

ARKA

NR 1 • styczeń 1992 r.

- Prosto z mitingu — amerykańskiego i polskiego AA
- O szkole Burgina i polskiej tajemnicy
- O ćwiczeniach relaksacyjnych
- Tylko nie diety, zapewnia Elżbieta Zubrzycka

BIULETYN KOMISJI EDUKACJI W DZIEDZINIE ALKOHOLIZMU I INNYCH UZALEŻNIEŃ



SPIS TREŚCI

- Od wydawcy
- Refleksje z wizytacji w USA
 - prof. Stanisław Dąbrowski
- Polska tajemnica — Iwona Konarska
- Prosto z mitingu
 - Wiedzieć nie wystarczy — S. M. z Florydy
 - Zostałem — Jurek z Warszawy
- Korespondencja własna z Chicago
 - Małgorzata Sieczkowska
- Gen alkoholizmu?
- Nasze Książki
- Relaks w terapii uzależnień — dr Bogdan Maliszewski
- Amerykańska nauczycielka w polskiej szkole
- Nasi partnerzy — Wiktor Osiatyński
- Czym zajmuje się Komisja?

WYDAWCA ZEZWALA NA PRZEDRUK NASZYCH ARTYKUŁÓW POD WARUNKIEM UMIESZCZENIA NASTĘPUJĄCEJ ADNOTACJI: „Przedruk z kwartalnika ARKA wydawanego przez Komisję Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego”



Z okazji Nowego Roku składam najserdeczniejsze życzenia pracownikom, współpracownikom, sympatykom oraz klientom naszej Komisji.

Ludziom uzależnionym i ich rodzinom życzę trzeźwości w dosłownym tego słowa znaczeniu: nie tylko zaprzestania picia lub używania środków zmieniających nastrój, ale również rozwoju duchowego, coraz większej pogody ducha i radości życia.

Lekarzom, pielęgniarcom, psychiatrom, psychologom i terapeutom odwykowym życzę, by potrafili rozpoznać chorobę, odróżniając detoksykację od leczenia, pomagać chorym postawić pierwsze kroki w trzeźwości, a później zachęcić ich do uczestnictwa we Wspólnocie AA w celu przebudowy sposobu myślenia i odczuwania.

Pracodawcom, policji, sędziom i personelowi więzień życzę, by umieli konfrontować chorych, stwarzając im wybór między ponoszeniem konsekwencji choroby a leczeniem.

Duchownym życzę, by umieli odróżnić grzech od choroby, zachęcać chorych do leczenia, a nie samej tylko abstynencji, oraz pomagać rodzinom, by łatwiej im było kazać ponosić wszystkie konsekwencje picia swym bliskim, którzy nadużywają alkoholu.

Nauczycielom i wychowawcom życzę, by w czasie nagannych zachowaniach uczniów potrafili rozpoznać objawy choroby całej rodziny i pomagali swym wychowankom odzyskać poczucie własnej wartości mimo alkoholizmu rodziców.

Słowem, wszystkim naszym przyjaciółom oraz nam samym, życzę trzeźwości rozumianej jako umiejętność rozpoznawania własnych uczuć i wzmacniania tych uczuć, z którymi nam i innym z nami jest lepiej żyć. Życzę nam wszystkim również pogody ducha, czyli umiejętności zmiany i akceptacji; zmiany tego, co możemy zmienić, i godzenia się z tym, czego nie możemy zmienić. Życzę nam także mądrości, żebyśmy umieli odróżnić jedno od drugiego.

Wiktor Osiatyński

DRODZY CZYTELNICY

Oddajemy do rąk Państwa pierwszy numer Biuletynu Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień ARKA. Na razie planujemy wydawanie biuletynu co kwartał. Będzie on poświęcony informacji o różnych sprawach dotyczących uzależnień. Pragniemy w ten sposób przyczyniać się do podtrzymywania pozytywnych zmian zachodzących w naszym kraju w sferze poglądów i praktyk dotyczących ludzi chorych na alkoholizm, narkomanię i inne uzależnienia.

Wierzymy, że w Polsce, podobnie jak w wielu społeczeństwach przed nami, alkoholizm zostanie pewnego dnia również uznany za chorobę i to nie tylko w teorii. I nie tylko przez samych alkoholików — zresztą głównie już trzeźwiejących — oraz garstkę terapeutów odwykowych, lecz także przez resorty, pracodawców i decydentów oraz lekarzy, księży, nauczycieli, sędziów, policję i inne profesje „pomagaczy”. Tak łatwo można komuś zaszkodzić zamiast pomóc i tak kosztowne, bolesne i tragiczne bywają skutki naszej niewiedzy, że trzeba zacząć rozmawiać o tych sprawach głośno, często i bez fałszywego zażenowania. ARKA proponuje właśnie możliwość takiego dialogu każdemu, kto znajdzie na to czas i serce.

Prosimy o listy, pytania, dyskusję. Słowem, prosimy o współudział w tworzeniu pisma. Szczególnie gorąco zwracamy się do tych, którzy zechcą podzielić się swym „doświadczeniem, siłą i nadzieją” z innymi. Nie zamierzamy stać się trybunałem interwencyjnym ani skrzynką skarg i zażaleń. Pragniemy docierać do Państwa wyłącznie jako biuletyn prywatnej fundacji, której posłannictwem jest upowszechnianie idei odpowiedzialności za własne życie, a największą pasją uczenie się tego od innych.

Ewa Woydyłło

DEAR READERS

Here is the first issue of the quarterly ARKA (The Ark) of the Commission of Education on Alcohol and Drug Addiction of the Stefan Batory Foundation in Warsaw, Poland. Through information on various aspects of chemical dependency, we want to help support positive changes in our society in the attitudes and practical approaches to people who suffer from alcoholism and drug addiction.

We believe that in Poland, as in many countries before us, alcoholism will be someday accepted as a disease not only in theory but also in practice and not only by the alcoholics themselves, especially the recovering ones and a handful of their counselors, but also by official authorities, employers, and decision makers as well as physicians, clergy, teachers, judges, police and other helping professionals.

It is so easy to harm a chemically dependent person trying to help him or her. The effects of our ignorance are usually very costly, painful and tragic. We must start talking about those issues honestly and without false embarrassment. ARKA offers an opportunity for the dialogue to anyone who is willing to join us.

Your letters will be most welcome. We will appreciate your participation in creation of the new journal. Most appreciated will be the contribution of those of you who will share your experience, strength and hope. We don't intend to become an intervention tribunal nor a complaint office. Instead, we would like to reach out to you as a professional magazine published by a private foundation whose mission has been carrying the idea of responsibility for one's own life, and the greatest passion — learning it from others.

Ewa Woydyłło

REFLEKSJE PO WIZYTACJI OŚRODKÓW LECZENIA ODWYKOWEGO W USA

Alkohol w USA wydaje się nie mniejszym, a może nawet większym problemem niż w Polsce. Spożycie per capita w 1987 r. wyniosło 2,54 gallona, tj. około 9,6 litra. Ponad 17 milionów ludzi wykazuje cechy nadużywania lub uzależnienia od alkoholu, w tym 7,2 miliona patologiczne wzorce intensywnego picia skojarzone z upośledzeniem zdrowia i funkcjonowania społecznego. Z przyczyn związanych z alkoholem umiera każdego dnia średnio 300 ludzi. Około 25% wszystkich hospitalizowanych pacjentów ma problemy związane z alkoholem. Nadużywanie alkoholu w USA jest zwykle poprzedzone przez inne środki uzależniające. Pijący alkohol — szczególnie kobiety i młodzież często używają również innych środków. Ponad 90% wszystkich nadużywających alkohol pali intensywnie papierosy. Alkohol jest ściśle związany z samobójstwem. Około 18% przyczyn zgonów alkoholików stanowią samobójstwa, około 21% samobójstw przypada na uzależnionych od alkoholu. Ponad 1,2 miliona z 17 milionów z problemem alkoholowym uczestniczy w licznych programach leczenia odwykowego. Skuteczne leczenie problemów związanych z alkoholem kosztuje 10 razy mniej niż straty społeczeństwa amerykańskiego spowodowane przez alkohol — około 136 miliardów dolarów rocznie (inne uzależnienia około 60 miliardów).

Po tym wstępie chciałbym opisać 3 wizytowane ośrodki: Rutgers Summer School of Alcohol Studies; Meridian House Stamford w stanie Connecticut, Father Martinys Ashley w Havre de YGrace (Maryland)

1. Rutgers Summer School of Alcohol Studies (Letnia Szkoła Alkoholowa)

Odpowiednio do wagi problemu, w USA funkcjonuje wiele instytucji na szczeblu stanowym i federalnym, które zajmują się różnymi aspektami alkoholizmu. Jednym z bardziej znanych ośrodków badawczych jest Rutgers Center of Alcohol Studies. Ośrodek ten rozwinął się z Sekcji Badań nad Alkoholizmem utworzonej w 1932 r. w Yale University. W 1943 Sekcja ta zorganizowała Summer School of Studies on Alcohol, której pierwszym dyrektorem był E. M. Jellinek. W 1962 r. ośrodek i szkołę przeniesiono do Rutgers University w New Brunswick w stanie New Jersey w pobliżu Nowego Yorku. Uniwersytet ten należy do najbardziej renomowanych uczelni w USA.

Jedną z form letnich programów tej szkoły jest 2 tygodniowa sesja obejmująca 46 intensywnych specjalistycznych kursów przeznaczonych głównie dla osób zatrudnionych w lecznictwie odwykowym (doradcy alkoholowi, pielęgniarki, lekarze, psycholodzy, prawnicy i inne zawody). Każdy uczestnik musi brać udział w co najmniej 2 kursach realizowanych w małych grupach seminaryjnych od godz. 8.00 do 12.00. Od godz. 14.00 rozpoczynają się wykłady dla wszystkich uczestników wygłaszane przez znanych specjalistów w potem seminaria w nieco większych grupach. Wieczorem każdy uczestniczy w mityngach AA lub NA. Tytuły niektórych kursów: „Medyczne aspekty alkoholizmu”, „Społeczne aspekty picia i alkoholizmu”, „Obiecujące strategie prewencyjne dla młodzieży i ich rodzin”, „Alkohol w środowisku mu-

rzyńskim”, „Dzieci alkoholików” i inne.

Jako jeden z ponad 300 uczestników brałem udział w dwóch kursach „Wszechstronny model leczenia uzależnień — Minnesota” i „Zapobieganie i leczenie nawrotów choroby alkoholowej”. Model Minnesota opiera się na biopsychospołecznej koncepcji choroby alkoholowej, na abstynencji — najbardziej skutecznym celu leczenia oraz na niezbędnym i długotrwałym uczestnictwie pacjentów w programie rehabilitacyjnym Alkoholików Anonimowych. Model ten jest od 1,5 roku realizowany w oddziale odwykowym naszej kliniki.

Bardzo interesujący okazał się drugi, równoległy kurs o zapobieganiu i leczeniu nawrotów, który opierał się również na modelu Minnesota i zasadach opracowanych przez CENAPS (Center for Applied Science). Centrum jest od lat kierowane przez znanego specjalistę w zakresie nawrotów — Terence Gorsky'go. Gorsky opracował szereg technik terapeutycznych mających na celu prewencję i leczenie nawrotów. Do ważniejszych technik należy analiza i opanowanie znaków ostrzegawczych (warning sign management). Zgodnie z koncepcją Gorsky'ego nawrót choroby alkoholowej (relapse) jest wyrazem dysfunkcji w stanie zdrowia powracającego do trzeźwości alkoholika. Dysfunkcja ta jest procesem, który rozpoczyna się na długo przed wypiciem pierwszego kieliszka. Wywołuje ona szereg objawów określanych jako zespół, m.in. aktywuje utrwalone podczas picia tendencje do zaprzeczania (denial), izolowanie się, podatność na stres, utrudnienie myślenia. Do innych objawów — znaków należy lęk przed nawrotem, kompulsywne próby narzucenia trzeźwości innym osobom, beczynność, drażliwość, depresja, zaburzenia snu, gniew, utrata kontroli nad alkoholem, nawrót do picia i inne. Objawom tym przypisuje się bardzo duże znaczenie.

W ośrodkach opartych na modelu Minnesota około 3 tygodnie zajęć terapeutycznych przeznacza się na rozpoznanie, zrozumienie i opanowanie tych objawów, na naukę unikania sytuacji wysokiego ryzyka, które aktywują wystąpienie tych objawów oraz na nabycie umiejętności dawania sobie rady w sytuacjach, których nie udało się uniknąć.

Zajęcia na tych kursach były nie tylko bardzo intensywne, lecz również bardzo ożywione, co było związane między innymi z tym, że większość uczestników i wykładowców miała bogate, osobiste doświadczenia z zakresu alkoholizmu i uzależnień. Byli to przeważnie *recovering alcoholics* z większym lub mniejszym stażem trzeźwościowym. Tak znaczna liczba byłych pacjentów czynnie zaangażowanych w terapię uzależnień wywarła na mnie duże wrażenie. Byli oni nie tylko jawnym dowodem skuteczności współczesnych metod terapeutycznych opartych na strategii ruchu Anonimowych Alkoholików, lecz również wyrazem ogromnej rezerwy sił terapeutycznych ukrytych w byłych pacjentach. Obie okoliczności są u nas doceniane.

2. Meridian House (Ośrodek Odwykowy TADAC)

Meridian House jest jedną z kilku tysięcy prywatnych i rządowych, stanowych i federalnych instytucji zapewniających ciągłą opiekę nad uzależnionymi oraz prowadzących szeroką działalność w zakresie edukacji i konsultacji w szkołach, miejscowej społeczności i zakładach pracy. Meridian House należy do większej organizacji — Rady d/s alkoholu i uzależnień (TADAC) w Greenwich (Connecticut).

Działalność lecznictwa obejmuje program częściowej hospitalizacji, rodzinny, młodzieżowy, dziecięcy, seniorów, opiekę ambulatoryjną i opiekę po wypisaniu (*aftercare program*).

Wieczorowy program częściowej hospitalizacji jest skuteczną alternatywą do opieki szpitalnej. W trakcie 8 tygodni po 4 godziny dziennie pacjentom zapewnia się intensywne zajęcia edukacyjne, indywidualne poradnictwo i pracę terapeutyczną w małych grupach. Bardzo dużo uwagi przywiązuje się do 12 Kroków Anonimowych Alkoholików.

Program rodzinny w kilku odmianach przeznaczony jest głównie dla członków rodzin uzależnionych alkoholików. W intensywnej 8-tygodniowej odmianie tego programu członkowie rodzin spotykają się 1 raz w tygodniu przez 3 godziny na zajęciach edukacyjnych, w grupach terapeutycznych i grupach oparcia społecznego funkcjonujących zgodnie z zasadami 12 Kroków.

W programie młodzieżowym pacjenci uzależnieni w wieku od 12 do 18 lat spotykają się 2 razy w tygodniu po 3 godziny na zajęciach edukacyjnych i psychoterapii grupowej. Korzystają ponadto z poradnictwa indywidualnego i rodzinnego. Jedną z odmian tego programu obejmuje osoby, które zaprzeczają, że są uzależnione, a brak jest dostatecznych dowodów, aby uznać je za narkomanów.

Odrębna odmiana tego programu (*aftercare*) obejmuje tych, którzy zakończyli intensywną terapię poradniczą.

Program dla seniorów przeznaczony jest dla starszych wiekiem pacjentów z wieloletnim stażem uzależnienia i ich rodzin. Oprócz zajęć edukacyjnych i terapii grupowej dużo uwagi poświęca się indywidualnym sesjom terapeutycznym i kontaktom telefonicznym z tymi seniorami, którzy nie mogą opuszczać domu. Podgrupa „*Prime of Life*” (w kwiecie wieku) zajmuje się tylko problemami starzenia.

Program dziecięcy przeznaczony jest dla pacjentów w wieku od 4 do 12 lat, którzy mają uzależnionych rodziców lub opiekunów. Realizowany jest przez

zajęcia grupowe oraz indywidualną i rodzinną terapię.

Każdy nowy pacjent jest omawiany 1 raz w tygodniu na specjalnym zebraniu personelu, które ma na celu zapewnienie jakości opieki (*Quality Assurance Meeting*).

Ośrodek obsługuje rejon około 350 tys. mieszkańców. Przyjmuje rocznie około 2000 pacjentów ogółem, w tym około 1000 zgłoszonych po raz pierwszy. Większość (85%) leczonych to uzależnieni od alkoholu i innych środków. Od 30 do 40% kieruje sąd lub pracodawca.

Podczas pobytu w Meridian House uczestniczyłem w cotygodniowym zebraniu personelu, które miało na celu zapewnienie jakości usług. Było to coś w rodzaju zespołu koordynacyjnego II Kliniki Psychiatr. IPN, na którym oprócz spraw administracyjnych i finansowych dotyczących głównie ściągania opłat od pacjentów, omawiano również krótko przypadek każdego pacjenta, szerzej ponowne przyjęcie i bardzo szczegółowo przeniesienia i wypadnięcia z opieki (*drop out*).

3. Father Martin's Ashley — Zakład Leczenia Odwykowego Ashley

Zakład ten w skrócie nazwany Ashley jest niedochodowym, wolnym od podatków ośrodkiem terapii dla chemicznie uzależnionych. Znajduje się w miejscowości Havre de Grace w dawnej rezydencji jednego z senatorów Stanu Maryland około 70 mil na północny wschód od Baltimore. Ośrodek położony jest w pięknym starym parku na wysokim urwistym brzegu ogromnej zatoki Chesapeake. Zalicza się do najbardziej znanych zakładów odwykowych (siódme miejsce na liście stu najlepszych ośrodków tego typu w USA). Współzałożycielem zakładu jest niezwykle barwna postać, katolicki ksiądz — Ojciec Joseph Martin, 67 lat. Po wyświęceniu na księdza w 1948 r. był

profesorem w seminarium duchowym. W 1956 r. został przesłany przez władze kościelne na leczenie odwykowe. Tam spotkał dr. Greena — byłego alkoholika, który miał ogromne sukcesy w leczeniu alkoholików i popularyzacji wiedzy o uzależnieniach. Ojciec Martin poszedł w jego ślady. Ukończył Letnią Szkołę w Rutgers University, uzyskał pozwolenie na działalność edukacyjną i wkrótce zasłynął jako nieprzeciętny wykładowca we wszystkich stanach USA. W 1972 r. wyprodukował dla Marynarki Wojennej film „*Chalk talk on Alcohol*” („Kredowe pogadanki o alkoholu”). Jako były belfer seminaryjny Ojciec Martin ma zwyczaj posługiwania się kredą i tablicą podczas niezliczonych wykładów o alkoholu.

Ten film stał się głównym wehikułem edukacyjnym dla wielu federalnych i stanowych instytucji wojskowych, przemysłowych, oświatowych, medycznych i innych. Potem wyprodukował szereg innych filmów i kaset magnetofonowych, ogłosił drukiem niektóre wykłady w książce pt. „*No Laughing Matter*” w ostatnich wydaniach „*Chalk Talk on Alcohol*”. Po powrocie z Ashley zaproponował Fundacji Batorego zakupienie niektórych filmów. Podobno negocjacje są w toku.

W 1983 r. Ojciec Martin doprowadził do zorganizowania zakładu w Havre de Grace. W uznaniu jego zasług zakład nosi nazwę Father Martin's Ashley. Ojciec Martin nadal kontynuuje żywioną działalność edukacyjną zarówno w Ashley (2 do 3 wykładów na tydzień), jak i w wielu innych miejscach w USA. Mówi bardzo prosto, obrazowo, sugestywnie i dowcipnie. Dyrektor Ashley — podobnie jak Ojciec Martin — wszyscy znani mi pracownicy zakładu są alkoholikami (*recovering alcoholic*). Ta okoliczność jest przypominana przy każdej mniej lub bardziej oficjalnej okazji. Odnosi się wrażenie, że jest to wyrazem szczególnej dumy ze zwycięstwa nad

chorobą i możliwości skutecznego oddziaływania na innych.

Program terapeutyczny obejmuje interwencje kryzysowe, program podstawowy, leczenie nawrotów i rodzinny oraz program dla czasowo niesprawnych profesjonalistów z zakresu terapii odwykowej.

Ze względu na znaczne odległości dzielące Ashley od większych miast, interwencje kryzysowe odbywają się głównie przy pomocy 24-godzinnego telefonu (*24 Hour Alcohol and Drug Help Line*).

Program podstawowy (Primary Treatment Program). Harmonogram dzienny zawiera wykłady o naturze choroby alkoholowej, zasadach i metodach działania AA. Zawiera także prelekcje o rozwoju duchowym i dojrzałości emocjonalnej, filmy, terapię w małych grupach, indywidualne poradnictwo (co najmniej dwie sesje na tydzień) a także obowiązkową lekturę, zadania domowe wykonywane przy pomocy bardzo obszernej *workbook*, gimnastykę, sport. W ramach tego programu możliwa jest podostra detoksykacja. Są pielęgniarki a nawet *medical director*. Podstawowe metody oddziaływania mają jednak przede wszystkim psychospołeczny charakter.

Program Leczenia Nawrotów (*Relapse Program*) przeznaczony jest dla tych, którzy już poprzednio wielokrotnie przeszli przez Podstawowy Program bez większego powodzenia oraz tych, którzy załamali się po dłuższym okresie abstynencji. Harmonogram akcentuje głównie edukację z zakresu nawrotów, znaków ostrzegawczych, metod zapobiegania i przerywania nawrotów. (Wspomniany wcześniej Terence Gorski współpracuje z Ashley). Pacjenci uczą się, jak rozpoznawać przyszłe sytuacje wysokiego ryzyka, jakie były mocne i słabsze strony poprzednich etapów postępowania rehabilitacyjnego i dlaczego mają kłopoty z efektywnym za-

stosowaniem 12 Kroków. Kluczowym składnikiem zajęć jest intensywna terapia grupowa i indywidualne sesje terapeutyczne. Podczas pobytu w Ashley byłem członkiem grupy terapeutycznej w tym programie. Mogłem obserwować jak niespójny, przypadkowy zespół pacjentów stawał się powoli grupą terapeutyczną poprzez tarcia, nieporozumienia, gwałtowne konflikty i płacze, wybuchy.

Program Rodzinny. Jednym z wymogów regulaminowych jest obecność jakiegoś członka lub innej osoby znaczącej podczas przyjęcia do ośrodka. Program polega na 3 dniowej intensywniej edukacji i terapii rodzinnej oraz uczestnictwie w zebraniach Al-Anon.

Każdy z opisanych tu programów skojarzony jest z działalnością podtrzymującą po zakończeniu intensywnego 30-dniowego pobytu w Ashley (w przypadku zależności kokainowej pobyt ten trwa najmniej 42 dni). Udział w tym etapie jest rozpatrywany jako bardzo istotny element postępowania terapeutycznego. Pacjenci i członkowie rodzin mieszkający względnie blisko Ashley spotykają się w grupie terapeutycznej 1 raz w tygodniu przez 8 miesięcy (30 razy). Ashley utrzymuje regularny kontakt z grupami AA, NA, Al-Anon w miejscu zamieszkania wypisanych pacjentów. Każdy pacjent z Programu Leczenia Nawrotów powraca do Ashley na 1 dzień w miesiącu przez okres 2 lat w celu oceny dotychczasowych postępów w leczeniu i aktualizacji indywidualnego programu zapobiegania nawrotowi. Wszyscy pacjenci otrzymują kwartalnik z wiadomościami o Ashley i przyjeżdżają tu przynajmniej 1 raz w roku.

Z powyższego wynika, że leczenie nie kończy się w Ashley, lecz tam dopiero się zaczyna. Sądząc z ofiarnego programu terapeutycznego i w szczególności potrzeby programu leczenia i prewencji nawrotów, wyniki nie są tak obiecujące jak mogłyby się wydawać.

Z piśmiennictwa wiadomo, że poglądy na skuteczność leczenia alkoholizmu i innych uzależnień różnią się diametralnie. Z ocen wielu autorów bezpośrednio zaangażowanych w leczenie uzależnień mogłoby wynikać, że niemal każdy może odnieść znaczne korzyści. Według innych należy szukać nowych metod ponieważ aktualne efekty terapeutyczne są bardzo skromne. Zdaniem jeszcze innych prawda leży gdzieś między tymi krańcowymi opiniami, a właściwa ocena skuteczności wymaga uwzględnienia takich szczegółowych kategorii jak charakter programu leczniczego, kwalifikacja leczących profesjonalistów, rodzaj leczonych pacjentów, kryteria oceny wyników i innych specyficznych zmiennych związanych z terapią.

Na uwagę zasługuje szczególna kategoria leczonych — społecznie ustabilizowanych alkoholików (niezaburzone małżeństwo, należyte dochody i inne), która należy do stosunkowo najmniej zbadanych populacji, chociaż obejmuje większość alkoholików w USA. Z nielicznych badań nad tą właśnie grupą wynika, że rezultaty leczenia są bardzo optymistyczne przynajmniej w okresie kilku miesięcy po zakończeniu programu terapeutycznego.

Niektóre z tych badań uwzględniają również znaczenie takiej zmiennej jak AA lub NA. Pacjenci, którzy brali regularny i częsty udział w programie AA/NA prosperowali znacznie lepiej niż ci, którzy nie korzystali z tego programu, bądź uczęszczali nieregularnie i rzadko na mitingi. Te prace dostarczają empirycznych dowodów uzduwiającej roli tkwiącej w tej szczególnej wspólnoty.

Profesor Stanisław Dąbrowski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

* Prof. Dąbrowski przyjął zaproszenie naszej Komisji oraz ITI z Connecticut do odwiedzenia ośrodków odwykowych w USA latem 1991 r.

WYWIAD



Polska tajemnica

Polskę można zobaczyć i tak. „Codziennie, gdy idę rano do przystanku, spotykam pijanych. Są w tramwaju i w sklepie. Ci, którzy w godzinach pracy są jeszcze trzeźwi, zaczynają pić po południu. Polacy piją, ale nie zdają sobie sprawy, że jest to dla nich problemem” — oto refleksja Billa Burgina, który prowadzi w Warszawie roczną szkołę dla instruktorów terapii odwykowej.

W polskich rodzinach, tak jak na całym świecie, alkoholizm jest początkowo sekretem rodzinnym, starannie skrywaną tajemnicą. Ukrywanie choroby przyzwala na jej rozwijanie. Według Billa Burgina jedna choroba alkoholowa „wciąga” 7-8 osób. Żyjemy przecież w rodzinach wielopokoleniowych.

Prohibicję określa jako nieporozumienie. — Jeśli ktoś chce znaleźć butelkę, to ją znajdzie — zapewnia Bill. Nie zdają sobie z tego sprawy osoby pijące okazjonalnie lub towarzysko.

Dziś najważniejsza wydaje się prewencja. Program edukacyjny już od najniższych klas, kontynuowany w szkołach średnich i — co jest szczególnie trudne — w zakładach pracy. Mądry program edukacyjny wspierany siłą telewizji. Wiedzę o istocie alkoholizmu winien posiadać również polityk, zasiadający w parlamencie. By wiedzę tę przywołać w trakcie tworzenia nowych aktów legislacyjnych. Może wtedy unikniemy kolejnej afery Schnapsgate, świadczącej, że dla polskiego polityka wódka jest tylko towarem.

W kursie terapeutów odbywającym się w więzieniu przy ulicy Kłobuckiej w Warszawie uczestniczy 25 słuchaczy. — Są zdolni, otwarci, potrafią korzystać z doświadczeń — mówi Bill — radzą sobie z tym, co najtrudniejsze, a mianowicie z uświadomieniem choremu, że i dlatego alkohol tak mu szkodzi.

Programu nie dopasował do polskich warunków. Posłannictwo jest ponadnarodowe.

Polak nie ma wyboru — oto kolejne spojrzenie Billa na nasz kraj. Dlatego, gdy staje się trzeźwiejącym alkoholikiem nie można radzić mu, aby zmieniał miejsce pracy czy zamieszkania. Poza tym żadna forma ucieczki, choćby umotywowanej, nie jest wyjściem. W ostateczności można na jakieś sześć miesięcy stanąć z boku poprzedniego życia. Wyłączyć się, stworzyć wokół siebie nowy

ład. Szczególnie, gdy rodzina nie chce się leczyć lub odczuwa się wrogość środowiska, które pije na co dzień.

Zmartwieniem Billa nie jest Warszawa, w której codziennie jest miting AA, ale małe miasteczka i wsie, gdzie trudno jest wytrzeźwieć. Dla ludzi stamtąd buduje „program jeszcze mniejszych kroków”. Zamiast — dzisiaj nie piję — spróbujmy — nie piję przez najbliższą godzinę. I jeszcze dziennik. Uczucia opisane łatwiej jest zrozumieć. Problemy opisane łatwiej można zobaczyć i rozwiązać. Czasami warto przypomnieć sobie też spisane słowa, że alkoholizm nie jest porażką moralną. Nie ma nic wspólnego ze słabością. Jeśli alkoholizm jest chorobą, można przewidzieć jej skutki. Może być przyczyną śmierci. W Stanach Zjednoczonych alkoholizm uznano za chorobę w 1956 roku. W dwadzieścia lat później pracodawca został zmuszony ustawą, by udzielał pomocy choremu pracownikowi. — Szkoda byłoby, aby Polska czekała tak długo — mówi Bill. — Powinniście uczyć się na amerykańskich błędach.

W Polsce szeptanie o alkoholizmie jest ciągle najpopularniejszą formą informowania się. Nie ma u nas wielu tak odważnych jak Liza Minelli czy Betty Ford i dlatego zjawisko ukrytego alkoholizmu dotknęło szczególnie kobiety. Przyznać się — to początek.

Iwona Konarska



Bill Burgin jest dyrektorem ośrodka leczenia odwykowego w Stillwater — więzieniu w Minnesocie. W sierpniu 1991 przyjechał na rok do Polski — na zaproszenie naszej Komisji — by pomóc wdrożyć w więzieniu na Kłobuckiej w Warszawie, a później w kolejnych zakładach karnych program terapeutyczny ATLANTIS oparty na doświadczeniach ośrodków amerykańskich. Bill zajmuje się również szkoleniem kadr penitencjarnych w zakresie podstawowej wiedzy dotyczącej uzależnień oraz prowadzi szkolenie terapeutów odwykowych, czyli tzw. „szkołę Burgina”, o której napiszemy w następnym numerze.

Pragniemy prezentować doświadczenia i opinie uczestników AA oraz innych osób zainteresowanych programem AA. Za zgodą amerykańskiego miesięcznika „AA Grapevine Inc.” będziemy również zamieszczać wypowiedzi aowców zza oceanu. Żadnych opinii nie należy przypisywać wspólnocie Anonimowych Alkoholików jako całości.

WIEDZIEĆ NIE WYSTARCZY

Mark Twain napisał w swych „Listach z Ziemi”, że gdyby był Wszechmogącym Bogiem i nie było mu obce uczucie przyjemności, to sprawiłby, aby mógł je odczuwać nieprzerwanie przez kilkaset lat.

Gdy kiedyś to przeczytałem, pomyślałem: „Ależ cwane! Też bym tak chciał”. Teraz, po latach widzę pomysł Twaina w zupełnie innym świetle. Prawdę mówiąc, wiele rzeczy widzę dziś inaczej niż kiedyś.

Jednym z moich najważniejszych odkryć było to, że jestem alkoholikiem. Dawniej tego nie wiedziałem, a teraz wiem. Aby nie cofnąć się znowu do chorobliwej pogoni za tamtym upragnionym uczuciem przyjemności, ustawicznie dbam o moją trzeźwość: chodzę na mitingi AA, nie sięgam po pierwszy kieliszek i po maniacku czytam wszystko co mi wpadnie w rękę na temat zdrowienia z alkoholizmu, nie mówiąc już o naszej normalnej literaturze aowskiej.

Co dziś wiem? Że wtedy, gdy jako prawie pięćdziesięciolatek przystałem wreszcie na dobre do AA, potrzeba mi było trochę czasu na zagojenie moich krwawiących wrzodów w żołądku, obniżenie za wysokiego ciśnienia krwi i uspokojenie starganych nerwów. Alkoholowe dolegliwości neuropatyczne ustąpiły dopiero po trzech latach niepicia. Wiem, że po prostu, niektóre objawy alkoholizmu muszą goić się dłużej, bo też dłużej się rozwijają. Teraz dopiero zaczynam powoli radzić sobie ze złością, strachem i urazami, których wciąż we mnie sporo. Stwierdziłem niedawno, że jeżeli czegoś nie nienawidzę, to na ogół tego się nie boję. I na odwrót. Natomiast w dalszym ciągu mam wielki problem ze swoimi pragnieniami.

Zawsze — podobnie jak Mark Twain — pragnąłem jedynie przyjemności. Najbardziej chciałbym mieć zawsze siedemnaście lat, ale przyjemności i rozkosze człowieka dorosłego. Tylko broń Boże, żebym nie musiał mieć żadnych

obowiązków związanych z dorosłością. Rzeczy, uczucia, przeżycia — tak, ale tylko te dobre! Byle uniknąć trosk, zmartwień, pracy, odpowiedzialności — co to, to nie. Wciąż trudno mi się pogodzić z hasłem „Umiar we wszystkim, łącznie z umiarkowaniem”. Bardzo powoli zaczyna do mnie docierać, że nie jest to bynajmniej definicja przeciętności i średniości, tylko wręcz przeciwnie.

Weźmy naszą staruszkę Ziemię. Nie kręci się ani szybciej, ani wolniej, tylko tak jak trzeba, żeby nie spaść w jakąś czarną dziurę lub nie wyskoczyć ze swojej orbity. Nie jest szczególnie doskonała w kształcie. Ma spłaszczone bieguny, nie trzyma się prosto, tylko jest pochylona i z tego powodu mamy zmienną pogodę. Gdyby obroty wyregulować, prosto ustawić oś, odchudzić ją w talii, byłaby bardziej perfekta, ale zapewne wszystko tak by się popsło, że nasza planeta stałaby się niemieszkalna, na biegunach za zimna, a w środku za gorąca; morza wyparowałyby na równiku, za to strefa wiecznych lodów doszłaby do Nowego Jorku.

Poeta Khalil Gibran mówi w jednym ze swoich wierszy, czym jest równowaga w życiu: „... Wyśmiać cały śmiech i wypłakać wszystkie łzy”. Kto inny z kolei powiedział coś, w czym tkwi kwintesen-

cja nierównowagi: „Wszystko co przyjemne, to dobre”. Myślę, że nie przypadkiem, ten drugi właśnie odebrał sobie życie strzałem z pistoletu. Tak się składa, że on również bardzo dużo pił. Ciekaw jestem co sądził o Sile Wyższej?

Wydaje mi się, że intelektualna wiedza nie wystarcza; musi być coś jeszcze. Mój program ukazuje mi ten niezbędny element, bez którego utrzymanie trzeźwości i zdrowego rozsądku nie byłoby mi dane. Tak, *dane* — ponieważ sam tego nie umiałem osiągnąć, musiało mi to zostać DANE. W każdym razie dopóki szczerze nie skapitulowałem, nigdy trwale nie potrafiłem powstrzymać się od pierwszego kieliszka. Ten duchowy element wysuwa się coraz bardziej na pierwszy plan w miarę jak czas stopniowo „dojrzewa” mnie i mój program. Nie martwię się o to, czy i kiedy osiągnę „cel” — idę, i to jest najważniejsze, interesuje mnie tylko Droga. Ja tylko poddałem się, ja niczego nie sprawilem.

Odkrywam też, że to, co jest wieczne i większe ode mnie — to jest, było i zawsze będzie ze mną — pod warunkiem, że nie zatrzasnę się przed tym we własnej litości nad sobą lub w poczuciu fałszywej wielkości. Słyszałem, że w niektórych językach słowiańskich słowo „duch” oznacza również oddech. Czyż nie daje to do myślenia?

S.M. Lake Worth, Floryda (Grapevine, September 1988)

ZOSTAŁEM

Pamiętam dokładnie — mimo, że minęło już parę lat — swój pierwszy miting AA. Po nocnej rozmowie z alkoholikiem, który wtedy nie pił już kilka lat, miałem następnego dnia „iść do AA”. Alkoholik ów umówił się ze mną blisko miejsca, w którym w soboty spotykali się członkowie wspólnoty AA. Byłem w stanie tragicznym: końcówka picia, pierwszy dzień bez alkoholu po około 20-letnim piciu i ostatnim — daj Boże — myślałem — kilkumiesięcznym ciągu, w czasie którego piłem mniej lub więcej. Dzień w dzień, dzień i noc. Nawet noce spędzałem z flaszką pod poduszką, bo bałem się ruszyć z łóżka, z pokoju w którym koczowałem. Byłem od paru miesięcy bez pracy, a od roku bez rodziny — żona z czteroletnim dzieckiem wyprowadziła się z własnego domu. Miałem zniszczone ciało, zęby, włosy, skórę, paznokcie. Ważyłem o kilkanaście kilogramów mniej, niż przewidywały lekarskie normy. Co jeszcze miałem? Długi i jedną parę letnich spodni, buty po bracie, rozpadającą się kurtkę. Byłem brudny, spocony z ciągłego strachu. Nie to jednak było najgorsze. Spadałem coraz niżej i mój wygląd mało mnie interesował. Tylko jedna rzecz była dla mnie ważna — bym każdego dnia i nocy mógł się napić. Żeby żyć. Bo picie oznaczało dla mnie życie. Tak wtedy myślałem. I tylko o tym.

Najgorszy był strach. Strach przed wszystkim. Przed dniem i nocą bez alkoholu, przed jazdą windą, przed zanurzeniem się w wannie, przed myślami

o wczoraj, dziś i jutro. Strach, że zwa-
riuję, że umrę na atak serca, że ktoś do
mnie przyjdzie. Dwa razy, gdy miałem
potwornego kaca, przestraszyłem się
własnego cienia, który nagle wynurzył
się przede mną.

Taki właśnie, jak opowiedziałem, sta-
łem obok kościoła i czekałem. Strasznie
chciało mi się pić. Wypiłbym łyk piwa,
cokolwiek. Modliłem się żeby ten, na
którego czekałem, nie przyszedł. Żeby
za pieniądze, które ukradłem w nocy
żonie, mógł się czegoś napić. Jednak
tamten człowiek, choć spóźniony, przy-
jechał w końcu. Alkoholik! Niepijący!
Spokojny! Uśmiechnięty. Razem wesz-
liśmy na miting. Bałem się i wstydziłem.
W głowie huczało mi. Już dawno powin-
niem coś wypić, żeby nie umrzeć.
Chciałem uciec stamtąd. Czekałem na
spojrzenia, krytykę, ocenę, uśmiechy
i śmiech.

Przyjęto mnie do wspólnoty. Nikt
mnie o nic nie wypytywał, nie doradzał.
W czasie przerwy ktoś zapalił papierosa
i wetknął mi go w usta. Sam nie dałem
rady. Już czułem, że nie boję się tak
bardzo. Chciałem być wśród tych ludzi.
Mówili mi coś o sobie, a mnie wydawało
się, że mówią o mnie. Nie bardzo wie-
działem o co chodzi. Jednak nie uciek-
łem do baru. Zostałem z nimi do końca.
Do dziś pamiętam, że na tym mitingu
dotarło do mnie jedno — mam przyjść
jutro i przychodzić często. I żebym
próbował nie pić tylko (aż?) 24 godziny.
Boże! A ja tak chciałem pić.

Posłuchałem tych ludzi i uwierzyłem
im. Zostałem z nimi.

Chcę być z nimi dalej.

Jestem im bezgranicznie wdzięczny
za to, że żyję i dziś jestem trzeźwy.

Jurek, Warszawa, Polska

LEKCJA PROFESJONALIZMU

Latem 1991 roku rozpoczęłam stypendium w USA. W czwartym roku swojej pracy na oddziale odwykowym w Gnieźnie, po ukończeniu Studium Pomocy Psychologicznej i uczestniczeniu w kilku warsztatach z amerykańskimi terapeutami, zapraszany przez Komisję d/s Alkoholizmu przy Fundacji im. Stefana Batorego — przyjechałam do Stanów Zjednoczonych, aby odbyć sześciomiesięczny trening w zakresie leczenia uzależnień.

Drugą stypendystką jest Marta Cyganik — studentka psychologii z Wrocławia. Razem mieszkamy i wspieramy się nawzajem.

Swój staż odbywam w Parkside Lodge of Mundelein, ośrodkiem położonym na północnym przedmieściu Chicago. Program PARKSIDE oparty jest na filozofii 12 Kroków i oferuje leczenie wykorzystujące profesjonalne metody terapeutyczne i aktualną wiedzę na temat uzależnień oraz wprowadza pacjentów w krąg grup samopomocowych, zapewniających im ciągłość leczenia. Oferta Parkside to kilka różnych programów, m.in. 21-dniowy podstawowy program leczenia uzależnień dla dorosłych mężczyzn i kobiet, odmienny program dla młodzieży i osób starszych, edukacyjny i terapeutyczny program dla rodzin.

W Parkside istnieje filozofia tzw. „podwójnej czapki”. Połowa personelu terapeutycznego to alkoholicy z wielo-

letnią trzeźwością lub osoby aktywnie uczestniczące w jakimś programie 12 Kroków — np. Al-Anon — i to jest „pierwsza czapka”. Niezależnie od tego są to ludzie wykształceni w dziedzinie terapii uzależnień, tzn. ukończyli dwuletnią szkołę i odbyli roczny staż w ośrodku terapeutycznym pod kierunkiem superwizora oraz zdali egzamin stanowy, przyznający im tytuł *counselora* (dosł. doradcy) w dziedzinie leczenia alkoholizmu i innych uzależnień. I to jest „druga czapka”, czapka profesjonalisty. Jedynie ta druga uprawnia do wykonywania zawodu i jedynie ta jest widoczna dla pacjenta. *Counselor* jest więc dla pacjenta profesjonalistą oferującym mu kompleksowe leczenie i prowadzącym go przez cały 21-dniowy program. Do utożsamiania się natomiast służą całe rzesze ochotników AA, którzy codziennie wieczorem spędzają dwie godziny na oddziale, uczestnicząc w mityngach oraz po prostu będąc do dyspozycji pacjentów.

Jednym z powodów, dla których starałam się o stypendium zawodowe w Stanach było moje marzenie, żeby uczestniczyć w pracy dobrze współpracującego ze sobą zespołu terapeutycznego. W Parkside istnieje taki interdyscyplinarny zespół — pielęgniarki, lekarze, interniści, jeden psychiatra, dwóch psychologów klinicznych oraz „counselorzy”, którzy są trzonem zespołu. To

oni prowadzą terapię indywidualną i grupową, tworzą plan leczenia, prowadzą sesje rodzinne i przedstawiają pacjenta psychologowi lub psychiatrze jeśli zachodzi taka potrzeba.

Podczas mojego treningu na stałe współpracuję z jednym minizespołem, prowadzącym 14 osobowy oddział dla dorosłych. Jedną z części mojego stażu, którą bardzo sobie cenię jest codzienne, godzinne zebranie zespołu terapeutycznego, na którym dokładnie omawiamy postępy w leczeniu pacjentów i tworzymy indywidualne plany leczenia na najbliższe dni, przygotowujemy się do zebrania społeczności oraz omawiamy trudności i sukcesy swojej pracy. Oprócz dużej sprawności zawodowej, przejawiającej się w trafnym diagnozowaniu i odpowiednim doborze środków terapeutycznych, podoba mi się troska i uwaga, jaką mój zespół przywiązuje do wszelkich posunięć pacjenta i czujność z jaką śledzi i nagradza każdy postęp w terapii.

Po raz pierwszy też podczas tego treningu doświadczyłam komfortu stałej współpracy z superwizorem. Spotykamy się raz w tygodniu oraz — co ważne! — w razie potrzeby. Podczas tych spotkań Beverly, moja superwizorka, omawia ze mną przebieg mojego treningu, pomaga rozwiązać trudności, docenia sukcesy i jest bardzo otwarta na mój aktualny „stan ducha”, związany z tym, co się dzieje w terapii i z tym, że jestem już od kilku miesięcy poza domem. Beverly daje mi duże wsparcie.

Chcę się jeszcze podzielić spostrzeżeniami na temat obecności Programu 12 Kroków, który jest podstawą filozofii

Parkside, nie jest jednak nachalnie wprowadzany, ale jakby „wisi w powietrzu”. Jego przejawy to zatrudnianie i szkolenie osób zdrowiejących według tego programu, utrzymywanie stałego kontaktu z ochotnikami AA, uznanie mitingów AA oraz stałej współpracy ze sponsorem za istotną część poszpitalnego planu leczenia, umieszczenie mitingów AA w wieczornym i weekendowym planie dla pacjentów. Żaden z 12 Kroków nie stanowi jednak przedmiotu pracy w grupie terapeutycznej czy indywidualnie z counselesem. Dla pacjentów jest więc od początku jasne, że leczenie alkoholizmu to połączenie Programu 12 Kroków z profesjonalną pomocą terapeutyczną.

Podczas tego półrocznego stypendium utrzymujemy kontakt z Polską Opieką Społeczną — organizacją, która służy milionowej polskiej społeczności w Chicago i m.in. nam ułatwia odbycie tego szkolenia, pośrednicząc pomiędzy Parkside i Fundacją Sullivana, która sponsoruje nasz pobyt. Kilka godzin tygodniowo pracujemy na rzecz Polskiej Opieki, współpracując z terapeutami, otwierającymi pierwszą w Chicago poradnię z programem leczenia uzależnień w języku polskim. Od początku pobytu w Stanach mamy bliskie kontakty z kilkoma osobami z Polskiej Opieki Społecznej. Czasami wspólnie spędzamy czas i otrzymujemy wsparcie w języku polskim, co przy sześciomiesięcznej nieobecności w kraju jest nieocenione.

Dziękujemy!

Małgorzata Sieczkowska
z Gniezna

Gen alkoholizmu?

Uczeni od dawna podejrzewali, że skłonność do nadmiernego picia jest w jakimś stopniu dziedziczna. Dzieci alkoholików nie tylko częściej od innych zostają same alkoholikami, lecz również charakteryzują się anormalnym wykresem fal mózgowych oraz słabiej i wolniej reagują na taką samą porcję alkoholu niż osoby, których rodzice nie są alkoholikami. Naukowcy znaleźli też sposób na „zaprogramowanie” szczurów laboratoryjnych tak, by mając do wyboru dwa płyny wybierały do picia bądź wodę bądź alkohol. Powyższe fakty nasuwają przypuszczenie, iż musi istnieć jakiś czynnik genetyczny stwarzający predyspozycję do alkoholizmu. Pytanie, jaki to czynnik?

Właśnie niedawno uczonym amerykańskim udało się przynajmniej częściowo wyjaśnić tę zagadkę. Rozpoznali oni gen biorący udział w recepcji dopaminy, substancji uczestniczącej w reakcji organizmu na alkohol. Doniesienie naukowe na ten temat opublikowali wiosną 1990 roku w „Journal of the American Medical Association” dwaj badacze, Kenneth Blum z Uniwersytetu Stanowego w San Antonio w Teksasie i dr Ernest Noble z UCLA w Los Angeles. Rozpoznali oni zwyrodniałą postać tzw. genu receptora dopaminy D2, którą wykryli w tkankach mózgu 70 zmarłych osób, w tym 35 alkoholi-

ków. Noble z grupą współpracowników z Kalifornijskiego Uniwersytetu w Los Angeles wysyłał do Teksasu próbki tkanek, a zespół Bluma badał je pod kątem występowania owego genu, który nazwano a-1 allele. Po rozkodowaniu nazwisk dawców okazało się, że w mózgach 69 procent alkoholików wyodrębniona została cząstka a-1 allele, natomiast u dawców nie-alkoholików występowała ona zaledwie w 20 procentach. Ze statystycznych obliczeń wynikała znamienna prawidłowość, a mianowicie, że każdy osobnik posiadający ten gen ma 77 procent prawdopodobieństwa, iż będzie alkoholi-kiem, zaś osobniki nie posiadające tego genu mają 72 procent szansy, że nie zostaną alkoholikami.

Wciąż nie bardzo wiadomo, w jaki sposób ta genetyczna odmiennność może skłaniać ludzi do nadmiernego picia. Uczeni podejrzewają, że szczególny apetyt na alkohol może być spowodowany przez zahamowanie aktywności dopaminy przez a-1 allele. Od genu receptora dopaminy D2 zależy tworzenie maleńkich otworów na powierzchni neuronów. W normalnym mózgu przez te otworki pobierana jest dopamina w miarę, jak wytwarzają ją sąsiadujące komórki. Noble przypuszcza, że a-1 allele tworzy wadliwie uformowane otworki i dlatego u osób, u których ten

gen występuje, będziemy obserwować chroniczny niedobór dopaminy, a co za tym idzie, zwiększone zapotrzebowanie na substancje pobudzające produkcję tego neurotransmitera.

Gdyby na przykład za pomocą analizy krwi można było wykrywać nosicieli a-1 allele, to moglibyśmy rozpoznawać skłonność do alkoholizmu nawet u dzieci, powiada Dr Noble. Trzeba byłoby je wtedy nauczyć specjalnej ostrożności w stosunku do alkoholu i w ten sposób zapobiegać prawdopodobieństwu uzależnienia od alkoholu. W przyszłości może uda się wynaleźć specjalne leki, które pozwoliłyby w bezpieczny sposób wyrównywać niedobór dopaminy.

Na razie to czysta fantazja. Blum i Noble przyznają, że wadliwy gen nie może jeszcze stanowić podstawy diagnostycznej do rozpoznawania zagrożenia alkoholizmem. Przede wszystkim trzeba powtórzyć badania na znacznie większej próbie, żeby przekonać się, iż odkrycie nie było przypadkowe i statystycznie mylne. A poza tym, nawet jeśli szersze badania potwierdzą odkrycie, to wiele spraw będzie wymagało dalszych wyjaśnień. Na przykład, dlaczego 23 procent osób z genem a-1 allele nie zostało alkoholikami, a 28 procent osób bez tego genu — zostało? A także, czemu wśród nosicieli a-1 allele pięciokrotnie więcej mężczyzn pije nadmiernie, podczas gdy kobietom z tym samym genem udaje się tego uniknąć?

Możliwe, że odpowiedzi na te i inne pytania nie na wiele się przydadzą w praktyce klinicznej lub w profilaktyce, ale jedno jest pewne — dzięki odkryciom neurofizjologów uzależnienie od alkoholu łatwiej uznać za „prawdziwą” chorobę, a nie objaw grzesznej natury lub słabej woli.

(Newsweek, 30 kwietnia 1990)

HUMOR

Na zebranie społeczności w jednym z oddziałów odwykowych w Polsce pewnego razu przbył Bardzo Ważny Uczony Alkohololog. Gdy zebranie dobiegało końca, głos zabrał BWUA: „Cóż za zaskoczenie! Chociaż jest to oddział odwykowy, widzę tu tylu miłych i porządnym ludzi. Jedno tylko mi się nie podoba — po co tak wciąż powtarzacie: „Jestem alkoholikiem” i „Jestem alkoholiczką”? Najwyższy czas już o tym zapomnieć”.

*

Dwaj pijani kolesie zawędrowali do ZOO. Zbliżyli się właśnie do klatki z lwami, gdy król zwierząt donośnie ryknął. Pierwszy kolesz powiedział: „Chodź lepiej stąd!” Drugi usadowił się na pobliskiej ławce i odrzekł: „Chcesz to idź, ja zostaję na film”.

*

Na zakończenie kuracji odwykowej w Instytucie pacjent otrzymał zalecenie „Idź na 90 mitingów przez 90 dni i zobacz, co się stanie”.

Trzy miesiące później pacjent odwiedził Oddział w Instytucie i poskarżył się: „Byłem na 90 mitingach, ale nic się nie stało”.

*

Podpitego kierowcę, który wjechał pod prąd w ulicę jednokierunkową, zatrzymał policjant. „A dokąd to, jeśli można wiedzieć?” „Nie wiem, ale muszę być dobrze spóźniony, skoro wszyscy już jadą z powrotem!”.

*

Pewna żona postanowiła się rozwieść podając za powód niezgodność charakterów ze swoim mężem. W pozwie do sądu napisała: „Nasze horoskopy się nie zgadzają. On jest Wódnik, a ja (w) Rak”.

NASZE KSIĄŻKI

Prosty klucz do skomplikowanego zamka

Kilkanaście miesięcy temu wracałem do życia w oddziale leczenia odwykowego szpitala w G., w izolacie detoksykacyjnej zwanej tam pieszczotliwie „porodówką”, mając za towarzysza młodego jeszcze ginekologa, który właśnie wykaraskał się z delirium. Mój przypadek był lżejszy: trafiłem na „odwyk” tylko z objawami halucynacji słuchowej, wzrokowej i węchowej, w stanie skrajnego wycieńczenia, nie pozwalającego mi nawet na samodzielne otwarcie pudełka zapalek.

Obaj przyjmowaliśmy kilka kroplówek dziennie, co jest zajęciem czasochłonnym i nudnym, stąd — unieruchomieni w łózkach — pogadywaliśmy trochę, jeszcze zawstydzeni, zrozpaczeni i przybici. Przyszłość nie zajmowała nas specjalnie, bo wyznaczała ją — jak mam się wydawało — martwa perspektywa, teraźniejszość przytłaczał strach i przed życiem i przed samobójstwem,

cokolwiek więc kleiło rozmowę, to wspomnienia z nieodległej przeszłości, której wiwisekcja jest ulubionym zajęciem wszystkich alkoholików, racjonalizujących swój nałóg. Powoli wyjaśniało się, że mnie zgubiło tym razem relanium i kilkanaście litrów „żytniej”, a jego doloran i spirytus leczniczy.

Pobyty w G. stanowił, jak się później okazało, zwrot w moim życiu. Był kresem dziesięcioletniej, beznadziejnej „walki” z alkoholizmem i lekomanią. Był kojącym doznaniami pokory i akceptacji mego ułomnego człowieczeństwa. Był „iluminacją”, patrząc na to w kategoriach wiary, lub „spiętrzeniem kryzysów”, jeśli by ujmować moją ówczesną sytuację życiową, duchową i psychiczną w sposób zrozumiały dla osób niewierzących. Był — wreszcie — moim pierwszym rzeczywistym i głębokim kontaktem ze wspólnotą AA, dzięki czemu odzyskałem słuch, mowę i zacząłem rozpoznawać, co się rzeczywiście dzieje w moim życiu i we mnie.

Ówczesna wymiana doświadczeń pozwoliła mi jedynie przeczuć, że powrót do nałogu poprzedza szczególny długotrwały stan emocjonalny, wspólny dla wszystkich alkoholików zespół objawów.

Piszę o tym wszystkim, grzebiąc w pamięci pod wpływem książki Gorskiego i Miller*, będącej poradnikiem zapobiegania nawrotom choroby. Konfrontacja moich doświadczeń z treścią pracy uświadomiła mi, jak bardzo blisko jestem swojej ówczesnej sytuacji, bo zaledwie o jeden kieliszek, a jednocześnie — jak ważną i długą drogę przebyłem w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy. Praktycznie pierwszy okres trzeźwości jest jednym wielkim nawrotem — z kró-

gło występują, będącymy obciążeni
chroniczny niedobór dopaminy, a co za
tym idzie, zwiększone zapotrzebowanie
na substancję pobudzającą produkcję
tego neurotransmitera.

tkimi jedynie przerwami na entuzjazm, pogodę ducha, jedność myślenia i konsekwencji postępowania — co wynika z obsesji picia, praktykowania dawnych nawyków i utrzymywania „pijanych” znajomości, wadliwych relacji z ludźmi oraz nieumiejętności rozpoznania, co się rzeczywiście z nami dzieje. Stąd poradnik może niezwykle przydać się każdemu „początkującemu” dla łagodzenia stanów depresyjnych i euforycznych, prowadzących do kontynuowania nałogu.

Praca zawiera to, co obiecuje na karcie tytułowej plus pewną — bardzo mnie niepokojącą, a częstą — sugestię nieodwracalności ostatniej fazy nawrotu, czemu osobiście się sprzeciwiam. Książka jest cenna w dwojakim sensie: jako poradnik medyczny, przekazujący pewną wiedzę profilaktyczną, oraz jako propozycja rozpoznawania swej alkoholowej tożsamości nie po sposobie picia, lecz po sposobie zachowania, określanym przez znawców mianem „suchości”

Mimo że istotna, książka zrodziła we mnie wrażenie pewnego niedosytu. Traktuje bowiem uzależnienie na zasadzie zwyczajnej „przyczynowo—skutkowej” choroby i „urzecza” terapię, której sens sprowadza się przecież nie do „niepicia”, ale do „trzeźwości” rozumianej jako odbudowa i rozwój duchowości. Z własnych i cudzych doświadczeń znam ponury, przynębiający stan „niepicia”, utrzymywany mocą zakazu i „podpórek” w rodzaju esperalu lub anticolu — i wpędzający w emocjonalne „piekło”, równe kacowi i halucynozom. W moim pojęciu, kluczową sprawą w leczeniu jest odczucie i praktykowanie

HUMOR

Na zebraniu polszczyźni w Jeleniej Górze
z oddziałów odgrywać w Polsce

pokory, odrzucenie pijackiej godności, a także przyznanie się do bezsilności wobec środka uzależnienia i do własnej znikomości. W każdym razie, mnie to pomogło najbardziej, dając — po latach obłądnych poszukiwań — wspaniałe poczucie wolności od leków i alkoholu. Choć nie wykluczam, że jakimś małym krokiem na tej drodze była owa chwila „nawrotowej” identyfikacji z nieszczęsnym lekarzem, który do dziś — jak mi doniesiono — tuła się po lecznicach północno-wschodniej Polski, odtruwając się po kolejnych „wpadkach”.

Marek Adler

* T. T. Gorski, M. Miller — „Jak wytrwać w trzeźwości”. Wydawcy: Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Fundacja im. Stefana Batorego. Warszawa 1991.

Psychologia w leczeniu otyłości

Według badań amerykańskich, przeprowadzanych w 1988 roku, spośród wszystkich osób, które kiedykolwiek w życiu czuły się zbyt grube, 60 proc. poradziło sobie samodzielnie. Drugą grupę stanowią osoby wciąż na nowo podejmujące próby schudnięcia. Stosują dietę „cud”, potem odpuszczają sobie, znowu tyją, popadają w stres, jedzą jeszcze więcej i koło zamyka się.

Tylko nie diety — pisze Elżbieta Zubrzycka w książce „Schudnąć bez wysiłku”.

Dieta upokarza, sugeruje ci, że sama nie wiesz, co jest dla ciebie najlepsze.

Odbiera wolę. Aż wreszcie poczucie własnej godności bierze górę i pacjent chce poczuć się wolnym. Je, czyli żyje tak jak lubi. Znowu tyje. Błędne jest liczenie kalorii. Jedzenie jest potrzebne i niezbędne. Tymczasem ludzie z nadwagą traktują je jak wroga.

Jednak niektóre pokarmy są dla naszego organizmu toksyczne. Podobnie jak do papierosów, alkoholu, czy narkotyków przyzwyczajamy się do nich dość szybko. Wykazano, że najczęściej spożywany cukier: sacharoza, wchodzi w cykl metaboliczny podobnie jak alkohol. Wielbiciele słodczy są uzależnieni od cukru, tak jak alkoholik od alkoholu.

W leczeniu otyłości najlepsze wyniki osiąga się stosując psychoterapię. Przyjrzyjmy się okolicznościom, w których je się nadmiernie. Sięganie po pożywienie jest reakcją na napięcia emocjonalne. Jedzenie daje nam satysfakcję i radość, których nie jesteśmy w stanie osiągnąć inną drogą. Często jemy, by zapobiec depresji lub wybuchowi hysterii. Nadmierne jedzenie jest uzależnieniem. Pacjent nigdy nie jest nasycony, wciąż po nie sięga.

Za najlepszą autorka uważa psychoterapię grupową. W grupie następuje wymiana doświadczeń. Każdy uczestnik terapii przekonuje się, że nie jest gorszy ani inny od pozostałych. Wśród innych ludzi łatwiej wprowadzić zmiany do swojego życia. Grupa dopinguje do pracy i wytrwałości. Lepiej można opłacać metodę relaksu i postu. Rośnie poczucie własnej wartości i zaufanie do innych.

A oto zalecenia, które autorka podaje osobom odchudzającym się:

1. Pracować nad podniesieniem samooceny.
2. Skończyć ze stosowaniem diet. Przestać kontrolować wagę.
3. Zaufać swojemu organizmowi i poznać jego potrzeby, a wówczas:
4. Jeść ile się chce, kiedy i co się chce.
5. Jeden raz w tygodniu stosować oczyszczenie organizmu przez całkowity post (tylko woda).
6. Nauczyć się relaksu — niech jedzenie nie będzie środkiem uspakajającym.
7. Nie jeść po 19.00
8. Znaleźć formy miłego spędzania czasu.

Ostatnie hasło brzmi: **NIE ODCHUDZAĆ SIĘ TYLKO CHUDNĄĆ! WYRZUCIĆ WAGĘ**

Naprawdę warto przeczytać tę książkę. Jest pogodna i radosna. Nie ma w niej mrocznych oskarżeń — jesteś za gruby, jedz połowę, co za wstyd we współczesnym świecie. Jest to program zgody z rzeczywistością, akceptacji otoczenia i chudnięcia przy pomocy głodówek, autohipnozy i relaksu. Nie schudnie człowiek, który nie radzi sobie ze swoimi problemami.

Iwona Konarska

Elżbieta Zubrzycka, Schudnąć bez wysiłku. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 1991. Autorka książki prosi o uwagi po lekturze. Można je nadsyłać na nazwisko autorki. Adres: Poradnia Psychologiczna, ul. Żeromskiego 11A/2, 81 — 826 Sopot.

ĆWICZENIA RELAKSYJNE W LECZENIU OSÓB UZALEŻNIONYCH

Dr Bogdan F. Maliszewski

W Szpitalu Glenbeigh w Tampa na Florydzie wprowadzono w 1987 roku specjalne ćwiczenia relaksyjne oparte na wykorzystaniu taśmy dźwiękowej Hemi—Sync jako uzupełnienie normalnego programu terapii pacjentów uzależnionych od alkoholu i innych substancji chemicznych, odbywających tam kurację odwykową. Wstępne wyniki eksperymentu dowiodły, że nauczanie pacjentów wykonywania ćwiczeń relaksyjnych ułatwia wielu osobom uzależnionym radzenie sobie ze stresem i niepokojem, zmniejszając tym samym ryzyko nawrotu choroby, zwłaszcza w początkach powrotu do zdrowia.

Terapia uzależnień w szpitalu Glenbeigh opiera się całkowicie na filozofii 12 Kroków Anonimowych Alkoholików; kuracja trwa 4 tygodnie. Na kilku oddziałach przebywają pacjenci w różnym wieku, łącznie z nastolatkami. „Czysty” alkoholizm występuje przeważnie u osób w starszym wieku, u ludzi młodych spotyka się częściej uzależnienie od kokainy, marihuany i opiatów, rzadziej od samego alkoholu. Kurację odwykową w Glenbeigh odbywa około 300 pacjentów rocznie.

Nowe odkrycia naukowe zwłaszcza w dziedzinie biochemii i fizjologii mózgu pozwalają lepiej rozumieć istotę uzależnienia i dzięki temu można coraz bardziej doskonalić metody terapii odwykowej. Stwierdzono na przykład, że

funkcjonowanie mózgu u alkoholików jest odmienne niż u nie-alkoholików; różnicę można zaobserwować za pomocą badania elektroencefalograficznego (EEG)

U alkoholików występuje przewaga aktywności fal Beta oraz deficyt częstotliwości fal Alfa i Theta. Z powodu niedoboru fal o częstotliwościach charakterystycznych dla głębokiego snu, sen alkoholików jest płytszy. Jednocześnie, nadmiar częstotliwości Beta wskazuje na wysoki stopień niepokoju, pobudzenia i trudności odprężenia nerwowego. U alkoholików obserwujemy także niższy niż u nie—alkoholików poziom neurotransmiterów odgrywających istotną rolę w stymulacji ośrodka przyjemności w mózgu. Neurotransmitery te należą do chemicznej grupy endorfin oraz enkefalin. Skądinąd wiadomo zaś, że właśnie te substancje wydzielają się w większej ilości podczas uprawiania sportu, medytacji i innych uspokajających lub przyjemnych rodzajów aktywności.

Można przewidzieć, że gdyby u alkoholików zwiększyć proporcję fal Alfa i Theta na ich wykresach EEG, to zwiększyłyby się ich szanse na wyzdrowienie. Wiadomo również, że na aktywność falową mózgu można wpływać między innymi za pomocą biofeedbacku, masażu, sportu, medytacji i stymulujących technik relaksacyjnych. He-

mi—Sync jest sposobem wpływania na falową funkcję mózgu przyczyniającym się do zmniejszenia niepokoju i pobudzenia. Uczucie wyciszenia i pozytywnego nastroju, jakich doznaje pacjent w wyniku Hemi—Sync bez żadnego udziału alkoholu lub innych substancji chemicznych, staje się dla wielu pacjentów całkowicie nowym doświadczeniem, które wskazuje im drogę do lepszego radzenia sobie ze stresem oraz pragnieniem picia lub zażycia. Wprawdzie współczesna medycyna potrafi radzić sobie z niepokojem i stresem u pacjentów za pomocą doskonałych środków farmakologicznych, ale nie można ich niestety stosować zbyt długo, a w przypadku osób uzależnionych od alkoholu stosowanie ich jest w ogóle nie wskazane. Leki te bowiem, po pewnym czasie, również prowadzą do uzależnienia.

W Glenbeigh zaczęto pracować z pacjentami w grupie, dając im do wysłuchania taśmę relaksacyjną Hemi—Sync trzy razy w tygodniu. Specjalny zestaw dźwięków elektronicznych Hemi—Sync uzupełniony wskazówkami terapeuty wywołuje na ogół od razu reakcję pozytywną. Z początku większość osób po prostu zapada w sen — zasypiają nawet ci, którzy od dawna skarżyli się na bezsenność i trudności z zasypianiem. Po pewnym czasie pacjenci zaczynają jednak bardziej świadomie uczestniczyć w ćwiczeniu relaksyjnym. Niektórzy dość szybko uczą się stosować taśmę indywidualnie i wówczas mogą to robić jeszcze w czasie pobytu na kuracji w chwilach wolnych od innych zajęć terapeutycznych. Po zakończeniu kuracji wielu pacjentów zaopatruje się w taśmę Hemi—Sync postanawiając wykonywać ćwiczenia samodzielnie w domu.

Po upływie roku eksperymentalnego stosowania metody relaksyjnej He-

mi—Sync nawiązaliśmy kontakt z wszystkimi pacjentami, którzy ukończyli kurację w Glenbeigh. Nie było to łatwe, ale uzyskane dane przerosły nasze oczekiwania. W grupie „czystych” alkoholików odnotowaliśmy wyraźnie korzystniejszą statystykę trwałości abstynencji; wśród uzależnionych od kokainy skuteczność leczenia (po okresie od 12 do 24 miesięcy) okazała się wprost zaskakująco duża — wzrosła bowiem z 25 do 50 procent.

Stwierdziliśmy również, że ważnym czynnikiem wpływającym na efektywność terapii Hemi—Sync jest nastawienie pacjenta. U osób o orientacji bardziej duchowej, reakcja na taśmę jest zdecydowanie lepsza niż u osób nie zainteresowanych żadnymi formami medytacji. W wielu ośrodkach leczenia uzależnień zarówno w USA, jak i innych krajach, od dawna wypróbowuje się różne techniki treningu autogenicznego, ćwiczenia polegające na kierowaniu wyobraźnią oraz specjalną muzyką relaksującą jako uzupełnienie konfrontacyjnej terapii odwykowej. Na podstawie zebranych doświadczeń stwierdzono, że uspakajająca muzykoterapia stanowi korzystny rodzaj terapii dla pacjentów w ostatnim tygodniu kuracji odwykowej, czyli takich, których program terapeutyczny uwzględnia przygotowanie do powrotu do normalnego życia w rodzinie, miejscu pracy i środowisku społecznym.

(HEMI—SYNC JOURNAL, Vol.IX, Summer 1991, No.3)

* Nazwa Hemi—Sync pochodzi od skrótu „synchronizacja półkul mózgowych”. Metodę opatentował w 1975 roku Robert Monroe jako sposób na relaks w ogóle. Dr Maliszewski zaś należy do pionierów badających jej przydatność w leczeniu uzależnień chemicznych. Metoda zrodziła się w wyniku odkrycia, że można regulować częstotliwość fal, na jakich pracuje mózg, przy pomocy dźwięków.

HEMI-SYNC IN THE TREATMENT OF CHEMICALLY DEPENDENT PATIENTS

by Bogdan F. Maliszewski, MD

As a physician, Bogdan Maliszewski has been deeply involved in investigating and implementing effective methods for the treatment of chemically dependent patients. He moved from his practice in Seattle, Washington, to Tampa, Florida, four years ago. Dr. Maliszewski became a member of the Professional Division in 1988 and recently submitted this article on the impact of Hemi-Sync in drug rehabilitation

Between the years 1987 and 1989 I practiced as attending physician at the Glenbeigh Hospital in Tampa, a rehabilitation and treatment center for alcohol and drug abuse. During that period, Hemi-Sync was introduced as an adjunct to the intervention program. The preliminary results suggest a substantial increase in recovery for cocaine-addicted patients using Hemi-Sync.

The treatment program was based on the traditional twelve-step Alcoholics Anonymous recovery program. An average stay in the hospital was about one month, and patient age ranged from early teens to over seventy years old. In the older group, alcoholism was the most prevalent dependency; in the younger group, the most popular was cocaine, then marijuana, alcohol, and opiates. About twenty patients participated in the program each month; an approximate total of 300 for the year.

The success rate, based on sobriety for at least one year after treatment, was best for alcohol, reaching about fifty percent of the patients, but poor for cocaine, achieving only twenty-five percent or less. These percentages correspond to the national average recovery

rate. Over thirty-five years ago the American Medical Association recognized alcoholism as a disease. Since then many other chemical dependencies have been added to this category. One of the most serious and challenging addictions is that of cocaine.

Progress in research and science, especially biochemistry and physiology of the brain, has allowed us to understand many aspects of the diseases of chemical dependency. With alcoholism, it has been found that brain activity in alcoholics differs from that of nonalcoholics, as measured on an electroencephalogram (EEG). Alcoholics show a prevalence of fast Beta activity and a deficit of Alpha and Theta frequencies. Their sleep is shallow, lacking the Delta waves characteristic of deep sleep. The excess of Beta frequencies on EEG is characteristic of anxiety, restlessness, nervous tension, and inability to relax. At the same time, very important neurotransmitters playing a crucial role in the reward system in the brain, show lower levels than nonalcoholics. They belong to the Beta endorphins and enkephalins group of chemicals. It has also been discovered that these neurotransmitters are relea-

sed during sports activity, relaxation, meditation, and other activities.

Alcohol's influence on the brain is very characteristic: the number of Alpha waves in the brain increase greatly, but only in alcoholics. In nonalcoholics this action is very limited. Thus, it becomes clear that many alcoholics drink to relieve stress and anxiety, characterized by increased Beta waves on EEG. It has also been discovered that continuous use of alcohol causes depletion of endorphins and enkephalins in the brain, resulting in a state of anhedonia — inability to feel pleasure — and later, a state of depression.

It occurred to me that if alcoholics and patients addicted to cocaine were trained to increase the proportion of Alpha and Theta waves in their EEGs, they would increase the chance of recovery. This could be achieved by environment stimulation therapy (REST), among other approaches.

However, it seemed that the Hemi-Sync technology would probably be one of the most effective and easiest methods to use in the hospital setting. Direct action of Hemi-Sync on the brain provides an excellent therapeutic tool. Experience of positive states of mind, not achieved by alcohol or drugs, would reinforce the patient's ability to cope with stress and the craving for alcohol and drugs. In medicine, it is relatively easy to cope with anxiety by using tranquilizers like Xanax, Valium, etc., but only for a short time. These medicines, if used for longer periods, also lead to chemical dependency.

We started to use the PREP side of the Relax tape from the H-PLUS series in a group setting, on an average of three times weekly. With the exception of the cocaine addicts, patients were exposed to the tapes after stressful group therapy sessions. Before the tape, the cocaine-addicted group participated

in special desensitization sessions involving exposure to the paraphernalia of cocaine use — pipes, white powder resembling cocaine, etc. They even pretended to use cocaine to evoke the craving for this powerful stimulant.

Overall, patients responded very positively to the tapes. At first, most of them fell asleep during the session, although many suffered from chronic insomnia caused by the drugs. Later, the patients participated more consciously in the relaxation exercise. Some of them used the tapes individually, in their free time. After completion of the treatment program, they had the option of purchasing H-PLUS Relax to use at home. Perhaps ten to fifteen percent exercised this option.

After one year we attempted to follow up with the former patients. It was the difficult task, but the results were very encouraging. While the rate of recovery improved with alcoholics, the most dramatic increase was achieved in the group of cocaine patients. Recovery increased from twenty-five percent to about fifty percent of patients still drug-free one year after treatment.

Attitude toward the therapy was very important. More spiritually oriented patients responded better to the treatment program. For this group, we recommended further use of the Hemi-Sync tapes, such as Focus 10 and Focus 12 exercises. We used Pain Control for patients suffering from chronic pain, and De-Hab for others. These results were also positive, especially those with the Pain Control tape.

In my opinion, the Hemi-Sync technology can be used in treatment of chemically dependent patients very effectively. However, more controlled studies are necessary in order to promote this method of treatment among the professionals in the field of addiction medicine. ■

Czym jest zło — odpowiedź ucznia

Patricia Hawkins przyjechała do Łodzi z Harrisburga (stan Pensylwania). Uczy tam w państwowej średniej szkole i zajmuje programami zapobiegania nałogom. Niewielkiego wzrostu, drobna i delikatna stanęła przed szkolną tablicą i wbrew wszelkim oczekiwaniom pierwszą lekcję rozpoczęła od dyskusji na temat komunikowania się. Nie padło ani jedno słowo, które mogłoby sugerować główny przedmiot zajęć. Temat pierwszej lekcji był świetną okazją do nawiązania kontaktu między dwoma obcymi sobie nawzajem stronami, nauczycielem i grupą uczniów. Była to okazja do udowodnienia, jak wieloma sposobami możemy dążyć do siebie, mimo różnicy wieku, doświadczeń życiowych, narodowości czy języków, którymi mówimy.

Przedmiotem następnych zajęć były wartości pozytywne i negatywne, które według dzieci odgrywają rolę w życiu człowieka. Punktem wyjścia jest tu ankieta, która prowadzi do wyłonienia pozytywów i negatywów, będących przedmiotem dalszych dyskusji. W szkole polskiej zawsze jedno z naczelných miejsc w hierarchii pozytywów

zajmuje rodzina, miłość i przyjaźń — w hierarchii negatywów zazwyczaj pojawia się alkohol i narkotyki. Jak mądry jest to program, który w sposób naturalny prowadzi młodego człowieka do samodzielnego uświadomienia sobie tego, co ceni i tego, co powinien odrzucić. O wiele łatwiej jest rozmawiać na tak trudne i może zbyt schematycznie dotychczas przedstawiane tematy jak alkoholizm czy narkomania, gdyż młodzież sama wskazuje ich wagę.

Innym, bardzo istotnym elementem programu edukacji zapobiegania nałogom, silnie akcentowanym przez p. Hawkins, jest podmiotowość ucznia. Nauczyciel nie jest tu głównym źródłem wiedzy począwszy od pierwszych lekcji dotyczących porozumiewania się między ludźmi, poprzez dyskusje poświęcone nałogom. Program skonstruowany jest tak, aby uczeń podzielił się swoją wiedzą, obserwacjami i refleksjami z nauczycielem, aby nauczył go jak problemy te postrzegane są przez młodzież. Jest to znakomity punkt wyjścia do prawdziwej partnerskiej rozmowy, tak dalekiej od pogadanek czy wykładów, które zbyt często jeszcze są obecne

w naszych szkołach. Nauczyciel prowadzi dyskusję, będąc pozornie w tle. Służy informacją, radą, prezentuje własny punkt widzenia, ale nie narzuca rozwiązań.

Pobyty p. Hawkins to nie tylko lekcje, ale również spotkania z nauczycielami, pedagogami, pracownikami MONARU, władzami oświatowymi, dziennikarzami prasy, radia i TV.

Zakcentowałam tylko kilka elementów, wyróżniających metody pracy p. Hawkins, które zadecydowały o sukcesie. Nie myślę tutaj o rezultacie w postaci nagłego nawrócenia się od tytoniu czy alkoholu, bo nie na takie skutki obliczony był ten dziesięciolektynowy program. Mam na myśli po pierwsze:

stworzenie skutecznej metody nawiązania kontaktu między nauczycielem i uczniem, opartej na wzajemnym zaufaniu i partnerstwie.

po drugie:

— pełną akceptację nauczyciela przez ucznia możliwą tylko w oparciu o podmiotowość ucznia i uznanie go za pełnowartościowego partnera,

po trzecie:

— program zapobiegania nałogom zintegrowany jest z nauczaniem innych przedmiotów, np. języków obcych, biologii, historii, a nawet matematyki, co

umożliwia naturalne wprowadzenie problemów i ciągłość obcowania z nimi, a tym samym konsekwentne budowanie świadomości młodego człowieka.

Opisując metodologię i skuteczność programu p. Hawkins nie sposób nie uwzględnić cech osobowości autorki. Jest ona osobą bardzo żywo reagującą na procesy przemian toczących się na świecie. Pierwszą wizytę w Europie złożyła na Węgrzech, gdyż tam akurat w tym czasie odbywały się demokratyczne wybory do Parlamentu. Kolejnym krajem, który wybrała była Polska, z determinacją budująca nową rzeczywistość. Zawodowo pracuje z dziećmi z grupy największego ryzyka, pochodzącymi z rodzin zaniedbanych, rozbitych, z dziećmi imigrantów z Azji. Wychowała ośmioro dzieci, w tym troje adoptowanych, wietnamskich. Pasja z jaką realizuje edukację zapobiegania nałogom jest z pewnością związana z jej osobistą tragedią — śmiercią syna spowodowaną narkotykiem podanym przez kolegę.

Długa i cierpliwa pasja pani Hawkins ma na celu uświadomienie młodym ludziom, jak ważne jest poznanie i akceptacja samego siebie, odpowiedzialność za własne decyzje i życie.

Grażyna Budzińska

Łódź

NASI PARTNERZY

Praca Komisji nie byłaby możliwa bez pomocy wielu osób prywatnych, organizacji, fundacji i instytucji za granicą. W ciągu kilku zaledwie lat zebrała się całkiem pokaźna grupa ludzi, którzy przyjeżdżali do Polski, by szkolić naszych profesjonalistów i nie mniejsza liczba ośrodków, które gościły naszych stypendystów. Dziś chcemy przynajmniej wymienić naszych najważniejszych partnerów zagranicznych.

Działalność, która z czasem doprowadziła do powstania Komisji, zapoczątkował w połowie lat osiemdziesiątych anonimowy filantrop z USA, który sfinansował pobyt czworga polskich psychiatrów i psychologów w kilku ośrodkach amerykańskich, aby poznali program Dwunastu Kroków i możliwość współpracy profesjonalistów z AA. Uchwytnym rezultatem tej podróży było wprowadzenie elementów tzw. „modelu Minnesota” na Oddziale Odwykowym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Filantrop ów dziś podkreśla, jak wielki wpływ na jego życie osobiste wywarła współpraca z nami. Zapoznał się bowiem bliżej z programem Dwunastu Kroków w różnych rodzajach grup, a szczególnie Al-Anon, a także zetknął się z profesjonalistami pomagającymi uzależnionym i ich rodzinom. Dziś przypuszcza on, że być może, alkoholizm w poprzednich pokoleniach mógł mieć wpływ na niektóre problemy osobiste, z jakimi musiał sobie radzić.

Jesienią 1987 roku tenże filantrop przysłał do Polski Stefana Johannissona, założyciela i dyrektora Cornestorpe Institute w Altamonte Springs na Florydzie. W latach siedemdziesiątych Stefan odegrał ogromną rolę we wprowadzeniu metod terapeutycznych opartych o Dwanaście Kroków w rodzinnej Islandii, a następnie szkolił profesjonalistów w wielu krajach Europy zachodniej. Celem jego podróży do Polski było rozpoznanie sytuacji oraz określenie potrzeb w zakresie leczenia alkoholizmu i innych uzależnień. Za priorytetowe zadanie Stefan uznał szkolenie personelu istniejących placówek odwykowych, stworzenie nieznanego w Polsce zawodu terapeuty odwykowego, a także edukację grup zawodowych stykających się z alkoholikami, tak by potrafili oni skłonić chorych do podjęcia leczenia lub przynajmniej do uczestnictwa w AA.

Zadania te przekraczały ograniczone bądź co bądź możliwości jednego dobrodzieja. Toteż od 1989 roku cele wyznaczone przez Stefana stara się realizować nasza Komisja. Sam Stefan później jeszcze dwukrotnie odwiedzał Polskę (i raz Węgry), tym razem już prowadząc szkolenie terapeutów. Amerykański filantrop nadal pomagał sfinansować wiele naszych przedsięwzięć, zawsze jednak baczył, by Komisja nie była nadto od niego zależna. Zasada ta przyświeca nam nadal i nawet po objęciu patronatu nad Komisją przez Fundację im. Stefana Batorego w 1989 roku sta-

ramy się mieć kilku sponsorów i przynajmniej kilka współpracujących z nami ośrodków w Ameryce, w których możemy umieszczać naszych stypendystów.

Pierwszym i najpoważniejszym partnerem jest Caron Foundation w Pensylwanii, jeden z najlepszych ośrodków terapeutycznych i szkoleniowych w USA. To właśnie stamtąd w maju 1990 roku przyjechała do Warszawy czwórka specjalistów, by przeprowadzić dwudniowe seminarium szkoleniowe dla ponad 150 osób. Później z Caron przyjeżdżali do nas: Jeb Bird, Max Weisman, Scott Davis i dwukrotnie Claudia Blackburn. W Caron odbyły praktyki i szkolenia dziewięcioro stypendystów Komisji.

Po cztery osoby odbyły kilkutygodniowe staże w Heritage Health na Florydzie oraz w ośrodku Ashley w stanie Maryland, kierowanym przez legendarnego księdza Martina, którego sfilmowane wykłady stanowią elementarz dla leczących się alkoholików oraz dla odbywających trening przyszłych terapeutów. Trzy osoby poznały pracę ośrodka Parkside, który dysponuje najliczniejszą siecią placówek odwykowych w Stanach Zjednoczonych (a od niedawna również w Szwecji). Dwie osoby przebywały w ośrodku Highwatch, gdzie sami trzeźwi alkoholicy — bez pomocy profesjonalistów — pomagają innym stawiać pierwsze kroki w trzeźwości, ko-

rzystając wyłącznie z programu AA. Również dwie osoby odbyły staże w Szpitalu Świętej Elżbiety w Chicago, a po jednej w Szpitalu Glenbeigh w Tampa na Florydzie oraz w Smithers w Nowym Jorku.

Troje pracowników więziennictwa zapoznawało się z programem „Atlantis” w ośrodku Stillwater w więzieniu w Minnesocie, ucząc się tam od Williama Burgina, z którym obecnie razem pracują w więzieniu na Służewcu w Warszawie. Dwóch duchownych po spędzeniu tygodnia u księdza Martina w Ashley pojechało obejrzeć Guest House — specjalny ośrodek leczenia księży uzależnionych od alkoholu w stanie Michigan. Cztery osoby odbyły tygodniowe szkolenia w Hazelden w stanie Minnesota; stąd właśnie pochodzi słynny dziś na całym świecie „model Minnesota”.

I wreszcie ósemka stypendystów Komisji uczestniczyła w różnych programach Summer School of Alcohol, czyli Letniej Szkoły Studiów nad Alkoholem w najbardziej znanym ośrodku akademickich badań nad alkoholizmem w Uniwersytecie Rutgers w stanie New Jersey. Tam właśnie przed laty powstał pierwszy naukowy model alkoholizmu jako choroby, tam też naukowcy i praktycy każdego lata starają się zmniejszyć przepaść między teoretyczną nauką a wiedzą praktyczną, zbieraną w AA i innych grupach samopomocy.

NASI PARTNERZY

Praca Komisji nie byłaby możliwa

Jesienią 1987 roku także Elanor

Oprócz ośrodków terapeutycznych i szkoleniowych nie sposób pominąć jeszcze przynajmniej dwu instytucji amerykańskich. Pierwsza to Polish Welfare Association w Chicago, która pod kierownictwem Larry'ego Lecka od 1990 roku organizuje w Polsce coroczne konferencje samopomocy. Na konferencje te przyjeżdżały specjalistki w dziedzinie alkoholizmu i uzależnień, m.in. Jeanne Sullivan, i siostra Theresa Golden, które po zakończeniu obrad brały udział w przedsięwzięciach edukacyjnych organizowanych przez naszą Komisję. Z kolei Agnes Kowalewicz, Maria Mijatowicz i Kathy Leck opiekują się polskimi stypendystkami w Chicago.

Drugą instytucją jest International Training Institute w Greenwich w stanie Connecticut. Głównym celem Instytutu jest szkolenie profesjonalistów w Rosji. Instytut przejął po Caron Foundation Oddział Odwykowy oparty na Dwunastu Krokach w Moskwie i tworzy podobny oddział w St. Petersburgu. ITI zorganizował również dwie wielkie amerykańsko-radzieckie konferencje na temat alkoholizmu, a od dwu lat co roku organizuje spotkania szkoleniowe dla specjalistów z Rosji na Florydzie. Prezydent Instytutu, Louis F. Bantle, będący zarazem prezesem wielkiej kompanii UST, nie szczędzi sił i środków, by torować drogę metodom leczenia uzależnień współdziałających z ruchem AA także do Polski. Jim Cassidy i David

Powell z Instytutu kilkakrotnie przebywali w Polsce szkoląc terapeutów i pomagając utworzyć pierwsze w naszym kraju służby pomocy pracowniczej. A Marysia Nystrom oraz Alison Henley organizowały wizyty naszych stypendystów w Rutgers, Heritage Health, Ashley, Highwatch i innych ośrodkach.

Nie sposób wymienić wszystkich Amerykanów, którzy dzielili się z nami wiedzą o uzależnieniach — zarówno w Ameryce, jak i w Polsce. Nie można jednak pominąć Ernesta Kurtza, autora historii ruchu AA oraz wielu innych książek na temat leczenia alkoholizmu, który był w Polsce w 1988 roku, oraz Stefanii Brown, autorki przełożonej na polski książki „Leczenie alkoholików. Rozwojowy model choroby”, która latem 1991 roku szkoliła psychologów i terapeutów w Polsce. Warto też wspomnieć wizyty Suzan i Daniela Shapiro oraz Pat Hawkins, nauczycielki z Pensylwanii, którzy przyjechali do nas, by rozpocząć działalność w zakresie edukacji zdrowotnej i prewencji w szkołach. A już na sam koniec trzeba odnotować wizytę Hakana Wrangla ze Szwecji, i to nie tylko po to, by lista nasza nie składała się z samych Amerykanów. Udział Hakana w Krajowej Konferencji Psychiatrów w Dobieszku w 1990 roku dopomógł w zrozumieniu możliwości współdziałania z AA przez wielu polskich psychiatrów.

Wszystkie te szkolenia i wizyty mu-

siały wiele kosztować. W większości przypadków ośrodki terapeutyczne wносиły dary w naturze: nasi stypendyści uzyskiwali „wikt i opierunek” oraz szkolenie z darmo. Również wielu szkoleniowców zagranicznych ofiarowało nam swą pracę w Polsce, oczywiście było to możliwe jedynie w przypadku krótkich wizyt. Ale mimo tych darów, podróże, koszty pobytu, diety i honoraria wymagały okazałych kwot, które udało nam się uzyskać od wielu fundatorów.

Oczywiście najpoważniejszym fundatorem była Fundacja im. Stefana Batorego, która zapewniała nam od 1989 roku finansową bazę działalności. Oprócz tego, w 1991 roku uzyskaliśmy dodatkową subwencję od fundatora, pana George Sorosa na program szkoleniowy prowadzony w ośrodku na Kolskiej oraz program terapeutyczno-szkoleniowy w więzieniu. Ważnym zastrzykiem finansowym była dotacja z Komisji Mieszanej do spraw Pomocy Humanitarnej dla Polski przy Ambasadzie Amerykańskiej w Warszawie. Ponadto Agencja Informacyjna Stanów Zjednoczonych (USIA) sfinansowała pobyt studyjny dyrektorki programów szkoleniowych Komisji USA, a także przyjazd do Polski kilkorga szkoleniowców amerykańskich. Znaczną część kosztów pobytu polskich stypendystów w USA a także przyjazdu specjalistów z International Training Institute do Polski pokryła wspomniana już kom-

pania UST z Greenwich w stanie Connecticut; UST podarowało również nam sprzęt komputerowy. Fundacja Rodziny Sullivan z Chicago ufundowała stypendium dla dwu osób przebywających po pół roku w Parkside, a Gail Milgram, dyrektorka Summer School of Alcohol Studies w Rutgers University uzyskała w Smithers Foundation cztery stypendia na pokrycie kosztów naszych uczestników w swej szkole w 1990 roku.

Kilka stypendiów do USA ufundowała dla nas Fundacja Kościuszkowska w Nowym Jorku, której prezydent i dyrektor pan Joseph Gore bez wahania zaakceptował jedno z haseł naszej Komisji, głoszące: „Europa Środkowa nie będzie naprawdę wolna bez wyzwolenia od alkoholizmu i innych uzależnień”. W ten sposób pomoc naszym programom wpłynęła na poszerzenie działalności Fundacji, poprzednio skoncentrowanej głównie na sprawach nauki i kultury.

Każda z wymienionych wyżej organizacji i każda osoba zasługuje na coś więcej niż krótką wzmiankę. W przyszłości postaramy się bliżej przedstawić przynajmniej niektóre ośrodki i niektórych ludzi. A dziś chcemy wszystkim im podziękować. Bo przecież mając za cel przeniesienie do Polski metod terapeutycznych opartych o Dwanaście Kroków, bez naszych zagranicznych partnerów nie moglibyśmy w ogóle istnieć.

Wiktor Osiatyński



FUNDACJA im. STEFANA BATOREGO **Komisja Edukacji w Dziedzinie** **Alkoholizmu i innych Uzależnień**

Flory 9 * 00-586 Warszawa * Tel. (48-22) 488-055 FAX (48-22)
493-561 lub 330-647. Tlx 825-143 FBAT PL

Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i innych Uzależnień przy Fundacji Stefana Batorego ma na celu przeniesienie do Polski z Zachodu skutecznych metod leczenia alkoholizmu i innych uzależnień oraz zapobiegania tym chorobom.

Cele Komisji:

- * Szkolenie w zakresie teorii i praktyki polskich profesjonalistów i paraprofesjonalistów w dziedzinie uzależnień chemicznych oraz terapii rodzin przez zagranicznych specjalistów, sprowadzonych w tym celu przez Komisję do Polski.

- * Szkolenie polskich profesjonalistów i paraprofesjonalistów w ośrodkach leczniczych i szkoleniowych za granicą.

- * Edukacja polskich specjalistów w dziedzinach nie związanych bezpośrednio z leczeniem odwykowym (np. lekarzy), nauczycieli, duchownych, policji, personelu więzień, sędziów i przedsiębiorców tak, by potrafili pomagać uzależnionym, stwarzając motywację do leczenia oraz odpowiednie warunki powrotu do zdrowia.

- * Prewencja i popularyzacja wiedzy na temat uzależnień w społeczeństwie.

- * Wydawanie książek, broszur i materiałów szkoleniowych na temat uzależnień i współuzależnień.

Komisja współdziała z instytucjami powołanymi do leczenia alkoholizmu i uzależnień. Komisja współpracuje z prasą, radiem i telewizją oraz wydawnictwami. Oferuje wykłady, konferencje i seminaria dla przedstawicieli różnych zawodów, związanych z alkoholizmem i uzależnieniami, a także dla szkół i wyższych uczelni. Pragnąc upowszechnić poczucie odpowiedzialności za rozwiązywanie własnych problemów, Komisja nie wyręcza nikogo w realizacji obowiązków i wymaga od wspomaganych instytucji udziału finansowego lub rzeczowego we wspólnych przedsięwzięciach.

Członkowie Komisji:

Wiktor Kulerski, wiceminister Edukacji Narodowej
Wiktor Osiatyński, publicysta, doktor nauk prawnych
Adam Sokołowski, przedsiębiorca
Adam Strzembosz, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego
Zbigniew Wierzbicki, profesor socjologii

Biuro Komisji:

Wiktor Osiatyński, dyrektor
Ewa Woydyłło-Osiatyńska, koordynator szkoleń
Aleksandra Borodin, kierownik Biura Komisji



STEFAN BATORY FOUNDATION Commission of Education on Alcohol and Drug Addiction

**Flory 9 * OO-586 Warsaw * Poland * Phone (48-22) 488-055
FAX (48-22) 493-561 Tlx 825-143 FBAT PL**

Commission of Education on Alcohol and Drug Addiction of the Stefan Batory Foundation (founded in 1989) is the first non-profit private organization in Eastern Europe whose purpose is to bring from the West the most effective methods of treatment and prevention of alcoholism and other addictions.

Goals of the Commission:

- * Education and training of Polish professionals in chemical dependency by foreign specialists coming to Poland.
- * Training of Polish professionals at treatment and training centers abroad.
- * Education of Polish professionals other than counselors so that they could help alcoholics and addicts by facilitating their treatment. Professions targeted at include physicians and nurses, teachers and clergy, law enforcement and correction officers, parole and probation officers, judges and lawyers, employers, etc.
- * Education of general public, to increase awareness of the disease, by means of lectures, taped talks, radio and TV programs, articles published in newspapers and popular magazines.
- * Publication of books, brochures and training materials on chemical dependency and codependency.

The Commission seeks help of the institutions in which training could be provided, secures facilities for conferences and workshops, and selects professionals to be trained abroad. The Commission cooperates with newspapers, magazines, radio and TV stations, and publishing houses. We offer lectures, seminars, and workshops to professionals, schools and colleges. To promote sense of responsibility for solving our own problems the Commission requires matching contributions from all assisted institutions and/or individuals.

The Board:

Wiktor Kulerski, First Deputy Minister of National Education
Wiktor Osiatyński, writer, associate professor of law
Adam Sokołowski, businessman
Adam Strzembosz, the Supreme Judge of Poland
Zbigniew Wierzbicki, professor of sociology

Staff:

Wiktor Osiatyński, director
Ewa Woydyłło-Osiatyńska, training director
Aleksandra Borodin, administrative assistant

SZANOWNI PAŃSTWO,

Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego przesyła egzemplarz promocyjny kwartalnika ARKA.

Życzliwe przyjęcie, z jakim spotkały się nasze publikacje książkowe, a także zainteresowanie naszymi pogramami edukacyjnymi — skłoniły nas do wydawania kwartalnika poświęconego uzależnieniom i metodom ich leczenia.

Fundacja nasza jest organizacją niedochodową i utrzymuje się wyłącznie z subwencji i darowizn. Wydawanie czasopisma nie będzie możliwe bez wpłat od czytelników przeznaczonych na obniżenie kosztów produkcji.

Uprzejmie prosimy o wpłacanie kwoty po 15.000 zł na kolejne egzemplarze ARKI do dnia 15 marca 1992 r. na konto Komisji:

BPKO S.A. V O/M Warszawa

501145-9100578-139-79-1110