

**Strażnik abstynencji czy psychoterapeuta?
Damian Zdrada**

Oto do poradni przychodzi nowy pacjent. W rejestracji podaje dane, panie rejestratorce zakładają mu historię choroby.

Ta historia może mieć dalszy ciąg, ale w zasadzie dla pacjenta najważniejsze już się wydarzyło.

Idzie do terapeuty, rozmawia o swoim picciu, może nawet zostanie skierowany na grupę terapeutyczną. To już jednak nie ma żadnego znaczenia... dlaczego? Ponieważ gdy w poradni powstała jego dokumentacja, zamknął do niej swoje picie. Od tego czasu „historia choroby” zawiera wszystkie jego problemy, morze wypitego alkoholu, chęć picia i kto wie, co jeszcze. Może teraz przyjść na zajęcia i powiedzieć: „do alkoholu mnie nie ciągnie, pić mi się nie chce”. Jego picie jest już zamknięte w bezpiecznej szafce, pod kluczem, gdzie nikt oprócz pracowników poradni nie ma dostępu. Czuje się wolny od nałogu. Z czasem może jednak zastanowić się, czy jest sens dalszego chodzenia na terapię. I wtedy do akcji wkracza terapeuta uzależnień. Mówi: „jeśli przestaniesz chodzić, zapijesz”. Pacjent jednak rozumie to w ten sposób: „jeśli przestanę chodzić, terapeuta wypuści moje picie z szafki i ono mnie znowu dopadnie”. Zaczyna wtedy spostrzegać terapeutę jako strażnika abstynencji. Zaczyna nadawać placówce, do której chodzi, znaczenie szczególne: więzienie dla swojego picia. Po prostu – czasem przychodzi to picie odwiedzać rozmawiając z nim, co tam u niego słyhać. Pyta terapeutę, co może przynieść swojemu picciu na odwiedzin. Ten wymyśla różne zadania domowe: napisz litraż, piciorys, możesz nawet przyprowadzić w odwiedzin swojego męża, żonę. Żeby picciu się nie nudziło. Czasem picie rzeczywiście może wymknąć się na chwilę. Ale terapeuta uzależnień – strażnik abstynencji – stoi na straży. Od razu wykrywa takie chwile, przecież za to mu płacą. Pyta: „czy miałeś ochotę się napić? Czy miałeś sny alkoholowe? Czy unikałeś kontaktu z alkoholem?” I może wszystko powrócić do normy, abstynencja jest uratowana.

Nie wierzysz? To zadaj sobie pytanie: czym mierzysz skuteczność terapii? Czy jest to diagnoza poziomu funkcjonowania społecznego pacjenta? Może jakość kontaktu z sobą samym? Z innymi ludźmi? A może abstynencja? Jeśli to ostatnie, wiesz już wszystko. Przecież nawet badania skuteczności terapii uzależnień sprowadzają się do jednego: tyłu przestało, tyłu zapilo. Choćbyśmy nie wiem jak starali się uciekać od tego, prawdą jest tylko to, że terapia uzależnień ma na celu abstynencję. Zostało to zapisane nawet w uregulowaniach prawnych na temat odwyku.

Sytuacja nieco się zmienia, gdy pacjent potrzebuje czegoś więcej niż abstynencji. Wtedy strażnik może się rozgniewać: „nie myśl tyle, zajmij się terapią, pisz przewodnik”. Grzeczny pacjent robi, co mu każą.

Napisał przewodnik, czyta na zajęciach. Terapeuta z niecierpliwością wyczekuje chwili, gdy w jego pracy pojawią się nieścisłości, system iluzji i zaprzeczeń. Tu minimalizacja, tu intelektualizacja, tu zaprzeczenie (o, jak dobrze znam to ze swojej pracy, niestety). Ma to pomóc pacjentowi zobaczyć, że nadal tkwi po uszy w uzależnieniu, że pełen jest chorobowych mechanizmów. Tymczasem pacjent słyszy co innego: „nadal zagraża ci picie. Lecz ja stoję na straży, póki tego pilnuję, nic ci nie będzie”. Z lęku, pacjent nie pije nadal. I tak oto terapeuta uzależnień, ratuje kolejnego pijaka przed zapiciem. To taki zhumanizowany esperal. Czasem taki strażnik mówi: „kiedyś mój czas się skończy, wtedy ty sam weźmiesz odpowiedzialność za swoją abstynencję”. To najbardziej przeraża pacjenta: „będę musiał sam dla siebie stać się strażnikiem? Sam sobie zorganizuję więzienie?” Czasem dalej szuka strażników wokół siebie: żona, dziecko, kurator, pracownik socjalny, AA. Wszystko może zostać wykorzystane do takiego celu. Tylko czy żona będzie w stanie długo utrzymać ciężar jego abstynencji? A czy taki ciężar utrzyma dziecko?

To, co opisałem powyżej – nie jest zbyt ładnym obrazem odwyku. To obraz uwikłania się w pułapkę przeciwprzeniesienia. Pacjent uzależniony dąży

do tego, aby w jego otoczeniu pojawiła się osoba, która będzie kontrolować jego impulsy, chce sędować odpowiedzialność za siebie na kogoś innego. A terapeuta uzależnień niekiedy zbyt łatwo temu ulega. Gdy zaś już ulegnie, mówi: „jak ciężko jest mi pracować, jak bardzo sobie nie radzę”. Wtedy szuka superwizji. Całą nadzieję, że może być lepiej, pokłada w cudownej mocy superwizora: „on mi powie, co mam robić”. Trochę to przypomina sytuację osoby współuzależnionej, która przychodzi na terapię, pytając: „jak mam postępować z alkoholikiem?”. Jeśli terapeuta nie zauważy w tym pytaniu niczego niepokojącego, nauczy ją asertywności, wyposaży w superskuteczne umiejętności psychospołeczne itp. A ona wykorzysta cały repertuar różnych zachowań, aby uprzykrzyć życie alkoholikowi. Bo przecież nie chodzi o to, aby ona była bardziej skuteczna w pilnowaniu alkoholika, ale aby się uwolniła spod wpływu jego picia. A to wymaga wyłącznie własnej psychoterapii. Nie jest więc rozwiązaniem poszukiwanie superwizora dla strażnika abstynencji. Najpierw, to strażnik abstynencji powinien zechcieć zrezygnować ze swej roli.

I tu kolejne pytanie: jak to zrobić? Najpierw trzeba odważnie przyznać się przed sobą: w jakiej roli występuję wobec pacjenta? W jakiej roli funkcjonuje placówka, w której pracuję? Co do tego drugiego pytania, odpowiedź jest w miarę łatwa do odnalezienia: wszyscy jedziemy na jednym wózku. Leczenie uzależnień – działa w całym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Zobowiązanie sądowe, naciski gminnej komisji ds., rozwiązywania problemów alkoholowych, częste wizyty kuratorów – to jasne, że dla wielu pacjentów będziemy więc tylko przedłużeniem aparatu represji i kontroli.

Gdy chodzi o odpowiedź na pierwsze pytanie, to dojście do prawdy jest nieco trudniejsze. Czy dajesz prawo swoim pacjentom do picia? Czy traktujesz zachowanie pacjenta pod wpływem alkoholu jako ujawnienie się pewnych możliwości, co do których pacjent nie ma dostępu na trzeźwo? Kiedyś wyobraziłem sobie, że terapia uzależnień mogłaby mieć taki przebieg: najpierw terapeuta bierze grupę do knajpy. Patrzy tam, co robią. Patrzy, jak nieśmiały pan

staje się duszą towarzystwa. Patrzy, jak dystyngowana dama uważa się nad sobą. Patrzy, jak oaza spokoju rozbija sobie kufel na głowie. I widzi w tym tylko przejaw tej części osobowości pacjenta, do której nie ma on dostępu na trzeźwo, a która potrzebuje się jakoś ujawnić... lecz może to pokazać się tylko wtedy, gdy mechanizmy obronne ulegną osłabieniu, za pomocą alkoholu... No dobrze, ktoś powie. Rozumiem, gdy chodzi o nieśmiałość, ale co z agresją? Czy do tego też powinien mieć dostęp? Czy nie lepiej byłoby nauczyć pacjenta panować nad swoją złością, zamiast zachęcać go, do ujawniania agresji? Ileż to razy usłyszałem: „alkohol ujawnił tą moja złą stronę”. I jest to strzał w dziesiątkę. Jednak pacjenci przychodzą z oczekiwaniem, że pomożemy im tę złą stronę zlikwidować. Tymczasem nasze zadanie może polegać na tym, aby pacjenci przestali dzielić siebie na dobrego i złego, żeby zintegrowali to, co odszczepione. Kiedyś naukowcy przeprowadzili eksperyment. Polegał on na tym, że podłączono kogoś do elektroencefalogramu. Aktywność mózgu wykazywała silne emocje. Natomiast badany twierdził, że czuł spokój. Tu jest odpowiedź. To, że ktoś myśli, że czegoś nie czuje, nie powoduje, że tego nie przeżywa. Albo inaczej: co innego mieć świadomość uczuć a co innego czuć. Nie zawsze idzie to w parze. Wiemy o tym doskonale, gdy widzimy pobudzonego psychoruchowo człowieka, który twierdzi, że jest spokojny i rozluźniony. I to jest odpowiedź. Alkohol, obniżając kontrolę, pozwala wypłynąć na wierzch tym impulsom, które są poznawczo tłumione, a to wcale nie oznacza, że ich nie ma. Są tylko niedostępne dla świadomości.

Takie postawienie sprawy powoduje, że przestajemy patrzeć na zachowania po użyciu alkoholu jako na coś niemoralnego. To jest wtedy nic więcej, jak tylko ujawnienie się niedostępnych możliwości człowieka. Pamiętam, jak pewien muzyk rockowy zwierzał się w jakimś wywiadzie, że gdy przestał pić, musiał na nowo nauczyć się grać na gitarze. Potrafił wyrażać swoje emocje za pomocą muzyki tylko wtedy, gdy był pijany. Nie oznaczało to, że nie umie grać. Wręcz przeciwnie: oznaczało to, że może być dobrym muzykiem,

gdyż taką możliwość ujawnił przed nim alkohol. Innym razem, widziałem nietrzeźwego człowieka w autobusie, który podchodził do innych ludzi, mówiąc: „jestem pod wpływem alkoholu, dlatego chciałbym z panią/panem pogadać”. Oczywiście pasażerowie traktowali tego pana z niechęcią. Jednak moją uwagę zwróciło to, że podkreślał on wyraźnie, że zachowuje się tak dlatego, że jest pod wpływem alkoholu. Użycie alkoholu na tyle obniżyło jego mechanizmy obronne, że dał sobie prawo do takiego zachowania. Uważał również, że będąc pod wpływem alkoholu ma prawo do nietypowych zachowań. Przypuszczam, że na trzeźwo jest nieśmiałym człowiekiem. Jego zachowanie pod wpływem alkoholu ujawniło jednak to, że ma w sobie potencjał do tego, aby przewyciężyć swoją nieśmiałość. Bo to nie alkohol tak się zachował, tylko on! Pacjenci często mówią: „to nie byłem ja, to alkohol sprawił, że tak się zachowałem”. W ten sposób zwalniają się z odpowiedzialności. Ale przecież wiemy, że alkohol działa na człowieka tylko w jeden sposób: osłabia hamulce. Nie wywołuje żadnych uczuć, nie powoduje, że człowiek staje się agresywny. Jedyne obniża kontrolę. To nieprawda, że alkohol jest kłamcą! Prawdą jest, że nic nie pokazuje prawdy o człowieku bardziej, niż jego zachowanie pod wpływem alkoholu. Bez względu na to, czy się to komuś podoba, czy nie.

I to właśnie pozwala spojrzeć na te wszystkie pijackie ekscesy bez oceny, bez podziału na dobro i zło, pozwala zobaczyć ruch miłości, który się za tym kryje. Wtedy uwalniamy się z roli strażnika i zaczynamy leczyć pacjentów psychoterapią.