

Pić czy nie pić kontrolowanie?

Damian Zdrada

Gdy długotrwałe deszcze powodują podwyższenie wody w rzece, może zdarzyć się, że wezbrane wody rzeki wystąpią z koryta. Dlatego na ogół wzdłuż rzek buduje się wały przeciwpowodziowe. Ich funkcją jest hamować wodę przed rozlaniem się. Jednak gdy poziom rzeki jest wystarczająco wysoki, gdy deszcze doprowadziły do gwałtownego wezbrania wody, możliwe jest, że wały nie wytrzymają jej naporu. Woda wyszukuje najsłabszego miejsca w wale, by go najpierw rozmiękczyć, później poruszyć a następnie rozrywając strukturę wału wylać się z gwałtownym impetem na niczym już nie chronione tereny. Im dłużej trwa ta sytuacja, tym wyrwa coraz bardziej poszerza się i coraz więcej wody rozlewa się o okolice. W pewnym momencie jest jej już tak dużo, że trudno jest rozdzielić miejsce gdzie płynęła rzeka, od rozlewiska wokół.

Ogromny zbiornik wody zalał okoliczne pola, drogi, domy. Rzeka wystąpiła z koryta. Wał skryty jest pod powierzchnią wody. Gdy po kilku dniach woda zeszała, okoliczni mieszkańcy zgromadzili się nad resztkami wału, aby go naprawić. Zastanawiali się, co należy zrobić, aby tragedia w przyszłości nie powtórzyła się. Ustalili, że należy podwyższyć i poszerzyć wał oraz wzmocnić jego konstrukcję. Wybrano również społecznych strażników, którzy mieli według ustalonej kolejności sprawdzać szczelność wałów i naprawiać drobne usterki.

Za jakiś czas kapryśna aura ponownie sprowadziła deszcze, które podwyższyły poziom rzeki. Długotrwałe opady doprowadziły do rozmiękczenia ziemi i wały ponownie nie wytrzymały. Rzeka – tak jak ostatnio – rozlała się szeroko, zatapiając pola i domy. I ponownie po tym, jak woda opadła, okoliczni mieszkańcy zgromadzili się, aby ustalić, jak zabezpieczyć się przed tragedią w przyszłości. Tym razem jasne było, że same wzmocnienie wałów nie wystarczy. Zauważono, że w górnym biegu rzeki jest spory teren, który można wykorzystać do zalania przez rzekę, w sytuacji powodzi. Nieużytki, które tam się znajdowały, na pewno nie ucierpią z powodu podtopienia. Bagna, piaski, torfowiska – potrzebują nawet czasem okresowego zalania. I znowu za jakiś czas wzrósł poziom w rzece. Jednak tym razem żadne z domostw nie ucierpiało. Teren przeznaczony pod zalanie przyjął nadmiar wody, a wały poradziły sobie z tym, co mimo zalania polderu, przepłynęło dalej. Teraz mieszkańcy czuli się bezpiecznie, wiedząc, że – co prawda – stracili pewien obszar, który być może – nigdy nie będzie wykorzystany gospodarczo, jednak czuli się bezpieczniej wiedząc, że gwałtowna powódź im już nie grozi.

* * *

Psychoterapia uzależnień zakłada, że celem leczenia jest pełna abstynencja. Za każdym razem, gdy trafia do mnie pacjent który po kilku latach trzymania się trzeźwości zapił, zastanawiam się, czy na to sens. Za każdym razem, gdy trafia do mnie pacjent który utrzymuje abstynencję, ale jego funkcjonowanie jest pełne sprzeczności – mam podobne wątpliwości. Czy rzeczywiście – jedynie pełna abstynencja jest gwarantem dobrego życia alkoholika? Ileż to razy zdarza się, że na mityngach AA alkoholik z 15 – letnim stażem abstynencji opowiada o swoim picu sprzed kilkunastu lat do znużenia te sama historię. Po co? Czy tak bardzo potrzebuje wspomnień z okresu picia, aby obronić się przed możliwością powrotu do niego? Albo liczy lata swojej abstynencji tak, jakby odbywał jakąś karę pozbawienia wolności. Pierwsza rocznica, piąta, dziesiąta... Co mu daje świadomość tego, że nie pije 10 lat? Ogromna duma rozpiera go tylko z tego powodu, że powstrzymuje się od użycia alkoholu. Może nawet żyje bardziej szczęśliwie w porównaniu z okresem – kiedy pił. Nie ma kaca, nie wypomina sobie, że znowu coś zawalił, ale czy podejmuje nowe wyzwania?

A może energia, którą ładuje w utrzymanie abstynencji jest tak duża, że brakuje jej na inne sprawy? Angażuje się w utrzymanie wału – można by powiedzieć korzystając z metafory, a ogromny pusty teren niewykorzystany zarasta zielskiem w górnym biegu rzeki. Czasem, gdy patrzę na ilość pacjentów którzy zapijają będąc w podstawowym programie terapii, ich heroiczne próby powrotu do abstynencji po każdym zapiciu – zastanawiam się, czy rzeczywiście dobrze robię, dając im nadzieję, że po analizie nawrotu będą bardziej przygotowani do trzeźwego życia. Na zakręcie rzeki wał trzeba wzmocnić, w przewężeniu podwyższyć – OK., ale jeśli w jednym miejscu energia rzeki zostanie poskromiona, w innym okazuje się, że woda działa z podwójnym impetem. I tak można całe życie. Niektórzy, aby zapewnić sobie trwałą abstynencję, robią coś wyjątkowego: budują zaporę na rzece. Są w ten sposób uchronieni przed powodzią. Ale uregulowana rzeka nigdy już nie będzie naturalnie i spontanicznie reagować na zmieniającą się aurę. Jest to koszt, jaki płacą za abstynencję. Poza tym – sztuczny zbiornik zmienia mikroklimat, topografię. I chociaż bezmiar wody w zbiorniku cieszy oko, a potęga tamy daje uczucie pewności. Nawet – czasem może być wykorzystana – można zrobić przeciw elektrownię wodną. Wydaje się więc – że same korzyści z tej tamy. Ale gdy spojrzymy na wysychające starorzecza poniżej tamy, równo płynącą wodę pomiędzy brzdami dwóch wielkich wałów – zastanawiamy się, czy to jeszcze rzeka, czy może zwykły kanał, którego jedynym celem jest odprowadzenie wody do morza.

Z drugiej strony – mamy jednak zupełnie inny obraz sytuacji: widzimy osobę, która nie potrafi utrzymać abstynencji a używanie alkoholu niszczy jej życie. Czy można komuś takiemu proponować tylko „rzadsze picie?”. Czy jest dobre – z punktu widzenia moralności – dawać komuś nadzieję, na bezpieczny powrót do picia, jeśli tyle razy udowodnił on, że nie potrafi zapanować nad swoim używaniem alkoholu? Czy obecny zakres wiedzy z dziedziny uzależnień usprawiedliwia możliwość terapii, w której nie ma zalecenia o abstynencji? To ciekawe, ale każdy, kto czytał „Utratę kontroli” z pewnością zwrócił uwagę na ten wątek, w którym autorzy postawili hipotezę, że jeśli pacjent uzyska przekonanie (np. na terapii), że występuje u niego zjawisko nieodwracalnej utraty kontroli, może spowodować intensywne picie po tym, jak ktoś sięgnie nawet po niewielką ilość alkoholu. Porównano to do bitwy, w której strateg planuje taktykę obronna w oparciu o silną – ale jedną – linię. Jeśli zostanie sforsowana przez atakujących, cała bitwa zostaje przegrana. Z kolei w książce „Nawroty w uzależnieniach” odnajdujemy teorię, w której mowa jest o dwuetapowym powrocie do nałogowych zachowań. Najpierw mały kamyczek, dopiero później – jeśli kamyk trafi na zwałowisko ruchomych kamieni – lawina. Koncepcje te rzeczywiście podważają dotychczasowe teorie o nieuchronności utraty kontroli w wypadku użycia nawet niewielkiej ilości alkoholu. Zachęcają one do rezygnacji z chorobowego modelu uzależnienia a zwracają się w kierunku potraktowania tego zaburzenia jako kryzysu rozwojowego. W takim modelu – to pacjent jest ekspertem od siebie samego i nie ma konieczności dostosowywania jego zaburzeń do określonej teorii.

Proszę powiedzieć, które zdanie jest prawdziwe:

1. Mieliśmy gorące lato tego roku, bo bywały dni, kiedy temperatura przekraczała 35 stopni.
2. Mieliśmy chłodne lato tego roku, bo bywały dni, kiedy temperatura nie przekraczała 15 stopni.

Pierwsze? Drugie? Może obydwa? Nie, żadne z tych stwierdzeń nie jest prawdziwe! Nie można przecież wyciągać ogólnych wniosków z pojedynczych zdarzeń. Prawdziwe jest za to zdanie trzecie: Tego lata bywały dni, kiedy było ponad 35 stopni i takie dni, kiedy było poniżej 15 stopni.

Gdy zachęcamy pacjenta uzależnionego od alkoholu do analizy własnej utraty kontroli w stosunku do używania alkoholu błędem jest koncentrowanie jego uwagi tylko na tych zdarzeniach, kiedy wypił więcej niż planował. Błędne było również jego przekonanie z

okresu o tym, że jak chce, to potrafi zapanować nad swoim pićm. Prawdziwe jest jedynie stwierdzenie, że w ileś tam procent sytuacji, gdy używał alkohol kończyło się pićm większym niż zamierzał i ileś tam procent sytuacji było związane z tym, że pił tyle, ile zaplanował. Ten sposób analizy utraty kontroli proponuje przewodnik samopoznania skonstruowany przez Tomasza Świtka (terapeuty pracującego w oparciu o założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach). Zanim pacjent poda przykłady świadczące o jego utracie kontroli ocenia, w jakim stopniu występuje u niego ten problem. Następnie podaje dowody, które świadczą o tym, że utracił kontrole w opisanym przez niego stopniu.

Oznacza to, że alkoholizm jest pewnym kontinuum. Nawet stwierdzenie kliniczne objawu, nie daje nam pewności co do tego, że pacjent nie może pić kontrolowanie. Można więc pójść dalej i ustalić, które sytuacje u pacjenta wiążą się z utratą kontroli, a w których panował nad swoim pićm. Pacjent określa zarówno czynniki zewnętrzne (okoliczności, miejsce, rodzaj użytego napoju alkoholowego) jak i czynniki wewnętrzne (nastroj, myśli) w stosunku do tych sytuacji, gdzie pił kontrolowanie i tych sytuacji, gdzie utracił kontrolę. Następnie eliminuje ze swojego życia te sytuacje, które były związane z utratą kontroli. Nie rezygnuje z alkoholu całkowicie. Możliwe jest jednak łączenie tych dwóch założeń. W pierwszym okresie terapii, zanim postawimy jednoznaczna diagnozę w obszarze utraty kontroli, zalecamy pełną abstynencję. Następnie w określonym czasie wprowadzamy możliwość używania alkoholu w odpowiednich sytuacjach.

Aby pracować w ten sposób, należy zachować dystans do koncepcji mechanizmów uzależnienia autorstwa prof. J. Mellibrudy jak i innych teorii w obszarze uzależnień. (To przecież w książce „Leżąc na kozetce” I. Yaloma czytamy postulat, aby tworzyć inne teorie do każdego pacjenta). Ta koncepcja przewiduje bowiem, że użycie alkoholu może przyczynić się do powrotu mechanizmów. Pamiętajmy jednak, że koncepcja to tylko teoria. W psychologii istnieje mnóstwo różnych teorii, niekiedy zgoła odmiennie tłumaczących różne zjawiska. Żadna z teorii nie ma monopolu na absolutna prawdę. Aby być skutecznym terapeutą, należy znać wiele teorii naukowych. Nie należy ich dostosowywać do pacjenta. Mają one na celu lepiej zrozumieć człowieka. Nawet najlepsza teoria – jeśli będzie służyła terapii do tego, aby dostosować do niej pacjenta, będzie użyta w sposób szkodliwy.

Gdy alkoholik na terapii dowiaduje się, że jego celem ma być abstynencja, łatwo możemy sobie wyobrazić (lub przypomnieć życia swoich pacjentów) sytuację, gdy pacjent zapija i zauważa, że terapia nie działa a cel jest niemożliwy do osiągnięcia. Jednak jeśli pacjent będzie miał inne cele (np. poprawa relacji z innymi, lepsze myślenie o sobie itp.) a abstynencja - całkowita lub częściowa – będzie tylko środkiem do uzyskania tych celów - wówczas może się okazać, że epizod zapicia nie ma większego znaczenia. Pacjent wraca na terapię i leczy się dalej, bo wierzy, że cel, jaki stawia sobie w terapii jest istotny dla jego życia.

Na zakończenie – chce zwrócić uwagę na istotną sprawę. Gdy uznajemy, że w wypadku alkoholizmu rezygnujemy z modelu chorobowego – wówczas przestajemy pasować do systemu opieki zdrowotnej. W systemie służbie zdrowia – jaki obecnie funkcjonuje w Polsce, usługi są świadczone ze względu na rozpoznanie. Od początku ustawia to nas – pracowników ochrony zdrowia – w sytuacji, w której najłatwiej zastosować można model chorobowy. Może jednak przestać patrzeć na pacjenta jako na zbiór objawów, a zająć się tym, co jest dla niego istotne?