

Piotr Bakula

„Wychodzenie poza schematy”

(artykuł napisany wiele lat temu, gdy zaczynaliśmy zwracać uwagę na konieczność zmian w polskim leczeniu odwykowym)

Struktury i procedury w terapii osób uzależnionych powinny być przyjacielem, ale czasami stają się wrogiem. Wrogiem zarówno dla pacjenta jak i terapeuty. Zbyt sztywne trzymanie się struktur i procedur powoduje, że tracimy z pola naszego oddziaływania pacjenta na rzecz idei. Idei, które być może do niego zupełnie nie pasują. Wiele publikacji z dziedziny psychoterapii uzależnienia zachęca do korzystania z gotowych algorytmicznych sposobów poradenia sobie z pacjentem: jeżeli w pacjenta włożę wiedzę i nauczę go pewnych umiejętności to na pewno zaistnieje w nim zmiana. Algorytmy w samej swej strukturze są sztywne. Rewelacyjne jako przepis, żeby np. ugotować zawsze taki sam rosół, ale zawodne w przypadku oddziaływań na człowieka. Każdy człowiek przecież jest inny, to, co dla jednego będzie dobre dla drugiego okaże się zupełnie nieskuteczne. Wielokrotnie zdarza się osiągnąć sukces terapeutyczny stosując prosty schemat. Są pacjenci, którzy z łatwością przechodzą przez edukację, konfrontację, kwestionariusze, inni zaś mają z tym duży problem. Niektórzy terapeuci tłumaczą to tym, że pacjent nie ma motywacji do terapii i chce pić dalej, że nie osiągnął jeszcze swojego dna. Ja uważam, że zawiniło tu niedostosowanie metody do pacjenta. Jako przykład niech posłuży tutaj przypadek Michała.

Michał lat 17 zgłosił się do poradni z rodzicami. W pierwszym kontakcie ze mną Michał stwierdził, że od około pół roku bierze narkotyki i jest narkomanem. Z powodu trudności jakie sprawiał w szkole został ze szkoły usunięty. Z diagnozy nozologicznej ewidentnie wynikało, że pacjent jest uzależniony od narkotyków. W związku z tym powinien rozpocząć pracę w grupie wstępnej dla młodzieży uzależnionej. Kiedy zacząłem z nim rozmawiać okazało się że Michał jest ofiarą przemocy ze strony ojca. Czuł się odrzucony, nieakceptowany, czuł się nikim co wielokrotnie powtarzał. Pomyślałem, że przypiął sobie tożsamość narkomana, aby nareszcie kimś w życiu być. Schematyczny model terapii zaleca najpierw zajęcie się problemem przemocy, następnie uzależnieniem, a na koniec skutkami emocjonalnymi niszczącego układu z ojcem. W tym przypadku było trochę inaczej. Ojciec Michała zaprzestał stosowania przemocy kiedy dowiedział się, że Michał bierze narkotyki, ja natomiast zająłem się nim indywidualnie nie chcąc dopuścić do pogłębienia narkomańskiej tożsamości Michała. Mogłem to zrobić ponieważ Michał dość niezłe potrafił radzić sobie z utrzymaniem abstynencji. Pracowałem z nim nad jego poczuciem krzywdy, nad poczuciem własnej wartości i nad tym co dzieje się u niego w domu w takim kierunku, aby Michał czuł się kimś ważnym, bez konieczności nadawania sobie etykiety. Półroczna praca indywidualna zaowocowała tym, że Michał dostał się do drugiej szkoły, była na obozie żeglarskim, nie bierze narkotyków, ponieważ zrozumiał, że nie są mu do niczego potrzebne. Sądzę, że w pracy grupowej u Michała doszłoby do utrwalenia tożsamości narkomana, którą tak bardzo pragnął mieć. Mam świadomość, że takich przypadków jak Michał jest niewiele, natomiast warto było w tym momencie wyjść poza schematy i struktury leczenia odwykowego.

W poradni w której pracuję zajmuję się również pracą z uzależnioną młodzieżą. Od początku wiedziałem, że posługiwanie się sztywnymi procedurami w tej grupie nie zdaje egzaminu. Widać to już we wstępnym kontakcie

Pierwszy kontakt

Wielokrotnie spotkałem się z poglądem, że pacjent alkoholowy, bądź narkotyczny już na pierwszym spotkaniu musi od nas usłyszeć, że jest uzależniony. Co więcej podobno mniejszym błędem jest powiedzenie nieuzależnionemu, że jest uzależniony niż odwrotnie. Powinniśmy oznajmić mu to w sposób bardzo poważny, powołując się na nasze stanowisko, doświadczenie oraz magiczne i tajemnicze dla niego ICD10. W trakcie stawiania diagnozy oczywiście dobrze byłoby posłużyć się jakimś kwestionariuszem lub ankietą. Postarajmy się na tę sytuację spojrzeć z perspektywy pacjenta. Jest mu źle, czasem go trzęsie prawie zawsze się wstydzi, wchodzi do pokoju i zastaje osobę, która go co prawda sympatycznie wita, ale za chwilę siada za biurkiem, bo jak wypełniać te wszystkie papiery i zaczyna go przepytwać używając sformułowań z ankiety. Ponieważ używa ich w tej samej formie po raz kolejny jej głos jest beznamiętny i sztuczny, a przecież wypytuje o bardzo intymne dla pacjenta sprawy. Stosowanie takiej formy w kontakcie z dorosłymi jest sporym błędem, natomiast jest zupełnie niedopuszczalne w kontakcie z młodzieżą. Taki pacjent nigdy w życiu by do mnie po raz drugi nie przyszedł. ICD 10 należy mieć w głowie i umiejętnie się nim posługiwać, dostosowując pytania do możliwości intelektualnych pacjenta. Sformułowania z ankiet można zastąpić własnymi. Należy uruchomić własną inwencję i wiedzę. Z zapiskami na temat pacjenta można poczekać aż ten wyjdzie z gabinetu, Uzyskamy wtedy to co jest najważniejsze : klimat zaufania w którym to klimacie być może już przy pierwszym kontakcie będziemy mogli pacjentowi postawić diagnozę. Ale nie trzeba spieszyć. Skoro pacjent przyszedł z własnej woli do Poradni leczenia uzależnień to zapewne podejrzewa siebie, że ma problem z piciem, a przecież są i tacy, którzy od progu wołają, że są alkoholikami. W takim przypadku, trzymając się sztywno procedur i struktur, zaczęlibyśmy od początku go diagnozować, a być może na wstępie wystarczy dopytać się go dlaczego tak sądzi. Zupełnie inaczej jest z pacjentami przymuszonymi do leczenia. Tym już na wejściu konieczna jest konfrontacja, ale taka, która nie jest wciskiem lub przyłapaniem. Natomiast ci pacjenci także potrzebują szacunku, zrozumienia, współczucia, nie oceniania i etykietowania, to już zrobił sąd lub komisja. Przyglądajmy się im z perspektywy cierpienie jakiego doświadczają a nie czynów jakich dokonali z powodu uzależnienia.

Praca w grupie

Praca z grupą jest szczególnym wyzwaniem dla terapeuty. W lecznictwie odwykowym pracuje się wg ścisłego scenariusza : tezy mikrowykład, ćwiczenia praca domowa. Terapeuta stoi przy tablicy i bardzo ciężko jest mu się od niej oderwać, chyba dlatego, że przy niej czuje się bezpiecznie. Jest ustalona kolejność : on mówi oni słuchają potem oni ćwiczą. W domu piszą pracę lub odpisują je od kolegów by wreszcie zostać przyłapanym przez czujnego terapeutę, który stwierdza, że pacjent nie rozumie istoty zagadnienia. Praca jest nie zaliczona. Pacjent nie wie o co chodzi, przecież napisał to tak jak czuje i myśli. Uważam, że jeżeli pacjent nie rozumie zajęć to błąd w sztuce terapeuty, a nie wina pacjenta. Niektórzy terapeuci chwalać się dużą ilością niezaliczonych przez nich prac. Wydaje się że to właśnie oni powinni popracować nad swoim warsztatem.

W czasie pracy z grupą terapeuta powinien być bardzo elastyczny i uważny. Nie jest ani policjantem, ani nauczycielem. Jest osobą, której zadaniem w terapii jest pokazanie pacjentowi problemu tak, aby on mógł go zrozumieć, zachęcenie pacjenta do prób rozwiązania własnych problemów i towarzyszenie mu w procesie zmiany. Terapeuta powinien mieć bardzo dobry warsztat, mieć głęboką wiedzę o chorobie alkoholowej i jej mechanizmach, a także szeroką wiedzę o funkcjonowaniu człowieka w tym wiedzę kliniczną.

Warsztat to umiejętność stosowania różnych technik, niekoniecznie tylko wchodzących w skład metod behawioralno - poznawczych. Im więcej wiemy i potrafimy, im głębiej rozumiemy człowieka tym większą mamy łatwość wychodzenia poza strukturę, dzięki czemu stajemy się bardziej sprawczy. Praca z grupą, a szczególnie z grupą młodzieżową powinna być ciekawa i atrakcyjna. Atrakcyjna nie dla terapeuty, ale dla pacjentów. Zawsze staram się dać pacjentom coś, co dla nich będzie ciekawe. Może być to bajka, psychodrama, psychozabawa. Jeżeli robię mikrowykład, to robię go w trakcie spotkania grupowego, bardziej jako wyjaśnienie problemu pacjenta niż oddzielne wystąpienie. Dużą uwagę przywiązuje do rundek, dla moich pacjentów to odpowiednik dzienniczka uczuć, z nich dowiaduję się również z czym pacjenci mają największe trudności. Mam wtedy okazję do wspólnego z pacjentem poszukiwania sposobów na ich rozwiązanie. A właściwie to poszukuje ich mój pacjent. Ja mu tylko w tym poszukiwaniu towarzyszę. Staram się być uważny na to, co mówią i jak się zachowują pacjenci.

Warto również zastanowić się czy nie można czasem wyjść poza trochę skostniałe i ograniczające w formie OPT- y. Tworzone są przed ekranem komputera, na podstawie kwestionariusza, który wypełniał pacjent, wielokrotnie zostawiony sam na sam z kartkami. Nie ma tutaj miejsca na autentyczny kontakt, na przeżycie, doświadczenie. Jest chłodna analityczna praca terapeuty oraz chłodna emocjonalnie odpowiedź pacjenta na zadania. Obydwa bardzo trudne sprawy przeżywają oddzielnie. Terapeuta da sobie z tym radę, ale czy jest to wystarczające dla pacjenta. On przez większość życia próbował dawać sobie sam radę ze swoimi problemami i teraz też jest zostawiony sam sobie. Wiem, że w tym miejscu mogę się spotkać z zarzutem, że mam niezaspokojoną bliskość kontaktu z drugim człowiekiem. Może, ale właśnie kontakt, z drugim człowiekiem, towarzyszenie mu jest istotą mojej pracy.

Jeżeli staram się być uważny na drugiego człowieka, to znam jego problemy, wiem jak funkcjonuje i w jaki sposób zaplanować z nim jego terapię. Doskonale wiem w jakim miejscu się znajduje i z jakimi zadaniami ma już siłę się zmierzyć. Nie muszę rozliczać go z tych zadań, ponieważ jest on z nich rozliczany na bieżąco, starając się funkcjonować poza poradnią.

W naszej poradni nie boimy się poszukiwać nowych rozwiązań terapeutycznych. W grupie terapii pogłębionej nie robimy oddzielnie zajęć mających na celu rozbrojenie poszczególnych mechanizmów. Pracujemy nad poczuciem zrozumiałości otaczającego świata, problemów związanych z chorobą alkoholową oraz z życiem codziennym, nad zaradczością, czyli nad tym, co zależy, a co nie zależy ode mnie i z czyjej pomocy mogę korzystać, oraz nad stroną motywacyjną, czyli, po co to wszystko robię. Mechanizmy rozbrajają się niejako przy okazji, natomiast pacjenci pracują nad problemami związanymi z realnym życiem. Nie dzielą swojego funkcjonowania na obszary i mechanizmy, które występują w tych obszarach. Zaczynają spostrzegać świat jako bardziej zrozumiały i dostrzegać swoje miejsce w tym świecie. W lipcu tego roku ukończyła roczną terapię 14 osobowa grupa pacjentów, która pracowała w ten właśnie sposób, daleko wychodząc poza schematy. Żaden z nich nie miał tradycyjnego OPT, chociaż każdy miał zaplanowaną terapię. Znaliśmy doskonale ich problemy, to oni poszukiwali rozwiązań, my zaś towarzyszyliśmy im w sposób mało dyrektywny w procesie zmiany. Szanowaliśmy ich własne tempo pracy. W pracy bardzo zwracaliśmy uwagę na różnice osobowościowe np. reaktywność. Pacjenci z wysokim stopniem reaktywności używali alkoholu jako uspokajacza, ci więcej musieli pracować nad radzeniem sobie ze stresem, natomiast pacjenci z niskim stopniem reaktywności używali alkoholu jako stymulanta, tych zachęcaliśmy do organizowania sobie czasu wolnego, planowania, radzenia sobie z monotonią. Pod koniec terapii stanowili grupę ludzi bardzo związanych ze sobą, pomagających sobie nawzajem, troszczących się o siebie w trudnych sytuacjach, których nie brakowało. Przez cały rok wspólnej pracy nikt nie złamał

abstynencji. Dla takich wyników warto było wyjść poza struktury, procedury i schematy. To zadziałało, więc tą metodą rozpoczyna pracę następna grupa.