie trafiają do systemu leczenia.** W praktyce oznacza to, że psycholog NGO lub gabinecie ogólnym często staje się pierwszą i jedyną osobą pomagającą.

Oznacza to, że w przeciwieństwie do zamkniętych oddziałów odwykowych czy wielodyscyplinarnych zespołów klinicznych, pracując z osobami zmagającymi się z nałogiem **często podejmujesz decyzje samodzielnie, dysponując ograniczonym czasem** (standardowa sesja 50-minutowa) oraz **pracując z klientem rotacyjnym, który rzadko zgłasza się z czystą intencją podjęcia leczenia odwykowego.** Zamiast idealistycznych założeń, potrzebujemy zatem twardych, pragmatycznych wskazówek i procedur, które pozwolą nam zachować skuteczność kliniczną przy jednoczesnym zabezpieczeniu prawnym i etycznym. Poniższe narzędzia i algorytmy zostały opracowane właśnie po to, by dać Ci oparcie w sytuacjach niejednoznacznych. Zacznijmy od poszukania odpowiedzi na to, jak sprawdzić, czy problem uzależnienia dotyczy naszego klienta.

Przesiew w kierunku używania alkoholu

Celem diagnozy przesiewowej (screening) nie jest postawienie ostatecznego rozpoznania ICD-11/DSM-5, lecz identyfikacja ryzyka i podjęcie decyzji o charakterze interwencji. Zgodnie z rekomendacjami WHO oraz Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), głównym i podstawowym narzędziem przesiewowym w Polsce jest kwestionariusz **AUDIT** (lub jego skrócona wersja AUDIT-C). Jednak w warunkach gabinetu ogólnego NGO, gdzie kluczowy jest czas, pomocniczo stosuje się również **ultra-krótki test CAGE**, który pozwala w zaledwie 4 pytaniach wplecionych w rozmowę zidentyfikować wysokie ryzyko uzależnienia od alkoholu.

Pytania zadajemy płynnie w toku rozmowy, niekoniecznie jako sztywny test papier-ołówek.

- **C (Cut down):** Czy kiedykolwiek czułeś/aś, że powinieneś/innaś ograniczyć swoje picie?
- **A (Annoyed):** Czy ludzie denerwowali Cię swoimi uwagami lub krytyką na temat Twojego picia?
- **G (Guilty):** Czy kiedykolwiek miałeś/aś z powodu picia poczucie winy lub wyrzuty sumienia?
- **E (Eye-opener):** Czy zdarzyło Ci się kiedykolwiek pić rano, zaraz po przebudzeniu, dla „klinowania” lub ustabilizowania nerwów?

Interpretacja kliniczna: Uzyskanie 2 lub więcej punktów (odpowiedzi „TAK”) z prawdopodobieństwem ponad 90% wskazuje na klinicznie istotny problem z alkoholem i stanowi bezwzględne wskazanie do pogłębionej diagnozy.

Przesiew w kierunku używania substancji psychoaktywnych

Dla klientów, u których narzędziem regulacji emocjonalnej nie jest alkohol, lecz **substancje nielegalne (np. marihuana, stymulanty)** lub **leki przyjmowane niezgodnie z zaleceniami lekarza** (np. benzodiazepiny, opioidy w krótkiej diagnozie przesiewowej substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) stosuje się Test DAST-10.

Instrukcja dla psychologa: Pytania dotyczą ostatnich 12 miesięcy. Klient odpowiada na nie „TAK” lub „NIE”. Możesz podać arkusz do samodzielnego wypełnienia lub wpleść pytania w strukturę wywiadu.

1. Czy używasz leków innych niż przepisane przez lekarza lub zażywasz narkotyki?
2. Czy zdarza Ci się zażywać więcej niż jedną substancję (lub lek) jednocześnie?
3. Czy potrafisz przestać brać narkotyki/leki, kiedy tylko chcesz? (Uwaga: przy tym pytaniu punkt przyznaje się za odpowiedź „NIE”)
4. Czy z powodu używania narkotyków/leków miałeś(aś) kiedykolwiek blackouty (urazy pamięci), przebłyski (flashbacki) lub ostre stany lękowe?
5. Czy z powodu zażywania substancji czujesz czasami wyrzuty sumienia lub poczucie winy?
6. Czy zdarzyło się, że partner(ka) lub rodzina narzekali na Twoje używanie narkotyków/leków?
7. Czy zdarzyło Ci się zaniedbać obowiązki domowe, zawodowe lub naukę z powodu brania substancji?

Przesiew w kierunku używania substancji psychoaktywnych

8. Czy w związku z zażywaniem substancji brałeś(aś) udział w nielegalnych działaniach (np. prowadzenie auta pod wpływem, nielegalny zakup)?
9. Czy kiedykolwiek doświadczyłeś(aś) objawów odstawiennych (głodu, drżenia, bólów), gdy próbowałeś(aś) przestać brać?
10. Czy z powodu używania substancji miałeś(aś) problemy zdrowotne (np. zranienia, infekcje, załamania psychiczne)?

Interpretacja kliniczna:

- **0 punktów:** Brak problemu.
- **1–2 punkty:** Ryzyko niskie/umiarkowane. Wskazana krótka interwencja profilaktyczna w NGO.
- **3–5 punktów:** Ryzyko wysokie. Wyraźny sygnał ostrzegawczy – styl używania substancji destabilizuje życie klienta. Wskazane odesłanie do pogłębionej diagnozy w placówce specjalistycznej.
- **6 lub więcej punktów:** Ryzyko skrajne (prawdopodobne ciężkie uzależnienie). Bezwzględna konieczność konsultacji z lekarzem psychiatrą i specjalistą psychoterapii uzależnień.

Jeśli widzisz, że **klient stawia silny opór relacyjny** i podanie mu testu papier-otówek zepsuje przymierze, KCPU rekomenduje wykorzystanie **kluczowego pytania z międzynarodowego protokołu ASSIST**.

Metoda jednego pytania - w oparciu o test ASSIST

Kluczowe, przesiewowe pytanie z protokołu ASSIST brzmi:

„W ciągu ostatnich 3 miesięcy, jak często pojawiała się u Pana/Pani silna potrzeba, wręcz nieodparty głód sięgnięcia po [nazwa substancji, np. marihuane/Xanax]?”

ASSIST składa się z 8 pytań dotyczących alkoholu, tytoniu i używania substancji psychoaktywnych (w tym dożylnego podawania substancji). Pytania umożliwiają zebranie informacji na temat niebezpiecznego lub szkodliwego używania lub uzależnienia, a także dożylnego podawania substancji psychoaktywnych. **Został opracowany specjalnie do stosowania w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i jest zalecany do używania w formie wywiadu (WHO, 2010).**

Pełny test ze względu na swoją wieloaspektowość może nie być odpowiedni dla klienta, który stawia opór, jednak jego struktura pozwala specjalście na wybiórcze, niezwykle precyzyjne postawienie hipotez diagnostycznych w toku rozmowy. Zadanie tego pytania w duchu empatii i głębokiego odzwierciedlenia pomaga klientowi bezpiecznie przyjrzeć się własnej ambiwalencji, zamiast uruchamiać mechanizmy obronne.

Algorytmy postępowania: klient pod wpływem

Jednym z najbardziej stresujących momentów w pracy psychologa jest sytuacja, gdy **klient pojawia się na spotkaniu pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych**. W takich chwilach wielu specjalistów doświadcza niepewności: czy kontynuować rozmowę, zakończyć sesję, a może natychmiast wezwać pomoc? Zamiast udawać, że nie widzimy problemu, albo reagować agresją/lękiem, stosujemy **interwencję odzwierciedlającą**. Jeśli sytuacja jest bezpieczna (klient nie jest agresywny), nie oceniamy go moralnie, ale **nazywamy fakty** i stawiamy granicę - **przerywając konsultację**.

Wpływ alkoholu i substancji psychoaktywnych drastycznie znosi bowiem u klienta możliwość krytycznego wglądu, analizy emocjonalnej oraz realnej współpracy, przez co kontynuowanie właściwego programu sesji staje się z punktu widzenia sztuki psychologicznej całkowicie bezcelowe. Naszym nadrzędnym celem w tym momencie nie jest prowadzenie terapii, lecz **zadbanie o bezpieczeństwo relacji oraz samego klienta**. Kończąc sesję, sprawdzamy, czy klient jest w stanie sam wyjść i bezpiecznie dotrzeć do domu - **jeśli to stan zagrażający życiu, musimy uruchomić procedurę „Red Flag” i wezwać pomoc**.

Procedura kryzysowa: Red Flag

Gabinet psychologiczny nie jest oddziałem toksykologii, detoksykacji ani zamkniętym oddziałem psychiatrycznym. eśli stan klienta, który pojawił się pod wpływem substancji psychoaktywnych, wykracza poza możliwość bezpiecznego odesłania go do domu, psycholog ma **prawny i etyczny obowiązek** natychmiastowego przerwania sesji i **wdrożenia procedury ratunkowej - bezwzględnego wezwania pogotowia ratunkowego.**

Sygnaty ostrzegawcze:

- **Zaburzenia świadomości i kontaktu:** Klient jest *splątany*, nie wie, jaki jest dzień ani gdzie się znajduje (brak orientacji autopsychicznej i allopsychicznej), jego mowa jest bełkotliwa, występuje patologiczna senność (sopor) lub trudność w utrzymaniu przytomności.
- **Ostry Zespół Majaczeniowy (Delirium):** Klient reaguje na nieistniejące bodźce (omamy wzrokowe, słuchowe, dotykowe - np. „widzi” robaki na skórze), przejawia silny, niekontrolowany lęk psychomotoryczny, drżenie całego ciała.
- **Parametry życiowe (Symptomy wegetatywne):** Zauważalna skrajna sinica, złane poty, drgawki (epizody padaczkowe), patologicznie zwężone („szpilkowate” po opioidach) lub maksymalnie rozszerzone i nieresagujące na światło źrenice (po stymulantach), zaburzenia rytmu serca widoczne przez drżenie klatki piersiowej.
- **Aktywny Kryzys Suicydalny lub Ostry paranoiczny stan psychotyczny:** Klient pod wpływem substancji (np. amfetaminy, mefedronu, syntetycznych kannabinoidów) przejawia głębokie urojenia prześladowcze - jest przekonany, że ktoś czyha na jego życie w tym momencie, wykazuje skrajną agresję lub autoagresję, przed którą nie jesteś w stanie go zabezpieczyć słownie.

Arkusz decyzyjny

Wypełnij natychmiast po zaistnieniu sytuacji kryzysowej i zabezpieczeniu pacjenta. Ta notatka stanowi Twoje prawne zabezpieczenie w dokumentacji medycznej/gabinetowej.

1. Symptomy wejściowe (Co dokładnie zauważyłem/am w zachowaniu i wyglądzie klienta?):

2. Podjęte próby interwencji słownej (Jak klient reagował na próby kontaktu?):

3. Przesłanka do przełamania tajemnicy (Który punkt „Red Flag” został aktywowany?):

- Bezpośrednie zagrożenie życia (przedawkowanie/zespół abstynencyjny)
- Ostry stan psychotyczny / agresja uniemożliwiająca kontakt
- Aktywny kryzys suicydalny pod wpływem substancji

4. Działania ratunkowe (Dokładna godzina i przebieg wezwania pomocy):

- Godzina wezwania 112:
- Numer zgłoszenia / Decyzja dyspozytora:
.....
- Kto odebrał pacjenta / Gdzie został przewieziony:
.....

Jak zadbać o siebie po sytuacji kryzysowej?

Uruchomienie procedury „Red Flag”, konfrontacja z agresją klienta lub konieczność wezwania służb ratunkowych stanowią dla specjalisty znaczące **obciążenie psychiczne i fizjologiczne**. Nawet jeśli działania zostały przeprowadzone zgodnie z procedurami, **organizm może pozostać w stanie podwyższonej mobilizacji** jeszcze długo po zakończeniu zdarzenia. Dlatego po każdej takiej sytuacji warto świadomie zadbać o własną regulację oraz skorzystać z dostępnego wsparcia.

W pierwszej kolejności należy **zwrócić uwagę na reakcje ciała**. Układ nerwowy potrzebuje sygnału, że sytuacja zagrożenia dobiegła końca. Pomocne może być **rozładowanie napięcia poprzez krótki, energiczny spacer, wykonanie kilku przysiadów lub celowe poruszanie i rozluźnianie dłoni oraz ramion**. Warto również skorzystać z technik oddechowych, takich jak oddech pudełkowy (wdech przez cztery sekundy, zatrzymanie oddechu na cztery sekundy, wydech przez cztery sekundy i ponowne zatrzymanie na cztery sekundy) lub ćwiczenia oparte na wydłużonym wydechu. Tego rodzaju działania **wspierają aktywację przywspółczulnego układu nerwowego i pomagają stopniowo obniżyć poziom pobudzenia**. Dodatkowo można zastosować techniki uziemiające, takie jak świadome oparcie stóp o podłogę, nazwanie kilku przedmiotów znajdujących się w otoczeniu, umycie twarzy zimną wodą lub skupienie uwagi na intensywnym bodźcu smakowym. Ich celem jest przywrócenie poczucia obecności w „tu i teraz”.

Jak zadbać o siebie po sytuacji kryzysowej?

Równie ważna jest **higiena emocjonalna** po trudnej interwencji. Jeżeli jest to możliwe, nie należy rozpoczynać kolejnego spotkania bezpośrednio po zakończeniu kryzysowej sytuacji. **Kilkunastominutowa przerwa** pozwala na częściową regulację emocji oraz symboliczne zamknięcie zdarzenia. Pomocne może być **sporządzenie rzeczowej notatki** w dokumentacji, a także **wykonanie prostego rytuału przejścia**, na przykład zmiana miejsca siedzenia lub krótki spacer poza gabinetem. Warto również przypomnieć sobie zakres własnej odpowiedzialności zawodowej. Zadaniem specjalisty jest rozpoznanie zagrożenia, zabezpieczenie ram pracy i podjęcie adekwatnych działań interwencyjnych. Nie ponosi on odpowiedzialności za wszystkie decyzje podejmowane przez klienta ani za całokształt jego funkcjonowania poza gabinetem.

Po sytuacji kryzysowej **nie należy pozostawać z doświadczeniem w izolacji**. Wskazane jest poinformowanie koordynatora, przełożonego lub osoby odpowiedzialnej za organizację pracy o zaistniałym incydencie, zgodnie z obowiązującymi procedurami. Warto również zgłosić przypadek do omówienia podczas najbliższej superwizji indywidualnej lub grupowej. Superwizja pełni nie tylko funkcję merytoryczną, ale także wspierającą, umożliwiając przepracowanie emocji i napięć, które mogły pojawić się w związku z interwencją. Pomocnym elementem domykającym proces może być krótka autorefleksja. Warto zadać sobie pytanie: *W jaki sposób mogę jednocześnie chronić granice i podtrzymywać relację terapeutyczną?*

Podsumowanie

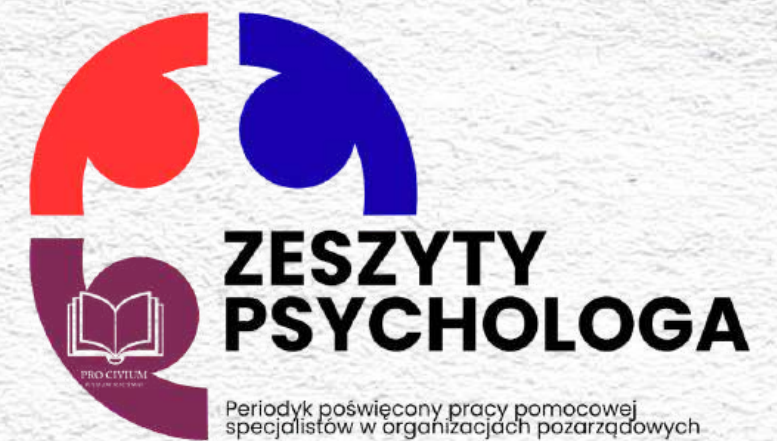


Nadrzędnym celem niniejszego zeszytu było zachęcenie Cię do **przyjrzenia się własnym przekonaniom, językowi oraz reakcjom**, jakie może uruchamiać w nas kontakt z osobą zmagającą się z uzależnieniem. W praktyce organizacji pozarządowych i gabinetów ogólnych temat uzależnień rzadko pojawia się w uporządkowanej, podręcznikowej formie. Częściej ukrywa się za objawami depresji, lęku, kryzysu relacyjnego, przemocy, bezdomności czy przewlekłego poczucia bezradności.

W części teoretycznej omówiliśmy - w sposób syntetyczny, pamiętając, że nie wyczerpuje to całości problematyki - różne sposoby rozumienia uzależnienia, podstawowe narzędzia przesiewowe i procedury, które mogą wspierać podejmowanie decyzji w codziennej praktyce pomocowej. Jednocześnie warto pamiętać, że **żaden test, algorytm czy procedura nie zastąpi klinicznego namysłu**. W pracy z osobami używającymi substancji nie istnieją rozwiązania uniwersalne. Każda historia jest inna, a skuteczna pomoc wymaga ciągłego balansowania pomiędzy empatią a stawianiem granic, szacunkiem dla autonomii klienta a troską o jego bezpieczeństwo, gotowością do wspierania a świadomością własnych kompetencji.

Życzymy Ci odwagi do zadawania pytań zamiast udzielania pochopnych odpowiedzi, uważności na sygnały ryzyka oraz zaufania do tego, że nie musisz być terapeutą uzależnień, aby udzielać wartościowej i odpowiedzialnej pomocy. **Twoją rolą jest profesjonalne zaopiekowanie klienta tu i teraz, w granicach Twoich kompetencji**. Najważniejsze, abyś nie pozostawał/a z tym wyzwaniem sam/a i pamiętał/a o przestrzeni na własną superwizję.

Bibliografia



1. Adamson, S. J., Heather, N., Morton, V., & Raistrick, D. (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism*, 45(2), 136–142.
2. Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1).
3. Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907.
4. Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter what we call people with a substance use disorder? A randomized stigma experiment. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-205.
5. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). Krótka Interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu
6. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Dialog Motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., & MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 390–403.
8. Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test (DAST). *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371.
9. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. World Health Organization.