Leszek A. Kapler

SPECYFIKA PROGRAMÓW TERAPII UZALEŻNIEŃ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Warto zdefiniować na wstępie, że chodzi nam o osoby, których już **sama trudna sytuacja zdrowotna** może wpływać na pewien stopień degradacji psychospołecznej i znaczne problemy w zakresie funkcjonowania osobistego, podobnie jak samo alkoholizowanie się, co rodzi szereg specyficznych problemów diagnostycznych oraz terapeutycznych w programach terapii uzależnień dla tej grupy pacjentów.
Patrząc z perspektywy uzależnień - u osób tych występują w rzeczywistości często **jednocześnie** problemy wynikające z zaawansowanych postaci uzależnienia i także problemy mające swoje przyczyny tak w uzależnieniu, **jak i w innych czynnikach osobistych i sytuacyjnych**, wpływających zarówno na pogarszanie się funkcjonowania tych osób, jak i jednocześnie pogłębiania problemu alkoholowego.
Powodem skłaniającym do podejmowania problematyki osób niepełnosprawnych uzależnionych powinna być stosunkowo niska efektywność pomocy psychologicznej i terapii skierowanej na ich problem alkoholowy. Także wydaje się, że stosunkowo mała ilość dostępnej w Polsce literatury poświęconej terapii tych osób oraz dobrych doświadczeń i rozwiązań w obszarze organizacji oraz metod udzielania im pomocy psychologicznej prowadzi do popełniania błędów w konstruowaniu i efektywnym stosowaniu programów pomocy tej grupie pacjentów.

MOTYWACJA DO LECZENIA

Podejmując działania terapeutyczne wobec tej grupy pacjentów warto zauważyć istnienie jeszcze innego, równoległego z terapią uzależnień procesu, na którego postęp należy oddziaływać. By go zrozumieć ustalmy pewne fundamenty teoretyczne, na których jest zbudowany proces prowadzony i wzmacniany w trakcie terapii uzależnień.
Po pierwsze: można przyjąć - sprowadzając ten proces do najbardziej podstawowego wymiaru, że terapia uzależnień polega w zasadzie na dwóch zjawiskach - na wzmacnianiu motywacji (do zmian - w obszarach używania alkoholu - do abstynencji, do leczenia, do trzeźwego życia…) oraz na uczeniu wielu nowych umiejętności potrzebnych w tym nowym, trzeźwym życiu.
Zatrzymując się przez chwilę nad motywacją trzeba podkreślić, iż oddziaływanie na nią jest efektywne tylko wtedy, gdy w adresacie tych oddziaływań powstaje wewnętrzny rozdźwięk między jakimś stanem obecnym a pożądanym. Na przykład: piję szkodząc rodzinie, ale pragnę być dobrym mężem i ojcem. A więc stan obecny aby niepokoił wymaga istnienia jakiegoś punktu wewnętrznego odniesienia - jakiegoś tła - np. wartości, pragnienia bycia innym.

Sam jakiś stan - element sytuacji życiowej- choćby z zewnętrznej perspektywy - najgorszy - zagrażający zdrowiu, czy przykry, jeśli nie jest wewnętrznie zestawiany z jakimś stanem pożądanym - nie wywołuje motywacji do zmiany, bo nie rodzi rozdźwięku, nawet jeśli powoduje aktualne przykrości. Przykrość sama w sobie nie ma wielkiej wartości motywacyjnej, bo łatwo sobie z nią poradzić niczego nie zmieniając - racjonalizując, zagłuszając w jakiś sposób, czy - po prostu przystosowując się do niej, korzystając z licznych usprawiedliwień i możliwości adaptacyjnych. Prosty przykład: plamy na spodniach choćby największe i bardzo szpetne nikogo nie zaniepokoją, gdy zwrócimy mu na nie uwagę – tylko, co najwyżej wzbudza reakcję w rodzaju "acha", a może nawet radość z faktu bycia zauważonym. Jeśli właściciel spodni nie posiadł wcześniej wzorca czystości, schludności zdolnego wywołać dysonans faktem spostrzeżenia znacznej odległości stanu obecnego od pożądanego wzorca, taka uwaga nie wywoła chęci do zmiany, a być może utwierdzi w przekonaniu, że skoro można w ten sposób być zauważonym (nagroda) – warto ten stan utrzymywać!. Wielu terapeutów próbując konfrontować klientów mających problemy zdrowotne i doświadczających konsekwencji picia - z obrazem ich obecnej, często dramatycznej sytuacji oraz zachęcając do skorzystania przez nich ze zdrowszego wzorca życia abstynenckiego mogło zauważyć, że często coś tu nie działa - że te często skuteczne wobec innych klientów oddziaływania jakby nie trafiają. Tak jest właśnie dlatego, iż wiele spośród osób niepełnosprawnych może nie posiadać uwewnętrznionych żadnych wzorców alternatywnego funkcjonowania, a nawyki, otoczenie, posiadane normy, stereotypy społeczne wyłącznie wzmacniają i uzasadniają obecny styl życia osoby niepełnosprawnej w oczywisty sposób mającej żyć daleko poniżej poziomu potrzeb lub wręcz funkcjonującej na marginesie społecznym. Zapytajmy - czy w szeroko pojętym społecznym obrazie osób niepełnosprawnych jest bardzo rozpowszechnione myślenie o szczęśliwych, żyjących satysfakcjonująco osobach niepełnosprawnych?

Dla efektywności oddziaływań motywacyjnych w programach terapeutycznych nic nie znaczy, że z perspektywy zdrowia picie alkoholu przez te osoby jest destrukcyjne i samobójcze, bo nawet motywacja do ratowania życia czy chronienia się od pogarszania zdrowia wymaga uwewnętrznionej wartości życia, zdrowia i jakichś płynących z dbania o nie istotnych pożytków. Stąd przerażające doświadczenie wielu terapeutów, że nawet uświadamianie tym klientom realnego zagrożenia życia, czego zresztą oni sami często doświadczają i są tego w jakimś stopniu świadomi - nie wpływa na motywację do ratowania siebie. To może straszne, ale do stanu zagrożenia życia i perspektywy śmierci w cierpieniach można się przystosować, jeśli nie ma się wielkich nadziei na jakiś stan czy proces konkurencyjny. A takie osoby znajdą wiele argumentów pozwalających wytłumaczyć swoją sytuację różnymi czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi bardzo ogólnymi (np.: „taki los”) i

bardzo szczególnymi (np.: („oni – otoczenie, urzędy, różne służby – są przeciwko mnie”).

Ważnym czynnikiem tłumaczącym brak przyrostu motywacji do zmian życiowych u tych klientów mimo doświadczania skutków trudnej sytuacji jest tzw. syndrom marginalizacji związany z długotrwałą, ustawiczną, akceptowaną przez otoczenie i zgodną z dostępnymi wzorcami funkcjonowania trudną sytuacją życiową. Warto pamiętać, iż wzorce życiowe czerpiemy przede wszystkim ze swojego najbliższego otoczenia i to ono je w rzeczywistości kształtuje, wzmacnia albo osłabia. Fakt, że gdzieś indziej jacyś nieznani nam ludzie żyją inaczej nie skłania do identyfikacji z nimi. Identyfikujemy się głównie poprzez osobisty kontakt. Osoby funkcjonujące na marginesie życia społecznego – nieporadne czy chore najczęściej obracają się w środowisku osób podobnych – wzmacniających tym ich styl funkcjonowania. Nadużywanie alkoholu i doświadczanie tego skutków tworzy pewien wzorzec – styl życia. Pozostawanie z nim w zgodności – nie wyłamywanie się z niego jest nagradzające, nie tworzy konfliktu. A że jest to wzorzec nieprzyjemny? Do czasu aż się go zracjonalizuje. Zwracanie tym osobom uwagi w terapii na ich styl funkcjonowania – tzw. konfrontowanie - paradoksalnie staje się nagradzające ponieważ **pomaga** im potwierdzić zgodność postępowania ze znanymi im i akceptowanymi środowiskowo wzorcami funkcjonowania. Zapytajmy - czy w szeroko pojętym społecznym obrazie osób niepełnosprawnych jest bardzo rozpowszechnione myślenie o szczęśliwych, żyjących satysfakcjonująco osobach niepełnosprawnych?

Konsekwencją praktyczną dla terapii uzależnień w pracy nad motywacją tych klientów jest fakt, że motywacja do zmiany może się pojawić w ich życiu dopiero wtedy gdy **doświadczą** oni innego niż dotychczasowy stylu życia i **przeżyją** jego pozytywne aspekty. Dlatego też programom terapii uzależnień w pracy z tą grupa klientów **muszą towarzyszyć oddziaływania rehabilitacyjno**-resocjalizacyjne (czy może ściślej – socjalizacyjne) polegające na tworzeniu sytuacji, w których mogą doświadczyć innego stylu funkcjonowania – innego traktowania, nowych umiejętności i możliwości zaspokojenia szeregu potrzeb, osiągania sukcesów w podejmowanych zadaniach życiowych i skojarzenia tych doświadczeń z abstynencją. Często pierwszą taką sytuacją jest znalezienie się przez nich w ośrodku terapeutycznym realizującym taki program, w otoczeniu funkcjonującym w oparciu o zupełnie nowe reguły społeczne i ułatwiającym im rozwiązywanie problemów oraz zaspokajanie potrzeb.

A więc ważna wskazówka – pozytywne sytuacje życiowe tych klientów, mające charakter korektywnych, konstruktywnych doświadczeń, które mogą pobudzić ich dalsze dążenia do zmiany zarówno w obszarze używania alkoholu, jak i innych aspektów funkcjonowania życiowego najczęściej w programach pomocy **trzeba dopiero pomagać im tworzyć, bo trudno lub wręcz nie można odwoływać się do wzorców wcześniejszych w ich życiu.** Nawet jeśli

osoby te kiedyś żyły inaczej – po kilku latach bycia na marginesie życia społecznego przystosowują się do tej identyfikacji i zdobywają już głównie doświadczenia potwierdzające normalność takiej sytuacji. Wydaje się, że paradoksalnie etykietka kogoś z „marginesu", jeśli nie daje się jej własnymi siłami zmienić może przemienić się w sztandar, który się prowokująco nosi, poszukując aktywnie doświadczeń zgodnych z tą identyfikacją. Abstynencja, trzeźwe życie, leczenie, zmiany, odpowiedzialność stają się dla tych osób pojęciami iście kosmicznymi.

DIAGNOSTYKA

Kolejny ważny problem w obszarze pomocy psychologicznej tej grupie klientów to **trudności diagnostyczne** dotyczące rozpoznania uzależnienia i jego faz rozwojowych. Warto zwrócić uwagę, że występowanie objawów uzależnienia jest do stwierdzenia dopiero w sytuacji, kiedy te objawy w jakiś sposób różnicują funkcjonowanie tych osób, czy to w ich własnym życiu, czy w funkcjonowaniu otoczenia. Ściślej - jeśli piciu towarzyszą jakieś przerwy lub okres wzmożonego picia trzeba móc je zestawić z jakimś innym okresem funkcjonowania. Rozpoznawanie podstawowych objawów uzależnienia takich, jak głód alkoholowy – przymus picia, osłabienie kontroli, destrukcja spowodowana piciem czy zawężenie repertuaru zachowań jest do zauważenia w zestawieniu tylko z jakimś porównywalnym okresem, kiedy było inaczej. Natomiast wywiad alkoholowy uzyskiwany od tych klientów pokazuje często, iż właściwie przez to, że od bardzo wielu lat nie przerywają ani nie zmieniają oni od dawna ani destrukcyjnego sposobu picia ani życia – osoba diagnozująca może mieć trudności z identyfikacją powyższych zjawisk. Często dopiero pobyt w ośrodku terapeutycznym i udział w programie diagnostycznym, w którym po raz pierwszy od wielu lat zaczynają doświadczać przerw w piciu pozwalać może na jakieś wstępne rozpoznania dotyczące ich uzależnienia lub innych postaci problemu alkoholowego. Szczególnie zwracam na to uwagę ponieważ w odniesieniu do wielu klientów pojawiają się wątpliwości dotyczące ich uzależnienia mimo niewątpliwej destrukcyjności korzystania z picia. Warto pamiętać, że jest to grupa klientów, u której problemy społeczne i trudności w funkcjonowaniu są często zjawiskiem autonomicznym, niezależnym od picia alkoholu. Alkoholizowanie nasila ich problemy, ale bardzo trudno terapeucie u takiego klienta przez wiele lat tak funkcjonującego odróżnić te problemy, które są **skutkiem picia, od tych które picia są przyczyną**. Może więc być tak, że jakkolwiek pasowałoby terapeutom to zjawisko do pojęcia „systemu iluzji i zaprzeczania" u tych osób, a więc do traktowania swoich problemów zdrowotnych i życiowych jako usprawiedliwień dla picia, to takie myślenie może być u nich adaptacyjne, pomocne w radzeniu sobie przez te osoby z ich dramatyczną sytuacją. Terapeuci mogą doświadczać przerażenia stwierdzając, iż pomysł podjęcia abstynencji przez tych pacjentów jest często nie tylko środowiskowo dziwaczny, ale wręcz nie do udźwignięcia emocjonalnie z

powodu kumulacji negatywnych zjawisk w ich życiu – trudności z utrzymaniem abstynencji oraz wzrostu poziomu stresu związanego z doświadczaniem na trzeźwo swojej często bardzo trudnej czy wręcz beznadziejnej sytuacji życiowej. Ich pierwsze pozytywne doświadczenia w tym obszarze wynikać mogą dopiero z udzielanej przez placówkę terapeutyczną we współpracy z pomocą społeczną i różnymi innymi instytucjami pomocy tym pacjentom w rozwiązaniu ich problemów socjalnych oraz doświadczaniu wartościowych przeżyć w trakcie pobytu na leczeniu. Bez tego propozycja abstynencji oferowała tym pacjentom tylko większe cierpienie albo godną (bo świadomą) śmierć, co jak rozumiemy nie jest atrakcyjną propozycją.

ZWIĘKSZANIE UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWYCH

I ostatni problem, na który chcę tu zwrócić uwagę – to warsztaty umiejętności – drugi pod względem znaczenia w terapii uzależnień obszar oddziaływań. Ważne są tutaj dwie kwestie – po pierwsze treść warsztatów – rodzaj pożądanych umiejętności, które należy kształtować, po drugie – moment ich oferowania. Ze względu na sytuację życiową tych osób najważniejsze są takie umiejętności, które mogą **pomóc im w zmianie sytuacji życiowej, niezależnie od tego czy jest ona skutkiem picia, czy zjawiskiem innego pochodzenia**. Utrzymywanie się niezmiennego statusu w tym względzie działa podtrzymująco na tendencję do sięgania po alkohol przez tych klientów – o czym wspominałem wyżej – ze względu na ukształtowany wzorzec ich życia oraz ze względu na stres wywołany dolegliwościami trudnej sytuacji życiowej. Powołując ise na doświadczenia warto stwierdzić, iż pomocne są warsztaty takich umiejętności jak: gospodarowanie środkami finansowymi, gospodarowanie czasem, umiejętności poszukiwania pracy, rozwiązywania problemów (w tym – współdziałania z instytucjami i placówkami pomocowymi), zdrowego stylu życia (higiena, dbanie o zdrowie, leczenie, odżywianie), umiejętności zakresu komunikacji interpersonalnej, poczucia wartości i radzenia sobie z toksycznym wstydem. Druga ważna kwestia – warsztaty te należało **oferować równocześnie z rozpoczęciem terapii,** właściwie już na etapie diagnostycznym ponieważ wzmacniają one (czy właściwie – raczej tworzą dopiero) u tych klientów motywację do zmiany i ich udziału w programie odwykowym.
Te przemyślenia i doświadczenia skłaniają do potwierdzenia wzorców pracy z tą grupą pacjentów w innych krajach, gdzie oczywiste jest tworzenie dla nich specjalistycznych programów terapeutyczno-socjalizacyjno-rehabilitacyjnych, realizowanych przez wyspecjalizowane placówki i wielospecjalnościowe zespoły. Wszelkie próby obniżenia tych standardów decydują niestety o dramatycznym spadku efektywności tych oddziaływań.