

Mechanizmy uzależnienia czy kryzys rozwojowy?
Damian Zdrada
Artykuł wydrukowany w czasopiśmie „Świat Problemów”

Kiedyś w moim rozwoju zawodowym przyszedł moment, gdy zdecydowałem się przyjmować pacjentów uzależnionych od alkoholu również w gabinecie prywatnym. Do tamtego momentu zajmowałem się terapią tylko w ramach publicznej służby zdrowia. Już pierwszy kontakt z osobami uzależnionymi w gabinecie pokazał mi coś, czego w ogóle do tej pory nie uwzględniałem. Chcę podzielić się tutaj tym doświadczeniem.

Pracując w służbie zdrowia przyjąłem model medyczny. Dążę więc do tego, aby wszelkimi środkami usunąć bądź zmniejszyć cierpienie. Przyjmuję więc model, w którym chcę przywrócić pacjentowi stan względnej homeostazy. Koncentruję się na deficytach pacjenta, określam mechanizmy choroby, stawiam diagnozę. Staram się w ten sposób ustalić źródło cierpienia. Gdybym użył metafory budowlanej, powiedziałbym: „znalazłem nierówności terenu i muszę gdzieniegdzie podsypanać, aby teren wyrównać”.

Takie założenie, przekładało się u mnie na myśl, którą w pewnym stopniu nieświadomie realizowałem: „pacjencie, masz nie mieć tego czegoś niedobrego, bo to co masz w tej chwili sprawia ci ból”. Realizowałem to dosyć dyrektywnie, poprzez założenie o całkowitej abstynencji oraz o tym, że pacjent uzależniony posiada pewne mechanizmy chorobowe które trzeba ustalić i ograniczyć ich działanie. W takim medycznym modelu pacjent ma bardzo mało swobody. Nie jest autonomiczny. Widać raczej chorobę, nie człowieka. Tak po prostu działa służba zdrowia. Gdy ktoś przychodzi do lekarza mówiąc: „boli mnie gardło”, lekarz przeformułuje ten problem tak, aby mógł się nim zająć jako pracownik służby zdrowia, mówiąc np.: „ma pan anginę”. Tak przeformułowany problem zawiera w sobie sposób rozwiązania: odpowiednie lekarstwa, niezdolność do pracy, zalecenia itp. Gdyby ten sam człowiek przyszedł z takim samym problemem do szamana ten mógłby powiedzieć: „nawiedziły cię duchy i zamieszkały w twoim gardle” i byłoby to jego przeformułowanie problemu pod kątem szamanizmu (przepraszam za taki przykład). Gdyby przyszedł do pracy i powiedział to samo, mógłby usłyszeć: „to nie będziesz miał tej prelekcji dzisiaj, lecz kiedy ją w takim razie zrobisz?”. Tu znowu szef przeformułował problem. Nie łudźmy się, że istnieje jakaś obiektywna prawda. Gdy więc przychodzi na terapię ktoś, kto jest alkoholikiem i mówi: „nie mam pracy, ale jak mam iść jej szukać to się tak stresuję, że idę pić” terapeuta nastawiony na szukanie deficytów przeformułuje problem następująco:

T: co takiego jest w tym pić, że w takiej sytuacji właśnie to pan wybiera?

P: czuję się spokojniejszy, pewniejszy siebie, bardziej wierzę, że znajduję pracę

T: czy to panu pomogło znaleźć pracę?

P: Nie, bo jak zaczynam pić, to po jednym piwie jeszcze nie czuję tej pewności, wypijam więc drugie. Ale dopiero po trzecim czuję się dobrze. Ale wtedy robi się późno, mnie czuć piwem więc nie idę już szukać pracy...

T: czy dobrze zrozumiałem: jak pan idzie się napić to zakłada pan, że wypije pan tylko jedno piwo, ale wypija pan więcej?

Tu chcę przerwać rozmowę. Chyba widać, w którym kierunku to zmierza. Jeszcze chwila, a terapeuta rozpozna utratę kontroli a zaraz później pytając o stan emocji przed napięciem się stwierdzi występowanie głodu alkoholowego... Jeśli będzie wnikliwy, szybko rozpozna sposób w jaki pacjent się nakręca własnymi obawami związanymi z poszukiwaniem pracy i jak później radośnie przeżywa ulgę pijąc w barze i snując plany na wielki zarobek...

Wiemy już o tym pacjencie tyle, że spróbuję go spersonifikować. Ma na imię Darek, 32 lata, pije od wyjścia z wojska w sposób wyraźnie destrukcyjny. A niech ma jeszcze żonę i dwójkę dzieci w wieku przedszkolnym. Darek leczy się, ponieważ żona grozi mu rozwodem. Ona pracuje i utrzymuje dom. Mieszkanie jest jej, więc gdy dojdzie do rozwodu, on może zostać na bruku. Przychodzi więc na terapię, aby uniknąć złych dla siebie następstw w przyszłości. W trakcie terapii Darek szybko jednak zrozumiał, jak wiele negatywnych konsekwencji spowodował swoim pić. Co więcej – rozpoznał wiele sposobów, w jakie nakręcał się, aby się napić. Jak to się użalał, że żona nie rozumie go, bo ona ma pracę a on nie, jacy ci pracodawcy to kapitalistyczne świnię, a panie w urzędzie pracy są nierozumne itp. Darek szybko zobaczył, jak bardzo pogmatwane było jego myślenie. Już w kilka miesięcy po zakończeniu picia znalazł pracę. Wszyscy – łącznie z terapeutami – widzieli jego przemianę: chodził na mityngi, regularnie na terapię. Im jednak dłużej nie pił, tym gorzej z nim było. Gdy kończył rok trzeźwości, zakończył kontakt z poradnią, później kontakty z AA stały się coraz rzadsze, aż w końcu zapał. Gdy przyszedł ponownie na leczenie mówił, że tyle pracował, że zabrakło mu czasu na mityngi i dlatego zapomniał, że jest alkoholikiem i w efekcie zapał. Od leczenia oczekiwał w zasadzie tyle, że sobie wszystko przypomni i już nie będzie pił.

Znacie takie historie? Czy pamiętacie własne reakcje na takie zdarzenia? Czasem ręce opadają z bezradności terapeucie, a co dopiero mówić o pacjencie? Co tu było nie tak? Pacjent zbudował tożsamość alkoholową w ten sposób, że oparł ją na świadomości negatywnych konsekwencji (pił, mimo iż miał z tego powodu problemy). Chciał żyć dalej w zgodzie z żoną, mieć pracę. Zobaczył, że może to osiągnąć, jeśli nie będzie pić. Co jednak się stało, gdy problemy, z którymi przyszedł na leczenie zniknęły? Jeśli zakładał, że jest alkoholikiem bo miał określone problemy (np. brak pracy), to jakim jest alkoholikiem jeśli ich już nie ma? Czego więc zabrakło? Perspektywy rozwojowej. Co to znaczy?

Teraz właśnie chcę pokazać inny przebieg zdarzenia. Oczywiście przebieg rozmowy ma charakter symboliczny – bardziej pokazuje kierunek pracy, niż jest opisem dialogu.

Gdy więc przychodzi na terapię ktoś, kto jest alkohikiem i mówi: „nie mam pracy, ale jak mam iść jej szukać to się tak stresuję, że idę pić” terapeuta nastawiony na rozwój przeformułuje problem następująco:

T: co takiego jest w tym pić, że w takiej sytuacji właśnie to pan wybiera?

P: czuję się spokojniejszy, pewniejszy siebie, bardziej wierzę, że znajdę pracę

T: czy to panu pomogło znaleźć pracę?

P: Nie, bo jak zaczynam pić, to po jednym piwie jeszcze nie czuję tej pewności, wypijam więc drugie. Ale dopiero po trzecim czuję się dobrze. Ale wtedy robi się późno, mnie czuć piwem więc nie idę już szukać pracy... (do tego momentu wszystko jest bez zmian).

T: czy można więc powiedzieć, że właśnie takie uczucia jak spokój, pewność siebie daje panu picie?

P: tak, zawsze jak się napiję, czuję się spokojniejszy, pewniejszy siebie...

T: rozumiem, że chce pan uzyskać efekty, które daje panu picie, ale też chce pan znaleźć pracę;

P: tak, ale czy można pogodzić te dwie sprawy ze sobą?

T: a czy zdarzyło się panu kiedykolwiek osiągnąć jakiś sukces, załatwić coś - nie pomagając sobie alkoholem?

P: tak... ale to było dawno... zaraz po wojsku, gdy znalazłem pierwszą pracę...

T: czy dobrze zrozumiałem: wtedy czuł się pan pewny siebie; co takiego było w tamtej sytuacji, że potrafił pan skorzystać wtedy ze swoich mocnych stron i znaleźć pracę?

I tu znowu przerywam. To już wystarczy, aby zobaczyć różnicę. W pierwszym opisie, terapeuta prezentuje czysto medyczny model. Określa deficyty i pracuje nad uświadomieniem ich pacjentowi. Zakłada, że zna przyczynę problemów pacjenta i jeśli pacjent się z tym zgodzi, przyjmie poglądy terapeuty na źródło swoich problemów oraz zaakceptuje zaproponowany przez terapeutę sposób rozwiązania – wówczas znacznie zdrowieć.

Drugi opis – to praca terapeuty, który wychodzi poza model medyczny. Ten terapeuta nie chce, aby jego pacjent uzyskał tylko stan równowagi, chce rozwoju pacjenta (ale to pacjent określa cel zmiany). Zakłada bowiem, że w tej chwili możliwości rozwojowe pacjenta zostały zablokowane przez jakieś zewnętrzne czynniki. Chce pomóc pacjentowi przejść przez ten kryzys, wykorzystując jego zasoby. Zdrowienie nie jest dla niego tylko „unikaniem czegoś”, ale przede wszystkim „przekraczaniem własnych granic” – zdobywaniem czegoś nowego, a nie likwidowaniem cierpienia. Ten drugi – wykorzystuje siłę kryzysu, aby poradzić sobie z cierpieniem. Ten pierwszy – łagodzi cierpienie (lub nie łagodzi cierpienia i nie daje perspektywy rozwojowej, ale buduje stan stabilizacji). Aby ten efekt uzyskać musi budować u pacjenta sztywną strukturę – tożsamość alkoholika. Często jest ona oparta na doświadczaniu stanów negatywnych. Mówi więc: „pamiętaj o tym, że jesteś alkohikiem – czyli że utraciłeś kontrolę nad pić” Ten drugi mówi: „masz wszystko co jest ci potrzebne, aby osiągnąć to, co chcesz”.

Jeszcze popatrzmy, jaka przyszłość czeka tego pacjenta u drugiego terapeuty. Po około 12-tu sesjach (raz w tygodniu), znajduje pracę, gdyż korzysta ze swoich zasobów. Coraz lepiej zdaje sobie z nich sprawę, więc coraz bardziej jest zadowolony z życia. Po kilku latach w ogóle zapomniał o tym że kiedyś był bezrobotny, pił i poszedł do psychologa.... A co z pić? Odpowiadam: a co miało się stać, jeśli zniknęła podstawowa korzyść z picia, bo pacjent tą korzyść już uzyskuje bez pomocy alkoholu?

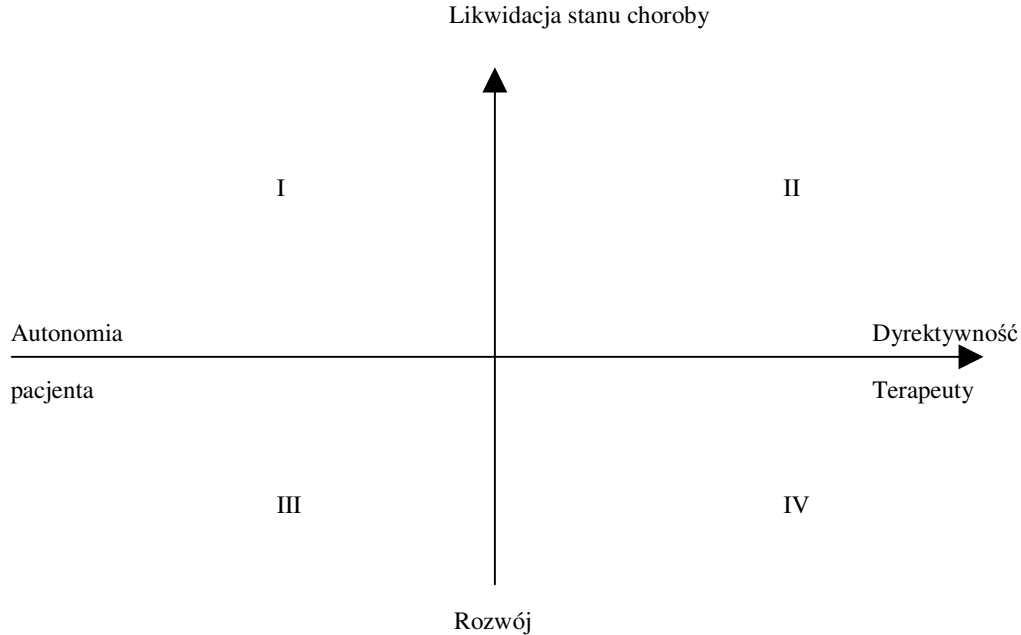
Teraz jeszcze chcę nawiązać do pierwszych zdań tej wypowiedzi. Ten drugi cel z łatwością można realizować bez konieczności diagnozy, wypełniania standardów. Jest tylko klient, który świadomie kupuje odpowiednią dla siebie usługę i terapeuta... To są dwa różne światy – służba zdrowia i wolny rynek, czy można je pogodzić? Co jest lepsze? Co działa? Ilu pacjentów przychodzi na terapię, aby przezwyciężyć rozwojowy kryzys, a otrzymuje receptę na życie? Nie ukrywam, że pisząc to jednak posiadam jakąś wątpliwość: dotyczy ona tych pacjentów, w których deficyty są tak wyraźne, że tego typu praca nie przyniesie oczekiwanych rezultatów.

Pokazałem dwie skrajności, gdyż każdy kij ma dwa końce. Nie neguję sensu budowania alkoholowej tożsamości, pracy nad mechanizmami, stawiania diagnozy w oparciu o kryteria, ale musimy pamiętać, że to nie jest jedyny sposób pracy z pacjentem (klientem?). Nie ma jedynej i niepodważalnej prawdy, nie dziwmy się więc temu, że ktoś może leczyć się z uzależnienia (czy dobre określenie użyłem? Tu raczej powinienem powiedzieć „z kryzysu rozwojowego”) nie znając nawet z grubsza pojęcia alkoholizm... Chcę zwrócić uwagę jeszcze na to, że niekoniecznie należy wpadać w przysłowiowe skrajności. Model rozwojowy, jak i medyczny – nie jest jedynym sposobem pracy (co więcej – można nawet je równolegle włączyć w postępowanie terapeutyczne wobec pacjenta – jednak pod warunkiem spełnienia pewnych założeń. Jak zwykle – jedyną rozwiązaniem to elastyczność myślenia i postępowania, trud własnego rozwoju...

Została jeszcze metafora budowlana. To drugie rozwiązanie brzmi: “widzę trochę krzywizn na powierzchni. Pytam więc właściciela terenu, co z tym zrobić?”

Aby treść całości była bardziej zrozumiała, przedstawiam jeszcze poniżej jako załącznik interesujący model wiedzy o psychoterapii. Został on zaczerpnięty z książki “Terapia systemowa” Kurta Ludewiga (GWP 1995). Patrząc na niego, drogi czytelniku, odpowiedz sobie na pytania. Gdzie tu stoisz, terapeuto? Czy masz jeden stały punkt, czy może kilka ulubionych? Czy miejsce w którym jesteś pasuje ci? Może chcesz je zmienić? Jak byś pracował będąc przez chwilę w każdym z tych obszarów? Czym by się różniły twoje metody pracy,

gdybyś przeszedł w inne miejsce? Gdzie byś tak pracował? W jakim modelu pracuje się w twoim miejscu zatrudnienia? Mnie osobiście odpowiedź tak poruszyła, że popełniłem ten artykuł...



Opis podstawowych kategorii zamieszczonych na wykresie.

Oś X (autonomia – heteronomia): pacjent może być podmiotem terapii – sam decyduje o tym, co jest mu potrzebne i ustala cel leczenia, leczenie opiera się na kooperacji, wobec: podstawowe narzędzie to interwencja i nakaz, pacjent powinien poddać się procesom terapeutycznym, terapeuta wie lepiej od pacjenta co trzeba zrobić, aby uzyskać pożądaną zmianę;

Terapeuta uwzględniający autonomię pacjenta może w najlepszym razie opisywać dostrzeżone zjawiska. Terapeuta dyrektywny natomiast bierze na siebie całą odpowiedzialność za proces leczenia. Nawet w tak nie dyrektywnych formach jak trening interpersonalny, trener może zwiększać swoją dyrektywność poprzez proponowanie ćwiczeń zwiększających intensywność przeżyć uczestników.

Oś Y (być – stawać się): należy odtworzyć stan idealny (reperacja), optymalny, którego aktualnie nie ma ze względu na czynnik zakłócający jakim jest choroba (dążenie do homeostazy), wobec: procesy życiowe mają charakter indywidualny, można je skorygować, nie można ich zablokować, gdyż zaburza to rozwój indywidualny (dążenie do heterostazy).

Typowym przykładem działań ukierunkowanych na rozwój jest trening interpersonalny. Jest to oddziaływanie nastawione na ludzi zdrowych. Kładzie się tu nacisk na interakcje z innymi ludźmi, bycie „tu i teraz”, ekspresję emocji, zdobywanie nowych umiejętności itd.

Na drugim krańcu kontinuum w zakresie oddziaływań grupowych jest psychoterapia grupowa. Koncentruje się ona na powrocie indywidualnego pacjenta do stanu zdrowia. Najważniejsza jest ocena problemów pacjenta i ich przyczyn.

Opis działań terapeuty w poszczególnych obszarach:

- I – zalecenie
- II – nakaz
- III – stymulacja
- IV – interwencja

I jeszcze małe post scriptum. Czym jest w modelu rozwojowym nałogowa regulacja uczuć? Nie ma czegoś takiego :)