

Podwójna diagnoza

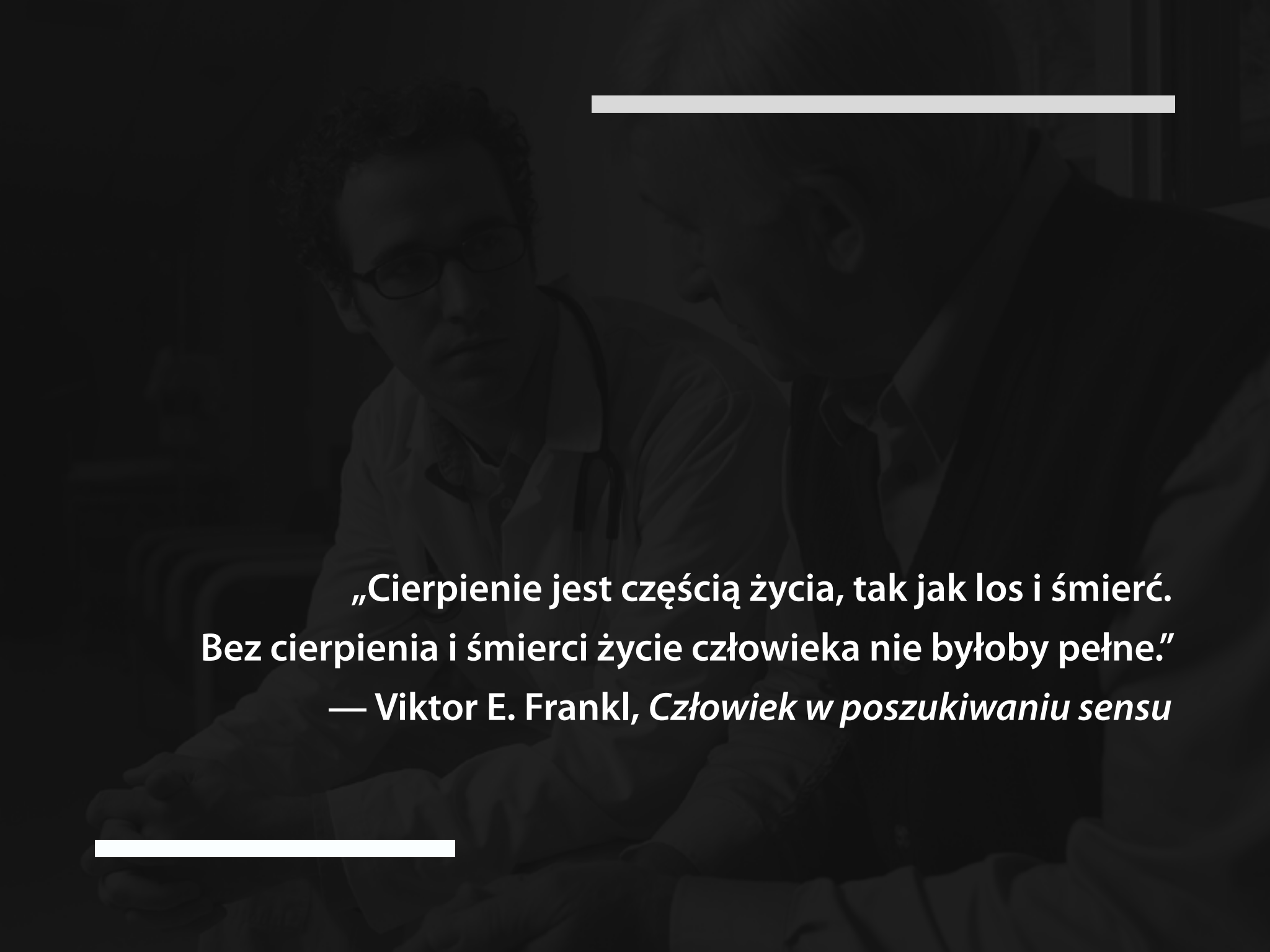
Depresja i uzależnienie – kiedy problemy
zdrowia psychicznego nakładają się na siebie





Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji
02-656 Warszawa ul. Ksawerów 3
KRS 0000180749; Regon: 015620834; NIP: 521-327-96-90
BZ WBK XI O/Warszawa 94 1090 1043 0000 0001 0191 6962

Autorem tekstu jest Joanna Chatizow



**„Cierpienie jest częścią życia, tak jak los i śmierć.
Bez cierpienia i śmierci życie człowieka nie byłoby pełne.”
— Viktor E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu***



CZĘŚĆ I

Współczesna psychiatria i psychologia coraz częściej podkreślają, że zdrowie psychiczne nie jest zjawiskiem jednowymiarowym. Depresja, zaburzenia lękowe, uzależnienia czy zaburzenia osobowości rzadko występują w izolacji. W praktyce klinicznej i w życiu codziennym często się przenikają, tworząc sieć zależności, w której trudno odzielić przyczynę od skutku.

Jednym z najbardziej wymagających przykładów tego współwystępowania jest tzw. **podwójna diagnoza** - sytuacja, w której osoba doświadcza **zarówno zaburzenia psychicznego (np. depresji), jak i uzależnienia od substancji lub zachowań**. Może to być alkohol, leki uspokajające, narkotyki, ale też kompulsyjne korzystanie z pornografii, gier komputerowych, hazard czy nadmierne sięganie po media społecznościowe.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, nawet co trzecia osoba z uzależnieniem cierpi również na zaburzenie nastroju – najczęściej właśnie depresję¹. Z kolei u pacjentów z depresją ryzyko rozwoju uzależnienia jest kilkakrotnie wyższe niż w populacji ogólnej². To nie przypadek. Depresja i uzależnienie mają wspólne mechanizmy – zarówno w mózgu, jak i w emocjach. Wzajemnie się napędzają, prowadząc do błędnego koła: smutek → napięcie → ulga → wstyd → pogłębienie depresji.

Dlaczego depresja i uzależnienie tak często idą w parze?

Zarówno z punktu widzenia neurobiologii, jak i psychologii, depresję i uzależnienie łączy bardzo wiele. Nie tylko to, że jedno może być reakcją na drugie, ale że oba dotyczą **tych samych obszarów mózgu i tych samych ludzkich potrzeb** – potrzeby ulgi, kontroli, ukojenia, przynależności.

Osoby zmagające się z depresją często mówią:
*Chciałem tylko na chwilę przestać czuć.
Po alkoholu wreszcie mogłam zasnąć.
Te tabletki pomagały mi przetrwać dzień.*

Nie jest to brak silnej woli. To poszukiwanie ulgi w cierpieniu, które stało się nie do zniesienia.

Samoleczenie i błędne koło ulgi

Kiedy emocje stają się przytłaczające, a świat traci barwy, alkohol czy leki uspokajające mogą wydawać się sposobem na przetrwanie. Początkowo rzeczywiście dają ulgę – zmniejszają napięcie, ułatwiają sen, tłumią myśli. Niestety, ich działanie jest krótkotrwałe i szybko prowadzi do odwrotnego efektu: nasilenia lęku, rozdrażnienia, problemów ze snem i pogłębienia depresji³.

Mechanizm ten przypomina sinusoidę:

Ulga -> tolerancja -> większe dawki -> pogorszenie nastroju -> potrzeba kolejnej ulgi.

Z czasem mózg uczy się, że to właśnie substancja (a nie sen, kontakt z drugim człowiekiem czy aktywność) przynosi ukojenie.

W ten sposób **układ nagrody** – czyli system motywacji i przyjemności – zostaje *przeprogramowany*.

Neurobiologia wspólnego cierpienia

W depresji i uzależnieniu aktywowane są te same obszary mózgu:

- **układ dopaminowy** (odpowiedzialny za motywację i przyjemność),
- **oś stresu (HPA)**, która reguluje poziom kortyzolu,
- oraz **kora przedczołowa**, sterująca samokontrolą i planowaniem działań.

Przewlekły stres, smutek czy nadużywanie substancji powodują zaburzenia równowagi w tych układach.

Z czasem mózg *rozleniwia się* – zaczyna produkować mniej dopaminy i serotoniny, a coraz trudniej odczuwać radość z drobnych rzeczy.

To właśnie dlatego osoby z podwójną diagnozą często opisują swoje życie jako „pustkę”, „znieczulenie”, „emocjonalne odrętwienie”.

To nie lenistwo. To **efekt biochemicznego wypalenia układu nagrody**.
Czynniki psychologiczne i społeczne

Nie każdy, kto sięga po alkohol w trudnym momencie, popadnie w uzależnienie. Decydują o tym m.in.:

- predyspozycje genetyczne,
- przebyte traumy i doświadczenia z dzieciństwa,
- wzorce emocjonalne wyniesione z domu,
- presja społeczna i brak wsparcia,
- a także sposób, w jaki dana osoba radzi sobie ze stresem.

Wielu ludzi z depresją ma za sobą lata *dzielnego funkcjonowania*, tłumienia emocji i nadmiernej odpowiedzialności. Kiedy organizm w końcu *odmawia posłuszeństwa*, pojawia się poczucie winy, bezsilność i ucieczka w substancje – czasem pozornie niewinne, jak tabletki na sen.

Alkohol, benzodiazepiny i leki nasenne – cichy sojusznik depresji

Alkohol i leki z grupy benzodiazepin (np. alprazolam, diazepam) oraz tzw. leki nasenne z grupy Z (np. zolpidem, zopiklon, zalepton) działają na ten sam układ neuroprzekaźnikowy – GABA. To właśnie dlatego dają podobne uczucie rozluźnienia i uspokojenia.

W krótkiej perspektywie wydają się „pomocne”, ale w dłuższej prowadzą do poważnych zmian w funkcjonowaniu mózgu.
Alkohol, benzodiazepiny czy leki z grupy Z:

Depresja i uzależnienie od alkoholu, benzodiazepin czy leków nasennych tworzą pętlę, w której każdy z tych czynników nasila drugi – dlatego skuteczne leczenie wymaga równoległej pracy nad nastrojem, snem, stresem i mechanizmami uzależnienia.

- zaburzają sen (zwłaszcza fazę REM),
- obniżają poziom serotoniny,
- nasilają objawy lęku,
- utrudniają proces zdrowienia z depresji.

Co gorsza, alkohol i benzodiazepiny wzajemnie wzmacniają swoje działanie, a ich łączenie może prowadzić do utraty przytomności, a nawet śmierci.

Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, leki z tej grupy powinny być stosowane nie dłużej niż 2–4 tygodnie, a każdy przypadek dłuższego używania wymaga nadzoru lekarza⁴.

Uzależnienia behawioralne – nowoczesne pułapki dopaminy

Nie tylko substancje mogą prowadzić do uzależnienia.

Współczesny świat pełen jest bodźców, które nieustannie pobudzają nasz układ nagrody: powiadomienia w telefonie, social media, gry komputerowe, zakupy online, pornografia.

Każdy z tych bodźców wyzwala krótkie *uderzenie* dopaminy – neuroprzekaźnika przyjemności. Im częściej z niego korzystamy, tym słabiej reaguje nasz mózg. Potrzebujemy coraz silniejszego bodźca, aby poczuć cokolwiek.

Psychiatrzy nazywają to zjawisko **hipodopaminergią** – spadkiem wrażliwości mózgu na przyjemności.

Efekt? Brak radości, pustka, apatia, a czasem agresja i frustracja.

Niektórzy badacze mówią wręcz o *społeczeństwie uzależnionym od dopaminy* – nie od substancji, lecz od bodźców.

Dla osób w depresji to szczególnie niebezpieczne, bo każda nowa porcja dopaminy (gra, film erotyczny, scrollowanie) daje chwilowe ukojenie, ale później pozostawia jeszcze większą pustkę.

SAMOOKALECZANIE TO CELOWE ZADAWANIE SOBIE BÓLU LUB USZKODZEŃ CIAŁA, ZWYKLE BEZ ZAMIARU ODEBRANIA SOBIE ŻYCIA, W CELU PORADZENIA SOBIE Z SILNYM NAPIĘCIEM EMOCJONALNYM, POCZUCIEM PUSTKI LUB CIERPIENIEM PSYCHICZNYM.

Zachowania autodestrukcyjne – uzależnienie od ulgi

Nie każda forma ucieczki od emocji ma postać substancji.

U części osób z depresją pojawiają się **samookaleczenia** – cięcie, przypalanie, uderzanie, drapanie do krwi. Dla wielu to sposób na przerwanie emocjonalnego napięcia lub *poczucie, że w ogóle coś się czuję*.

Choć brzmi to paradoksalnie, mechanizm samouszkodzeń jest bardzo podobny do mechanizmu uzależnienia:

napięcie -> impuls -> działanie -> ulga -> wstyd -> powrót napięcia.

To nie jest *chęć zwrócenia na siebie uwagi*, lecz **próba samoregulacji emocji** w sytuacji, gdy nie ma się wypracowanych zdrowszych narzędzi.

Dlatego tak ważne jest, aby terapeuta potraktował takie zachowania nie jako bunt czy zagrożenie, ale jako sygnał ogromnego cierpienia i potrzebę pomocy w nauce bezpieczniejszych sposobów regulacji emocji.

Depresja i uzależnienie są jak dwa naczynia połączone.

Często zaczyna się od chęci *poradzenia sobie* z bólem psychicznym, a kończy na jeszcze głębszym cierpieniu.

Jednak to, co oba te stany łączy, to nie tylko destrukcja - ale też możliwość odbudowy. Wspólne leczenie depresji i uzależnienia jest trudniejsze, ale **znacznie bardziej skuteczne niż próba walki z każdym problemem osobno**.

To właśnie równoległa praca nad emocjami, ciałem i mózgiem daje największą szansę na trwałe zdrowienie.

CZĘŚĆ II

Leczenie i psychoterapia w podwójnej diagnozie

Dlaczego leczenie musi być równoległe

Jeszcze kilkanaście lat temu wielu specjalistów sądziło, że w przypadku współwystępowania depresji i uzależnienia trzeba najpierw zająć się jednym problemem, a potem drugim. W praktyce oznaczało to, że osoba zmagająca się z depresją, ale pijąca lub nadużywająca leków, była kierowana wyłącznie do ośrodka leczenia uzależnień – bez równoczesnego wsparcia psychiatrycznego.

Dziś wiemy, że takie podejście nie działa. Badania wykazały, że próba leczenia tylko jednego aspektu zaburzenia prowadzi do szybkiego nawrotu drugiego⁵.

Leczenie depresji bez leczenia uzależnienia jest jak gaszenie pożaru z otwartym dopływem gazu.

Z kolei próba odstawienia substancji bez wsparcia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego może doprowadzić do nagłego pogorszenia nastroju, lęków i myśli samobójczych. Dlatego współczesne wytyczne jednoznacznie zalecają terapię zintegrowaną, czyli równoległe leczenie obu zaburzeń⁶.

Zintegrowany model leczenia

Zintegrowane leczenie oznacza, że osoba z podwójną diagnozą otrzymuje pomoc z obu obszarów jednocześnie: psychiatrycznego i terapeutycznego.

Taki model obejmuje:

1. **Farmakoterapię** – leczenie objawów depresji, lęku, zaburzeń snu i napięcia.
2. **Psychoterapię** – uczenie się rozumienia emocji, radzenia sobie z impulsami, pracy z poczuciem wstydu i winy.
3. **Terapię uzależnień** – pracę nad mechanizmami picia, głodem substancji, nawrotami i kontrolą zachowań.
4. **Wsparcie środowiskowe** – grupy wsparcia, rodzina, edukacja, aktywizacja.

PAMIĘTAJ! Zdrowienie to proces, a nie wydarzenie.

Nie zaczyna się w momencie odstawienia używek, ale wtedy, gdy człowiek zaczyna rozumieć, dlaczego po nie sięgał.

Farmakoterapia

– leki, które leczą, a nie uzależniają

Farmakoterapia w podwójnej diagnozie wymaga szczególnej ostrożności. Leki powinny być dobierane indywidualnie, z uwzględnieniem historii uzależnienia i potencjalnych interakcji z substancjami.

Najczęściej stosowane są:

- **leki przeciwdepresyjne (SSRI, SNRI)** – np. sertralina, escitalopram, duloksetyna, wenlafaksyna;
- **stabilizatory nastroju** – np. lamotrygina, kwas walproinowy, karbamazepina;
- **neuroleptyki drugiej generacji** – np. kwetiapina lub aripiprazol (zwłaszcza przy nasilonym niepokoju lub zaburzeniach snu).

Leki te nie uzależniają, ale wymagają cierpliwości – efekt stabilizacji pojawia się zwykle po kilku tygodniach.

Celem farmakoterapii nie jest *zagłuszenie* emocji, lecz przywrócenie równowagi neurochemicznej, aby mózg mógł prawidłowo reagować na terapię i życie.

Uwaga: Leki z grupy benzodiazepin i tzw. leki z grupy Z (np. zolpidem, zopiklon, zalepton) nie powinny być stosowane długotrwale – nasilają objawy depresji i zwiększają ryzyko nawrotu uzależnienia⁷.



Psychoterapia – fundament zdrowia

Psychoterapia jest kluczowym elementem leczenia podwójnej diagnozy.

To w terapii człowiek uczy się zrozumieć swoje emocje, przerwać błędne koło wstydu i ulgi, oraz odzyskać poczucie sprawczości.

Najskuteczniejsze nurty w tym obszarze to:

PODEJŚCIE TERAPEUTYCZNE	CEL I ZASTOSOWANIE
Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)	Rozpoznawanie i modyfikacja negatywnych schematów myślenia i zachowania.
Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)	Nauka regulacji emocji, tolerancji napięcia i przerywania impulsywnych zachowań.
Terapia motywująca (MI)	Wzmacnianie gotowości do zmiany i odpowiedzialności za proces zdrowienia.
Terapia traumy (np. EMDR)	Praca z dawnymi doświadczeniami, które mogą podtrzymywać mechanizmy uzależnienia i depresji.

Terapia DBT – nauka emocjonalnej równowagi

Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) została opracowana przez Marszę Linehan dla osób z tendencjami impulsywnymi i do samookaleczania, ale dziś jest skutecznie stosowana również u osób z uzależnieniami i depresją.

DBT łączy elementy terapii poznawczo-behawioralnej z uważnością (mindfulness).

Jej głównym celem jest **nauka radzenia sobie z emocjami bez uciekania się do destrukcyjnych zachowań**.

W DBT pacjent uczy się czterech kluczowych umiejętności:

1. **Uważność (mindfulness)** – dostrzeganie emocji, myśli i impulsów z ciała, bez osądzania.
2. **Regulacja emocji** – rozpoznawanie i zmniejszanie intensywności trudnych uczuć.
3. **Tolerancja dyskomfortu** – przetrwanie trudnych chwil bez destrukcji.
4. **Efektywność interpersonalna** – komunikowanie potrzeb i granic bez agresji lub uległości.

Strategia STOP – zatrzymaj impuls

Jednym z podstawowych narzędzi DBT jest strategia STOP, przydatna w każdej sytuacji, gdy pojawia się impuls sięgnięcia po alkohol, lek czy zachowanie autodestrukcyjne.

LITERA	ZNACZENIE	CEL
S – Stop	Zatrzymaj się, nie rób nic automatycznie.	Zatrzymanie reakcji.
T – Take a breath	Skup się na kilku spokojnych oddechach.	Obniżenie napięcia.
O – Observe	Zauważ, co czujesz, co myślisz, czego potrzebujesz.	Świadomość emocji i potrzeb.
P – Proceed wisely	Podejmij decyzję, która nie pogłębi cierpienia.	Wybór świadomego działania.

Regularne stosowanie tej strategii pomaga *wydłużyć moment między bodźcem a reakcją* – a to właśnie tam zaczyna się zmiana.

SMART Recovery – świecka alternatywa o naukowych podstawach

SMART Recovery to międzynarodowy program wsparcia dla osób uzależnionych, oparty na naukowych zasadach psychoterapii.

W odróżnieniu od programów duchowych (np. AA), SMART skupia się na czterech obszarach samoregulacji:

1. **Budowanie i utrzymywanie motywacji.**
2. **Radzenie sobie z impulsami i głodem substancji.**
3. **Zarządzanie emocjami, myślami i zachowaniami.**
4. **Budowanie satysfakcjonującego życia bez używek.**

To program dla osób, które chcą aktywnie uczestniczyć w procesie zmiany, ucząc się konkretnych narzędzi psychologicznych zamiast deklaracji duchowych.

W Polsce spotkania SMART Recovery odbywają się online i stacjonarnie w kilku dużych miastach⁸.

Celem programu **SMART Recovery** jest nie tylko zaprzestanie stosowania używek, ale realna poprawa jakości życia.

Włączenie rodziny w proces leczenia

Leczenie podwójnej diagnozy jest skuteczniejsze, gdy obejmuje również bliskich pacjenta.

Rodzina często nie rozumie mechanizmów uzależnienia ani tego, że depresja nie jest *lenistwem*, lecz chorobą.

Edukacja, psychoedukacja rodzinna i wspólna terapia pomagają odbudować zaufanie i stworzyć środowisko, w którym zdrowienie staje się możliwe.

Ważne: Wspieranie nie oznacza kontrolowania.

Celem rodziny nie jest *pilnowanie*, lecz tworzenie bezpiecznej przestrzeni, w której chory nie musi udawać, że *wszystko jest w porządku*.



Leczenie podwójnej diagnozy to proces wymagający czasu, cierpliwości i współpracy wielu specjalistów.

Nie ma jednej pigułki ani prostego rozwiązania. Są za to skuteczne metody, które pomagają odzyskać równowagę - biologiczną, emocjonalną i społeczną.

Każda zmiana, nawet najmniejsza, ma znaczenie. Każdy dzień bez destrukcji to krok w stronę zdrowienia.



Część III. Zdrowienie i odbudowa równowagi

Zdrowienie to nie powrót, lecz zmiana kierunku

Wielu ludzi, którzy wychodzą z depresji i uzależnienia, mówi:
Chciałbym wrócić do tego, jak było wcześniej.

Ale prawda jest inna – **zdrowienie nie polega na powrocie do dawnego JA**, lecz na stopniowym tworzeniu nowej wersji siebie: bardziej uważnej, świadomej, łagodniejszej wobec własnych granic.

Tak właśnie rozumie zdrowienie William Anthony, twórca koncepcji recovery w psychiatrii:

Zdrowienie nie polega na powrocie do tego, co było, lecz na budowaniu czegoś nowego z tym, co pozostało.

W praktyce oznacza to proces obejmujący ciało, psychikę i środowisko życia.

Nie ma jednej drogi, ale istnieją **wspólne filary zdrowienia**, które pomagają odbudować równowagę.

Biologia zdrowienia – co dzieje się w mózgu

Zarówno depresja, jak i uzależnienie prowadzą do zmian w strukturze i funkcjonowaniu mózgu.

Zaburzona zostaje praca układu dopaminowego (odpowiedzialnego za motywację i przyjemność), osi stresu (HPA), a także procesy neuroplastyczności – czyli zdolność mózgu do tworzenia nowych połączeń nerwowych.

Dobłą wiadomością jest to, że mózg potrafi się regenerować.

Nie jest to proces szybki, ale możliwy – szczególnie wtedy, gdy wspieramy go odpowiednim stylem życia, snem, odżywianiem i relacjami społecznymi.

Badania wykazują, że po kilku miesiącach abstynencji i terapii:

- poprawia się aktywność kory przedczołowej (odpowiedzialnej za samokontrolę i planowanie),
- normalizuje się poziom dopaminy i serotoniny,
- a objawy anhedonii i lęku stopniowo się zmniejszają⁹.

Mikrobiota jelitowa i zdrowie psychiczne

W ostatnich latach coraz więcej badań wskazuje na związek między jelitami a mózgiem – tzw. osią mózgowo-jelitową. W jelitach żyją miliardy mikroorganizmów, które uczestniczą w produkcji neuroprzekazników, m.in. serotoniny, dopaminy i GABA.

To dlatego niektórzy naukowcy mówią dziś, że *jelita to nasz drugi mózg*.

Zaburzenia mikrobioty mogą pogłębiać stany zapalne, zwiększać poziom kortyzolu i wpływać na nastrój¹⁰. Z kolei odbudowa mikrobioty – poprzez dietę, probiotyki i ograniczenie alkoholu – może wspomagać proces zdrowienia.

Co warto włączyć do codziennej diety:

- fermentowane produkty (kefir, jogurt naturalny, kiszonki),
- błonnik (warzywa, owoce, pełne ziarna),
- kwasy omega-3 (ryby morskie, siemię lniane),

- ograniczenie cukru i przetworzonej żywności,
- regularne pory posiłków i nawodnienie.

W leczeniu depresji wspomagająco bada się także tzw. **psycho-biotyki** – szczepy bakterii (np. *Lactobacillus helveticus Rosell-52*, *Bifidobacterium longum Rosell-175*), które wpływają na redukcję lęku, poprawę nastroju i snu¹¹.

Sen, rytm dobowy i regeneracja

Zaburzenia snu są jednym z najczęstszych objawów zarówno depresji, jak i uzależnienia.

Alkohol czy leki nasenne dają pozorne ukojenie – skracają czas zasypiania, ale zaburzają jakość snu i fazę REM. Po odstawieniu często pojawia się tzw. bezsenność z odbicia.

Dlatego kluczowe jest **przywrócenie naturalnego rytmu dobowego**:

- stała pora wstawania (nawet w weekendy),
 - ekspozycja na światło dzienne rano,
 - ograniczenie ekranów przed snem,
 - lekkostrawna kolacja,
- ciepły prysznic lub krótki spacer wieczorem.

Sen to nie luksus – **to proces naprawczy mózgu**.

W czasie głębokiego snu mózg *oczyszcza się* z toksyn metabolicznych, konsoliduje pamięć i stabilizuje emocje.

Ruch jako lek

Aktywność fizyczna to jeden z najlepiej przebadanych *naturalnych leków* przeciwdepresyjnych.

Regularny ruch poprawia krążenie, zwiększa poziom endorfin, serotoniny i BDNF – białka wspierającego neuroplastyczność.

Nie chodzi o sport wyczynowy. Wystarczy 30 minut marszu dziennie, jazda na rowerze, joga lub taniec.

Badania pokazują, że **umiarkowany wysiłek fizyczny 3–4 razy w tygodniu** może działać równie skutecznie jak farmakoterapia w łagodnej depresji¹².

Ciało jest narzędziem umysłu – nie można uzdrowić jednego, ignorując drugie.

Uważność i samowspółczucie*

Wiele osób z podwójną diagnozą żyje w wewnętrznym dialogu pełnym surowości:

Powinnam/powinienem być silniejszy. Nie zasługuję na pomoc. Znowu zawiodłam/em.

Ten sposób myślenia nie wspiera zdrowienia.

Uważność (mindfulness) i samowspółczucie uczą, że można zauważać swoje emocje bez ich oceniania.

To nie pobbżanie sobie, lecz świadome uznanie swojego człowieczeństwa.

* **SAMOWSPÓŁCZUCIE** TO POSTAWA ŻYCZLIWOŚCI, ZROZUMIENIA I AKCEPTACJI WOBEC SAMEGO SIEBIE W MOMENTACH TRUDNOŚCI, PORAŻKI LUB CIERPIENIA

- ZAMIAST KRYTYKI I OSĄDZANIA.

Ćwiczenie:

Usiądź wygodnie, zamknij oczy i powiedz sobie spokojnie:

To trudny moment, ale mam prawo czuć to, co czuję. Nie muszę dziś wszystkiego naprawiać. Wystarczy, że oddycham.

Regularne praktykowanie samowspółczucia obniża poziom kortyzolu, reguluje emocje i zmniejsza skłonność do sięgania po używki¹³.

Relacje, wspólnota i wsparcie

Człowiek nie zdrowieje w izolacji.

Nawet najlepsza terapia traci skuteczność, jeśli po jej zakończeniu wracamy w środowisko pozbawione wsparcia lub pełne dawnych nawyków.

Grupy wsparcia – takie jak **AA, Al-Anon, DDA, SMART Recovery** czy **grupy psychoedukacyjne** w poradniach zdrowia psychicznego – pomagają odbudować więzi społeczne i poczucie przynależności.

Nie każdy musi mówić publicznie o swojej historii. Czasem wystarczy być obecnym, słuchać, a niekiedy po prostu zobaczyć, że inni też mierzą się z podobnym bólem.

Nie jesteś sam. Twoja historia nie jest wyjątkiem – jest częścią ludzkiego doświadczenia.

Profilaktyka nawrotów

Nawroty w procesie zdrowienia nie są porażką, lecz częścią drogi.

Statystyki pokazują, że większość osób po podwójnej diagnozie doświadcza przynajmniej jednego epizodu powrotu do dawnych schematów¹⁴.

Najważniejsze to wiedzieć, jak zareagować!

5 sygnałów ostrzegawczych:

1. Pojawia się myśl:
Może tylko raz?
2. Coraz częściej unikasz kontaktu z bliskimi.
3. Powraca bezsenność lub drażliwość.
4. Zaczynasz ukrywać emocje lub unikać terapii.
5. Spada motywacja do dbania o siebie.

Co możesz zrobić już dziś:

1. Skontaktuj się z terapeutą lub lekarzem.
2. Wróć na spotkania grupy wsparcia.
3. Porozmawiaj z kimś, kto rozumie.
4. Przypomnij sobie, jak wiele już osiągnąłeś.
5. Potraktuj nawrót nie jako klęskę, lecz informację: *Czego teraz potrzebuję?*

Nadzieja jako element terapii

W zdrowieniu najważniejsza jest nadzieja – nie ta naiwna, że *jutro będzie lepiej*, lecz ta dojrzała, która mówi:

Nie wiem, ile to potrwa, ale wiem, że mam wpływ na kolejny krok.



Każdy dzień, w którym wybierasz trzeźwość, terapię, rozmowę lub po prostu oddech zamiast destrukcji, jest aktem odwagi.

To właśnie z takich małych kroków buduje się trwałą zmianę.

Depresja i uzależnienie to nie wyroki, lecz choroby, które można leczyć i z których można wyzdrowieć. Proces ten wymaga cierpliwości, zrozumienia i współpracy – z lekarzami, terapeutami, rodziną, ale też z samym sobą.

Największym krokiem jest przyznanie: *Potrzebuję pomocy.*

Od tego momentu wszystko zaczyna się zmieniać.
To, że jeszcze tu jesteś, jest dowodem siły, nie słabości.

PRZYPISY:

1. World Health Organization (2022). Mental Health and Substance Use: Data and Statistics.
2. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses, 2023.
3. Schuckit, M. (2018). Alcohol and depression: a clinical perspective.
4. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, 2020.
5. NIDA (2023). Comorbidity: Substance Use Disorders and Mental Illnesses.
6. World Health Organization (2022). Integrated treatment for co-occurring disorders.
7. American Psychiatric Association (2020). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders.
8. SMART Recovery (2024). Global Directory of Meetings.
9. Volkow, N. D. et al. (2022). Neurobiological recovery after abstinence in substance use disorders.
10. Cryan, J. F. & Dinan, T. G. (2019). Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour.
11. Messaoudi, M. et al. (2011). Assessment of psychotropic-like properties of a probiotic formulation.
12. Blumenthal, J. A. et al. (2012). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder.
13. Neff, K. D. (2020). Self-compassion and psychological wellbeing: A review of research findings.
14. SAMHSA (2023). Relapse prevention in co-occurring disorders.