



# Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowa

*nt. „Specyficzne problemy w leczeniu uzależnień u kobiet”  
Część 2*

**23 - 25 września 2019**

***Projekt jest dofinansowany ze środków  
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych  
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia  
w ramach konkursu przeprowadzonego  
przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii***



# **Wstęp**

Tematem wiodącym naszej kolejnej konferencji poświęconej tematyce uzależnień behawioralnych jest specyfika uzależnień/nałogów behawioralnych u kobiet, a szczególnie wykazanie potrzeby uwzględniania tej specyfiki w programach profilaktycznych i psychoterapeutycznych. Obecna Konferencja jest kontynuacją tematu, który w ubiegłym roku wzbudził tak duże zainteresowanie uczestników.

Ponieważ polskie doświadczenia w tej kwestii są nadal zbyt skromne zaprosiliśmy do współpracy specjalistów ze Stanów Zjednoczonych.

Realizatorom programów profilaktycznych a szczególnie terapeutom uzależnień, chcemy umożliwić poszerzenie kompetencji zawodowych w pracy z kobietami uzależnionymi od zachowań i przekonać ich do konieczności szerszego uwzględniania ich specyficznych potrzeb.

Do udziału w konferencji zaproszeni zostali specjaliści terapii i psychoterapii uzależnień oraz osoby w procesie certyfikacji.

***Bohdan T. Woronowicz,***  
*Prezes Zarządu Fundacji Z-N-Z,*  
*Centrum Konsultacyjne Akmed*

## **Wykładowcy**

**prof. dr hab.  
Nina  
Ogińska-Bulik**

Kierownik zakładu psychologii zdrowia w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego. Członek Komisji Zdrowia PAN i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Autorka książki „Dwa oblicza traumy”.

**mgr  
Karolina  
Czarnecka**

Psycholog, certyfikowany specjalista ds. pomocy ofiarom przemocy w rodzinie. Koordynator programu wolontariatu niebieskiej linii.

**dr hab.  
Ryszard  
Romaniuk**

Specjalista leczenia uzależnień ze Szpitala Weteranów (VA) w Brecksville w stanie Ohio, wykładowca Mandel School of Applied Social Sciences i Cuyahoga Community College w Cleveland. Członek Zarządu The Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Services Board of Cuyahoga County.

**dr nauk  
medycznych  
Bohdan Tadeusz  
Woronowicz**

Doktor nauk medycznych, specjalista psychiatra i seksuolog. Certyfikowany superwizor psychoterapii uzależnień. Przez wiele lat był kierownikiem Ośrodka Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Kierownik Centrum Konsultacyjnego Akmed.

# Program konferencji

## Poniedziałek 23 września 2019

15.00 – 16.00	obiad		
16.30	wprowadzenie		B. Woronowicz (Fundacja ZNZ)
17.00 – 18.30	wykład	<i>Dwa oblicza traumy.</i>	Prof. Nina Ogińska-Bulik
19.00	kolacja		

## Wtorek 24 września 2019

08.00 – 09.00	śniadanie		
09.30 – 11.00	wykład	<i>Leczenie uzależnień behawioralnych u kobiet, z uwzględnieniem historii przebytych doświadczeń traumatycznych.</i>	R. Romaniuk (Cleveland, USA)
11.00 – 11.45	przerwa/kawa		
11.45 – 14.30	warsztat	<i>Specyficzne aspekty funkcjonowania kobiet uczestniczących w terapii uzależnień behawioralnych.</i>	R. Romaniuk (Cleveland, USA) Karolina Czarnecka (Niebieska Linia)
14.45 – 15.45	obiad		
15.45 – 18.45	warsztat	<i>Specyficzne aspekty funkcjonowania kobiet uczestniczących w terapii uzależnień behawioralnych.</i>	R. Romaniuk (Cleveland, USA) Karolina Czarnecka (Niebieska Linia)
19.00	kolacja		

## Środa 25 września 2019

08.00 – 09.00	śniadanie		
09.30 – 11.00	wykład	<i>Jak pomóc kobietom?</i>	R. Romaniuk (Cleveland, USA)
11.15	podsumowanie		B. Woronowicz (Fundacja ZNZ)
12.30	obiad		

# ***Specyficzne problemy w leczeniu uzależnień u kobiet***

***dr hab. Ryszard Romaniuk***

*Specjalista leczenia uzależnień ze Szpitala Weteranów (VA) w Brecksville w stanie Ohio, wykładowca Mandel School of Applied Social Sciences i Cuyahoga Community College w Cleveland.*

*Członek Zarządu The Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Services Board of Cuyahoga County.*

Podczas pierwszej konferencji w zeszłym roku omówiliśmy rolę przeżyć traumatycznych w rozwoju uzależnień u kobiet. Przedstawiliśmy specyfikę występujących problemów zdrowotnych oraz wybrane metody leczenia. Uczestnicy konferencji otrzymali materiały edukacyjne w postaci artykułów opublikowanych w *Terapii Uzależnień i Współuzależnień (TUiW)* z 2018 roku oraz prezentacji wykorzystanych podczas zajęć i wykładów. W tym roku będziemy kontynuować temat uzależnień występujących wśród kobiet oraz omówimy różne typy terapii zorientowanych na traumę.

Ponieważ naszym celem jest pomoc kobietom uwikłanym w uzależnienia behawioralne zwrócimy większą uwagę na to, jak powstają takie uzależnienia i jak możemy pomóc chorym w powrocie do zdrowia. Czasami będziemy odwoływać się do znanych obrazów uzależnień chemicznych, ponieważ rozumiemy je znacznie lepiej.

Wykażemy, że biologiczna organizacja wszystkich uzależnień jest bardzo podobna. Podobnie jak w zeszłym roku, materiały konferencji bazują w większości na artykułach opublikowanych w TUiW oraz w ogólnodostępnych artykułach wykładowców konferencji.

Kluczowa rola przeżycia zdarzenia traumatycznego w rozwoju uzależnień u kobiet powoduje, że terapeuta powinien rozumieć wpływ traumy na życie swoich pacjentek. Na początku uściślijmy, co znaczy pojęcie „wpływ traumy na życie”. Czy chodzi o procesy poznawcze i radzenie sobie z wyborami, przed którymi pacjentka staje, czy też chodzi o to, jak kobieta funkcjonuje jako organizm, jak śpi, odżywia się i radzi sobie z sygnałami, które jej ciało wysyła. A może o jedno i drugie; bardziej holistycznie?

W zeszłym roku skupiliśmy się na terapiach „mówionych”: poznawczej i dialektycznej oraz omówiliśmy różne techniki radzenia sobie z emocjami. Wspomnieliśmy o odporności (resiliency) na traumę. Pokazaliśmy, że zarówno trauma jak i uzależnienia wpływają na mózg, na jego tkankę: na połączenia neuronalne i jego komórki – neurony. I na tym zatrzymaliśmy się. W tym roku na nowo podejmiemy temat neurobiologii; jak to się dzieje, że różni ludzie reagują na podobne przeżycia traumatyczne w różny sposób. Dlaczego jedna grupa ludzi będzie cierpieć z powodu symptomów stresu pourazowego a za to inna grupa ludzi osiągnie nowe zdolności radzenia sobie z problemami. Jak różnice osobnicze reakcji na traumę

mogą być dziedziczone z pokolenia na pokolenie i jak można zmienić biologiczny zapis traumy.

Uzależnienia behawioralne powstają w wyniku reakcji naszego ciała na środowisko. Nie ma żadnej egzogennej substancji psychoaktywnej zmieniającej pracę mózgu. To doświadczenie człowieka, jego współdziałanie ze światem zewnętrznym wytwarza pewne wzorce zachowania, które jego ciało i mózg zapisują jako ważne dla przetrwania. To nie błąd w myśleniu, ale zgoda organizmu na pewne wzorce zachowania dostarczające pozytywnych odczuć. To wygrana na loterii, która zmienia ból istnienia w poczucie sprawczości.

Poniżej fragmenty artykułów stanowiące materiał konferencji.

### ***Nina Ogińska-Bulik (2016)***

#### **Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy – rola ruminacji.**

**Psychiatr. Psychol. Klin. 16 (3), p. 182–187**

*Streszczenie:* Występowanie zdarzeń traumatycznych jest dość powszechne – doświadcza ich około 70% ludzi. Wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach wskazują, że zdarzenia te wiążą się nie tylko z negatywnymi konsekwencjami, wśród których wymienia się przede wszystkim objawy stresu pourazowego, lecz także



z pozytywnymi zmianami w postaci potraumatycznego rozwoju/wzrostu. Wśród uwarunkowań negatywnych i pozytywnych następstw traumy szczególną rolę przypisuje się aktywności poznawczej, w tym – ruminowaniu. Ruminacje odnoszące się do konkretnego wydarzenia mogą odgrywać zróżnicowaną rolę. Jedne, określane mianem natrętnych czy intruzywnych, to automatycznie pojawiające się myśli, których jednostka nie jest w stanie kontrolować i które nie są powiązane z próbami rozwiązania problemu. Ten rodzaj ruminacji jest zbliżony do intruzji, choć nie są to pojęcia tożsame. Z kolei ruminacje nazywane refleksyjnymi lub intencjonalnymi mają charakter konstruktywny – służą podejmowaniu prób rozwiązania problemu. Ruminacje natrętne przyczyniają się do występowania objawów stresu pourazowego, a refleksyjne sprzyjają rozwojowi po traumie. W artykule skupiono się na wpływie ruminacji na negatywne, ale przede wszystkim – ze względu na nowość tej problematyki – pozytywne skutki doświadczonej traumy. Przedstawiono badania wskazujące na związki ruminacji zarówno z objawami stresu pourazowego, jak i ze wzrostem po traumie. Zaprezentowano zrewidowany model potraumatycznego rozwoju, który akcentuje znaczenie ruminacji natrętnych i refleksyjnych. Artykuł obejmuje także rozważania nad dalszymi kierunkami badań w tym obszarze oraz implikacje praktyczne, dotyczące w szczególności promowania potraumatycznego rozwoju.

## ***J. R. Romaniuk (2012)***

### **Uzależnienia behawioralne. TUiW. 5, str. 17-19.**

Ostatnie osiągnięcia neurobiologii, a szczególnie rozwój technik obrazowania mózgu, potwierdziły, że uzależnienia chemiczne zmieniają fizyczną strukturę połączeń neuronalnych i charakter aktywności struktur mózgowia w odpowiedzi na bodźce wywołujące głód substancji uzależniającej. Dzisiaj wiemy, że istotną strukturą neuronalną w rozwoju uzależnienia jest system nagrody w układzie limbicznym mózgu. Substancją chemiczną pełniącą rolę neuroprzekaźnika w systemie nagrody jest dopamina, zwana często „hormonem szczęścia”. Okazuje się, że substancje psychoaktywne, które mogą doprowadzić do rozwoju uzależnienia, pobudzają wyzwalanie dopaminy w systemie nagrody. To chemiczne wyzwalanie uczucia zadowolenia, które jest uczuciem bardzo silnym, ponieważ stanowi nagrodę w organizacji instynktów samozachowawczych. Jest nagrodą za spożycie pokarmu przez osobę głodną czy ulgą po ucieczce od zagrożenia życia. Bywa nagrodą za seks i ogólnie za zachowania, które zapewniają nam przetrwanie. Nic dziwnego, że biologia wyznacza uczuciom, które trzymają nas przy życiu, tak ważne miejsce. My rodzimy się z instynktami samozachowawczymi i właściwie od zawsze mamy do nich zaufanie i rozumiemy ich konieczność. Trudno nam zapomnieć o takich potrzebach organizmu, jak jedzenie czy sen. Uczucia przymusu jedzenia czy szukania

schronienia są odruchowe i kategoryczne. Instynktownie reagujemy na różne typy zagrożenia i doceniamy rolę innych ludzi w naszym życiu. Rodzina czy społeczeństwo pomagają nam uchronić się przed zagrożeniem i zapewnić najważniejsze potrzeby, bez których moglibyśmy zginąć.

## ***Droga na skróty***

Ponieważ środowisko, w którym żyjemy, ulega zmianom, system biologiczny zapewniający nasze przetrwanie musi być elastyczny i powinien reagować na zmianę sygnałów z otoczenia. Cechę tę zapewnia plastyczność mózgu, jego zdolność do zmiany połączeń neuronalnych i tworzenia nowych, wyuczonych reakcji. Istnieje proces uczenia, który odbywa się odruchowo, poza naszą świadomością. Odbywa się on tym szybciej i silniej, im bardziej związany jest z pobudzeniem systemu nagrody. Ważnym elementem tego odruchowego procesu uczenia jest ciało migdałowate, które podobnie jak układ nagrody jest strukturą neuronalną układu limbicznego. Ciało migdałowate może nadać pewnym sygnałom z otoczenia tak dużą wagę, że zostaną one zapamiętane natychmiast i na zawsze. To sygnały, które zostały rozpoznane jako ważne dla przeżycia. Okazuje się, że pewne substancje, takie jak na przykład kokaina, bardzo silnie oddziałują z ciałem migdałowatym i układem nagrody i już jednokrotne zażycie substancji może prowadzić do

silnego zapotrzebowania na kolejną dawkę. W ten sposób dochodzi do bezpośredniego silnego pobudzenia układu nagrody z gwarancją, że sposób pobudzenia – zażycie kokainy – zostanie zapamiętany jako bardzo ważny dla organizmu. Tak powstaje nowy przymus, w którym pobudzenie systemu nagrody zachodzi nie w wyniku zachowań ważnych dla organizmu, takich jak jedzenie czy seks, ale poprzez chemiczne oddziaływanie na specyficzne struktury neuronalne, odpowiedzialne za instynkty samozachowawcze. To swoiste „przejście na skróty”: zamiast zdobywać jedzenie i przygotować je do spożycia, można zażyć kokainę i odczuć znacznie silniejsze zadowolenie. Powtarzane zażycie substancji wywołujące pobudzenie systemu nagrody może doprowadzić do wytworzenia silnego zapotrzebowania na tę substancję, w sposób podobny do odczucia głodu czy pragnienia. Powstaje coś w rodzaju fałszywego instynktu samozachowawczego, który wywołuje zapotrzebowanie organizmu na coś, co niestety może nas zabić.

### ***Odruchowe uniki***

W normalnej sytuacji instynkt samozachowawczy jest nadrzędny w stosunku do innych sygnałów pochodzących z ośrodków dyspozycyjnych mózgu. Gdy spada na mnie cegła, uchylam się błyskawicznie, zanim przemyślę sobie, co się właściwie dzieje. Gdybym przechodząc przez ulicę rozwiązywał zadanie matematyczne

z uwzględnieniem szybkości mojej i samochodu, pewnie zginąłbym przed znalezieniem odpowiedzi, czy dojdzie do spotkania. Człowiek unika urazów odruchowo. Podobnie dzieje się z innymi instynktami samozachowawczymi. Spożywamy jedzenie, kiedy jesteśmy głodni, a nie wtedy, kiedy nam to wyniknie z rozważań na temat tego, co, kiedy i ile ostatnio zjedliśmy. W sytuacjach skrajnego głodu możemy nawet postąpić wbrew własnym zasadom moralnym i zdobyć jedzenie w sposób nieuczciwy. Możemy ukraść chleb. Dzieje się tak z powodu neuronalnej organizacji kontroli głodu. Układ nagrody ma połączenia neuronalne z korą czołową, odpowiedzialną za nasze decyzje i może wyłączyć jej wpływy. Gdybyśmy zdecydowali się zagłodzić, odruch samozachowawczy zacząłby odgrywać rolę nadrzędną, utrzymując nas przy życiu. Struktury nerwowe układu nagrody wyłączają hamującą rolę kory w decyzji, czy i jak zaspokoić głód. Tak się dzieje w przypadku naturalnych instynktów samozachowawczych. W sytuacji fałszywego odruchu samozachowawczego, jakim jest na przykład uzależnienie od alkoholu, głód alkoholu może być tak silny, że wszelkie rozważania na temat celowości picia mogą być aktywnie wyhamowane. Człowiek ufa swoim instynktom i zaspokaja głód tym szybciej, im głód jest silniejszy. Osoba uzależniona od substancji psychoaktywnej zazwyczaj nie rozumie tego mechanizmu. Nie rozumie, że głód, który odczuwa, jest fałszywy. Dla niej fizyczny głód alkoholu jest taką samą potrzebą organizmu, jak głód umierającego z braku pożywienia. Spożycie

alkoholu przez osobę uzależnioną uaktywnia neuronalne szlaki uzależnienia: zaburza aktywność kory i pobudza układ nagrody, wywołując głód alkoholu. W tej sytuacji zachowanie osoby uzależnionej jest już zaprogramowane. Będzie piła.

Ten skrót opisu uzależnień chemicznych, jaki powstał w wyniku badań neurobiologicznych, nasuwa pewne pytania. Otóż, czy same zachowania, takie jak jedzenie czy seks, mogą przybrać formę uzależnień? Jeżeli uzależnienie chemiczne jest przejściem na skróty, to czy całkowita droga odruchowa od zachowania do pobudzenia systemu nagrody może także prowadzić do uzależnienia? Zachowania takie, jak jedzenie, seks, szukanie schronienia są czynnościami, które w sposób naturalny prowadzą do pobudzenia układu nagrody. Cele tych czynności: nasycenie głodu, spełnienie pożądania seksualnego czy ucieczka przed zagrożeniem nazywamy naturalnymi nagrodami. Nagrodami w sensie zdolności wywołania pozytywnych odczuć poprzez pobudzenie układu nagrody i ważnymi dla przetrwania. Czy człowiek może uzależnić się od naturalnych nagród w sposób podobny do uzależnienia od substancji psychoaktywnych?

## ***Naturalne nagrody***

Podstawowym mechanizmem rozwoju uzależnień chemicznych jest odczucie spełnienia, odsunięcie odczuć przykrych i zastąpienie ich odczuciami przyjemnymi. Jest to odkrycie szczęścia, które wcześniej

było niedostępne. Nic dziwnego, że osoby z historią przebytej traumy, negatywnymi przeżyciami, nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem, ofiary przemocy, które utraciły kontrolę nad własnym życiem, są bardziej narażone na rozwój uzależnień. Jak przyznaje wiele osób uzależnionych: substancje psychoaktywne „początkowo dają im więcej, niż sami mogli sobie zaofiarować”. Dopiero później konsekwencje uzależnienia i towarzyszące im negatywne odczucia zaczynają tworzyć problemy w życiu. W podobny sposób działają naturalne nagrody. One też dają uczucie spełnienia i zadowolenia. Nawet w sytuacji kryzysowej, a może przede wszystkim właśnie podczas kryzysu? Jedzenie, seks, gra – dają poczucie przyjemności i kontroli nad otoczeniem. Jednak osoba, która sięga po jedzenie nie z potrzeby głodu, ale z pragnienia odsunięcia negatywnych odczuć, w ostateczności znajduje to samo, co alkoholik: utratę szacunku do siebie i pogłębienie negatywnych odczuć. Podobnie jest z osobą szukającą seksu bez intymnego zbliżenia z partnerem. W pogoni za chwilą uniesienia może zatracić poczucie więzi z najbliższymi. Uzależnienie od jedzenia i od seksu jest znane od wielu lat. Przede wszystkim ze względu na konsekwencje. Otyłość jest problemem zdrowotnym, zarówno w sensie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Uzależnienie od seksu, oprócz problemów w relacji z innymi ludźmi i zaburzeń zdrowia psychicznego, jest związane z ryzykiem zarażenia chorobami wenerycznymi, HIV/AIDS, wirusem żółtaczk i innymi chorobami zakaźnymi. Jednak pomimo znanych

negatywnych konsekwencji wiele osób sięga po naturalne nagrody w nadziei odzyskania dobrego samopoczucia. Oczywiście w przypadku jedzenia i seksu na początku trudno jest ustalić, kiedy zostaje przekroczona granica między naturalną czynnością a wpadaniem w ciąg uzależnienia. Przecież nie można przestać jeść. Można przestać pić alkohol, można przestać palić papierosy, ale nie można przestać jeść. Kiedy odczucie głodu zaczyna nas oszukiwać? Z seksem jest trochę inaczej. Można powstrzymać się od seksu, ale w tym wypadku problem polega na tym, że w naszej kulturze bardzo trudno jest mówić o seksie tak, aby każdy dla siebie mógł określić zdrowe i prawidłowe zachowania seksualne. Gdy tej wiedzy nie ma, trudno jest ustalić, kiedy zaczyna się uzależnienie.

Jakie jeszcze mogą być naturalne nagrody? Wygrana na loterii, nowe zakupy, praca, gromadzenie rzeczy? Wszystkie te czynności można powiązać z instynktem samozachowawczym, znanym nie tylko w świecie zwierzęcym, ale również nam ludziom: zbieranie materiału na gniazdo czy mieszkanie. I faktycznie: gry, hazard, zakupy, praca, gromadzenie rzeczy, wszystkie te zajęcia mogą przybrać rozmiary znacznie większe, niż początkowo planowane. W rezultacie zamiast stać się rozrywką lub zwykłą potrzebą codziennego życia, stają się zagrożeniem i zaprzeczeniem tego, czym miały być. Ostatnio najbardziej znanym uzależnieniem jest uzależnienie od internetu. Również i w tym wypadku zachowanie ma związek z instynktem samozachowawczym: odpowiada na potrzebę istnienia w grupie,



która nas obroni i pomoże przeżyć w otaczającej nas „dżungli”. Internet jednak daje szereg innych możliwości: wiele osób używa internetu dla zaspokojenia swoich potrzeb seksualnych poprzez oglądanie pornografii, inni używają do różnego rodzaju gier, w tym również gier hazardowych.

Czy każda czynność, która sprawia nam przyjemność, może prowadzić do uzależnienia? Nie znamy odpowiedzi na to pytanie. Przy obecnym stanie poznania natury uzależnień możemy tylko spekulować. Najlepszym kryterium poznania, czy dana czynność może zmienić się w uzależnienie, to pytanie, na ile ta czynność jest istotna dla przeżycia organizmu. Wydaje się, że potrzeba głębszych odczuć duchowych nie wynika z natury instynktów samozachowawczych. Chociaż odczucia wywołane obcowaniem z dziełami sztuki czy osiągnięciami ludzkiego umysłu mogą być bardzo silne i pozytywne, to ich znaczenie dla przetrwania organizmu dla wielu ludzi jest ograniczone. Możemy założyć, że wspaniałe kolekcje sztuki nie są produktami uzależnienia behawioralnego. Trudno sobie wyobrazić, aby ktoś ukradł dzieła sztuki dla potrzeby głębokiego odczucia ich piękna. Jednak znacznie łatwiej wyobrazić sobie taką kradzież z powodu potrzeby pieniędzy i władzy. Pieniądze i kontrola środowiska, w którym żyjemy, są zdecydowanie ważniejsze dla naszego przeżycia. Dlatego wszelkie formy zdobywania „łatwych” pieniędzy czy kontroli nad środowiskiem mogą prowadzić do uzależnień. Hazard to przykład zachowania, które wiąże się ze

zdobywaniem pieniędzy i wyobrażeniem posiadania kontroli. Uważa się, że od 5 do 10% osób, które zajmują się hazardem, jest uzależnionych od tej czynności.

Czy uzależnienia od naturalnych nagród mogą być traktowane jak choroby w takim samym stopniu jak uzależnienia chemiczne? Center for Disease Control w Stanach określa następujące kryteria, których spełnienie decyduje o tym, że mamy do czynienia z chorobą:

- *Czy istnieją oznaki i objawy zaburzeń zdrowotnych?*
- *Czy zaburzenie zdrowia jest długotrwałe?*
- *Czy objawy powtarzają się; czy są nawroty?*
- *Czy zaburzenie jest postępujące?*
- *Czy można je leczyć (choć niekoniecznie wyleczyć)?*

Przy takiej definicji choroby łatwo można się zgodzić, że uzależnienia chemiczne są chorobą. Szczególnie, że wiele substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol czy kokaina, przy częstym stosowaniu niszczą organizm. Jeżeli odnieść podane kryteria choroby do zachowań takich, jak na przykład seks czy hazard, wtedy musimy uściślić, co rozumiemy przez objawy, co przez zaburzenie zdrowia i jakie są metody leczenia. Wybrana grupa specjalistów w Stanach Zjednoczonych postanowiła określić nowe kryteria diagnostyczne dla

choroby, polegającej na nadmiernej aktywności seksualnej. Sprowadzają się one do następującej listy objawów:

- A. *Pojawiające się przez okres co najmniej sześciu miesięcy intensywne myśli związane z seksem; pożądanie seksualne i zachowania seksualne z towarzyszącymi im czterema lub więcej kryteriami z podanej niżej listy:*
  - a. *Wiele czasu jest poświęcane na myślenie o seksie i przeżywanie pożądania seksualnego; planowanie i uleganie praktykom seksualnym*
  - b. *Powtarzanie takich czynności (jak wyżej) w odpowiedzi na negatywne stany emocjonalne (zaburzenia lękowe, depresja, znudzenie, irytacja)*
  - c. *Powtarzanie tych czynności w odpowiedzi na stres*
  - d. *Nieudane próby kontroli częstych zachowań seksualnych*
  - e. *Częste powtarzanie zachowań seksualnych nawet wtedy, kiedy stanowią one zagrożenie dla fizycznego lub emocjonalnego zdrowia własnego lub innych*
  
- B. *Wraz ze wzrostem częstości zachowań seksualnych narastają problemy związane z życiem społecznym, pracą zawodową i ogólnym stanem funkcjonowania osoby ulegającej potrzebie tych zachowań*

C. *Wymienione zachowania seksualne nie są wynikiem stanów maniakalnych ani nie są spowodowane użyciem środków psychoaktywnych*

D. *Dotyczy osób powyżej 18-tego roku życia*

Leczenie polega na ustaleniu norm określających, jakie zachowania są właściwe, a jakie przynoszą szkodę, i na poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, skąd bierze się potrzeba zaspokojenia zachowaniami seksualnymi negatywnych uczuć. Ważne, by zbadać, czy istnieje historia przebytej traumy lub długotrwałego stresu i ukierunkowanie terapii na leczenie ich skutków w życiu pacjenta. Pracując z osobą uzależnioną pomagamy ocenić i zmienić jej system wartości i określić zdrowe zachowania, które przyniosą jej pozytywne odczucia.

Powyższy opis uzależnienia od seksu przypomina opis uzależnienia chemicznego. Właśnie dlatego coraz więcej specjalistów skłania się do uznania zachowań, które się charakteryzują cechami podobnymi do wyżej przedstawionych, za uzależnienia. Wcześniej opisane badania z zastosowaniem technik obrazowania mózgu potwierdzają istnienie wspólnych ośrodkowych mechanizmów, leżących u podłoża rozwinięcia się uzależnień chemicznych i behawioralnych (Grant i wsp., 2010). Dr Nora D. Volkow, Dyrektor National Institute on Drug Abuse (NIDA) Narodowego Instytutu

Zdrowia (NIH) i autorka wielu prac z dziedziny neurobiologii uzależnień, powiedziała, że NIDA powinna zmienić nazwę na National Institute of Disorders of Addiction.

### ***Terapie zorientowane na ciało***



## ***Kobieta pijąca absynt***

Picasso namalował ten obraz w 1901 roku w Paryżu. Tak naprawdę przedstawiona na obrazie kobieta nie pije. Opiera się o stół, na którym stoi syfon i kieliszek na podkładce. Lewą ręką, tą którą się opiera o stół, ujmuje brodę, a prawą obejmuje się w uścisku. Wpatruje się we w połowie opróżniony kieliszek. Albo napełniony w połowie. Kobieta ma zaciśnięte usta. Prawe ramię ogarnia ją całą nad stołem, jakby chciało obronić ją przed tym, co na stole. Prawa ręka wydłuża się, żeby objąć jak najwięcej. To ciało jest zaplątane w supeł.

Czy jest to ból i silna potrzeba napicia się, czy też fizyczny uścisk, objęcie, żeby ciało odpoczęło i uspokoiło się? To drugie spojrzenie na obraz Picassa uzyskałem po przeczytaniu artykułów dotyczących terapii uwzględniającej umysł, ciało i potrzeby duchowe, a w szczególności po zaznajomieniu się z publikacjami dotyczącymi tzw. pracy z ciałem. Peter A. Levine uczy, że poprzez przyłożenie ręki do swojego ciała możemy je odczuć, poznać, a gdy boli, pomóc mu. W tym artykule chciałbym przekonać środowisko terapeutów do zwrócenia się w kierunku ciała, aby zrozumieć to, co głowę boli.

Dlaczego osoba uzależniona nie słucha argumentów, prośb ani zakazów? Odpowiada za to biologia, nie rozum, do którego staramy się dotrzeć, ale ciało, które sygnalizuje potrzebę. Tak jak działają instynkty samozachowawcze: biologia mówi nam, kiedy jesteśmy

głodni i kiedy spragnieni, a kiedy mamy uciec przed zagrożeniem. My posłusznie wykonujemy to, czego oczekuje ciało.

Gdy zwierzę uratowało się ucieczką, otrząsa się jak ze złego snu i wraca do spokojnego życia. Człowiek może się nie otrząsnąć. Pamięć horroru może zostać na lata. Okazuje się, że tak nadszarpnięty system neuronalny kontrolujący instynkty samozachowawcze jest szczególnie wrażliwy na uzależnienia (Bergen-Cico i wsp., 2016). Tak jakby system czekał na ostatnią fazę, jaką jest złagodzenie cierpienia. Alkohol może ofiarować mu ten spokój, przynajmniej chwilowo. Ale do czasu. Później, alkoholik będzie pił, a problemy będą narastać. Stąd to głębokie zamyślenie kobiety pijącej absynt.

Jak jej pomóc? Można jej wytłumaczyć, że nie musi pić, że jej się tylko zdaje, że to jej ciało ... no właśnie! Jak możemy wytłumaczyć, co robi jej ciało, a tak naprawdę, co ciało „mówi” do niej?

Przejrzałem wiele metod „pracy z ciałem”, od chińskiej medycyny do współczesnych uzdrowiaczy, i ku swojemu zaskoczeniu zobaczyłem, że każda z tych metod działa! Nawet unoszenie rąk nad ciałem, bez dotyku, też działa! Byle tylko było o ciele, nad ciałem, z ciałem, a będzie działać! Każde zwrócenie uwagi na ciało przynosi efekt! Dlaczego? Otóż pisząc o instynktach samozachowawczych i o tym, jak działają, należy wspomnieć o autonomicznym układzie nerwowym. Jest to układ nerwowy podporządkowujący pracę organizmu zmieniającym się warunkom zewnętrznym

i wewnętrznych. Również naszym wyobrażeniom, jak te warunki się zmieniają. Wystarczy, że uwierzymy, iż grozi nam nieszczęście, aby system autonomiczny zaczął przygotowywać nas do reakcji.

Ale zacznijmy od początku, jak to jest z tym umysłem i ciałem. Głowa ma dwa systemy nerwowe, którymi może kontrolować ciało: układ somatyczny i autonomiczny. Układ somatyczny rządzi naszymi mięśniami. Mamy możliwość świadomej kontroli pracy mięśniowej, możemy biec i tańczyć. Możemy regulować oddychanie, gdy uczymy się pływać. Mamy też układ autonomiczny, niezależny od naszej świadomości. To on reguluje rytm serca, przepływ krwi i inne funkcje organizmu, z których istnienia często nie zdajemy sobie sprawy. Układ autonomiczny też ma dwa systemy, współczulny i przywspółczulny. Pierwszy przygotowuje nas do walki lub ucieczki, a drugi pozwala nam odpocząć. I to właśnie zgodna praca tych dwóch systemów autonomicznych jest celem wielu technik pracy z ciałem.

W chwili trwogi, czyli w momencie decyzji wyboru walki lub ucieczki, aktywność podwzgórza i układu współczulnego prowadzi do uwolnienia tzw. hormonów stresu: kortyzolu, adrenaliny i noradrenaliny. To one pozwalają mięśniom wykonać pracę, jaka w normalnych warunkach byłaby niemożliwa. Wybuch hormonów stresu ma olbrzymi wpływ na ciało. Również na mózg, który przecież też jest częścią naszego ciała. Jeżeli zagrożenie utrzymuje się, ciało



zaczyna płacić cenę. Kortyzol, gdy jest uwalniany w dużych ilościach i przez dłuższy czas niszczy tkankę mózgową, niszczy hipokamp, gdzie gromadzona jest pamięć. To dlatego stres nie pomaga w nauce.

Bywa, że ta chwila trwogi i wyrzut hormonów zostają zapamiętane w ciele. Jak upadek, choroba czy silne stłuczenie. Bywa też, że wszystko, co kojarzy się z przeżytą chwilą strachu, może przez miesiące i lata wywoływać taką samą reakcję układu autonomicznego, jakby znowu należało walczyć lub uciekać. Pomimo braku zagrożenia przypadkowy dźwięk czy zapach przypominający zdarzenie traumatyczne może oznaczać niebezpieczeństwo. Może też tak być, że nasza świadomość nie rozpozna sygnału, tylko ciało migdałowate w układzie limbicznym je rozpozna i da rozkaz do walki. Tak może się dzieć w przypadku występowania zespołu stresu pourazowego.

W przeciwieństwie do układu współczulnego układ przywspółczulny działa podczas relaksu, odpoczynku, po obiedzie, w czasie sjesty. Okazuje się, że większość terapii „pracy z ciałem” świadomie czy też nieświadomie wpływa na wzajemny udział obu układów autonomicznych w regulacji funkcji organizmu na korzyść układu przywspółczulnego. Na przykład ćwiczenie polegające na wolnym i głębokim oddychaniu wzmacnia udział układu przywspółczulnego we wzajemnej współpracy obu układów autonomicznych, co wywołuje stan uspokojenia. W wielu

popularnych opisach układu autonomicznego stosuje się metaforę pedałów gazu i hamowania do kontroli pracy organizmu. Pedałem gazu jest układ współczulny, a za hamowanie odpowiada układ przywspółczulny.

Za prawidłowe funkcjonowanie ciała odpowiada harmonijna współpraca obu systemów, dostarczając na przykład odpowiednie ilości tlenu i glukozy do mięśni w zależności od zapotrzebowania energetycznego. Ten globalny zakres działania układu autonomicznego jest również źródłem problemów. Na przykład, jeżeli stres doprowadzi do pobudzenia układu współczulnego, ale z jakiegoś powodu ciało przygotowane do akcji nie wykona swojego zadania, to ta wyzwolona „energia” zostanie gdzieś przechowana w organizmie. W zależności od intensywności pobudzenia, częstości jego występowania i charakterystyki zagrożenia, funkcjonowanie organizmu zostanie zaburzone, co może być podłożem wielu problemów medycznych (D’Andrea i wsp., 2011). Chciałbym tylko wspomnieć o fibromialgii, bólach w różnych rejonach ciała, które poza historią przeżycia zdarzenia traumatycznego, często nie mają innej etiologii.

Istnieje duża rozbieżność osobnicza w reakcji na stres. Pewni ludzie są w stanie szybko się otrząsnąć po przeżyciu trwogi, za to inni będą cierpieć z powodu problemów medycznych czy psychicznych wywołanych traumą. W tym artykule chciałbym wspomnieć o dwóch

powodach tych różnic. Jedna związana jest z epigenetyką, a druga z odpornością (resiliency) ludzi na stres. Powód pierwszy to wpływ biologii na to, jak żyjemy, a drugi to jak swoim zachowaniem możemy wpłynąć na biologiczną reakcję na stres.

Istnieją dane, które wskazują, że skutki przeżytej traumy mogą być przekazywane z pokolenia na pokolenie. Nie tylko w formie przekazu, opowieści czy zachowań w rodzinie, ale w formie zapisu biologicznego. Okazuje się, że pewne doświadczenia, takie jak na przykład głód, stres czy uzależnienie chemiczne wpływają na sposób, w jaki jest przekazywany zapis genetyczny na kolejne pokolenie. Otóż geny przekazywane są w opakowaniu, które pozwala im się uaktywniać albo wręcz przeciwnie, nie pozwala się im ujawniać. Również same geny mogą mieć dołączane cząsteczki chemiczne, które też będą stanowić klucz do ich aktywności. Warunki, w jakich żyją rodzice, mogą mieć wpływ na uruchomienie specjalnych zestawów genów, a te raz uruchomione, mogą być w ten sam sposób przekazywane następnemu pokoleniu (Cadet, 2016, Yehuda i wsp., 2016, Dmitrzak-Węglarz, Hauser, 2009).

Jeżeli rodzice przeżyli traumę, która odcisnęła się na ich życiu i wpłynęła na przykład na zaburzenie współdziałania układu autonomicznego, to dzieci mają szansę, że również ich układ autonomiczny będzie podobnie zaburzony. Jest już wiele badań z dziedziny epigenetyki (w odróżnieniu do genetyki) potwierdzających

to zjawisko. Obecnie rozważa się możliwość świadomych, kontrolowanych oddziaływań na poziomie epigenetycznym w celu przeciwdziałania szkodliwym zmianom w uaktywnianiu zapisów genetycznych.

Odporność na stres można też wypracować. Najlepiej już we wczesnych latach zwracać uwagę na to, aby dzieci umiały rozpoznać i dać sobie radę z emocjami. Aby miały dobre przykłady zachowań prospołecznych i umiały ocenić, jakie zachowania są właściwe. Poczucie humoru, siła charakteru, umiejętność radzenia sobie ze strachem to wszystko są przykłady cech, które można wypracować, a które wzmacniają odporność na stres. Podobnie pracuje się z osobami dorosłymi, które nie radzą sobie ze stresem w życiu. W osiągnięciu odpowiedniego stosunku do niepowodzeń bardzo im pomaga wsparcie innych ludzi, duchowość i elementy terapii egzystencjalnej. Mając silne poczucie kontroli i sprawczości w życiu można wpłynąć na biologię stresu poprzez złagodzenie wahań w pobudzeniu obu układów autonomicznych (Southwick i wsp., 2016, Farley, 2007).

Ciekawym spojrzeniem na ciało w kontekście traumy jest praca Dity J. Federman i jej współpracowniczek (2016). Otóż na podstawie swoich prac z grupą osób, które przeżyły Zagładę, doszły one do wniosku, że pamięć traumy zapisana jest w postawie ciała, w tym jak człowiek ustawia swoje ciało, gdy przywołuje pamięć traumy. Mogą

to być postawy bardziej otwarte i wyrażające siłę przetrwania, ale mogą to też być postawy wycofania i pasywnego podejścia do życia. Znajomość „języka ciała” jest ważna w przypadku osób, które w obecności terapeuty mają problemy z werbalizacją swoich emocji.

Nasze ciało nie jest symetryczne. Tak samo nasz mózg. Istnieje preferencja zapamiętywania emocji i obrazów po prawej stronie mózgu, a narracji wydarzeń po stronie lewej. W nagłych wypadkach, gdy świat się wali na naszych oczach, możemy w jednej sekundzie zapamiętać obraz, strach i zapach, ale zabraknie czasu do zrozumienia i werbalnego opisu tego, co się stało. Może się zdarzyć, że osoba, która przeżyła wybuch na stacji benzynowej, będzie dostawała ataków paniki, czując zapach benzyny, ale nie będzie pamiętała tego, co się stało.

Wahadłowy ruch gałek ocznych z lewa na prawo w trakcie rozmowy na temat wydarzenia traumatycznego (EMDR - Terapia odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych) pomaga zintegrować odczucia ciała z historią wydarzenia. Metoda ta pomaga w radzeniu sobie z konsekwencjami traumy, ale dokładne wyjaśnienie jej skuteczności wymaga dalszych prac. Szczególnie, że istnieje już wiele podobnych metod symetrycznej stymulacji ciała (dotykem lub dźwiękiem), które prowadzą do podobnych wyników terapeutycznych.

Oczy są zwierciadłem duszy – uczy znane przysłowie. Faktycznie, źrenice są pod kontrolą układu autonomicznego i dlatego rozszerzają się lub zwężają zależnie od naszych emocji. Z kolei okulista, poprzez badanie dna oka, jest w stanie wskazać różne dolegliwości naszego ciała. Dr. David Grand (Hildebrand i wsp., 2017, Corrigan i wsp., 2015) poszedł dalej. Zauważył, że w trakcie rozmowy z pacjentem, gdy jego rozmówca przesuwa spokojnie wzrok z przedmiotu na przedmiot, jego wzrok może nagle znieruchomieć, podczas gdy ciało napręży się w stanie wzburzenia emocjonalnego. Terapeuta wykorzystał ten moment do zapytania pacjenta o jego odczucia. Okazało się, że chwila ta daje możliwość regulacji emocji związanych z pamięcią traumy. Metoda ta, nazywana Brainspotting, okazała się bardzo skuteczna w terapii reakcji emocjonalnych, traumy i uzależnień.

Ale największe uznanie wśród metod terapeutycznych zorientowanych na ciało zdobywa uważność. Szczególnie, że metodę tę można łączyć z wieloma innymi, zwiększając zakres interwencji i skuteczności. Tutaj chciałbym wspomnieć pracę Cynthi J. Price i współpracowników (2012), którzy wykazali, że połączenie technik uważności z dotykiem (masażem) uczy świadomości ciała. Podczas opisanych przez nich zajęć pacjent uczy się korzystania ze zmysłu interocepcji, dzięki któremu poznaje swoje fizyczne wnętrze. W podobny sposób, poprzez doświadczanie ciała działają takie techniki, jak Alexander Technique, the Feldenkrais method

i Continuum – wszystkie zorientowane na ciało zgodnie z koncepcją Somatic Experiencing Petera A. Levine’a (Payne i wsp., 2015).

Przyznam się, że moje podstawowe wykształcenie w dziedzinie fizyki i neurofizjologii bardzo mi przeszkadza w studiowaniu metod pracy z ciałem. W tej dziedzinie bardzo często używa się pojęcia „energii”, która przepływa przez ciało, a my mamy nauczyć się różnych technik regulacji jej przepływu. Spotkałem na przykład w literaturze wykorzystanie znanych praw fizycznych do opisu skuteczności Reiki (Thrane, Cohen, 2014). Rozważano między innymi możliwość, że zgodnie z zasadą nieoznaczoności, elektron może być jednocześnie w ciele terapeuty i pacjenta. Oczywiście, nie ma to nic wspólnego z zasadą nieoznaczoności. Nie chciałbym jednak odrzucać różnych metod, tylko dlatego, że nie rozumiemy tego, jak działają. Właśnie z powodu braku zrozumienia odrzucana była przez lata metoda EMDR, która dzisiaj uważana jest za jedną z najlepszych. Zdobywając świadomość ciała, czasami trudno jest nazwać odczuwane wrażenia z trzewi. Jeżeli podczas chwili spokoju swoje odczucia nazwę energią pozytywną, a falę gorąca, gdy ogarnia mnie gniew, energią negatywną, to ja wiem o czym mówię i fizyka nie jest mi do tego potrzebna. Joga, akupunktura, są już uznanymi metodami regulacji układu autonomicznego. I gdy problemem jest rozregulowany układ autonomiczny, naszym obowiązkiem jest wykorzystać każdą metodę, która pomoże w jego regulacji.

Na zakończenie wróćę do badań Petera A. Levine'a i jego współpracowników. Jego metoda Somatic Experiencing to kolejne podejście do interocepcji, rozpoznania ciała i jego roli w regulacji emocji. Gdyby kobieta z obrazu Picassa umiała rozpoznać język swojego ciała, gdyby rozpoznała ssanie w jego wnętrzu oraz łkanie duszy, gdyby była świadoma swoich emocji i potencjalnych wyborów, może w następnej chwili mogłaby wstać, otrząsnąć się i pójść na miłe spotkanie z przyjaciółmi. Bo oprócz zdrowego ciała to wsparcie najbliższych pomoże jej wyzwolić się z nieruchomego spojrzenia wpatrzonego w przeszłość.

## **Literatura**

D'Andrea, W., Sharma, R., Zelechowski, A. D., Spinazzola, J. (2011). Physical health problems after single trauma exposure: When stress takes root in the body. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(6), 378-92

Bergen-Cico, D., Sarah Wolf-Stanton, S., Filipovic, R., Weisberg, J. (2016). Trauma and Neurological Risks of Addiction. Chapter 6. W: *The Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse*. Ed.: V. Preedy. Academic Press.

Cadet J. L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: Therapeutic implications. *Molecular Neurobiology*, 53(1), 545–560.



Corrigan, F. M., Grand, D., Raju, R. (2015). Brainspotting: Sustained attention, spinothalamic tracts, thalamocortical processing, and the healing of adaptive orientation truncated by traumatic experience. *Medical Hypotheses*, 84(4), 384-394.

Dmitrzak-Węglarz, M., Hauser, J. (2009). Mechanizmy epigenetyczne w chorobach psychicznych i zaburzeniach funkcji poznawczych. *Psychiatria*, 6(2), 51–60.

Farley, Y. R (2007). Making the connection: Spirituality, trauma and resiliency. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 26(1), 1-15. 2007

Federman, D. J., Band-Winterstein, T., Sterenfeld, G. Z. (2016) The body as narrator: Body movement memory and the life stories of Holocaust survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 21(1), 16-29.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241. doi:10.3109/00952990.2010.491884

Hildebrand, A., Grand, D., Stemmler, M. (2017). Brainspotting – the efficacy of a new therapy approach for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder in comparison to Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(1), 1-17.

Payne, P., Levine, P. A., Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93.

Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M., & Rue, T. (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 94–107.

Southwick, S. M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D., Mayes, L., Pietrzak, R. (2016). Why are some individuals more resilient than others: The role of social support. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 77–79.

Thrane, S., & Cohen, S. M. (2014). Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: An in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(4), 897–908.

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F., Binder, E. B. (2016). Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry*, 80(5), 372 – 380.



