

## **W jaki sposób osobę uzależnioną można motywować do leczenia ?**

Z tak i podobnie postawionymi pytaniami w swojej praktyce zawodowej spotykam się dość często. Największy problem z odpowiedzią polega na tym, że zadający je oczekują albo krótkiej odpowiedzi i prostego sposobu, gdyż są przekonani, że coś takiego istnieje albo działania ze strony samej osoby, której pytanie to zadają (np. mówią przyjdź pan do mnie i powiedz, że źle robi). To, co w mojej wieloletniej praktyce dość często rzucało się w oczy to fakt, że przychodzący po poradę niezależnie od tego czy posiadali wykształcenie podstawowe, średnie czy wyższe, niezależnie czy mieli wykształcenie techniczne czy humanistyczne, czy byli robotnikami, technikami, pielęgniarkami czy lekarzami zazwyczaj nie posiadali podstawowej wiedzy na temat uzależnień. Ja sam doświadczyłem, że program studiów z pracy socjalnej, uzupełniających studiów magisterskich na socjologii, podyplomowych studiów o kierunku pomoc psychologiczna, podyplomowego szkolenia w systemowej terapii rodzin czy studiów psychologicznych nie zawiera zbyt dużej wiedzy na temat uzależnienia. Tak jednak się składa, że osoby czy rodziny, które zamierzają podjąć interwencje wobec osoby uzależnionej muszą taką wiedzę posiadać, gdyż w innym wypadku narażają się na bezsensowne działania, którym zazwyczaj towarzyszy utrata energii, także nadziei, dlatego z dwóch prac:

1. Vernon E. Johanson „Interwencja, jak komuś pomóc, kto nie chce pomocy”, Wydawca Instytut Psychiatrii i Neurologii. Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 1994 r.
2. Miller W. R, Rollnick. S., “Wywiad motywujący-jak przygotować ludzi do zmiany”. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie I Kraków 2010 r.

Wybrałem to, co uznałem za najbardziej istotne. Streszczenie pracy: „Interwencja, jak komuś pomóc, kto nie chce pomocy” uzupełniłem o opis interwencji zaproponowanej przez Wandę Sztander.

## **Motywowanie do podjęcia terapii odwykowej poprzez interwencje wobec osoby uzależnionej**

W praca Vernon E. Johanson „Interwencja, jak komuś pomóc, kto nie chce pomocy”. Proponuje interwencje wobec osób uzależnionych z tym, że substancja uzależniająca może być alkohol, marihuana, kokaina lub jakaś kombinacja tych środków. Problemy wynikłe z nadużywania, a później uzależnienia mogą być różne poczynając od dziwnych i niesamowitych zachowań aż do zmian w osobowości i skrajnego wyniszczenia fizycznego. Zazwyczaj bywa tak, że otoczenie chce osobie uzależnionej pomóc, ale często nie wie, w jaki sposób to zrobić, dodatkowym problemem jest to, że osoba uzależniona nie chce tej pomocy, gdyż w swoim picu

alkoholu czy zażywaniu środków odurzających nie widzi problemu. Autor pracy mierzy się z dość często prezentowanym poglądem mówiącym o tym, że osoba uzależniona „musi sięgnąć dna”. Według autora czekanie na ten moment wydaje się niebezpieczne, a nawet okrutne. Nie można cierpliwie czekać na to, aż osobie uzależnionej rozpadnie się rodzina, zostanie wyrzucona z pracy lub spowoduje wypadek samochodowy. Skuteczna interwencja nie wymaga tego, aby interweniujący był lekarzem czy specjalistą od uzależnień. Każdy, kto chce pomóc może tej pomocy skutecznie udzielić. Osoba zamierzająca przeprowadzić interwencję musi jednak zrozumieć, na czym polega uzależnienie od alkoholu i innych środków np. narkotyków. Zrozumienie tego pozwoli na pozbycie się przekonania, że osoba uzależniona nie robi tego umyślnie, ale dlatego, że jest chora. Wiedza ta może pomóc w zmniejszeniu frustracji, dezorientacji i złości u osób najbliższych. Wiedza o tym jak funkcjonuje osoba uzależniona pozwala na tą sytuację spojrzeć bardziej obiektywnie.

#### Uzależnienie, jako choroba

Osoba uzależniona prezentuje zespół objawów, co pozwala na rozpoznanie uzależnienia oraz jego skutków.

Jednym z objawów jest przymus zażywania (przymus picia lub brania narkotyków). Osoba zazwyczaj nie zdaje sobie sprawy z tego przymusu i zapytana o to wprost, odpowie, że tego nie odczuwa (w ten sposób zaprzecza), ale dla postronnego obserwatora (np. członka rodziny, przyjaciela) jest oczywiste, że wcześniej czy później decyzja będzie taka sama zażyć (wypić, zażyć, zapalić itp.).

Uzależnienie ma charakter postępujący, co prawda mogą wystąpić jakieś okresy, kiedy picie lub branie utrzymuje się na tym samym poziomie, a czasami może nastąpić poprawa. Zazwyczaj jest tak, że po takim okresie następuje rozwój choroby. Rozwój uzależnienia wywiera na człowieka szkodliwy wpływ i to pod każdym względem fizycznym (somatycznym), umysłowym, emocjonalnym i duchowym. Należy wiedzieć, że uzależnienie bez leczenia odwykowego (terapii uzależnień) czy systematycznego udziału w Ruchu Anonimowych Alkoholików jest chorobą śmiertelną, a w wypadku osoby uzależnionej mówienie jej o szkodliwości nałogu jest eufemizmem. W wypadku osób uzależnionych ich stosunek do ich nałogu jest sprawą ich życia lub śmierci. Optymistycznym jest natomiast fakt, że chorobę tą

można leczyć, chociaż nie da się z niej wyleczyć. Natomiast o ludziach, którzy przestali pić lub brać, a przeszli leczenie odwykowe możemy powiedzieć, że zdrowieją, gdyż zachowują abstynencje poprzez zmianę swojego myślenia, odczuwania, postępowania czy filozofii życiowej w inny niż nałogowy sposób rozwiązują swoje życiowe problemy, nie możemy natomiast powiedzieć, że wyzdrowieli. Poddanie się procesowi zdrowienia dla osoby uzależnionej jest zobowiązaniem na całe życie. Doświadczenia osób zdrowiejących mówią, że ich życie dla nich samych i ich bliskich staje się dzięki temu bardziej wartościowe.

### **Jak rozpoznać czy ktoś jest uzależniony?**

Rozpoznanie uzależnienia, a powiedzenie tego osobie uzależnionej to dwie różne sprawy. Trzeba pamiętać, że osoba uzależniona zazwyczaj jest ostatnią, która to u siebie rozpoznaje. Dlatego zaobserwowanie faktów i wyciągnięcie z nich wniosków należy do ludzi z otoczenia osoby uzależnionej. Autor pracy proponuje postępowanie diagnostyczne (patrz zamieszczona poniżej: diagnoza uzależnienia). Istnieje też podana przez autora bardzo prosta definicja uzależnienia chemicznego: „jeśli picie lub branie powoduje stale utrzymujące się problemy w czymś życiu osobistym i społecznym, w sferze duchowej i materialnej i jeśli ta osoba mimo wszystko nadal pije (lub bierze)-oznacza to, że jest uzależniona od alkoholu (lub innej substancji chemicznej)<sup>1</sup>”.

---

<sup>1</sup> Vernon E. Johanson „Interwencja, jak komuś pomóc, kto nie chce pomocy”, Wydawca Instytut Psychiatrii i Neurologii. Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 1994 r.

## Diagnoza uzależnienia

Poniższy tekst, chociaż nie jest profesjonalnym narzędziem diagnostycznym pozwoli ci stwierdzić czy twoje podejrzenia są uzasadnione. Odpowiadaj na każde pytanie „tak” lub „nie”.

L. p.	Pytanie	Odpowiedź (odpowiednią podkreśl)	
1.	Czy ta osoba pije (bierze) teraz więcej niż kiedyś ?	Tak	Nie
2.	Czy boisz się być w jej pobliżu, kiedy pije (bierze) ze względu na możliwość fizycznej lub słownej agresji ?	Tak	Nie
3.	Czy kiedykolwiek zapomniała lub wyparła się czegoś, co zdarzyło się podczas picia (brania) ?	Tak	Nie
4.	Czy martwisz się z powodu jej picia (brania) ?	Tak	Nie
5.	Czy nie chce rozmawiać o swoim piciu (braniu)-nawet o przypuszczeniach, że być może ma taki problem ?	Tak	Nie
6.	Czy kiedykolwiek złamała obietnicę, że będzie kontrolować picie (branie) albo je rzuci ?	Tak	Nie
7.	Czy kiedykolwiek skłamała na temat swojego picia (brania) lub starała się je przed tobą ukryć ?	Tak	Nie
8.	Czy zdarzyło się, że byłeś zażenowany z powodu jej picia (brania) ?	Tak	Nie
9.	Czy skłamałeś przed kimś na temat jej picia (brania) ?	Tak	Nie
10.	Czy usprawiedliwiłeś przed kimś jej zachowanie pod wpływem picia (brania) ?	Tak	Nie
11.	Czy większość przyjaciół tej osoby ostro pije (bierze) ?	Tak	Nie
12.	Czy usprawiedliwia się lub stara się uzasadnić swoje picie (branie) ?	Tak	Nie
13.	Czy czujesz się winny z powodu jej picia (brania) ?	Tak	Nie
14.	Czy dni wolne od pracy i okazje towarzyskie są dla ciebie przykre z powodu jej picia (brania)?	Tak	Nie
15.	Czy będąc w jej towarzystwie, odczuwasz niepokój i napięcie ze względu na jej picie (branie) ?	Tak	Nie
16.	Czy kiedykolwiek pomogłeś jej „kryć” picie” (branie), na przykład dzwoniąc do pracy i mówiąc, że „źle się czuje” ?	Tak	Nie
17.	Czy osoba zaprzecza, że ma problem alkoholowy, mówiąc, że pije tylko piwo (wino) ? (Czy twierdzi, że ma problem z nadużywaniem narkotyków, ponieważ „ogranicza się do marihuany, tabletek odchudzających lub innego rzekomo „nieszkodliwego” środka ?	Tak	Nie
18.	Czy jej zachowanie zmienia się w sposób zauważalny podczas picia (brania) ? ( na przykład człowiek zwykle małomówny staje się głośny i gadatliwy albo osoba zwykle spokojna i łagodna, łatwo wpada w złość.)	Tak	Nie
19.	Czy unika okazji towarzyskich, podczas których nie podaje się alkoholu (bądź nie ma dostępu do narkotyków) ?	Tak	Nie
20.	Czy ta osoba nalega, by chodzić tylko do tych restauracji, w których podaje się alkohol ?	Tak	Nie
21.	Czy według twojego rozeznania zdarzyło się kiedykolwiek, by prowadziła samochód będąc pod wpływem alkoholu (lub narkotyków) ?	Tak	Nie

22.	Czy kiedykolwiek była ukarana za prowadzenie w stanie nietrzeźwym lub wskazującym na użycie alkoholu ?	Tak	Nie
23.	Czy boisz się jechać z nią kiedy prowadzi samochód po alkoholu (narkotykach) ?	Tak	Nie
24.	Czy ktoś inny rozmawiał z tobą o jej zachowaniu związanym z piciem (lub braniem) ?	Tak	Nie
25.	Czy kiedykolwiek wyraziła żal i skruchę z powodu swojego zachowania pod wpływem alkoholu (narkotyków) ?	Tak	Nie
26.	Jeśli tą osobą jest twój współmałżonek i macie dzieci, to czy boją się go, gdy pije (bierze) ?	Tak	Nie
27.	Czy twoim zdaniem ta osoba ma niskie mniemanie o sobie ?	Tak	Nie
28.	Czy zdarzyło ci się kiedykolwiek znaleźć ukryty przez nią alkohol (narkotyki) ?	Tak	Nie
29.	Czy ma kłopoty finansowe, które, twoim zdaniem, wiążą się z piciem (braniem) ?	Tak	Nie
30.	Czy niecierpliwie wyczekuje momentu, kiedy będzie mogła wypić (wziąć) ?	Tak	Nie

Źródło: Vernon E. Johanson „Interwencja, jak komuś pomóc, kto nie chce pomocy” Wydawca Instytut Psychiatrii i Neurologii. Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 1994 r. s. 24-26.

Jeśli odpowiedziałeś „tak” na trzy pytania z powyższej listy, to jest duża szansa, że bliska ci osoba ma problem związany z alkoholem lub narkotykami, jeśli odpowiedziałeś „tak” na pięć pytań szansa ta jest jeszcze większa. A jeśli odpowiedzi „tak” jest siedem lub więcej, można przyjąć, że osoba ta jest na pewno uzależniona od alkoholu lub innych substancji.

### **W jaki sposób osoba popada w uzależnienie**

Według autora pracy w naszej kulturze każdy, kto ma skłonność do uzależnienia (np. z powodów genetycznych) popada w nie. Co prawda stwierdzenie to dotyczy Stanów Zjednoczonych, ale wydaje się, że w wypadku Polski jest jak najbardziej na miejscu. W powstawaniu tej choroby ważną rolę odgrywają emocje.

Cierpienie	Norma	euforia
- 5 , - 4 , - 3 , - 2 , - 1	1 , 2 , 3 , 4 , 5	6 , 7 , 8 , 9 , 10
	→	→
	←	←

W początkowym okresie popadania w uzależnienie u osoby pijącej poprzez wypicie pewnej ilości alkoholu następuje poprawa nastroju, a wraz z wypiciem

jeszcze większej ilości zazwyczaj osoba taka popada w euforię. Kiedy euforyczny wpływ alkoholu mija sytuacja wraca do punktu wyjścia. W tym okresie pijący nie ponosi kosztów emocjonalnych swojego picia. Powyżej opisana sytuacja może trwać kilka lat, lat kilkanaście lub kilkadziesiąt. Będą też osoby, u których ten sposób picia (rzadziej zażywania) będzie utrzymywać się do końca życia.

Znajdzie się jednak pewna część osób (zazwyczaj jest ich więcej), którzy po tym okresie mogą sobie powiedzieć, że kiedyś picie lub branie sprawiało im przyjemność, ale od pewnego czasu jest z tym coraz gorzej. Osoby te będą też przeceniały te momenty picia, które były dla nich przyjemne, a pomijały zdarzenia nieprzyjemne.

Cierpienie	Norma	euforia
- 5 , - 4 , - 3 , - 2 , - 1	1 , 2 , 3 , 4 , 5	6 , 7 , 8 , 9 , 10
	→	
	←	

Na tym etapie picia stan emocjonalny wraz z wypiciem pewnej ilości alkoholu poprawia się, ale z biegiem czasu osoba popadająca w uzależnienie potrzebuje coraz więcej środka (alkoholu, narkotyków) następuje wzrost tolerancji. Na tym etapie, jeśli ktoś z otoczenia sygnalizuje osobie popadającej w uzależnienie, że coś się z nią dzieje, ta temu zaprzecza.

Zdarzyć się może tak, że osoba popadająca w uzależnienie (lub już uzależniona) zażyje za dużo, czego efektem było dziwne zachowanie, z tego powodu pojawia się wstyd, ale towarzyszy temu też tłumaczenie, dlaczego tak się stało, tu ta osoba zaczyna posługiwać się racjonalizacją . Osoba tak może powiedzieć: „wszystko przez to, że nie jadłem”, „pomieszałem alkohole”, „w środku, który zażyłem coś jeszcze było”. Podejmuje pewne zabiegi, które mają zabezpieczyć przed podobną sytuacją (np. je tłuste potrawy, pije tylko wódkę), zazwyczaj jednak zabiegi te okazują się nieskuteczne i ponownie w jakimś momencie osoba ta zaczyna zachowywać się skandalicznie. Na tym etapie wstyd i poczucie winy zamieniają się w ciężkie wyrzuty sumienia.

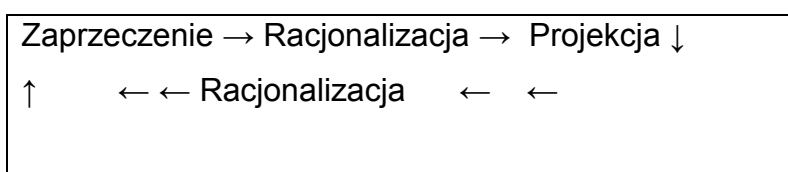
Cierpienie	Norma	euforia
- 5 , - 4 , - 3 , - 2 , - 1 → ←	1 , 2 , 3 , 4 , 5	6 , 7 , 8 , 9 , 10

Cierpienie, które towarzyszy wyrzutom sumienia jest trudne do zniesienia i tu pojawia się myślenie o sobie typu: „jestem głupi”, „jestem do niczego”. Powoduje to obniżenie własnej wartości osoba uzależniona poszukuje czego, co pozwoliłoby jej poczuć się lepiej i znajduje, gdyż zaczyna czuć, że przyczyna nie leży w nim, a w innych, zazwyczaj winnymi tej sytuacji są: żona, dzieci, szef. W ten sposób zaczyna korzystać z mechanizmu projekcji

Psychologiczny mechanizm obronny	Treść
Zaprzeczenie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nie jestem uzależniony.</li> <li>2. Moje picie (zażywanie) nie jest żadnym problemem i nie powoduje żadnych szkód w mojej rodzinie</li> </ol>
Racjonalizacja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pije tylko piwo, a to nie jest alkohol tylko napój chłodzący, dzięki temu pozbywam się kamieni z nerek.</li> <li>2. Zdarzyło mi się, że się upiłem, ale wtedy byłem głodny, zdenerwowany, pomieszałem alkohole.</li> <li>3. W wypitym alkoholu (zażyтым środkiem) coś jeszcze musiało być.</li> </ol>
Projekcja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Żona ma kochankę, ja jej już nie jestem potrzebny, dlatego opowiada brednie o moim picu i zachowaniu.</li> </ol>

	<p>2. Szef się mnie czepia bo chce mnie wyrzucić z pracy, pewnie ma kogoś na moje miejsce.</p> <p>3. Teściowa mnie wręcz nienawidzi, była przeciwna naszemu małżeństwu, a teraz ona i żona buntują przeciwko mnie dzieci</p>
--	--

Psychologiczne mechanizmy obronne wprężone w uzależnienie działają tak, że zaprzeczenie wywołuje racjonalizację, a ta projekcję, projekcja natomiast wzmacnia racjonalizację, a ta wzmacnia z kolei zaprzeczenie.



U osoby wraz z popadaniem w uzależnienie, któremu towarzyszy generalne pogorszenie nastroju (afekt), stanu psychicznego, ulegają zaburzeniu takie procesy kognitywne (poznawcze) jak: myślenie, uwaga, rozumienie, przetwarzanie informacji, zazwyczaj osoba taka coraz gorzej rodzi sobie ze stresem, paradoksalnie następuje wtedy rozwój (wzmocnienie) psychologicznych mechanizmów obronnych w taki sposób, że wzmacniają one rozwój uzależnienia poprzez to, że osoba taka nie jest w stanie sama zobaczyć i zaakceptować prawdy o sobie.

### **Jak uzależnienie wpływa na najbliższych (żonę, dzieci)**

Co prawda uzależnienie od alkoholu jest sprawą osoby uzależnionej, ale wiadomo, że ludzie z jej otoczenia, a w szczególności najbliższa rodzina w większym lub mniejszym stopniu ponoszą konsekwencję tej choroby (niestety zazwyczaj rodziny w większym). Związek z osobą uzależnioną jest źródłem wielu przykrych dozniesienia i niejasnych dla osób bliskich doznań. Najbliżsi zazwyczaj osobę uzależnioną kochają, ale przykre przeżycia powodują zachwianie tego uczucia często doznają odczuwają złość, wściekłość itp. Te uczucia powodują, że jest im trudno oddzielić tego człowieka od jego choroby. Osoby najbliższe często nie są nawet świadome tego, że uzależnienie jest chorobą, a nie stanem, który osoby uzależnione same sobie wybrały. Najbliżsi dość często przeżywają:



Wstyd – uczucie to z jednej strony wynika z zachowania samej osoby uzależnionej, ale najbliżsi wstydzą się też, dlatego, że nie są w stanie zapobiec takim zachowaniom. Wstyd wiąże się też z negatywnym myśleniem o sobie i powoduje obniżenie poczucia własnej wartości. Widok osoby bliskiej, która popada w uzależnienie jest bolesny dla najbliższych, a cierpienia z tym związane zazwyczaj pogłębiają się z czasem. Szczególnie bolesne jest to, że osoba uzależniona o swój stan oskarża najbliższych.

Lęk i niepewność – osoba najbliższa nigdy nie jest pewna, co do zachowań uzależnionego. Niewiadomym jest, kiedy się napije lub zażyje ani też jak się w tym stanie zachowa.

Osamotnienie – chroniczny stres powoduje, że miłość, szacunek, wzajemne zainteresowanie przepadają. Związek z osobą uzależnioną nie daje oparcia, natomiast opisane już wstyd powoduje, że osoby najbliższe izolują się od otoczenia.

Dążenie do doskonałości – przeżywający wstyd, cierpienie psychiczne, lęk i osamotnienie najbliżsi próbują też zaradzić tej sytuacji dążąc do doskonałości. Rodzina, a zwłaszcza żona i dzieci próbują:

- Osiągnąć jak najlepsze wyniki i jak najwięcej w szkole, pracy, w sporcie czy działalności społecznej;
- Wykonują więcej obowiązków domowych, niż na nie przypada;
- Udzielają porad i starają się łagodzić kłótnie, próbują naprawiać stosunki rodzinne;
- Przymilają się rozśmieszają i zabawiają w odpowiednich momentach, usiłując w ten sposób rozładować sytuację stresową;
- Starają się być nieomylni, jeśli popełnili błąd wypierają się tego;
- Wypowiadają się chłodno na temat istniejącej sytuacji, gdyż wolą o tym myśleć, niż to przeżywać emocji z tym związanych;
- Pełnią rolę rodzicielską, nawet, jeśli sami są jeszcze dziećmi, utrzymując w karności rodzeństwo, martwiąc się o finanse rodzinne, zachowują się jak rodzic wobec innych dorosłych;
- Starają się spełnić oczekiwania wszystkich, tak żeby inni byli z tego zadowoleni;

- Są niezwykle posłuszni i przestrzegają wszystkich przepisów.

Opisane wyżej zachowania nie wydają się niczym złym, ale w tym wypadku chronią one osobę uzależnioną przed konsekwencją jej zachowania. Zachowania takie raczej wzmacniają złudzenie u osoby uzależnionej, że w jej rodzinie nic złego się nie dzieje. Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym mogą też buntować się poprzez gwałtowne wybuchy gniewu, łamanie obowiązujących zasad w domu i w szkole, mogą prowokować awantury, tyranizować słabszych, odrzucać własną rodzinę w ten sposób, że wiążą się z jakąś destrukcyjną grupą, lekceważąc własną rodzinę. Wyżej opisane buntownicze zachowania służą też odwróceniu uwagi od osoby uzależnionej. Rodzina może mówić o takim dziecku: „to on jest problemem w naszej rodzinie” wyznaczając mu w ten sposób rolę „Kozła Ofiarnego”.

Członkowie rodziny mogą też popadać w apatię lub depresję w wyniku, czego mogą odsuwać się od rodziny i innych ludzi. U osób w apatii może również pojawić się skłonność do fantazjowania marzenia na jawie.

Każda z osób będących w bliższym otoczeniu osoby uzależnionej zazwyczaj przeżywa większe lub mniejsze poczucie winy. Jednym z podstawowych źródeł tego uczucia jest błędne przekonanie, że ponosi się odpowiedzialność za czyjeś uzależnienie.

### **Iluzja w uzależnieniu**

Współdziałanie mechanizmów zaprzeczania, projekcji i racjonalizacji nie dopuszcza do osoby uzależnionej faktu, że ma z tym problem. Dzieje się tak, chociaż uzależnienie wyrządziło już znaczne szkody psychiczne, choćby takie, że osoba uzależniona oszukuje samą siebie. W dalszych etapach picia pojawiają się trzy nowe zjawiska, a są to:

1. Palimpsesty (luki pamięciowe tzw. ”urwany film”).
2. Wypieranie.
3. Pamięć euforyczna.

Działanie tych mechanizmów jest takie, że zaprzeczanie, projekcja i racjonalizacja mechanizmy powodujące nieprawidłowości w postrzeganiu rzeczywistości, przekształca w zaburzenie pamięci i system złudzeń. Co wiemy o

złudzeniach w uzależnieniu ? przede wszystkim to, że są one typowe dla uzależnienia i występują powszechnie, ale są też trudne do zrozumienia dla otoczenia osób uzależnionych.

Palimpsesty – luki pamięciowe powszechnie zwane „urwanym filmem”, Nie należy ich mylić z całkowitą utratą świadomości, która występuje na skutek zażycia jakiegoś środka lub wypicia alkoholu w nadmiernej ilości. W wypadku palimpsesty człowiek może funkcjonować w sposób, który postronnym obserwatorom wydaje się zupełnie normalny np. prowadzi samochód, rozmawia, umawia się w biznesowej. Gdyby osobie, która nie ma problemu z uzależnieniem zdarzyło się coś takiego, a na drugi dzień by się o tym dowiedziała to zasięgnęłaby porady, poszła do lekarza itp. Osoby uzależnione gotowe są do tolerowania takich stanów, a nawet traktować te stany, jako część swojego życia. Osoby uzależnione uznają, że jakiś odcinek ich życia czy jakaś czynność mają prawo umknąć z ich pamięci. Luki te, co prawda wywołują u osób uzależnionych niepokój, ale wraz z postępem choroby uczą się minimalizować ich skutki, albo je bagatelizują. Do tego służą takie psychologiczne mechanizmy obronne jak zaprzeczanie czy racjonalizacja. Dlatego osoba uzależniona na opis tego jak się zachowywała reaguje, że to żona przesadza, znajomi mają wobec niego złe intencje itp. Wybuchają konflikty pomiędzy tym, co inni mówią o zachowaniu alkoholika, a tym, w co on sam pozwala sobie uwierzyć. Konflikt ten wywołuje u osoby uzależnionej poczucie, że inni są wobec niego niesprawiedliwi. Osoby bliskie np. żona, kiedy mówi na drugi dzień jak się osoba uzależniona zachowywała są zdziwione, że osoba ta nic nie pamięta, albo zaprzecza jakoby coś takiego robiła są przekonane, że uzależniony kłamie w żywe oczy często uważają, że uzależniony jest podły i nie ma w sobie nawet odrobiny przyzwoitości żeby się przyznać.

Wyparcie – czynniki natury psychicznej powodują, że osoby uzależnione z czasem wyrabiają w sobie zdolność do wypierania z pamięci tego, czego nie chcą pamiętać gdyż się tego wstydzą. Tutaj trzeba powiedzieć, że każdy człowiek nawet ten bez większych deficytów ma w sobie tendencję do wypierania wspomnień, które nie mają dla niego jakiegoś większego znaczenia i jest małe prawdopodobieństwo, że się ono powtórzy. Osoba uzależniona wypiera wspomnienie wydarzenia dlatego, że wywołuje ono jego wstyd i takie lub podobne zdarzyło się już nieraz oraz czuje, że jest duże prawdopodobieństwo, iż nastąpi ono w przyszłości. Jest tak, że im

dziwniejsze i niezgodne ze standardami osoby uzależnionej jest to zachowanie tym silniejsze jest dążenie do jego wyparcia. Jednak z treściami wypartymi jest tak, że zwiększają rozdrażnienie, wrogość, uzalanie się nad sobą, ale też nienawiść do samego siebie i tendencje samobójcze. Następuje coraz większe rozdarcie w postrzeganiu samego siebie od „ja wspaniały” otoczony złymi ludźmi do „ja samo zło” krzywdzący innych. Uzależnienie wciąga coraz bardziej i nie pozwala dojść do prawdy.

Pamięć euforyczna – polega na tym, że osoba uzależniona pamięta jak się czuła, kiedy była w stanie odurzenia (upicia), a wtedy zazwyczaj czuła się dobrze i wtedy była przekonana o swoich możliwościach np. o tym, że jest w stanie dobrze prowadzić samochód lub, że była dowcipna, mówiła inteligentnie, ale nie przypomina sobie jak się zachowywała np. zataczała się, mówiła bełkotliwie. W rezultacie dochodzi do tego, że osoby uzależnione pamiętają epizod swojego picia w sposób niezgodny z prawdą, euforyczny.

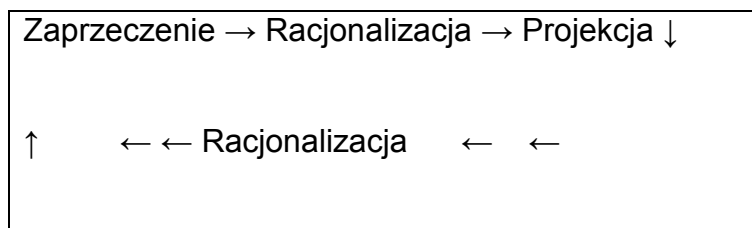
W sumie dochodzi do tego, że wszystko koło osoby uzależnionej się wali, jej małżeństwo jest zagrożone rozpadem, albo już nie istnieje, są problemy w pracy, albo pracę już stracił, szwankuje mu zdrowie np. osoba uzależniona nie łączy swoich problemów z wątrową ze swoim pićm, a uzależniony uważa, że nie ma żadnych problemów.

### **Jak bliscy włączają się w system złudzeń**

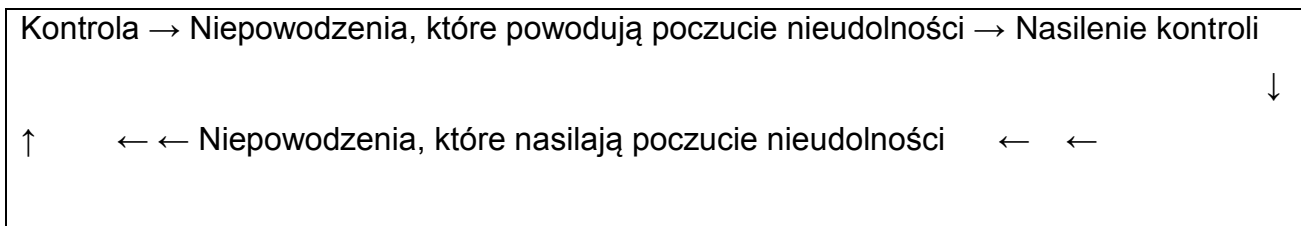
U osoby uzależnionej współdziałanie psychologicznych mechanizmów obronnych racjonalizacji, wypierania i pamięci euforycznej powoduje, że naprawdę nie zdaje sobie sprawy jak destrukcyjny wpływ na jej życie ma uzależnienie. Osoba taka mówiąc: „wczoraj nie byłem”, „to nie ja wywołałem awanturę”, „o co chodzi przecież ja i inni dobrze się bawiliśmy”, zaprzecza oczywistym faktom. Z kolei osoba, która spędza większość czasu z uzależnionym z biegiem czasu sama popada w podobne jak uzależniony mechanizmy obronne. Jak bowiem wierzyć, że kocha się kogoś tak nieracjonalnego i kłamliwego. Tym co najbardziej rani osoby bliskie to projekcje osoby uzależnionej, który najczęściej objawia się komunikatem: „gdybyś ty nie była.....” „to przez ciebie ja piję”, „moja matka ostrzegła mnie przed tobą”, „gdybyś była bardziej kobieca”, „gdybyś ty był bardziej męski” (ten komunikat słyszą mężowie i partnerzy uzależnionych kobiet). Osoby bliskie w różny sposób próbują się

przed takimi oskarżeniami bronić, ale niestety działa tu pewna prawda, która mówi: „Jakiegolwiek kłamstwo wielokrotnie powtarzane z czasem staje się prawdą”. Osoba bliska z czasem staje się ofiara własnych mechanizmów obronnych, które są w zasadzie takie same jak u osoby uzależnionej. Wtedy zaczyna ona pełnić jedną z poniżej opisanych ról.

Opiekun – zazwyczaj rola ta pojawia się we wczesnych stadiach uzależnienia. Opiekun przeprasza za zachowania uzależnionego, tłumaczy go, usprawiedliwia jego nieobecność w pracy, aby uwierzyć w powyższe włącza swoje zaprzeczenie i racjonalizację np. mówiąc: „mój mąż nie zachowałby się tak gdyby .....”. Później dla wzmocnienia zaprzeczenia i racjonalizacji włączana jest projekcja: „wszyscy się na mojego męża (żonę) uwzięli. Żona i mąż zaczynają się zastanawiać czy to przypadkiem oni nie są przyczyną uzależnienia.



Kontroler – gdy picie lub zażywanie nadal trwa, osoba bliska czuje się odpowiedzialna za uzależnienie osoby bliskiej, próbuje temu zapobiec poprzez nasilenie kontroli. Osoba bliska może to robić poprzez np. picie alkoholu z uzależnionym, przejęcie kontroli nad finansami rodziny itp. Poprzez swoją projekcję uzależniony przekazuje komunikat: „gdybyś ty.....” Natomiast osoba bliska nieświadomie coraz bardziej traktuje alkoholizm, jako przejaw swojej wewnętrznej nieudolności i jest przekonana, że nie może mieć dobrego mniemania o sobie dopóki nie zrobi ona czegoś ze swoim uzależnieniem. Zazwyczaj bywa tak, że im osoba bliska stara się kontrolować zachowania uzależnionego tym bardziej ta osoba popada w uzależnienie, co wzmacnia poczucie nieudolności osoby bliskiej, a im jest większe poczucie nieudolności tym bardziej osoba ta próbuje kontrolować uzależnionego



Oskarżyciel – w miarę rozwoju uzależnienia osoba bliska przejawia coraz bardziej niekontrolowane i nieprzypadające do okoliczności wahania nastroju. Swoją dezorganizację i rozpacz rzutuje na osobę uzależnioną, ale też na innych ze swojego otoczenia (mechanizm projekcji). Osoba bliska myśli lub mówi: „jego matka mogłaby mu przemówić mu do rozsądku, a nie usprawiedliwiać, to on by się zmienił”, „gdyby jego kumple nie namawiali go do picia” itp. Na skutek takich zachowań rodzina, znajomi i przyjaciele zaczynają odwracać się od niej.

Samotnik – ciągle przyjmowana postawa obronna, która najczęściej objawia się oskarżaniem innych powoduje, że znajomi, przyjaciele i rodzina odsuwają się od osoby związanej z uzależnionym.

Umożliwicz – na tym etapie mechanizmy obronne osoby uzależnionej już są tak rozbudowane, że nie potrafi ona już dostrzec ich działania. Dzięki rolę opiekuna, kontrolera i oskarżyciela osoba związana z uzależnieniem przekształca się w kogoś, kogo można nazwać „ułatwieczem” to znaczy, że zachowuje się w taki sposób, że jej zachowania pozwalają osobie uzależnionej uniknąć konsekwencji picia czy brania.

Współuzależnienie – osoba związana z uzależnionym podobnie jak on traci kontakt z rzeczywistością, czego z powodu rozbudowanych własnych mechanizmów obronnych nie jest w stanie zauważyć. Osoba taka zazwyczaj zamyka się w osamotnieniu, w życiu pełnym wrogości i użalania się nad sobą. Działając tak ukrywa rzeczywistość i to zarówno przed samą sobą jak i osobą uzależnioną. Autor pracy mówi do osób bliskich: „Cierpisz już w zasadzie na tą sama chorobę, która jest postępująca i przewlekła, a może też być śmiertelna”.

Autor pracy, jako rozwiązanie proponuje rolę interwenta. Dalej przestrzega jednak przed niewłaściwą konfrontacją, albo okazywaniem współczucia

Niewłaściwa konfrontacja – niektórzy z bliskich uznają za konfrontację ukaranie osoby uzależnionej. W pracy autor przywołuje się przykład kobiety, która po

zaprzestaniu picia przez męża rzucała w niego różnymi przedmiotami. Jej uzależniony mąż bardziej lub mniej świadomie uważał, że zasługuje na karę, a kiedy żona wyświadczała mu taką przysługę mógł czuć się przez nią skrzywdzony, czuć dalej urazę i dalej pić. Niewłaściwa konfrontacja wynika też z niezrozumienia mechanizmów uzależnienia. W tym wypadku rady typu: „może powinieneś przestać pić”, „teraz pijesz chyba z a dużo” uruchamiają u osób uzależnionych już utrwalony system mechanizmów obronnych, który dyktuje im taką sama powierzchowną odpowiedź: „nie uważam żebym potrzebował przestać pić, nic się nie dzieje, pije tak jak inni”. Zazwyczaj z takimi lub podobnymi sytuacjami osoby uzależnione dawały sobie już wiele razy.

Okazywanie współczucia u osób uzależnionych może tylko zmniejszyć poziom niepokoju u tej osoby.

Interwenujący Autor pracy podkreśla, żeby skutecznie spełniać rolę interwenującego osoba bliska musi najpierw zrozumieć naturę uzależnienia, musi także uświadomić sobie głębokość swojego współuzależnienia (tu zapraszam do mojego artykułu pt:” Pojęcie alkoholizmu i związane z tym zaburzenia osób najbliższych

Osoba bliska, jeśli zacznie analizować swoje mechanizmy ilekroć się one uruchamiają, wówczas ulegną one osłabieniu, a co najważniejsze zmniejszy się u niej odpowiedzialność za to co dzieje się z osobą uzależnioną. Osoba bliska (współuzależniona) kiedy przestanie uzależniać poczucie własnej wartości od picia lub brania osoby bliskiej uniknie pułapek polegających na odruchowym reagowaniu na cudze uzależnienie będzie natomiast mogła wybrać bardziej użyteczny i sensowny sposób reagowania na daną osobę i jej uzależnienie. Autor pracy zwraca się też do czytelników z apelem: „Interwencja wymaga czasu. Nie da się jej przeprowadzić z dnia na dzień i nie należy tego próbować dopóki nie będziesz do niej przygotowany”. Dalej pisze: „Gdy zaczniesz dowiadywać się o tym jak przeprowadzić interwencję i przygotowywać się do niej, pamiętaj, że ty także możesz otrzymać pomoc w pewnym momencie może serio pomyślisz o leczeniu, a w ramach wstępnej pracy jaką będziesz wykonywał w okresie poprzedzającym interwencję dowiesz się, gdzie możesz się zgłosić w tej sprawie”.

## **Interwencja wobec osoby uzależnionej według Wandy Sztander**

Na podstawie w/w pracy Wanda Sztander dokonała adaptacji interwencji do polskich warunków praca ukazała się w postaci broszury wydawanej przez Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, 1996. W późniejszych latach wydanie tej pozycji było wielokrotnie wznawiane. Treść tej broszury pt. "Interwencja według Wandy Sztander jest umieszczona w oddzielnym pliku". Tutaj przytoczę kilka najważniejszych tez. Czym interwencja taka nie jest;

- 1) kolejną awanturą rodzinną na temat nadużywania alkoholu.
- 2) sesją oskarżeń i pretensji wobec osoby pijącej.
- 3) okazją do uzalania się na swój los
- 4) dyskusją o tym, dlaczego alkoholik pije.
- 5) konferencją na temat, czy picie alkoholika jest normalne czy chorobliwe.
- 6) oceną funkcjonowania alkoholika w jego rolach społecznych i jak on (ona) ich nie spełnia.
- 7) sesją terapeutyczną - leczniczą ani też diagnozą uzależnienia.
- 8) dyskusją nad tym, czym jest, a czym nie jest alkoholizm. W żadnym wypadku nie może być publicznym upokarzaniem alkoholika.

Jest to konfrontacja i ma ona charakter rzeczowy, konkretny i podstawowo życzliwy wobec osoby uzależnionej. Ma doprowadzić do decyzji o leczeniu i kontakcie z placówką leczniczą.

Rzeczowość: zawiera się w tym, że mówimy o faktach i zachowaniach związanych z piciem - nie zajmujemy się domniemaniami ani tym, co nie ma bezpośredniego związku z piciem osoby uzależnionej. Nie będziemy więc przytaczać liczby absencji w pracy, jeśli nie wiemy, czy mają one rzeczowy i bezpośredni związek z piciem (mówimy, więc: bo byłeś pijany; bo byłeś na kacu), albo jeśli zgoła nie mają takiego związku. Nie mówimy też o intencjach alkoholika.



Konkretność: przejawia się w tym, że mówimy o faktach bez stosowania uogólnień. Nie mówimy więc: Zrobiłeś awanturę, lecz mówimy: Krzyczałeś tak głośno, że obudziłeś dzieci. Kasia rozplakała się, a ty trzymałeś mnie za rękę i krzyczałeś, że jak się nie uspokoi natychmiast, to ją sam uspokoisz. Ciągnąłeś mnie do łóżka. Powiedziałeś do mnie - ty jędo - i krzyczałeś, że dzieci są nienormalne i mają to po matce. Bałam się wyrwać, żebyś nie krzyczał głośniej. Bałam się o dzieci. Bełkotałeś i cały byłeś przesiąknięty alkoholem. Nie mówimy też: Za dużo pijesz ani: Jesteś złym ojcem. Przekładamy to na język faktów np.: Przez ostatni tydzień piłeś bez przerwy, to już trzeci taki długi ciąg w tym roku. 2 - 3 dniówki zdarzają ci się regularnie co dwa tygodnie. Mówimy: Obiecałeś zrobić w szkole listwy do dekoracji, lecz w sobotę, gdy rodzice robili dekoracje, byłeś pijany.

Życzliwość: oznacza, że wszystko to dzieje się w atmosferze troski i miłości dla alkoholika. Bo jak ktoś pięknie powiedział: Prawda nie może mieć kształtu kamienia, który rani. Musi być podawana z miłością, tak, by człowiek się na nią otwierał, a nie zamykał.

W sesji interwencyjnej biorą udział osoby, które znają fakty dotyczące picia. Nie mówi się w żadnym razie o tym, co słyszeliśmy od kogoś innego. To może być mimo wszystko plotka lub informacja grubo przesadzona.

W interwencji bierze udział kilka osób. Najmniej - dwie. Jedna osoba to stanowczo za mało, by przebić się poprzez system obronny alkoholika. Najbardziej optymalna liczba to 3 - 5 osób. Mogą w tym brać udział dzieci, nie mniej jednak niż 8-10-letnie (zależnie od stopnia dojrzałości emocjonalnej i możliwości intelektualnych, jak formułowanie myśli itp.) To co mają do powiedzenia dzieci jest często najmocniej poruszające obrony alkoholika i najbardziej skuteczne dla jego decyzji o leczeniu. Nie oznacza to, że należy zmuszać dziecko czy kogokolwiek innego do udziału w interwencji, jeśli jego lęk lub niechęć są zbyt duże. Warto oczywiście przekonywać, zachowując zawsze zdrową granicę między skutecznym przekonywaniem a gwałtem psychologicznym na drugiej osobie. Tak więc w interwencji mogą brać udział: współmałżonek, rodzice, dzieci, rodzeństwo, dalsza rodzina (w zależności od tego, na ile znają z bezpośredniej obserwacji i udziału incydenty i fakty związane z piciem), sąsiedzi, przyjaciele,

współpracownicy, kierownik, nauczyciel. Wszystkie te osoby, jeśli chcą pomóc alkoholikowi przez przygotowanie interwencji, muszą zaakceptować podstawowe fakty dotyczące choroby alkoholowej, a opisane powyżej i w innych plikach

### **Motywowanie do podjęcia leczenia odwykowego według Miller, Rollnick**

Co prawda sama metoda adresowana jest do profesjonalistów, ale prezentowane poniżej zawarte w tej metodzie podstawowe tezy mogą być inspiracją dla każdej osoby szykującej się do rozmowy interwencyjnej z osobą uzależnioną nie tylko od alkoholu czy innych substancji, ale też od pewnych zachowań takich jak: hazard, uzależnienie od Internetu, pracoholizm, seksoholizm i innych.

Miller, Rollnick proponują metodę, którą nazywają wywiadem motywacyjnym. Według nich metoda ta wiąże się z odejściem od konfrontacji na rzecz zachęcania klienta do wypowiedzi o zmianie. Rozmowa podczas sesji jest oglądem jego dylematów ambiwalentnych uczuć, umieszczając w centrum jego obawy. Wywiad motywacyjny w dużej części czerpie z doświadczeń C. Rogersa i jego współpracowników i jest po części rozwinięciem podejścia skoncentrowanego na kliencie. Jest dyrektywny w tym sensie, że jego celem jest rozwinięcie ambiwalencji osoby, którą próbuje się zmotywować do podjęcia działań. Jest to sposób komunikacji, a nie zestaw technik terapeutycznych. Koncentruje się on na wydobyciu tkwiących w kliencie wewnętrznych motywacji do zmiany, dzieje się to też w wypadku osób, których bezpośrednim powodem do zgłoszenia się jest motywacja zewnętrzna np. postępowanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych czy nakaz sądu czy groźba odejścia żony. To w ambiwalencji klienta upatruje się klucz do zmiany. Uznaje się, że zmiana zachodzi, dlatego, że jest istotna dla wyznawanych przez osobę uzależnioną wartości i leży jego interesie.

Wywiad motywacyjny według Millera, Rollnicka ma pewne ograniczenia. Na pewno nie jest panaceum na wszystko, gdyż niektórzy klienci wolą żeby im powiedziano, co mają robić. Można go stosować: podczas pierwszej konsultacji jako wstęp do dalszej terapii. Podczas całej terapii, jako styl komunikacji czy też posiłkować się wywiadem w dowolnym momencie terapii, kiedy pojawią się problemy z motywacją.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie się zmieniają i dlaczego się nie zmieniają? Badania przeprowadzone przez nich i ich obserwacje wykazały, że zmiana składa się z kilku elementów: etapy, które przechodzą ludzie dokonujący zmiany są takie same w wypadku leczenia farmakologicznego, terapii czy też bez jakichkolwiek oddziaływań. W tym sensie uważa się, że leczenie czy terapia raczej ułatwia naturalny proces zmian. Twierdzą przy tym, że profesjonalna terapia nawet przy niewielkiej liczbie spotkań może prowadzić do istotnych zmian. Podzielają pogląd, że w im większym stopniu osoba dobrowolnie poddaje się terapii tym większa może być zmiana. Istnieją wyniki badań, które pokazują, że pacjenci poddani krótkiej interwencji uzyskują podobne wyniki do tych uzyskanych po długotrwałej terapii. Autorzy powołują się też na badania, w których losowo wybranych pacjentów przedstawiano terapeucie, jako dobrze rokujących. Pacjenci ci uzyskiwali lepsze wyniki w terapii, niż ci, których przedstawiano, jako rokujących gorzej

Motywacja do zmiany składa się z trzech czynników są to gotowość, chęć i zdolność. Gotowość do zmiany jest kwestią priorytetów, dana osoba może być gotowa do zmiany, ale ta zmiana może nie być najważniejsza w jej życiu. Konstruktywna zmiana w życiu osoby uzależnionej może być ważna wtedy, gdy związana jest z czymś, co ma dużą wartość w wypadku osób uzależnionych i ich rodzin może to być dobro dzieci czy własna godność. Chęć związana jest z tym w jakim stopniu osoba chce i pożąda zmiany. Zdolność wiąże się z ufnością w możliwość wprowadzenia zmiany.

Dylemat związany ze zmianą zwane też ambiwalencją autorzy w/w koncepcji pomocy przedstawiają, jako przeciwstawne uczucia wobec kogoś lub czegoś to zjawisko dość powszechne. Konflikt typu dążenie –unikanie charakteryzuje takie zachowania. W tym ujęci ambiwalencja nie jest patologią, ale etapem procesu zmiany, patologią może być zatrzymanie się na tym etapie. Tutaj skuteczność krótkiej interwencji polega na tym, że wydobywa ona osobę z ambiwalencji, brak motywacji rozumie się tutaj, jako nierozwiązaną ambiwalencje. Samo rozwiązanie ambiwalencji polega na dotarciu do setna przyczyny, dla której klient zatrzymał się na tym etapie. Zmianę u klienta zazwyczaj ułatwia komunikacja przebiegająca tak, że z ust osoby rozważającej zmianę padają przyczyny, dla których zmianę ta rozważa. A są to:

1. Minusy obecnej sytuacji.
2. Plusy zmiany.
3. Optymizm związany ze zmianami i własnymi możliwościami.
4. Zamiar wprowadzenia zmiany.

*Sławomir Budner autor jest psychologiem i socjologiem pracuje w Sekcji Terapii i Profilaktyki Działu Interwencji Kryzysowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Szczecinie zajmuje się terapią indywidualną, terapią par i grupową jest certyfikowanym specjalistą przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Jest też członkiem Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kołbaskowie.*