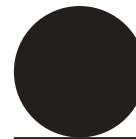


TEKST XXŻXX

ZDJĘCIA XXŻXX

xxxxx
Trzebuchowsk
w filmie „Ida”,
reż. Paweł
Pawlikowski
filmie „Ida”,
reż. Paweł
Pawlikowski



XXX XXX

08 notka
o autorze
z linia

08 notka o autorze
book z linia

08 notka
o autorze

08 notka o autorze
book

xxxxNie miały
pieniędzy.xxx

xxxxZdecydowały się
postawić
wszxxxxkredytyxxxx

1 2 3



ZXZX

1. **Basis Sensitiv, Lavera**, krem
nawilżający przeciwstarzeniowy z
koenzymem Q10. Założyciel Lavery
Thomas Haase cierpił na nych
barwników, aromatów ani
konserwantów. 50 ml/49,90 zł

MENU
XXŻXX

TEKST
XXŻXX

xxxxx
Trzebuchowsk
w filmie „Ida”,
reż. Paweł
Pawlikowski
filmie „Ida”,
reż. Paweł
Pawlikowski



XXX XXX

OMA
84 LATA

XXXX XXXX



wysokie obcas y

- XXXXXXXXXXXX: Szczęście w trzy minuty. Jak je osiągnąć?
- XXXXXXXX: Magdalena Mielcarz o swojej płycie i współpracy z producentem Justina Timberlake'a

→ Czytaj na wysokieobcasy.pl ←



PSYCHOLOGIA

ALKOHOLOL

BYWA SCHRONIENIEM

Zwykle myśli się o alkoholu jako o niszczycielu. Natomiast w przeżyciach osoby, która ma problem, często odgrywa on rolę wybawiciela. Albo wręcz jedynego przyjaciela

Z **Bożeną Maciek-Haścito** rozmawia **Agnieszka Jucewicz**

RYSUNEK JOANNA KRÓTKA

Czy istnieje w ogóle coś takiego jak „zdrowe” picie? Albo picie bezpieczne?

Większość osób spożywających alkohol tak pije - sporadycznie, towarzysko, żeby się trochę rozluźnić, zabić, albo do posiłku, „dla smaku”.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, jaka ilość alkoholu i jaka częstotliwość picia mieści się w tak zwanej normie, w zależności od mocy alkoholu, wagi. W sieci można znaleźć mnóstwo stron z różnymi przelicznikami, tabelami, kalkulatorami, które pozwalają to oszacować. Orientacyjnie to nie więcej niż dwie lampki wina dziennie czy dwa małe słabe piwa, przy zachowaniu co najmniej dwóch dni abstinencji z rzędu w tygodniu. Jeśli ktoś pije tylko w weekend, ta dawka nie powinna przekraczać półtorej butelki wina. Te normy są dość wysokie.

W sensie: pobaźliwe?

Tak. Ale cyfry to jedno, bo można wypijać te umowne dwie lampki wina kilka razy w tygodniu, a jednak mieć problem z alkoholem.

Należą do grupy psychoterapeutów, dla których ważniejsze od ilości i częstotliwości wypijanego alkoholu jest to, jaką funkcję on pełni. Jeśli ktoś by miał ochotę przyjrzeć się swojemu picciu, proponowałbym, żeby z jednej strony odpowiedział sobie na pytanie: „Ile i jak często?”,

a z drugiej - żeby zbadał uważnie, po co pije. W jakich okolicznościach sięga po alkohol? Co to poprzedza?

Zachęcam do monitorowania picia tak, jak się monitoruje inne rzeczy - wydatki czy sposób spędzania wolnego czasu. Bo gdy się przekroczy pewną granicę i wejdzie w zaawansowaną fazę picia, to wycofanie się z niej jest bardzo trudne.

Gdzie jest ta granica?

Osobom, które mają problem, alkohol (czy też inna substancja) służy głównie do dwóch rzeczy - regulowania emocji i kontaktu z ludźmi, którzy zwykle sprawia im trudność. Picie stanowi dla nich pewien rodzaj oparcia, daje poczucie bezpieczeństwa. A czasem wręcz ratuje życie.

Ciekawe, zwykle myśli się o alkoholu jako o...

...niszczycielu? Rzeczywiście tak się powszechnie myśli. Natomiast w przeżyciach osoby, która ma problem, często odgrywa on rolę wybawiciela czy wręcz jedyne przyjaciela.

Od pacjentów słyszę takie zdania: „Tylko z nim czuję się naprawdę wolny”, „Tylko wtedy mogę oddychać”, „Tylko wtedy się nie boję”. Dla wielu alkohol jest schronieniem.

Dotąd rozróżniało się pomiędzy picciem tak zwanym ryzykownym, kiedy człowiek przekracza dozwolone normy, ale nie pociąga to

Jeszcze za sobą większych konsekwencji, picieć szokliwym, które już powoduje straty zdrowotne i społeczne, ale jeszcze nie jest nalogiem, oraz uzależnieniem. Czy dla pani te kategorie mają znaczenie?

To terminy określone w powszechnej klasyfikacji chorób, która jeszcze w Polsce obowiązuje, czyli w ICD-10. Ale już w najnowszych klasyfikacjach - ICD-11 oraz DSM-5, która zastąpiła DSM-4 - widać, że spojrzenie na uzależnienie się zmienia.

Do tej pory myślano o nim w sposób zero-jedynkowy: albo ktoś jest alkoholikiem, albo nie, albo ktoś jest narkomanem, albo nie. Dzisiaj mówi się bardziej o zaburzeniach spowodowanych używaniem alkoholu, czyli o pewnym spektrum. Upraszczając, uznaje się, że ktoś ma łagodny problem z daną substancją, ktoś inny ma umiarkowany problem, a jeszcze inna osoba - bardzo ciężki problem. Gdy rozmawiam z pacjentami, to najczęściej nie stawiam diagnozy - „alkoholik”, „niealkoholik” - tylko próbuję razem z nimi zobaczyć, jaką rolę w ich życiu odgrywa alkohol. Na przykład że z jednej strony „pomaga” im regulować pewne stany, a z drugiej - uniemożliwia zmianę w tym zakresie, dobre życie bez tej „protezy”.

Co to właściwie znaczy, że alkohol pomaga „regulować emocje”?

Umiejętność regulowania emocji polega między innymi na tym, że ktoś ma świadomość tego, co przeżywa, potrafi to wyrazić w adekwatny sposób, a czasem wytrzymać, odroczyć albo w ogóle się powstrzymać od wyrażania. Osoby, które potrafią regulować emocje, mają też zdolność do kolenia siebie, kiedy przeżywać coś trudnego, samospokajania, i dodatkowo potrafią poprosić o pomoc. Są, jak to się mówi, emocjonalnie odporne. Natomiast osobom, które nie mają tych umiejętności, alkohol może pomóc na przykład rozładować napięcie.

Ważny kogoś, kto pracuje nad wymagającym projektem. Kosztuje go to dużo wysiłku i nerwów, więc odcina się od różnych przeżyć, by móc się na nim skupić. Projekt się kończy, wydawałoby się, że napięcie powinno spaść, ale tak się wcale nie dzieje. Osoba umiejąca regulować emocje sięgnie po sprawdzone sposoby - pogada z przyjaciółmi, pójdzie na dobry film czy pobiega. Ktoś, kto nie ma takich narzędzi, a doświadczył tego, że alkohol czy inna substancja go rozluźniają, sięgnie po nie. Ale tu jest haczyk.

Jaki?

Jak ktoś przychodzi do mnie na konsultację, to jednym z pytań, które zawsze zadaje, jest pytanie o to, jak radzi sobie ze stresem. Część osób, które mają problem, od razu przyzna, że pije i że to jest właściwie ich jedyny pomysł. A część powie, że biegała, jeździła na rowerze, wspinają się.

Z mojego doświadczenia wynika, że osoby z problemem mają najczęściej dwa skrajne sposoby traktowania swojego ciała: albo je bardzo zaniedbują, albo przeciwnie - totalnie je eksploatują, czyli jak biegają, to od razu maraton, jak rower, to 150 kilometrów dziennie, a najlepiej triathlon. Do tego kaloryczna dieta. Więc kiedy ktoś mi mówi, że bardzo intensywnie trenuje, a do tego pije - od razu zapala mi się czerwona lampka. **Intensywny sport i dieta nie wykluczają alkoholu?**

Nie dla kogoś, kto ma problem. Podobnie jest z pijącymi kobietami. Część z nich przestaje zupełnie o siebie dbać, a część jest hiperzadbana. To są zwykle te dwa bieguny.

Ostatnio trafia do nas, terapeutów, coraz więcej tak zwanych wysoko funkcjonujących pacjentów. Są to osoby, które osiągnęły sukces zawodowy, mają pozycję, pieniądze, czasem sławę. Jak to się mówi, świetnie się przeżywa, ale pod spodem jest dramat - jeśli chodzi o ich poczucie wartości i o relacje. Takie osoby często eksploatują nie tylko swoje ciało, ale też w ogóle siebie - mają po 15 firm, na konsultacji kładą trzy wibrujące telefony na stoliku, są ciągle „w mailach”.

Ma pani pomysł, dlaczego tych „wysoko funkcjonujących” przybywa?

Bo stresu jest coraz więcej. Duża część tych pacjentów to osoby, które się wzięły za bary z życiem, osiągnęły bardzo wiele pomimo trud-

ności. Musiały włożyć ogromny wysiłek w to, żeby być w tym miejscu, w którym są, z tym zawodowym dorobkiem. Alkohol pomógł im znieść to napięcie.

O co jeszcze pani pyta na tej wstępnej konsultacji?

„Jak sobie pan czy pani radzi ze złością?” Bardzo wielu moich pacjentów ma kłopot z jej zdrowym przeżywaniem. I to zarówno ci agresywni, jak i wycofani, którzy nie potrafią złości ani poczuć, ani nazwać, ani zakomunikować osobie, wobec której ją przeżywają. Alkohol pozwala im to regulować.

Ważny pacjentkę, która ma poczucie, że mąż ciągle nie ma dla niej czasu, nie interesują jej sprawy. Kobieta próbuje mu to zasygnalizować raz, drugi, piąty, ale nie się nie zmienia, więc zamiast znów go o to prosić, otwiera butelkę wina i ją wypija. Jest na niego wściekła, ale zamiast mu to powiedzieć, pije, również po to, żeby chronić ich relacje. Z tym że gdy zaczynam z nią o tym rozmawiać, to ona w ogóle nie jest świadoma związku między swoim picieć a niewyraźnieniem złości.

A co mówi?

„No, piję czasem wieczorami”.

Inną emocją, w której przeżywaniu alkohol często pomaga, jest smutek.

Ostatnio przyszła do mnie na konsultację pani, która kilka lat temu straciła córkę w dramatycznych okolicznościach. Jest samotna i w pewnym momencie alkohol właściwie zastąpił jej tę córkę.

Wcześniej nie pila?

Mało. Choć doświadczyła nie raz, że alkohol przynosi jej ulgę.

Na marginesie, częściej starszych kobiet, w okolicach pięćdziesiątki, sześćdziesiątki, pod wpływem różnych strat - dlatego, że mąż je opuścił lub umarł, dzieci odeszły z domu czy kiedy przechodzą na emeryturę - zaczynają bardzo intensywnie pić. Zwykle są to kobiety, które wcześniej piły, jeszcze nie nalogowo, ale nazwijmy to - ryzykownie.

Alkohol wypelnia im pustkę po ważnym człowieku?

A często staje się wbrew partnerem. Bo to, co charakterystyczne dla osób mających problem z alkoholem i co może być również wskazówką do autodiagnozy, to duża samotność - poszarpane związki, popsute relacje. Często w życiu takich osób relacja z alkoholem jest ich jedyną stałą relacją. Ludzie przychodzą, odchodzą, wprowadzają się, wyprowadzają, a on cały czas z nimi jest. Na przykład od 20 lat.

Miałam kiedyś na konsultacji pana, który nie pił dużo - dwie lampki wina dziennie - ale nie wyobrażał sobie, że mógłby z tego zrezygnować. Zaczął inaczej na to patrzeć, kiedy uświadomił sobie, że gdy tylko się budzi, już zaczyna myśleć o tym, że kiedy wróci do domu, to się napije. W pracy tęsknił za tym wieczornym spotkaniem z dwiema lampkami wina...

...jakby tęsknił do spotkania z kochanką?

Właśnie. A przy tym nie udało mu się z nikim związać. I nie miało znaczenia, że pił mało, ani z tym, czy zdiagnozowałabym jego picieć jako ryzykowne czy szokliwie. Ważniejsza była funkcja, jaką ten alkohol pełnił w jego życiu.

Przyszło mi do głowy, że wcześniej zachęcałam, by się monitorować, sprawdzać, jak wygląda związek pomiędzy alkoholem a relacjami w naszym życiu, ale właściwie samemu może być trudno to uchwycić.

Bo sami się oszukujemy?

Najczęściej to się dzieje nieświadomie, ale widzę to regularnie na konsultacjach.

Przychodzi mężczyzna i mówi na przykład, że miał świetne dzieciństwo, a dziś ma fajną żonę, udany związek. Mija dziesięć minut i dowiaduje się, że dzieciństwa wcale nie miał świetnego, a od trzech lat nie ma żadnej intymnej relacji z żoną. Mija kolejne dziesięć minut i okazuje się, że ulega żonie praktycznie w każdej ważnej dla siebie sprawie i jest tym sfrustrowany. To samodzielne monitorowanie jest bardzo skomplikowane, bo mamy mnóstwo obron czy też ochron, które służą temu, żebyśmy nie konfrontowali się z nieprzyjemnymi uczuciami.

Podobny mechanizm działa chyba wtedy, kiedy sami próbujemy się zdiagnozować za pomocą różnych testów dostępnych w internecie, np. AUDIT. Wiele z nich poprzecznych jest formułą, która zachęca do uczciwych odpowiedzi, bo tylko takie mają sens. Ale wiadomo, jak jest.

Ja nie zakładam, że ktoś, kto wypelnia taki test, celowo będzie się okłamywać, bo po co? Oczywiście, panuje przekonanie, że osoby uzależnione manipulują i kłamią, żeby tylko ochronić swój nałóg. Tak bywa, choć to założenie jest mi obce. Myślę, że prędzej działają w nas mechanizmy obronne, więc chyba najsmardziej byłoby o tym z kimś porozmawiać.

Z profesjonalistą czy po prostu z drugim człowiekiem?

Z drugim człowiekiem też. Bardzo ważnym zaleceniem w tym przyglądaniu się, jak pijemy, jest zalecenie, by wsłuchiwać się w to, co na ten temat mówią nam inni. My to słyszymy, ale często za późno. Pacjenci mówią: „No tak, już pięć lat temu przyjaciel mi powtarzał: »Uważaj, jak pijesz«” albo: „Sześć lat temu w firmie mówili, że jestem zawsze ostatni, który zamyka imprezę”, albo: „Żona mi ciągle mówiła, że za dużo piję, ale ona miała ojca alkoholika, to uznałem, że jest przewrażliwiona”.

Problem w tym, że osoby pijące często otaczają się innymi pijącymi, więc szansa, że coś takiego usłyszą, jest niewielka.

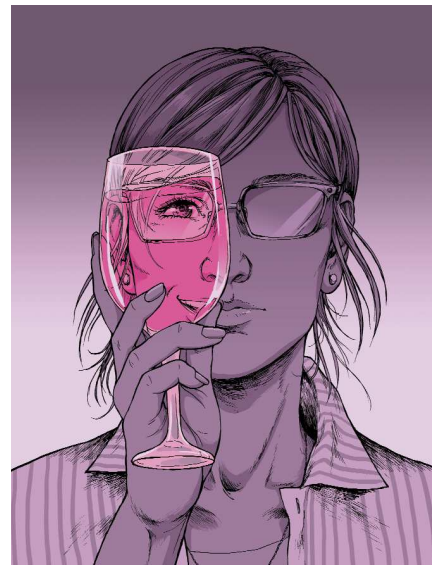
Spora część rzeczywiście dobiera sobie takie towarzystwo, ale zawsze znajdzie się ktoś, kto to wychwyci. Trzeba tylko chcieć go zauważyć. Zdarza się i odwrotnie: że osoba, która nadużywa, zaczyna widzieć, że ma problem, ale inni jej mówią: „Co ty gadasz?”, „Wszystko z tobą w porządku”. Tak więc bywa różnie. Zawsze jednak warto nadstawić uszu.

Ma sens zadanie sobie pytania: czy mam w swoim gronie osoby niepijące? Czy też ich unikam, uważam za nudne?

To bardzo dobry pomysł. Czy mam osoby, z którymi spędzam czas, nie pijąc? Ktoś „na granicy” najczęściej nie ma takich osób albo ma ich bardzo niewiele. Na przykład nie pije tylko wtedy, kiedy zostaje w domu z dziećmi.

Rozumiem, że gdy do człowieka zaczyna się przebijać, że ma problem, to uruchamiają się w nim różne racjonalizacje, które mają za zadanie go uspokoić, że wcale tak dużo nie pije, niczego nie zawalił itd.?

I tak, i nie. Pokutuje myślenie, że osoba mająca problem zaprzecza, intelektualizuje, minimalizuje skutki swojego picia. Tak bywa, ale bardzo dużo zależy też od tego, w jaki sposób się z nią rozmawia. Czy rozmawia się tylko i wyłącznie o jej picie, o tym, że nadużywa, że powinna coś z tym zrobić, wtedy będzie broniła tego picia, czy też raczej rozmawia



Wielu moich pacjentów ma kłopot ze zdrowym przeżywaniem złości. Zarówno ci agresywni, jak i ci wycofani, którzy nie potrafią złości ani poczuć ani wyrazić

się o problemie, z którym się boryka, na przykład: „Widzę, że nie radzisz sobie ze smutkiem po stracie męża. Co mogę zrobić, żebyś tak nie cierpiała?”. Albo: „Wyczuwam, że masz problemy w małżeństwie, czy mogę coś dla ciebie zrobić w tej sprawie?”. Czuje pani różnicę?

Tak.

Ja, szczerze mówiąc, rzadko spotykam osoby, które, kiedy w ten sposób się z nimi rozmawia, zaprzeczają i manipulują. Nawet jak przychodzi pacjent i od razu chce mi opowiadać o swoim picie, to go zatrzymuję i proszę: „Niech mi pan/i najpierw powie, kim pan/i jest, co pan/i robi, jakie ma pan/i problemy”, dopiero potem możemy się zastanawiać, jak się w tym wszystkim mieści ich picie. **Ważne jest, żeby w końcu uznać: jestem alkoholizacją, jestem alkoholikiem?**

To może pomóc i niektórym jest potrzebne, ale ja nie mam przekonania, że uznanie siebie za alkoholika niesie zmianę.

A co?

Dotarcie do cierpienia, które się rozwija za pomocą alkoholu czy innej substancji.

Musimy pamiętać o jeszcze jednej ważnej rzeczy. Cały czas rozmawiamy o osobach wyżej funkcjonujących, czyli takich, które mają pewną zdolność, może

nie jakąś wielką, ale jednak, rozumienia siebie. Natomiast w grupie osób uzależnionych jest sporo takich, które tej zdolności nie posiadają, bo mają na przykład dużo zaniedbań wychowawczych, emocjonalnych, czasem uszkodzony mózg. Dla nich często zaproszenie do takiego wglądu jest niemożliwe do przyjęcia, więc praca z takimi osobami polega raczej na tym, żeby nauczyły się nie pić albo chociaż ograniczyć picie. Choć jednocześnie nie wyklucza to zastanawiania się nad problemami, które mogą się kryć za ich picieć. Tu można chodzić na przykład o bezrobocie, brak pieniędzy, perspektyw, różne napięcia w związku.

Czy dobrze usłyszałam, że celem terapii może być ograniczenie picia, a nie sama abstinencja?

Do niedawna uważano, że abstinencja jest jedynym sposobem na rozwiązanie uzależnienia. To się - moim zdaniem na szczęście - zmienia. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) opracowała i akredytowała program „ograniczenia picia”.

Mam to szczęście - bo chyba tak to trzeba nazwać - że pracuję z osobami mającymi problem z alkoholem nie tylko w Poznaniu czy Warszawie, ale również w Śremie i w punkcie konsultacyjnym w małoletniej miejscowości pod Poznaniem. I tak jak pan Jacek, który pracuje w warszawskiej agencji reklamowej, powie mi: „Pije, bo nie radzę sobie z napięciem”, tak pan Włodek z tej małej miejscowości, który nie ma roboty i rodzi mu się szóste dziecko, powie raczej: „Wszystcy piją,

no bo co tu robić na tej wsi?”. I moja praca z panem Włodkiem będzie polegała bardziej na tym, żeby zamiast pić pięć razy w tygodniu, spróbował się napić dwa razy i przestał wyzywać żonę. To nie oznacza, że nie będzie dążyć, dlaczego te żony wyzywa i czy ma jakiś wpływ na to, żeby tego nie robić. Może na przykład sam wyprawił dzieci do szkoły, zamiast mieć do niej pretensje, że tego nie zrobiła?

Przez wiele lat w terapii uzależnień funkcjonowało założenie, że abstynencja jest nie tylko celem, ale też absolutnym warunkiem do przyjęcia na terapię.

Tyle że, tak jak powiedziałam, okazało się, że ten wymóg jest dla wielu pacjentów - nie tylko tych z uszkodzeniami mózgu, ale również tych, którzy mają ogromny kłopot z regulacją emocji i relacjami - niemożliwy do spełnienia. Nie wyrabiali się w nim i bardzo szybko wypadali z terapii.

Wielu moich pacjentów w ma swojej historii różnego rodzaju traumy. Zwykle są to tak zwane traumy rozwojowe.

Węgierski neurolog i psychoanalityk Sándor Ferenczi pisał o dwóch rodzajach takich traum: jedne wynikają z niedoboru (to wszelkie opuszczenia emocjonalne, zaniedbania, odrzucenia), drugie - z nadmiaru (nadużycia emocjonalne, fizyczne, przemoc). Moi pacjenci zwykle doznali mieszanki tych traum, na przykład byli odrzuceni emocjonalnie przez rodziców, a jednocześnie stawiano im bardzo duże wymagania.

Jakiego procentu pań pacjentów to dotyczy?

nie przesadzaj, jeśli powiem, że znacznej większości. Słynny kanadyjski terapeuta Gabor Maté powiedział kiedyś, że nie wszyscy są uzależnieni, ale wszyscy, którzy są uzależnieni, doświadczyli traumy. Znasz mamy wiele badań, które to potwierdzają. **Znam kogoś, kto miał bardzo poważne problemy z uzależnieniem od różnych substancji, a wychował się w ciepłym, kochającym domu. Czy to możliwe, że ktoś po prostu ma taką skłonność?**

Na uzależnienie składa się wiele czynników, choć w moim doświadczeniu ten związany z pierwszymi relacjami jest dominujący. Ale nie można wykluczyć, że u kogoś przeważa czynnik genetyczny czy to, że w okresie dorastania ta osoba miała łatwy dostęp do różnych substancji i w ten sposób nauczyła się sobie radzić z napięciem.

Choć wie pani, z tymi szczęśliwymi rodzinami też bywa różnie...

Co ma pani na myśli?

Kolejna zmiana, którą obserwujemy dziś w Polsce, jeśli chodzi o konsumpcję alkoholu i innych substancji, jest taka, że przybywa nadużywającej młodzieży z tak zwanych dobrych domów. Tyle że z mojej perspektywy one wcale nie są dobre. Owszem, te dzieci mają zapewne wszelkie potrzeby materialne, chodzi do dobrych szkół, uczą się języków, jeżdżą po świecie. Ale dorastają w emocjonalnej pustce. **Jaka rodzina to dobra rodzina?**

Wystarczająco dobra rodzina, bo o takiej wolę mówić, to taka, która potrafi jednak w większości przypadków zaspokoić emocjonalne potrzeby dziecka. Nie chodzi o to, żeby być na każde zawołanie, ale żeby w wrażliwe odpowiedzi przeważały nad frustracją i żeby dziecko nie było ze swoimi emocjami samo. Wystarczająco dobra rodzina to taka, w której dziecko uczy się rozpoznawać swoje uczucia i uczucia innych, w której panuje równowaga między wspólnotą a odrębnością. Jak to znaczy, że pewne rzeczy robimy razem, ale mamy też prawo bez

poczucia winy mieć swoje sprawy. Wystarczająco dobra rodzina to taka, w której panują jasne zasady, gdzie stawia się granice, i której członkowie się wspierają.

Wiele rzeczy można by jeszcze wymienić, ale chodzi o pewien klimat relacyjny i emocjonalny. I to, że młodych pacjentów z rodzin, w których ten klimat jest zgoła inny, ciągle przybywa, o czymś świadczy.

Przybywa też pacjentów z uzależnieniami mieszanymi, czyli takich, którzy jednocześnie piją i uprawiają hazard albo piją i robią nadmierne zakupy, albo palą nalogowo marihuanę i spędzają czas w sieci powyżej jakichkolwiek norm. Bardzo dużo moich pacjentów mających problem z alkoholem ma też jakiś rodzaj problemu z nalogowym seksem.

Czyli z czym?

To może być masturbacja, taka, która służy rozładowaniu napięcia, a nie taka, że ktoś aktualnie nie ma partnera czy partnerki albo żyje z nim na odległość. To może być poszukiwanie przynajmniej seksu - wirtualnie lub w rzeczywistości. Korzystanie z pornografii. I znów, nie ma nic złego w tym, że ktoś od czasu do czasu obejrzy sobie pornografię, ale jeśli robi to parę razy dziennie, w różnych nieprzychylnych okolicznościach, to jest niepokojące. Dlatego od dobrych paru lat na konsultacjach pytam również o tę sferę. I zorientowałam się, że dla wielu moich pacjentów masturbacja była pierwszym regulatorem uczuć, jeszcze przed substancją. Często wspominają, że jak byli mali i nie mogli zasnąć, bo rodzice się kłócili, albo „mama chorowała, a ja nic nie rozumiałem”, masturbowali się, żeby się jakoś ukoić.

Dlaczego jest ważne, żeby to zobaczyć?

Bo to jest ważna informacja w przypadku takiego podejścia, które ja prezentuję czy prezentują w ogóle terapeuci w nurcie zgodnym z teoriami wurt.

To nie jest nowy nurt, prawda?

On jest stosunkowo nowy w Polsce, ale w Niemczech istnieje równoległe do koncepcji związanych z popularniejszymi

teoriami behawioralno-poznawczymi. W Polsce przez lata w terapii uzależnień dominował ten drugi trend, bardziej nastawiony na pracę „na objawie”, czyli na taki rodzaj leczenia, który uczy, zachęca, a czasem przynusza pacjenta, żeby najpierw przestał pić. Dopiero potem, jeśli udaje mu się utrzymać abstynencję, można się zająć jego emocjami, konfliktami wewnętrznymi, a jeszcze później tym, co się wydarzyło w dzieciństwie.

W „moim” nurcie kierunek jest odwrotny. Najpierw pracuję nad emocjami pacjenta, i to jest bardzo głęboka praca, nad jego wewnętrznymi konfliktami, często od razu sięgam do traum. Tą drogą pacjent dochodzi do abstynencji bądź do regulowania swojego zażywania.

Czy to znaczy, że ma pani pacjentów, którzy w trakcie terapii dalej piją?

To się zdarza. Na przykład w grupie, którą teraz prowadzę, niektórzy pacjenci potrzebują kilku miesięcy, żeby się zdecydować na abstynencję. Ale żeby w ogóle zostali dopuszczeni do terapii, muszą spełnić kilka warunków.

Nie przyjmuję osób, które nie mają w ogóle zdolności do utrzymania abstynencji. Jeśli ktoś jest w ciągu, musi najpierw przestać pić czy zażywać. Czasem potrzebuje do tego detoksykacji, czasem dłuższego pobytu w ośrodku, czasem wsparcia farmakologicznego.

Na taki rodzaj terapii przyjmuję też osoby, które mają świadomość, że picie czy zażywanie ma związek z ich głębszymi problemami. Jak ktoś mówi: „Piję, bo lubię”, to raczej nie będzie dla niego.

Czy to podejście, które pani reprezentuje, jest częściej krytykowane?

Metoda wzbudza kontrowersje. Zarzuca się jej między innymi to, że być może pacjenci zyskują wgląd i zrozumienie, ale częściej piją dalej. Z tym że żadna metoda nie daje stuprocentowej gwarancji.

Wie pani, ja mam dużo pokory co do siły substancji. Zdaje sobie sprawę, że czasem terapia z nią nie wygra, nie będzie dla niej wystarczającą konkurencją. Dlatego bliska mi jest terapia grupowa, bo praca w niej jest intensywniejsza. A najlepiej, gdy pacjent łączy terapię grupową z indywidualną.

Na czym polega moc grupy?

Są różne terapie grupowe. Niektóre wychodzą z założenia, że jeden pacjent może być dla innego lustrem - czego się nie zobaczy u siebie, można zobaczyć u innych. W innych ośrodkach na grupie przerabia się różne „lekcje”, kolejne tematy albo programy. Ja rozumiem pracę grupową jeszcze inaczej: to jest praca, która jest skoncentrowana przede wszystkim na tym, żeby pacjenci uświadomili sobie pewne nieświadome procesy oraz żeby wchodząc w relacje z innymi członkami grupy, zobaczyli, w jaki sposób funkcjonują na co dzień, jak wyrażają w emocje w związkach albo jak ich nie wyrażają. Jednym słowem, żeby zobaczyli to wszystko, co sprawia im trudność. Grupa jest takim laboratorium, które umożliwia konkretnie pewnych mechanizmów i daje nadzieję na zmianę.

Jeśli ktoś, dajmy na to, boi się wyrażać złość, bo myśli, że jak ją wyrazi, to ten drugi albo się na niego wścieknie, albo go opuści, to w grupie może doświadczyć sytuacji, w której wyrazi złość, drugi człowiek ją przyjmie, a relacja między nimi będzie trwała, a nawet się pogłębi.

Kolejną ważną rzeczą związaną z pracą grupową jest wzajemność, coś, czego nawet najbardziej zaangażowany terapeuta nie zawsze może pacjentowi dać, bo na przykład nie powinien się za bardzo odslaniać. Pacjenci mówią sobie nawzajem różne ważne rzeczy. Ma to niepowtarzalną wartość.

Jak długo trwa taka terapia?

Różnie. Obecnie w Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie prowadzę grupę stacjonarną, w której pacjenci spotykają się raz na tydzień przez dwie godziny. Część z nich chodzi dodatkowo na terapię indywidualną albo terapię par. Pacjent może być w takiej grupie od dwóch do trzech lat, ale to się ustala w trakcie. Mamy też grupy krótsze, na przykład ośmiomiesięczne. Oprócz tego prowadzę autorski projekt pięciodniowych grup wyjazdowych.

Dla kogo to jest propozycja?

Niektórzy traktują to jako wstęp do dłuższej terapii, dla innych, którzy są w terapii indywidualnej, to przedsmak pracy w grupie. Często na te wyjazdy trafiają osoby z dużym doświadczeniem tradycyjnych terapii indywidualnych i odwykowych, które chcą lepiej zrozumieć swoje uzależnienie i ukońc cierpienia.

Wróć jeszcze do abstynencji, która jest celem w tradycyjnych terapiach. Ja też czasem uczę pacjentów, jak sobie radzić z głodem, z przymusem napięcia się, i wcale tych metod nie podważam. Natomiast w moim odczuciu one nie przynoszą trwałych efektów. Zdarza się, że ludzie nie piją na tak zwany zacisk, ale ich życie wcale nie jest dobre i satysfakcjonujące. Przeciwnie.



Bożena Maciek-Haściło

jest certyfikowaną psychoterapeutką i superwizorką Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz superwizorką psychoterapii uzależnień. Należy do zespołu Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie, gdzie kieruje również Szkołą Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia. Prowadzi Przychodnię Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia oraz Oddział Dziennych Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Sremie

Nie o taką abstynencję chodzi?

Nie. Nie mówię, że dla niektórych taki tradycyjny start nie jest dobry - on dla wielu jest po prostu niemożliwy. Mam pacjentów, którzy spróbowali pierwszego modelu terapeutycznego, ale czegoś im w nim zabrakło.

W wyniku terapii, którą prowadzę, zmieniają się przede wszystkim dwa obszary, od których zaczęłyśmy rozmowę - pacjenci uczą się regulować uczucia, a także reperują więzi z innymi ludźmi. Duża część decyduje, że nie będzie piła, bo gdy zaczyna, to nie są w stanie przestać. Ale te decyzje są różne i pozostają po stronie pacjentów.

Smutna wiadomość jest niestety taka, że może się zdarzyć, iż nie będzie w stanie wygrać z alkoholem czy inną używką. Ostatnio miałam takiego pacjenta. Do punktu pod Poznaniem przyprzewadziła go matka. Miesiąc wcześniej wrócił z ośrodka zamkniętego, gdzie się trochę odbudował, ale jak tylko wyszedł, od razu się napił. Matka mówi: „Niech go pani wyśle jeszcze raz”, więc go pytam: „Panie Michale, ustalił panu to miejsce czy nie?”. A on na to: „Nie”. „Ale jak pan będzie dalej tak pił, to pan umrze” - mówię. „No to umrę. Może już czas”. Ma trzydzieści parę lat... Miałam też niedawno bardzo wysoko funkcjonującą pacjentkę, która korzystała z wielu terapii, ale nie miała gotowości, żeby się rozstać z substancją. Nie było szczeliny, w którą mogłyby wejść na przykład relacje z innymi. Pokonała wszystkich terapeutów. Może nie ona, tylko jej związek z alkoholem... Tylko on wydawał się ją leczyć. W tle był dziecięcy dramat - przemoc, nadużycia.

Przynam się też, że zdarzyło mi się pomyśleć: może lepiej dla tej osoby, że pije?

W jakich okolicznościach?

To była starsza kobieta. Miała zaawansowany nowotwór, zbliżała się do śmierci. Była bardzo samotna. Pomyślałam, że przydałby się jej przyjaciel, coś, co przynieś jej ulgę. Spotkania ze mną raz w tygodniu nie były wystarczające. Nie mogłam siedzieć z nią wieczorami, trzymać za rękę, a ona nie miała wokół siebie nikogo. Oczywiście, gdy jeszcze miała siłę, próbowała wyjść „do ludzi”, ale potem już tej siły nie miała. Skończyło się na hospicjum, tam już nie mogła pić. Ale wcześniej, dopóki tylko mogła, to piła. Alkohol utrzymywał ją przy życiu.

W starym paradymacie leczenia mówi się, że gdy człowiek nie sięgnie dna, gdy nie poczuje, że wszystko traci, to nie ma szans na lepsze życie. Pani się z tym zgadza?

To zależy, jak zdefiniujemy dno. Mam pacjentkę, lat 29, która była uzależniona, miała też uzależnionych wysoko funkcjonujących rodziców. Gdy była bardzo młoda, trafiła do ośrodka. Potem jeszcze dwa razy zlamala abstynencję i wtedy przyszła do mnie. To było cztery lata temu. Zaraz będziemy kończyć terapię. W tym czasie ta dziewczyna odmieniła swoje życie - ma pracę, której szczerze studium, jest w udanym związku, bywa szczęśliwa. Czy była na dnie? Myślę, że w takim sensie, jak to się powszechnie rozumie, nie. Ale z pewnością była na dnie związanym ze swoimi wcześniejszymi przeżyciami - z tym, że była opuszczona przez rodziców, którzy jednocześnie bardzo dużo od niej wymagali i nie pomagali jej w realizacji tych wymagań. Od presji tych wymagań uciekla w substancję, ale kilka lat terapii pozwoliło jej znaleźć oparcie w sobie i w innych ludziach. ●