

Owoc drzewa zatrutego – o języku w psychoterapii uzależnień

Przy okazji dyskusji o kierunkach zmian i rozwoju psychoterapii uzależnień warto poświęcić chwilę uwagi językowi używanemu w procesie terapeutycznym.

Język w psychoterapii jest jednym z najważniejszych narzędzi. To nim nadajemy sens i znaczenie wydarzeniom, to za pomocą niego formułujemy hipotezy i diagnozy, dzięki językowi możemy uzgadniać z pacjentem jego problemy. Pacjent za pomocą języka opisuje subiektywny świat swoich przeżyć. Język służy do formułowania propozycji rozwiązań. Język służy nam do działań psychoedukacyjnych i psychokorekcyjnych. Wreszcie język służy do opisywania i wyrażania stanów emocjonalnych. Granice pojęciowe w języku są jednocześnie granicami myślenia i rozumienia. Granicami i ograniczeniami są również skróty i stereotypy pojęciowe, często noszące ze sobą oceniające lub pejoratywne znaczenie

W języku polskiej psychoterapii uzależnień występuje dość dużo pojęć będących pochodną języka programu Minnesota i programu Synanon stworzonych w latach 50-tych ubiegłego wieku. Ten język powstawał na bazie stosunku do osób uzależnionych prezentowanych przez ruchy trzeźwościowe powstałe w USA w XIX wieku. To wtedy narodził się język, który na wiele dziesięcioleci przeniósł dyskusję o uzależnieniu z kategorii zdrowia publicznego do kategorii moralności, a właściwie jej braku.

Ruchy trzeźwościowe szerzyły swoje idee w licznych publikacjach. Drukowano broszury, ulotki, raporty, sprawozdania, których nakłady dochodziły do setek tysięcy egzemplarzy. Powstała trzeźwościowa literatura piękna, ciesząca się powodzeniem sztuki teatralne, wiersze i pieśni. W tym bogatym piśmiennictwie alkoholowi przypisywano wszelkie zło społeczne oraz rozmaite kłęski spadające na pijących je nieszczęśników i ich rodziny. W literaturze medycznej opisywano przypadki śmierci spowodowanych samozapaleniem oparów alkoholu wydostających się przez skórę „pijaka”. Jedno z pism towarzystwa trzeźwościowego głosiło, że *„Duch Święty nienawidzi, a tym bardziej nie zamieszka w tym, kto poddaje się kalającemu i poniżającemu oddziaływaniu oszałamiających trunków. Serce i umysł takiego człowieka wzbudza w nim wstręt i obrzydzenie.* Dr T. Sewall, profesor anatomii i fizjologii w Columbian College w Waszyngtonie tak np. opisywał los czekający „pijaka”: Niestrawność, żółtaczką, chorobliwa chudość, otyłość, puchlizna, owrzodzenie, reumatyzm, zapalenie stawów, drgawki, palpacje, histeria, epilepsja, paraliż, letarg apopleksja, melancholia, szaleństwo, delirium tremens i przedwczesne starzenie się, to tylko niewielka część katalogu chorób przynoszonych przez ogniste trunki. Naprawdę trudno wymienić chorobliwą dolegliwość mogącą dotknąć ciało ludzkie, która w ten czy inny sposób nie byłaby przez te trunki powodowana. Nie ma takiej choroby, której przebiegu nie byłyby one zaostrzały, ani skłonności do zapadnięcia na jakąś przypadłość, której by one nie wywołały. (...). Jerzy Jasiński Alkoholizm i Narkomania 2008 tom 21: nr 1, 65.94 Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Jak doskonale wiemy działalność tego typu stowarzyszeń doprowadziła w końcu do ustaw prohibicyjnych i przeniesieniu języka debaty o uzależnieniach z obszaru moralności do sfery wymiaru sprawiedliwości. W przypadku innych niż

alkohol substancji psychoaktywnych filozofia ruchów trzeźwościowych spowodowała trwającą do dzisiaj penalizację ich posiadania. System pojęć stworzonych w tym okresie opisujących używanie i uzależnienie przetrwał w praktycznie niezmienionej formie do lat 50-tych ubiegłego wieku jeśli nie liczyć pracy Magnusa Husa, który wprowadził pojęcie *alcoholismus chronicum* jako opisu stanu nieumiarkowanego spożywania.

XX wiek to rozkwit zarówno nauki o uzależnieniach, jak i form pomocy osobom z problemem uzależnienia, jednak warto zauważyć, że ten rozwój odbywa się w oparciu o XIX wieczne skrypty. Założono a priori, że uzależnienie jest pierwotne i postępujące, a osiowym objawem jest zaprzeczanie. Nie znano wtedy jeszcze obronnej funkcji mechanizmów osobowościowych, samooszukiwania się, które to nie jest zarezerwowane jedynie dla uzależnienia. Przyjęto również, że identyfikacja z chorobą oraz przyjęcie tożsamości alkoholika, narkomana jest jednym z najważniejszych zarówno sposobów jak i celów leczenia. Jednocześnie pozostawiono XIX wieczne określenie alkoholik jako to, do którego pacjent powinien dążyć w identyfikacji. Współcześnie nadal, pomimo postępów nauki wymaga się tego od pacjentów. Słowo alkoholik, narkoman niesie ze sobą mnóstwo negatywnych stereotypów. Jest nacechowane emocjonalnie, wg mnie jest oceniające i niesie ze sobą bagaż ocen moralnych z historii. Jest etykietą, raz na zawsze określającą człowieka, a nie jego zachowanie w kontekście kontaktu z substancjami zmieniającymi świadomość. Diagnoza nie może służyć klasyfikowaniu ludzi, jej celem jest klasyfikacja zaburzenia. Określenie to obecnie jest również slangowym skrótem. W ICD 10 oraz DSM IV nie ma rozpoznania alkoholizm i narkomania. Jest zespół uzależnienia od alkoholu. Zastanawiam się, czy profesjonalista nie powinien stosować się do nazewnictwa fachowego.

Zdecydowanie inaczej kształtowało się nazewnictwo, które nie było obciążone stygmatem moralności, występku, grzechu. Chorych psychicznie już dość dawno przestano nazywać „czubkami” (nazwa od przerażającej metody terapeutycznej polegającej na infekowaniu skóry głowy), a nowoczesna psychiatria szybko dała sobie radę z etykietującym nazewnictwem. Pojęcia ewoluowały od etykietalnych skrótów, do opisu zachowania i tak *cyklofrenię* zastąpiono *zespołem maniakalno-depresyjnym*, następnie *chorobą afektywną dwubiegunową*, by w obecnej chwili stosować nazwę *zaburzenia afektywne dwubiegunowe*.

Podczas terapii, spytałem się pacjentów „Jaką nazwą chcielibyście by was określano Padały propozycje „osoba z problemem” „osoba uzależniona” osoba z problemami wynikającymi z uzależnienia. Żaden z nich nie chciał użyć słowa alkoholizm. Podobne pytanie zadałem ankiecie na platformie społecznej. 90% wybrało odpowiedź „osoba z problemem uzależnienia” i tylko 5% wybrało nazwę alkoholik.

Krytycy propozycji zmiany nazewnictwa, mogą zarzucić, że *alkoholik* musi się przedrzeć przez swoje wyjątkowe mechanizmy obronne zmagania z chorobą. Tymczasem prace Orford'a (1985) dowodzą, że nie ma badań mówiących, że osoby uzależnione mają jakieś nadzwyczajne, silniejsze mechanizmy obronne niż inni klienci. Zachowania uznawane za normalne u osób nie uzależnionych uznawane są za patologie u uzależnionych. I tak od innych klientów nie wymagamy przyjęcia tożsamości schizofrenika, nerwicowca, nie każemy utożsamiać się z tożsamością chwiejną emocjonalnie. Jednocześnie przekonania terapeutów o osobach uzależnionych jako osobach mające specyficzne mechanizmy obronne zwiększają siłę i opór mechanizmów obronnych (Brem, Breht 1981 Taleff)

Współczesna nauka przenosi różne zachowania z obszaru zdefiniowanych chorób do obszaru zakłóceń i zaburzeń jednocześnie traktując je w sposób ograniczony czasowo. Rezygnacja ze stygmatyzującego nazewnictwa i nieokreślonego czasu trwania wpisuje się w koncepcję salutogeniczną choroby jako stanu pomiędzy pełnym zdrowiem, lub pełną chorobą. Tak więc osoba z problemem uzależnienia w różnych momentach życia przesuwana się na linii zdrowie-choroba

Drugim określeniem, jakie wzbudza kontrowersję jest *współuzależniona* i jej nowa forma, często używana przez młodszych terapeutów *współka*. W tym przypadku opis tego funkcjonowania ewoluował od koalkoholizmu do obecnej formy, jednak nadal pozostał stygmatyzujący i seksistowski (zakłada, że jest specyficznym zaburzeniem kobiet) I tak jak w przypadku pojęcia „alkoholizm” nie występuje w Międzynarodowej Klasyfikacji Przyczyn Chorób i Zgonów. Może poprawniej byłoby używać określenia osoba pozostająca w związku z kimś kto nadużywa alkohol lub reakcja na stres lub zaburzenia adaptacyjne .

Tak jak w przypadku współuzależnienia, etykietyzujące i seksistowskie jest określenie „ofiara przemocy”. Zakłada, że ofiarami są kobiety, że to jest ich utrwalona matryca zachowań w reakcji na przemoc. To stwierdzenie wiktyimizuje. Ofiara, to jest ktoś kto doznawał, doznaje i będzie doznawał przemocy. Jest ofiarą i tak już zostanie. Specjaliści skłaniają się do zmiany nazwy na „osoba, która doświadczyła przemocy”

Od jakiegoś czasu częściej i więcej bierzemy w terapii z dialogu motywującego do zmiany Millera, metod pracy Beck’a, Tatarsky’go, Twersky’go, Yaloma, Czabały. Może czas, aby oprócz form pozmienić również treść. Wystarczy destrukcję nazwać działaniem na szkodę własną i innych, fazę chroniczną (nazwa nie dająca nadziei) zmienić na fazę postępującego kryzysu. Tożsamość zamiast alkoholowej, nazwać tożsamością osoby zdrowiejącej ang recovery. Deficyty to trudności. Zmiany mogą wydawać się niewielkie, ale tak naprawdę zwiększają nadzieję na dobrą zmianę zachowania a nie tylko ustawiczna walkę z deficytami. Wpisują się również w potrzebę humanizacji procesu terapeutycznego i podmiotowości pacjenta

Zmiany, te należą również do w tzw. poprawności politycznej, często wzbudzającej uśmiech i politowanie. W przestrzeni społecznej poprawność polityczna jest grzecznością, swoistym *savoir-vivre* społecznego zachowania. W przestrzeni terapeutycznej poprawność jest jedną z miar profesjonalizmu i empatii.

Zastanawiam się, czemu tkwienie w skrótowym, często slangowym języku ma służyć. Czy istnieją jakieś badania pokazujące, że stygmatyzacja służy zdrowieniu. Czy może to tylko niechęć i lęk przed zmianą u nas terapeutów. A może boimy się, że utracimy dominującą rolę w relacji. Rolę mentora, moralnego nauczyciela i surowego egzaminatora. Mam nadzieję, że sprowokuje to, dyskusję spór i próby rozwiązania problemu.

Założeniem programu Minnesota było „*traktowanie z należyтым szacunkiem i zrozumieniem osób, które cierpią na tę chorobę oraz szanowanie ich osobistej godności*” Od tego czasu minęło prawie 70 lat, może już czas wprowadzić to w życie

