

ARKA

ISSN 1234-3005

Nr 24 ● maj 1998 r.

- O LECZENIU NARKOMANÓW
- UZALEŻNIENIE CZY ... COŚ INNEGO?
- WĄTPI LEKARZ
- PALENIE PAPIEROSÓW
- PROFILAKTYKA WŚRÓD UCZNIÓW
- Z DOSWIADCZEŃ LEKTORSKICH



02-2 Warszawa, ul. Koszykowa 47
tel. 640-31-05

BIULETYN KOMISJI EDUKACJI W DZIEDZINIE ALKOHOLIZMU
I INNYCH UZALEŻNIEŃ FUNDACJI IM. STEFANA BATOREGO

WYDAWCA ZEZWALA NA PRZEDRUK NASZYCH
ARTYKUŁÓW Z PROŚBĄ O UMIESZCZENIE
NASTĘPUJĄCEJ ADNOTACJI:

„Przedruk z kwartalnika ARKA wydawanego przez
Komisję Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych
Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego”.



FUNDACJA IM. STEFANA BATOREGO
Komisja Edukacji w Dziedzinie
Alkoholizmu i Innych Uzależnień

Al. Ujazdowskie 33/35
00-540 Warszawa, telefon 622-12-86, fax 622-12-80

DRODZY CZYTELNICY



Numer niniejszy otwiera dyskusja redakcyjna o możliwościach poprawy leczenia osób uzależnionych od narkotyków. Kilka następných tekstów nawiązuje do tematu. Polecamy je terapeutom ośrodków i poradni dla narkomanów, zdrowiejącym narkomanom oraz rodzicom i znajomym tych, którzy wciąż potrzebują pomocy. Nasze łamy czekają na Państwa wypowiedzi, pytania i kolejne głosy w rozpoczętej dyskusji.

Wspomnę, że komisja została zaproszona do grona pozarządowych organizacji zajmujących się profilaktyką i pomocą narkomanom, aby zespoliły swe wysiłki na rzecz „zdrowych wakacji” dla dzieci i młodzieży. Pomysł wyszedł z Kancelarii Prezydenta RP, koordynacją zajęła się osobiście minister Barbara Labuda, a najgłośniejszym akcentem ma być dzień 14 czerwca, w którym wszystkie telewizje pokażą o tej samej porze rysunkowy film dla dzieci propagujący hasło: *Zażywasz – Przegrywasz* (z angielskiego oryginału *You Use – You Loose*). Zobaczymy, może gdy zbierzemy się razem, to coś zdziałamy dla zagrożonych dzieci i dla tych, które już mają problem z narkotykami czy alkoholem.

Osobiście niestety bardziej wierzę w lepsze skutki profilaktyki, jeżeli najpierw uzdrowimy rodziców i pomożemy im odpowiedzialnie wychowywać odpowiedzialne dzieci. Na początek udało się nam pozyskać Redakcję Społeczną TV1, która przyjęła nasz pomysł zamieszczania „spotów” adresowanych do rodziców. Od 15 kwietnia widzimy na ekranie napisy: „Czy twoje dziecko wie, że je kochasz?” (ok. 19.00) i „Czy wiesz, gdzie jest teraz twoje dziecko?” (22.00) Swoją drogą szkoda, że inne stacje telewizyjne nie podchwyciły natychmiast tego pomysłu. Tym bardziej wyrazy najwyższego uznania należą się pani dyrektor Marioli Guz, która szybko dała się przekonać, że „spoty” to świetna idea. No i że udało jej się przekonać innych Ważnych Dyrektorów w telewizji.

Życzę miłej lektury, bo artykułów i korespondencji na inne tematy również w tym numerze nie brakuje. Życzę też, żeby wszystkie nasze dzieci wiedziały, że je kochamy.

No to ZDROWEGO LATA. □

Ewa Woydyłło

JAK LEPIEJ LECZYĆ NARKOMANÓW?

7 kwietnia 1998 roku komisja zorganizowała dyskusję redakcyjną z udziałem osób, które uznały, że można sięgnąć do doświadczeń w leczeniu alkoholików i zastanowić się, które z nich można zastosować w leczeniu narkomanów. W dyskusji wzięli udział terapeuci pracujący z narkomanami: dr Karina Chmielewska psychiatra, Tomasz Harasimowicz konsultant Ministerstwa Zdrowia, Danuta Wiewióra poradnia MONAR Warszawa, Elżbieta Rachowska Ośrodek Leczenia Narkomanów Toruń, a także Olaf Mejer-Zahorowski dyrektor Biura ds. Narkomanii, Feliks Dumanowski oraz Barbara i Marek Szykułowie lektorzy komisji, Marek Adamik wydawnictwo „Akuracik” i Ewa Woydyłło „Arka”.

Oto zapis głównych wypowiedzi.



Ewa Woydyłło: Porozmawiajmy o tym, czy w lecznictwie narkomanii można wprowadzić coś więcej niż model długoterminowej „wspólnoty terapeutycznej” reprezentowanej przez ośrodki Monaru. Mnie osobiście interesuje rozwój wspólnoty Anonimowych Narkomanów. Wiemy, że już są załączki Wspólnoty AN, ale na razie nie stanowi ona dostatecznie szerokiego oparcia dla zdrowiejących narkomanów. Interesuje mnie również, czy zróżnicowanie oferty terapeutycznej dla uzależnionych od narkotyków jest w naszych warunkach możliwe. Czy znajdują się miejsca,

terapeuci, no i pacjenci, którzy zechcą leczyć się nie rok czy dwa lata, a kilka tygodni.

Elżbieta Rachowska: Mechanizm uzależnienia od narkotyków jest bardzo podobny do uzależnienia od alkoholu. Ma oczywiście także własną specyfikę, nie jest tożsamy ze względu na samą osobę pacjenta. Mimo to jednak metody pracy terapeutycznej mogą być podobne. Kilka lat pracuję już w oparciu o założenia terapii zbudowanej na Dwunastu Krokach i programie AA. Przekonałam się, że moich pacjentów to interesuje i im pomaga.

Z drugiej strony, nasz toruński program ma małą rotację pacjentów. Przyjmujemy po 15 osób trzy razy w roku, bo nie ma więcej miejsc. Nasz program podobny jest do programu Minnesota. Jest interdyscyplinarny, intensywny, nasycony edukacją, a przy tym każdego pacjenta traktujemy indywidualnie. Ponadto, pacjentom od początku towarzyszy Wspólnota Anonimowych Narkomanów. Ważny jest też nacisk na wytworzenie nowej tożsamości osoby uzależnionej. Nasz program zbudowany jest na ideologii behawioralno-poznawczej. Ale niestety nie wystarczy pacjentowi tylko przyuczyć i wskazać mu nawyki, które podtrzymują uzależnienie. Leczenie i potem zdrowienie wymaga znacznie więcej.



Narkomani zwykle są młodszy od alkoholików, gdy zaczyna się ich uzależnienie. Nie posiadają całego wyposażenia, jakim dysponuje normalnie rozwinięty człowiek. Nie mają „zakotwiczenia” w życiu.

Ewa Woydyło: U nas w Ośrodku Terapii Uzależnień w instytucie może kilka procent pacjentów zaczęło pić powyżej 18 roku życia. Wszyscy inni zaczęli w wieku 13-15 lat. Nie widzę większej różnicy.

Elżbieta Rachowska: Różnica jest taka, że alkoholicy zaczynając nawet pić w wieku 13 lat, zdążyli skończyć szkołę, zdobyć zawód, pójść do pracy, założyć rodzinę, mieć przyjaciół. A nasz pacjent zaczął pić alkohol też tak wcześnie, ale zaraz potem trafił na narkotyki. I już była równia pochyła i to bardzo stroma. Narkomani szybciej się degradują. Nie mają potem do czego się odwołać. Nie utrzymują się sami, niczego nie potrafią załatwić, nawet nie umieją ułożyć sobie żadnych relacji z ludźmi.

Mam pacjenta, który przed siedemnastu laty był moim pacjentem w poradni zdrowia psychicznego. Dziś ma 35 lat i przyszedł na terapię z powodu uzależnienia od opiatów. Jest to człowiek totalnie bezradny. Pomimo całej wiedzy, ma taki lęk, że on sobie w życiu nie poradzi. I pewnie by sobie nie poradził. Ośrodek jest takim miejscem, gdzie ten pacjent otrzymuje pewną wiedzę i zaczyna powoli rozumieć siebie, ale niestety niewiele więcej. Bo reszta wymaga czasu i „normalnego” życia. Tylko jak ja mu na to zapewnię?

Danuta Wiewióra: Ja widzę inną różnicę między alkoholikiem a narkomanem. Tak się złożyło, że ja też zaczęłam pić alkohol mając 13-14 lat. Tylko nikt mi nie mówił, że to jest nielegalne. Nie czułam się osobą łamiącą



prawo. Byłam w pełni społecznie akceptowana. To jest podstawowa różnica. Napiętnowanie jest dla narkomana ogromnym garbem.

Druga sprawa, to wiek. Ja widzę duże podobieństwo między dorosłymi narkomanami i dorosłymi alkoholikami. Jest pytanie: ile kto stracił w życiu? Pewnie narkomani więcej. Natomiast jeżeli chodzi o młodzież, to jest dużo gorzej. Drzwi nam się nie zamykają przed nastolatkami w każdym wieku, od 12 do 17 lat.

Mam pewną refleksję na temat uzależnienia jako choroby ciała i duszy. Ciało może zostać odtrute, ale dusza pozostaje potwornie chora. Czasem oszukuje co do stanu ciała – na przykład cierpi na depresję.

Mam wrażenie, że w swojej pracy spotykam mnóstwo „pustych” dzieci. Zrobienie dla nich listy przyjemności czy duchowych wartości jest prawie niewykonalne. Oni mówią mi, że ich nic nie interesuje, nic nie mają, nic nie chcą i nic nie potrafią.

Elżbieta Rachowska: My w swoim ośrodku podnieśliśmy wiek przyjęć do 21 lat. Nie ma sensu łączenia w terapii dzieci z dorosłymi. Praca z dziećmi musiałaby zupełnie inaczej wyglądać. My możemy stosować metody bardzo podobne do odwyku alkoholowego, bo one zostały wypracowane dla dorosłych ludzi. Otwarcie sobie powiedzmy, że dla dzieci i młodzieży musi być zupełnie inna oferta.

Ewa Woydyło: To by potwierdzało nasze doświadczenia z nielicznymi narkomanami, którzy jakoś do nas trafiają. Rzeczywiście wobec nich nie trzeba niczego innego stosować, ale fakt, że to są na ogół ludzie dorośli, a nie nastolatki.

Elżbieta Rachowska: Jest jeszcze jedna różnica. Alkoholik jest uzależniony od jednej substancji, a nasi pacjenci często są uzależnieni od wielu. To nie jest obojętne, z iloma różnymi środkami ktoś ma do czynienia. Pomijam już kwestię odtruwania, ale są narkomani, którzy znają kilka różnych rodzajów „haju”, a inni – heroiniści – potrzebują „zwałki”. Naszą sprawą jest pomóc i jednemu i drugiemu nauczyć się żyć bez tego narkotyku. Bo uzależnienie jest chorobą emocji i ciała. To na emocje bierze się narkotyki.

Feliks Dumanowski: Ja bym protestował na temat uzależnienia ciała. W moim pojęciu, obserwując siebie, a także rozmawiając z lekarzem, uważam, że ciało nigdy do końca nie jest uzależnione i do końca stawia opór.

Elżbieta Rachowska: Narkoman siedzi w ośrodku dwa lata. Jego ciało wraca do równowagi, a „grzać” mu się chce bardzo. Bo jego ciało zostało odtrute w jakimś stopniu, ale ten narkotyk miał jakieś znaczenie w jego życiu i pamięć o narkotyku wraca.

Feliks Dumanowski: Alkoholicy zadają sobie ważne pytanie: Po co piłem? Zadają je sobie, bo kiedy trzeźwieją, to wiedzą, po co. Jeżeli na to pytanie sobie nie odpowiedzą, to tak naprawdę nie rozumieją istoty swego uzależnienia. Bo przecież po coś my wszyscy na przykład jemy, pijemy, używamy seksu, po coś używamy hazardu i także po coś bierzemy narkotyki. Jeżeli środek chemiczny coś mi załatwia, to jest pytanie: po co?



Ewa Woydyłło: Alkohol należy do naszej kultury. Ludzie piją, bo on po prostu jest. A teraz jeszcze przyszły do nas narkotyki. Niektórzy już odkryli, że one są. Dotarły już nawet do szkół. Myślę, że gdy ktoś ma 12-13 lat, to nie sposób zadać mu pytanie: Po co coś robisz?

Elżbieta Rachowska: Zresztą nie wszystkie dzieci sięgają po narkotyki. Jedenaście lat pracuję z narkomanami i wielokrotnie zastanawiałam się, dlaczego niektórzy wypadają z programu, wracają do brania i nie mogą żyć jak ludzie. Myślę, że wielu z nich w ogóle nie ma takiej świadomości, aby odpowiedzieć sobie na pytanie „po co”.

Ewa Woydyłło: To wszystko są ciekawe rozważania, ale wróćmy do metod leczenia.

Feliks Dumanowski: Alkoholicy mówią, że alkoholizm jest chorobą ciała i duszy. Program Dwunastu Kroków jest to program na zdrowienie duchowe. Ciało leczy się bardzo prosto. Alkoholik przestaje pić, idzie do lekarza, który pomaga mu się odtruc i doprowadza ciało do porządku. Dalsze leczenie zatem to sprawa duszy.

Marek Szykuła: Ja sądzę, że trudno rozgraniczać, gdzie kończy się ciało, a gdzie zaczyna się umysł człowieka. Albo dusza. Trudno nawet powiedzieć, czy umysł – albo dusza – mieści się w mózgu, czy gdzie indziej. Ja myślę, że

problem brania narkotyków to problem samopoczucia. Narkotyk poprawia samopoczucie i kto to odkryje, ten będzie sięgał po narkotyk. I nagle okazuje się, że człowiek się uzależnił.



Karina Chmielewska: Ja odnoszę wrażenie, że leczenie uzależnień załamało się. Potrzeby dużych miast przekroczyły absolutnie możliwości istniejących placówek. Pierwsza rzecz, która mogłaby uzdrowić tę sytuację, to przede wszystkim dobra informacja i współpraca między placówkami. My na przykład nie wiemy, jakie powstają ośrodki lub nowe miejsca dla dzieci 17-18-letnich.

Państwowa służba zdrowia jest nieefektywna. Jest ona w swoich reakcjach na potrzeby ulicy bardzo sztywna.

Poza tym tragedią jest czekanie na miejsce w ośrodku. Często klient nie chce się leczyć, tylko ja go chcę leczyć, jego matka chce go leczyć i wtedy nasze działania są kompletnie bezskuteczne. Ale gdy sytuacja się odwraca i klient chce zmienić swoje życie co ja wtedy mogę mu zaoferować? Miejsce za pół roku. Dla narkomana jest to często wyrok skazujący. Przydałoby się tu ambulatorium, aby klient mógł przeczekać zanim dostanie się na oddział stacjonarny.

Wspólnota AA ma 97 procent mocnego „trzonu” – czyli tyle ludzi już trzeźwych, wyzwolonych. Dlatego nowa osoba, jeszcze chwiejna, znajdzie tam oparcie. U narkomanów mamy sytuację odwrotną: 97 procent „galaret”, które nie mają nic w sobie, niszczą cały swój potencjał, który nigdy się nie rozwinął. Te 3 procent nigdy nie pociągnie tych 97 procent osób uzależnionych. Dlatego próba założenia grupy Anonimowych Narkomanów w instytucie zakończyła się fiaskiem. Natomiast od czasu do czasu daje się „wpuścić” do nas pojedyncze osoby, już nie biorące i zdrowiejące w AA przy alkoholikach. W AA nasz pacjent też może dostać pomoc, chociaż truł się czym innym. Będzie jednym chwiejnym na 5-10 ustabilizowanych, więc będzie mniej zagrożony.

Wracając do tematu „ciała i duszy”, jako lekarz psychiatra uważam, że nie można oddzielać duszy od ciała. Leczymy człowieka. Mnie się wydaje, że uzależnienie jest jedno.

Feliks Dumanowski: Ja będę opierał się na doświadczeniach alkoholików. Sam jestem alkoholikiem i doznaję łaski trzeźwienia. W AA stała się ważna rzecz: moja dusza została oddzielona od ciała i AA zajęło się moją duszą.

Tak samo jest u narkomana. Obawiam się, że pokutują wśród nas pewne mity stworzone przez lekarzy i terapeutów. Sam uważam, że taki 12-letni narkoman niczego w swoim życiu nie osiągnął i nie ma żadnego etosu – pracy, miłości i innych rzeczy. Ale nie różni się tak bardzo od alkoholików, bo ich wspólnym punktem wyjścia jest małe poczucie wartości. Ale z tym można pracować.

Karina Chmielewska: Ale alkoholik przynajmniej jest pełnoletni.

Feliks Dumanowski: Podobało mi się w programach Marka Kotańskiego to, że zaczynał pracę z młodocianymi narkomanami od początku, robiąc z tych ludzi jak gdyby „zero”, burząc najpierw ich światopogląd. Ważne jest też, aby nie zwalniać ich z jakichkolwiek obowiązków, ponieważ im jest to na rękę. Uważam, że im potrzeba uczciwości i rzetelności.

Dzisiaj wiem, że u podłoża każdego uzależnienia leży strach. Sensem mojej pracy w AA nie jest to, abym nie pił, lecz jest nim praca nad uwolnieniem się od strachu, który noszę w sobie. Moje wyzwolenie z choroby polega na zobaczeniu swego strachu i nabraniu umiejętności radzenia sobie z nim.

Właściwie to trzeba by zacząć od rodziców, aby dawali dzieciom poczucie bezpieczeństwa. A my tylko zastanówmy się, co możemy zrobić, aby powstał dobry ruch Anonimowych Narkomanów. Niech narkomani sami włożą wysiłek w budowanie swojego programu. Nasza pomoc polega na tym, aby osobie uzależnionej dać wędkę, a nie rybę.

Karina Chmielewska: Znam ten program, sama często uczestniczę w mityngach. Chciałabym, aby mój klient rozumiał, co do niego mówię i żeby to zapamiętał. Aby jego dusza doszła do mnie na nogach, to on musi mieć zdrowe ciało. W moim zespole lekarzy każdy ma swoje miejsce. Nawet jeżeli nasz narkoman trafi do AN, to może mu nagle spaść odporność i okaże się, że ma AIDS. Wtedy jego grupa też powinna za nim pójść i go nie opuścić. To nie jest takie proste. Nie zawsze program AN jest najlepszą ofertą.

Marek Szykuła: W Warszawie grupa Anonimowych Narkomanów istnieje i rozwija się. Dla mnie najważniejsze jest to, że przychodzą nowi ludzie. Jeżeli w ośrodkach jest informacja, aby chodzić na nasze mityngi, to oni będą



do nas przychodzić. Muszę jednak powiedzieć, że część pacjentów idzie po leczeniu – czy nawet już w trakcie – dalej brać, a tylko część zostaje i potem zdrowieje. Ta część jest najcenniejsza. Mnie najbardziej pomagają ci, którzy dopiero przychodzą, bo wtedy widzę, kim już nie chcę być. Niektórzy przychodzą i przesypiają, a dopiero z czasem przestają brać i zostają z nami.

Karina Chmielewska: Ja zatrudniam na swoim detoksie w instytucie jedną osobę od doktora Woronowicza. Zauważam jednak, że personel profesjonalny przyzwyczajony do alkoholików, dekompensuje się przy leczeniu narkomanów. Sami uważają, że to nie jest takie proste jak w pracy z alkoholikami.

Chcę też zwrócić uwagę na rozpowszechnioną „fame”, że alkoholik jest lepszy od narkomana. Wynika to m.in. z tego, że narkoman po kilkumiesięcznym paleniu heroiny pójdzie i ukradnie, a alkoholik będzie prawdopodobnie dużo dłużej mógł pić, bo wolniej u niego postępuje degradacja. Z alkoholizmem nie idą w parze takie spustoszenia jak prostytutka, czy bezdomność. Dlaczego narkomani umierają tak często przed 25 rokiem życia? Różnice są w substancji, nie w człowieku. Człowiek jest taki sam.



Olaf Mejer-Zahorowski: Co do różnicy między alkoholikiem i narkomanem, to z moich doświadczeń wynika, iż w przypadku alkoholizmu następuje destrukcja osobowości. W przypadku narkomanii, tej obecnej, to ona w ogóle nie następuje. Proces rehabilitacji w alkoholizmie polega na starej klasycznej odbudowie i utrwaleniu zatraconych wartości. Natomiast z narkomanami jest inaczej: tu pojawia się problem

budowania wszystkiego od zera w wieku 15-17 lat, a nie odbudowa czegoś, co już istniało i tylko uległo zakłóceniu.

Druga uwaga dotyczy powodzenia ruchu AN i czy to ma sens. Myślę, że ma. Być może nie do końca dotyczy to klasycznej, starej narkomanii, gdzie ludzie są, jak to Karina określiła „galaretą” i nie mają siły poddać się nawet ruchowi AN. Natomiast być może ruch zacznie pomagać innym, jeszcze nie tak całkowicie zdegradowanym i wyniszczonym.

Oczywiście przy współudziale innych, na przykład „starych” zdrowiejących narkomanów – jeżeli tacy się znajdują.

Danuta Wiewióra: Dużo teraz myślę o grupach AN. Ośrodek to jakby jedna alternatywa. Jeżeli pacjentowi mówię, że jednak są w życiu sprawy wartościowe i warto je poznać, to on mi kompletnie nie wierzy. Może, jeżeli spotka grupę zdrowiejących ludzi w podobnym wieku i od nich usłyszy to samo, to powie sobie: „Tak, w tym coś jednak jest”. Słowem, może im uwierzy.

Bo teraz te rozmowy są tragiczne. Wyobraźcie sobie rozmowę o wartościach z 20-latką, który ostatnie 6 lat zmarnował, nie ukończył żadnej szkoły i nigdy nie pracował. Rodzice ułatwiali mu to, bo pomagali przenosić się ze szkoły do szkoły i szukali sposobu na jego „dwójki”. Bez pracy z rodzicami nie pomożemy młodzieży. Rodziców trzeba przekonać, że u nas ich dziecko otrzyma pomoc i może nauczyć się żyć bez narkotyków.

Dla mnie jednak byłaby wspaniałą rzeczą grupa AN, gdzie mój pacjent spotka osoby znajdujące się parę kroków „do przodu”. Byłyby one bardziej wiarygodne niż ja. Dodam jako ciekawostkę: coraz więcej poznaję młodych narkomanów, którzy są dziećmi rodziców alkoholików.

Olaf Mejer-Zahorowski: Narkotyk stał się substytutem alkoholu ze względu na coraz większą przystępność ceny i łatwość dostępu.

Tomasz Harasimowicz: Chciałbym zwrócić uwagę na pracę z całym otoczeniem narkomana, a przede wszystkim na współpracę z rodzicami. Program dla młodocianych narkomanów powinien być roczny. Leczenie ambulatoryjne trzeba też zróżnicować – nieco inne programy dla młodzieży, nieco inne dla dorosłych. Nie zapominajmy o programach podtrzymujących po podstawowej kuracji. W każdym razie położyłbym nacisk na zróżnicowanie form i czasu trwania leczenia w zależności od określonych potrzeb grup wiekowych czy nawet przypadków indywidualnych wśród naszych pacjentów.



Elżbieta Rachowska: Pracując z dziećmi musimy także pracować z rodzicami. Ale dosyć często nie ma takiej możliwości. Kiedy mój pacjent ma 30 lat, to mogę ostatecznie „machnąć ręką” na rodziców. Jacy są tacy są. Ale

z młodymi ludźmi, leczenie bez rodziców jest zbyt ubogie. Rodziców trzeba edukować oraz oferować im także głębszą pracę wokół ich własnych problemów, ponieważ często całe rodziny są często ciężko zaburzone.

Dobrze, że grup AN jest coraz więcej. My w części naszego programu w ośrodku stosujemy założenia 12 Kroków. Na naszą grupę obecnie przychodzi już 20 osób. Nasi pacjenci mają obowiązek „zaliczenia” 10 mityngów. Mają robić notatki i pisać swoje spostrzeżenia.

Tomasz Harasimowicz: Dziś do mnie przyszła 15-letnia dziewczyna. Mogłem jej zaproponować swój czas i rozmowę. I nic więcej. Przyjdzie do mnie znowu, jeżeli zechce. Nic na siłę, bo to nie ma sensu.

Ewa Woydyło: Jako terapeuci powinniśmy nauczyć się wykorzystywać sposoby nacisku i motywacji, aby ludzie zwracający się do nas nie mieli wątpliwości, że sami są odpowiedzialni za siebie. Naszą rzeczą jest przekonać ich, że pomoc leży w zasięgu ręki i że rzucenie nałogu nie jest tak straszne jak im się wydaje. No i przede wszystkim, że jest to możliwe. AN czy AA stanowi „dowód rzeczowy”, dowód na to, że ludziom się udaje i wcale nie żyją gorzej niż przedtem.

Marek Szykuła: Mówimy tu o leczeniu, które jest bardzo trudne. Trzeba też mówić o tym, co robić, aby ludzie mniej się uzależniali. Trzeba stosować profilaktykę. Ministerstwo Edukacji powinno wprowadzić w szkołach zajęcia o takich rzeczach, jak narkotyki. Zajęcia powinny być prowadzone przez kompetentnych ludzi. Kiedyś zastanawiałem się, co mogłoby mnie odwieść od narkotyków, kiedy już zacząłem brać. Gdyby mnie wtedy zaprowadzono do narkomanów, którzy już nie biorą i gdybym wtedy trafił na grupę AN, to miałbym szansę posłuchania bardziej doświadczonych i może zastanowiłbym się nad sobą.



Marek Adamik: Historia lubi się powtarzać. W USA jak i w Polsce było bardzo podobnie, najpierw alkoholicy zaczęli pomagać sobie, a dopiero później zaczęły się tworzyć programy terapeutyczne. Myślę, że w przypadku narkomanów może być podobnie. Na razie zachęcajmy narkomanów, którzy trafią w krąg jakichkolwiek oddziaływań terapeutycznych, aby chodzili do AN lub na mityngi otwarte AA. Będzie to bardzo pomocne w ich

leczeniu, co do tego nie ma wątpliwości. Gorsza jest sytuacja, kiedy nie ma gdzie tych ludzi skierować, ponieważ nie ma miejsca w ośrodku lub nie ma w ogóle poradni. Pójście na mityng jest konkretną pomocą. Już dziś można ją stosować. Wystarczy podać adresy grup Anonimowych Narkomanów i spis mityngów AA. Można też zapraszać trzeźwych narkomanów na oddziały detoksykacyjne i do ośrodków. Żeby nowicjusze mogli się z nimi zidentyfikować. Taki zdrowiejący narkoman jest najlepszym dowodem, że można przestać brać.

Tak widzę ulepszenie dotychczasowej pracy z narkomanami. Można jeszcze włączyć do programu kuracji wykłady prezentujące sens poszczególnych Kroków programu AN. Po co? Żeby ludzie uzyskali informację o tym, czego dotyczy dany Krok. Najlepsi byłiby narkomani, którzy sami znaleźli pomoc w swojej wspólnocie i stosują Kroki w życiu. A jeżeli nie będzie tylu trzeźwych narkomanów na programie, to pójdziemy my – Felek, Stasia i ja i opowiemy o tym, jak Kroki pomagają żyć nam, alkoholikom.

Danuta Wiewióra: Jestem wielką zwolenniczką ruchu Anonimowych Narkomanów. Ja jestem od profesjonalnego pomagania i od wielu głębszych rzeczy. Natomiast nie kontroluję brania, nie zajmuję się wolnym czasem pacjentów, nie sprawdzam ich. Jeżeli nie ma żadnego systemu wsparcia, zaczynam niestety wikłać się także w kontrolowanie ich i cała robota jest „do kitu”. Trudniejsze przypadki mogę kierować do ośrodków. Ale tam ludzie powinni dowiadywać się, że po powrocie jedynym sprawdzianem powodzenia w ich leczeniu jest utrzymanie się w grupie samopomocowej, takiej jak AN.

Feliks Dumanowski: Narkoman zdrowiejący musi mieć kontakt z narkomanem, który jeszcze nie rozpoczął leczenia. To jest niezbędne dla dwóch stron.

Barbara Szykuła: Niestety spotkaliśmy się ze sprzeciwem, gdy przychodziliśmy na oddziały detoksykacyjne, na przykład aby porozwieszać informacje o spotkaniach grupy AN. Personel twierdził, że to „grupa, która ćpa”. Byliśmy traktowani podejrzliwie. Zresztą nie pozwolono nam rozwiesić naszych informacji.

Olaf Mejer-Zahorowski: Może warto byłoby opracować taki folder-informator zawierający dobrą informację, również o doświadczeniach innych narkomanów, nie unikając też wiadomości o ewentualnych kryzysach.

Biuro w tej chwili pracuje nad nowym programem zapobiegania narkomanii. Nasz system ma wiele mankamentów. Nie bez znaczenia są też

problemy finansowe. Pokutuje konserwatyzm kadr. Duża część osób pracujących w ośrodkach pochodzi z nurtu „neofitów”. Są oni przyzwyczajeni do własnej drogi leczenia. Trudno ich będzie odzwyczaić od starego sposobu myślenia.

Nie jesteśmy w stanie przeprowadzić zbyt gwałtownie gruntownej reformy. Natomiast udało się już wprowadzić kilka nowych krótkoterminowych programów. Pracujemy nad koncepcją utworzenia centrów kompetencyjnych, które potrafiłyby określać specyficzne strategie w zależności od rozpoznanych potrzeb czy zagrożeń. Myślimy o jakimś systemie „certyfikacji” ośrodków.

Danuta Wiewióra: Ja w dalszym ciągu chciałabym współpracować z warszawską grupą AN i mieć informacje, gdzie i kiedy się ona spotyka, co się z nią dzieje. Zależy mi na dobrej i szybkiej informacji o grupach AA, Al-Anon, Alateen. Poza tym jestem zainteresowana informacjami o nowych wydawnictwach dotyczących tych spraw. Czy jest jakakolwiek szansa na wydanie książki o Anonimowych Narkomanach? Dla mnie grupy AN są najtańszą formą pracy, która nic „systemu” nie kosztuje.

Feliks Dumanowski: Biuro Służby Krajowej AA wzięło już pod opiekę AN i dopóki ta wspólnota nie stanie na nogi, alkoholicy będą ich wspomagać.

Marek Adamik: Jako wydawca oferuję sensowne i pomocne materiały dotyczące uzależnień w ogóle, narkomanów także. Jestem otwarty na propozycje publikacji zarówno autorstwa polskiego, jak i zagranicznego. Już mam do dyspozycji dla Państwa książki takie jak: *12 Kroków dla dorosłych dzieci, Rodzina uzdrowiona, Zapobieganie nawrotom – ćwiczenia, Jak wytrwać w trzeźwości, Zrozumieć 12 Kroków*. Są to książki, w których autorzy używają z reguły terminów takich jak: „uzależnienia chemiczne” lub „alkoholizm i narkomania”. Doskonale można z nich korzystać zarówno w pracy z alkoholikami, jak i narkomanami.

Ewa Woydyłło: W USA nie dzieli się uzależnionych na narkomanów i alkoholików. Istnieje tam ważniejszy podział: na dzieci, młodzież i dorosłych. Oraz inny podział – na ciężiej chorych i lżej chorych. Pacjent 13-letni, uzależniony od alkoholu też trafi do ośrodka, w którym leczenie – wraz z rodziną – będzie trwało wiele miesięcy. Może niekoniecznie 2 lata, jak w Monarze, ale jednak co najmniej 6-7 miesięcy. No, ale tam, ponieważ za leczenie „ktoś” płaci – mama, tata lub kompania ubezpieczeniowa – to trzeba liczyć każdy dzień pobytu pacjenta w ośrodku. W ośrodku zresztą musi być

szkola dla uczniów i takie urządzenia jak rowery, basen czy sala gimnastyczna. Przecież te dzieci muszą zacząć być normalnymi dziećmi i robić to co lubią robić dzieci – wtedy dopiero może wyzdrowieją.

A u nas, ponieważ „nikt” nie płaci – to trochę nauczyliśmy się szafować czasem kuracji, jakby ona faktycznie była za darmo. A przecież nie jest. Warto więc, żeby najlepsi spośród Państwa opracowali sposoby i programy, w których nie będzie po prostu przeczekiwania, przetrzymywania, zostawiania chorych samych sobie – lecz, w których znajdą się naprawdę profesjonalne i dobrze dostosowane formy terapii.

Elżbieta Rachowska: Ja będę robić to, co robię. Jestem gotowa dzielić się moimi doświadczeniami z innymi ośrodkami. U nas mogą znaleźć się zarówno ludzie uzależnieni od alkoholu jak i od narkotyków. Dodam tylko, że oferty terapeutyczne ośrodków powinny być rzeczywiste, a nie na papierze, jak niestety często bywa. Powinno też być wiadomo, jakich pacjentów dana placówka przyjmuje, komu może pomóc, a komu nie. Trzeba dostosować programy do wieku. No i największa bolączka: do przyjęcia mam 40 osób, a miejsc mam 15-18.

Ewa Woydyłło: Zreasumujmy:

- Trzeba zwiększyć liczbę ambulatoriów, programów dziennych, ośrodków stacjonarnych i oddziałów detoksykacyjnych.
- Programy leczenia niech zaczną się różnicować i specjalizować.
- Terapeuci dowiedzą się, gdzie są grupy Anonimowych Narkomanów, a przynajmniej Anonimowych Alkoholików i nawiążą z nimi partnerskie stosunki. Będą wysyłać tam swoich podopiecznych, zamieszczą informacje o grupach, a może też znajdą chętnych ze wspólnoty, którzy pomogą im w pracy mówiąc pacjentom o programie 12 Kroków.
- Biuro ds. Narkomanii opracuje nową strategię, która otworzy drogę do bardziej zróżnicowanych i skutecznych form leczenia.
- Zostanie przygotowany folder informacyjny dla narkomanów i ich rodzin, zawierający ważne informacje już nie o tym, jaka to narkomania jest „be”, tylko z adresami grup AN czy AA, rzeczowymi danymi o formach leczenia i adresami ośrodków, poradni i detoksów. Wyda go Marek Akuracik, a sfinansuje Biuro ds. Narkomanii z pomocą Fundacji Batorego.
- Państwo będziecie pisać do „Arki” o wszystkim, co uważacie za ważne w waszej pracy. Komisja postara się wysyłać „Arkę” wszystkim zainteresowanym. □

Opracowały: *Stanisława Jakubik Adamik i Ewa Woydyłło*

GRUPY ANONIMÓWYCH NARKOMANÓW W POLSCE

Grupy AN (Narcotics Anonymous) powstają w Polsce od 10 lat. W kwietniu '98 jest ich kilkanaście, co pozwala na optymistyczne prognozy na przyszłość. Pierwsze spotkanie przedstawicieli różnych polskich grup miało miejsce w roku 1996 w czasie zlotu radości AA (za co serdeczne podziękowania należą się kolegom alkoholikom) na AWF w Warszawie. W roku 1998 odbył się trzeci kongres AN w Polsce, na którym zostały powołane komisje służące całej wspólnocie w wymianie informacji między grupami i profesjonalistami, tłumaczeniu literatury itp. Program AN oparty jest na Dwunastu Krokach i Dwunastu Tradycjach Anonimowych Alkoholików.

Teraz jesteśmy już samowystarczalni, wspólnota AN ma swoje początki w Stanach Zjednoczonych i posiada własne, odrębne Biuro Służby Światowej wydające literaturę i koordynujące przepływ informacji. Mimo takiej struktury każda grupa AN jest i powinna być niezależna, co jest zapisane w Tradycjach stanowiących podstawę funkcjonowania każdej grupy AN. Podstawową zasadą umożliwiającą narkomanowi trzeźwienie we wspólnocie jest zasada anonimowości. Dzięki niej może się

on czuć bezpiecznie, wolny od sztykan, poniżania i wytykania palcami, Narkomania jest chorobą, którą można skutecznie zatrzymać, ale wymaga to czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie. Osobie uzależnionej przychodzącej na mityngi zaleca się realizację programu Dwunastu Kroków zmieniającego kompulsywne zachowanie na świadomy wybór. Nikt nie sprawdza ani nie egzaminuje nikogo z jego realizacji, no może z wyjątkiem samego życia. Doświadczenie pokazuje, iż dzielenie się radością, siłą, nadzieją oraz doświadczeniem, które ma miejsce na mityngu, może być skuteczną pomocą w trzeźwieniu. Narkomania jest chorobą nieuleczalną, w której choruje i cierpi ciało, umysł i dusza. Realizacja programu pozwala na wyzdrowienie ciała, umysłu i duszy.

Uczestnictwo w mityngach można porównać do siły wspierającej narkomana na tej drodze. Samo niebranie narkotyków jest efektem ubocznym tych zmian. Osoba uzależniona zyskuje radość i spokój w życiu, przedtem zabrane przez narkotyki.

Jeżeli sądzisz, że masz problem i chciałbyś zmienić swoje życie, lub znasz kogoś, kto pragnie wyzwolić

się z nałogu, wspólnota AN chętnie przywita cię w swoich progach. Na mityngi AN można uczęszczać w kilkunastu miastach Polski (inf. 022 8353569 Marek). Osobom nie uzależnionym, ale mającym kon-

takt z uzależnionymi, poleca się mityngi otwarte, które zwykle odbywają się raz w miesiącu (często jest to pierwszy mityng miesiąca). Wszyscy są mile widziani! □

Mityngi Anonimowych Narkomanów w Polsce

Dni, godziny i miejsca spotkań

GDAŃSK

Grupa „ARTYCHA”
wtorek 17.00-19.00
ul. 3 Maja w Monarze
tel. 058 302 04 42
80-802 Gdańsk

GLIWICE

Grupa „DIAMENT”
piątek 17.30-20.30
pl. Inwalidów Wojennych 14
w klubie Abstynenta „Krokus”
44-100 Gliwice

KĘTRZYN

Grupa „BRATEK”
wtorek 16.30-18.30
ul. Sikorskiego 61 pok.206
w Klubie Abstynenta „Dromader”
11-400 Kętrzyn

KIELCE

Grupa „TRÓJKA”
środa 17.30-19.30
ul. 1 Maja
w Parafii św. Krzyża
25-614 Kielce

KRAKÓW

Grupa „OSIEMNASTKA”
poniedziałek 16.30-18.30
piątek 16.30-18.30
ul. Krakowska 39
w Poradni Uzależnień Lekowych
31-964 Kraków

OLSZTYN

Grupa „POWSTAŃCY”
poniedziałek 16.00-18.00
ul. Barcza 2 przy kościele
10-273 Olsztyn

OPOLE

Grupa „ŚWIATŁO”
niedziela 17.00-19.00
ul. Mickiewicza 1
w Parafii św. św. Piotra i Pawła
Sala katechetyczna nr 14
45-367 Opole

PŁOCK

Grupa „ELF”
środa 17.15-19.15
niedziela 15.00-17.00
pl. Generała Dąbrowskiego 1
w Punkcie Konsultacyjnym Monaru
tel. 262 78 93
09-402 Płock

POZNAŃ

Grupa „JEDYNKA”
sobota 18.00-20.00
al. Marcinkowskiego 20
w klubie Abstynenta
61-827 Poznań

PSZCZYNA

Grupa „KAKTUS”
środa 16.00-18.00
ul. Antesa 3
Szpital Miejski „Palais”
tel. 210 30 21 wew. 251
43-200 Pszczyzna

SKARŻYSKO-KAMIENNA

Grupa „TRATWA”
czwartek 18.00-20.00
ul. Niepodległości
Parafia Najświętszego
Serca Jezusa
26-110 Skarżysko-Kamienna

TORUŃ

Grupa „ŚWIATŁO”
wtorek 18.15-20.15.
czwartek 18.15-20.15
ul. Curie-Skłodowskiej 27/29
w Wojewódzkim Oś.
Lecz. Psych.
tel. 659 19 81 wewn. 116 362-14
87-100 Toruń

TYCHY

Grupa „BRAK”
piątek 17.00-19.00
ul. Piłsudskiego 12
w Stowarzyszeniu „Trzeźwość Życia”
43-100 Tychy

WARSZAWA I

Grupa „PULSAR”
czwartek 19.00-21.00
ul. Dzielna 7
w Poradni Profilaktyczno-Leczniczej
tel. 022 831 78 43
00-154 Warszawa

WARSZAWA II

Grupa „ŚWIATŁO”
niedziela 11.00-13.00
ul. Dereniowa 12 (Ursynów)
w Domu Parafialnym „Betania”
02-776 Warszawa

WROCŁAW

Grupa „CZYSTY DZIEŃ”
środa 18.00-20.00
ul. Korzeniowskiego
we Wrocławskim Szpitalu Psych. OLO
50-243 Wrocław

Wszelkie zmiany w dniach, godzinach i miejscach mityngów prosimy o zgłaszanie do Marka 022 835 35 69 ☐



Ludzie listy piszą

Serdecznie dziękuję za możliwość uczestniczenia w ogólnopolskim seminarium n.t. „Nowe koncepcje w leczeniu narkomanów”. Jestem zainteresowany wdrożeniem koncepcji leczenia narkomanów w Polsce w oparciu o ideę „12 Kroków”.

Idea 12 Kroków Anonimowych Alkoholików jest znana od kilkadziesiąt lat. W oparciu o 12 Kroków AA z wielkim powodzeniem zdrowieją, trzeźwieją i utrzymują abstynencję alkoholicy na całym świecie i w Polsce.

Ideę 12 Kroków Anonimowych Alkoholików przejęła Wspólnota Anonimowych Narkomanów w Polsce.

Czego nie robi Wspólnota Anonimowych Narkomanów?

– Nie prowadzi żadnych spisów członków ani historii choroby, nie łączy się z innymi instytucjami ani organizacjami społecznymi. Nie tropi ani nie kontroluje swoich członków. Nie udziela pomocy w odtruwaniu, nie oferuje usług religijnych. Nie zapewnia mieszkania, wyżywienia, ubrania, pracy, pieniędzy.

Nie stawia diagnoz medycznych ani psychiatrycznych.

Na spotkaniach Anonimowych Narkomanów tak jak w AA obowiązują następujące zasady:

Każdy mówi tylko o sobie, o własnych doświadczeniach, poglądach i przeżyciach. Nie teoretyzuje, nie krytykuje wypowiedzi innych ani ich nie ocenia. Nie używa słów „my”, „wy”, „oni” itp. tylko „ja”. Nie udziela się rad. Wypowiedź może jedynie ujawniać własne doświadczenia i zachowania w sytuacjach podobnych do przedstawionych przez innego uczestnika mityngu.

Nie przerywa się wypowiedzi innych, nie zadaje się pytań w jej trakcie ani się jej nie komentuje.

Wszyscy obecni na mityngu zobowiązani są do zachowania anonimowości osób i zasłyszanych tam spraw i zdarzeń.

Jest to fundamentalna zasada Anonimowych Narkomanów.

Jeszcze raz dziękuję i pozdrawiam wszystkich członków Wspólnoty Anonimowych Narkomanów i tych narkomanów, którzy wciąż jeszcze cierpią.

Z życzeniami pogody ducha ☐

Stawek – narkoman i alkoholik

O LECZENIU NARKOMANÓW



W dniach 16-17.04.98 r. odbyło się w Dębem seminarium nt. Nowe koncepcje w leczeniu narkomanów.

W seminarium wzięli udział przedstawiciele środowiska zajmującego się leczeniem narkomanów. Reprezentowali oni różnorodne sposoby rozumienia uzależnienia i form pomocy osobie uzależnionej.

Całkowitą nowością w tego typu spotkaniach był udział przedstawicieli kilku grup Anonimowych Narkomanów. W ciągu ostatnich dwóch lat zaczęło powstawać coraz więcej grup AN w całej Polsce.

W seminarium wziął również udział Stefan Johannsson. Jest on znany wśród osób zajmujących się leczeniem alkoholików. Przed laty był w Polsce i szkolił terapeutów odwykowych. Sam przez 14 lat pracował w Stanach Zjednoczonych z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków. Jest współtwórcą programów leczenia osób uzależnionych w Islandii, Belgii, Norwegii, Szwecji i na Litwie.

Stefan ujmował bezpośrednim, otwartym kontaktem. Chętnie dzielił się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami.

W swoich wystąpieniach skoncentrował się przede wszystkim na następujących sprawach:

- co powoduje, że ludzie sięgają po narkotyki
- jak można pomóc osobie uzależnionej w powrocie do zdrowia

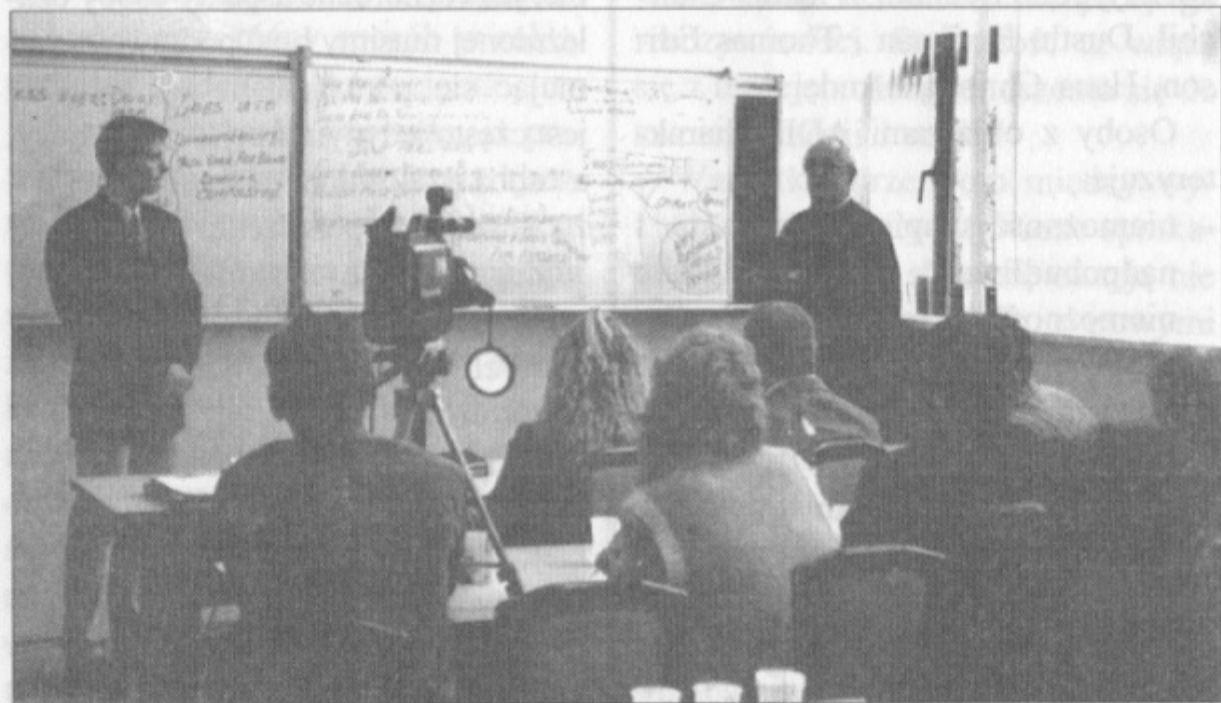
– jaką rolę w powstawaniu uzależnienia odgrywa ADD (Attention Deficit Disorder) – pierwotne zaburzenie uwagi i koncentracji

Przyczyny sięgania po środki zmieniające nastrój mogą być różnorodne. Może dziać się to w związku z presją otoczenia lub chęcią zaspokojenia ciekawości. Ludzie szukają w nich przyjemności. Część osób mimo doznanej przyjemności, porzuca je. Inni kontynuują używanie z powodu nudy lub chęci ucieczki od bólu, od siebie. Te osoby uzależniają się. Powstaje ścisły związek między człowiekiem i środkiem chemicznym. Stefan twierdzi, że ten ścisły związek jest jak małżeństwo. Podjęcie leczenia przypomina przeprowadzenie rozwodu. Zawsze jest to proces bardzo trudny i bolesny. Nie można człowieka wyleczyć zabie-

rając mu narkotyki, nie dając mu czegoś w zamian. Leczenie powinno dotyczyć nie tylko samej osoby uzależnionej, ale także jego rodziny. Jeżeli człowiek jest uzależniony, to cały system, w którym on tkwi jest chory. Kiedy narkoman podejmuje leczenie, jego rodzina powinna także podjąć terapię.

Narkomania zawiera w sobie problemy natury fizycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Leczenie powinno dotyczyć każdej z tych płaszczyzn. Ważne jest, by leczeniem zajmował się interdyscyplinarny zespół, który będzie się składał z psychiatry, psychologa, terapeuty odwykowego, pracownika socjalnego, terapeuty duchowego. Wg. Johannssona terapia wszelkich uzależnień po-

winna składać się z dwunastu elementów: 1. Proces rozpoznania, czy osoba kwalifikuje się do danego programu terapii; 2. Procedura związana z wstępną oceną. 3. Poinformowanie pacjenta o założeniach i celach programu. 4. Ocena słabych i mocnych stron pacjenta i jego problemów. 5. Zaplanowanie programu leczenia i stosowanych metod. 6. Terapia indywidualna, grupowa i dla rodzin. 7. Wielopłaszczyznowe prowadzenie pacjenta. 8. Interwencja kryzysowa. 9. Edukacja na temat nadużywania alkoholu czy innych środków chemicznych. 10. W przypadku gdy terapeuta nie jest w stanie spełniać potrzeb klienta odesłanie go do innych miejsc, gdzie może on uzyskać pomoc. 11. Opracowanie i przechowanie dokumentacji. 12. Odbywanie



Stefan Johannsson z Islandii podczas seminarium w Dębem

konsultacji, utrzymywanie kontaktu z innymi terapeutami i specjalistami w celu zapewnienia pacjentowi jak najlepszej opieki.

Duże zainteresowanie uczestników seminarium wywołały doniesienia, iż w Stanach Zjednoczonych stwierdzono skłonność do uzależnień osób cierpiących w dzieciństwie na zaburzenia uwagi i nadaktywność. W badaniach amerykańskich stwierdzono, że 50-70% młodych ludzi do 25 lat, wykazuje tendencje do chemicznego uzależnienia. 8-15 mln Amerykanów cierpi na zaburzenia uwagi, 30% osób z tym zaburzeniem osiąga w życiu sukces, a 30% popada w różne problemy takie jak m.in. uzależnienie. Wśród sławnych osób z ADD są między innymi: Albert Einstein, Mozart, Leonardo da Vinci, Walt Disney, John Lennon, Winston Churchill, Dustin Hoffman, Thomas Edison, Hans Christian Andersen.

Osoby z objawami ADD charakteryzuje:

- niemożność skupienia się
 - nadpobudliwość
 - niemożność dokończenia rozpoczętej pracy
 - pozostawianie wielu rzeczy niedokończonych
 - niska tolerancja na stres
 - dezorientacja w czasie
 - niska samoocena
 - robienie wszystkiego po swojemu
- Ale także:

- twórczość
- wprowadzanie innowacji

- wszechstronność
- umiejętność przystosowania się do różnych warunków
- łatwość w rozwiązywaniu problemów
- entuzjazm, dynamizm

Często osoby z ADD mają luki pamięciowe. Mogą wydawać się nie zainteresowani i egoistyczni. Narkotyki lub alkohol u tych osób często odgrywają rolę relaksującą.

Aby pomóc takim osobom, trzeba zrozumieć, na czym polega ADD, a także zmotywować je do zmiany stylu życia i skupienia się na pozytywnych aspektach swojej osobowości.

Niektóre osoby w czasie wykładu mówiły: „Nareszcie zrozumiałem, dlaczego taki jestem”.

Wystąpienie Johannssona było ważne ze względu na uzmysłowienie sobie, jak różnorodne aspekty osoby uzależnionej musimy brać pod uwagę zajmując się pomaganiem jej. Ośrodek jest często jedynym miejscem pomocy, a osoba uzależniona potrzebuje jej dużo dłużej po opuszczeniu ośrodka.

Żegnając się z nami Johannsson powiedział: „Bądźcie ludźmi o otwartych umysłach. Szukajcie nowych dróg”.

Z dużym zainteresowaniem spotkało się wystąpienie Joanny Zameckiej, która przedstawiła część wyników swoich badań nad kontrolą społeczną narkomanii p.t. „Profesjonalne koncepcje przeciwdziałania marginalizacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków”.

Z analizy celów deklarowanych przez osoby prowadzące ośrodki wynika, iż oczekują, że prowadzona w ośrodkach terapia „zapewni wewnętrzną przemianę pacjentów, której efektem będzie ich lepsza adaptacja społeczna”. We wszystkich strategiach terapeutycznych realizowanych w ośrodkach dominuje intencja związana z przeciwdziałaniem marginalizacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków. W środowisku osób pracujących z narkomanami dominuje pogląd o potrzebie rozwoju oferty terapeutycznej. Zdecydowana ich większość wspiera tendencję do poszerzania tej oferty. Część z nich szuka inspiracji we wzorach czerpanych z modeli leczenia alkoholików lub odwołujących się do elementów religijnych, a także indywidualizacji pracy z pacjentem rozumianej w różny sposób w zależności od podejścia do pacjenta.

Joanna Zamecka zauważa, iż prawie wszyscy liderzy popierają ujawniającą się w ostatnich latach tendencję do różnicowania modeli terapii narkomanów. Dość często uważają, iż przemiany jakie nastąpiły w ośrodkach są przede wszystkim efektem rozwoju zawodowego osób tam pracujących. „Wiele wskazuje na to, że środowisko terapeutów to kategoria społeczna, której jak żadnej innej – może z wyjątkiem bliskich samych narkomanów – autentycznie zależy na rozwoju, tzn. wzbogaceniu i udokonaleniu oferty terapeutycznej dla

osób uzależnionych od narkotyków. Dążenie do profesjonalizmu, do zwiększania stopnia samoświadomości oraz poziomu merytorycznego programów terapeutycznych świadczy o tym, że poczucie misyjności przestaje wystarczać”.

Na wzmiankę zasługuje też spotkanie z Felkiem Dumanowskim, który mówił o uzależnieniu jako chorobie duchowej.

Myślę, że szczególne znaczenie dla słuchaczy miały osobiste refleksje Felka związane z myśleniem o trzeźwieniu jako dokonującej się w człowieku przemianie duchowej. W sferze duchowej człowiek zadaje sobie pytania o sens życia, o to kim jest, jakie wartości kierują jego postępowaniem.

Rozwój duchowy człowieka sprzyja świadomej i dojrzałej postawie wobec siebie i otaczającej go rzeczywistości. Dojrzałość ta wiąże się z umiejętnością odnoszenia się do swoich emocji i myśli.

Wszystkie przerwom między wykładami wypełniły ożywione spotkania. Seminarium stało się okazją nie tylko do zapoznania się z nowymi poglądami, ale możliwością wymiany doświadczeń i refleksji wszystkich uczestników.

Kolejny dzień rozpoczął się bardzo poruszającym w swoim wydźwięku wystąpieniem Danuty Wiewióry z warszawskiego Punktu Konsultacyjnego Monaru. Mówiła ona o młodzieży sięgającej po amfetaminę i paloną heroinę. Naj-

bardziej przygnębiający jest brak wystarczającej oferty terapeutycznej dla tej młodzieży. W Warszawie na odtrucie czeka się po kilka lub kilkanaście miesięcy. Pracownicy punktu zadają sobie także pytanie, jaką ofertę zaproponować osobom o długim stażu odurzania się, bardzo zdegradowanym, które nie są w stanie utrzymać się w ośrodkach rehabilitacyjnych. Występuje też częste uzależnienie od alkoholu u młodych narkomanów. Lecznictwo związane z pomocą osobom uzależnionym jest w zdecydowanie niewystarczający sposób do tego przygotowane. Bardzo trudno jest przekonać władze do wyasygnowania środków na poszerzenie bazy i oferty terapeutycznej dla młodzieży. Długoterminowe ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów wciąż stanowią dominującą ofertę terapeutyczną.

Na seminarium znalazło się też miejsce na prezentację niektórych aspektów programu, realizowanego w Ośrodku Rehabilitacji Narkomanów w Toruniu.

Uważam, że nasze przekonania jako terapeutów o naturze narkomanii często decydują o formie terapii i sposobie myślenia na temat procesu powrotu do zdrowia i metod leczenia. W pracy z narkomanami toruński ośrodek stosuje metody i filozofię wykorzystywane w pracy z alkoholikami. Jeden z istotniejszych celów terapii to stworzenie pacjentowi warunków do podjęcia decyzji o doko-

naniu zmiany w swoim życiu oraz nauczenie się nowych umiejętności. Uważamy, iż istotą uzależnienia jest występowanie mechanizmów zaprzeczania, utraty kontroli, obsesyjnego myślenia i kompulsji.

Z akceptacją utraty kontroli oraz przyjęciem tożsamości osoby uzależnionej związany jest proces powrotu do zdrowia. Koncentracja na narkotykach i alkoholu jest w początkowym okresie zdrowienia tak samo ważna, jak konieczność zmiany zachowań. Następny etap terapii jest związany z rekonstrukcją historii życia pacjenta. Jeżeli narkoman nie zrozumie, jakie sposoby brania i picia i jakie zachowania podtrzymywały jego nałóg to grozi powrót do zażywania.

Uzależnienie nie jest wyłącznie problemem zaburzonego zachowania, który można rozwiązać zalecając po prostu inne zachowania. Jest także zaburzeniem myślenia, ponieważ u osoby uzależnionej utrwaliła się obronna struktura poznawcza oparta na zaprzeczaniu i racjonalizacji. Trzeźwiejąca osoba musi nauczyć się nowych sposobów działania oraz poznawczego porządkowania i interpretacji świata. To stanowi podstawę rozpoczęcia dynamicznego procesu powrotu do zdrowia.

Janek z Torunia mówił na temat roli programu 12 Kroków AA/AN w programie terapeutycznym dla narkomanów oraz w kontynuowaniu pracy nad trzeźwością poza ośrodkiem.



Uczestnicy seminarium w Dębem

Mówił z perspektywy osoby uzależnionej i terapeuty pracującego w oparciu o program 12 Kroków w Ośrodku Rehabilitacji Narkomanów w Toruniu. Leczenie w ośrodku jest początkiem długiego procesu zdrowienia. Program 12 Kroków AA/AN jest programem uniwersalnym i może być zastosowany w większości programów odwykowych. Janek powiedział, że podoba mu się takie określenie, iż jest to „prosty program dla skomplikowanych ludzi”.

Zapoznanie pacjentów w toku terapii z programem 12 Kroków od samego początku pobytu w ośrodku poprzez literaturę, pracę nad pierwszymi Trzema Krokami oraz mityngi pomaga w przełamaniu zaprzeczeń. Pozwala także przyjąć nową

tożsamość, tożsamość osoby uzależnionej. W pierwszym okresie po zaprzestaniu brania, najtrudniejszym problemem jest poradzenie sobie z obsesyjnymi myślami o narkotyku.

Siła i nadzieja płynąca ze zbiorowej mądrości grupy pozwala przetrwać ten trudny okres. W miarę studiowania programu i chodzenia na mityngi osoba nowo przybyła nabiera przekonania, że powrót do zdrowia jest możliwy, jeżeli będzie realizowała program w swoim życiu. Nie jest to jednak program samouzdrawiający. Żeby zacząć zdrowieć trzeba w to włożyć pracę nad programem 12 Kroków. Jest to program paradoksu. Przez przyznanie się do swojej bezsilności odzyskują wolność. Przez uznanie zależności od Siły Wyższej, uzyskują niezależność.

Janek powiedział: „12 Kroków AN jest informacją, mówiącą mi o tym, co inni robili, aby nie brać i być szczęśliwym bez narkotyków.

1 Krok AN/AA

- pomaga przełamać zakłamanie i zaprzeczenie występujące w uzależnieniu
- pomaga zidentyfikować się z innymi osobami uzależnionymi
- pomaga nabyć nową tożsamość, tożsamość osoby uzależnionej, która stanowi podstawę nowych zachowań, postaw i poglądów
- pomaga nauczyć się sposobów na poradzenie sobie w pierwszym okresie trzeźwienia z obsesyjnymi myślami o narkotykach
- pomaga nie czuć się wyobcowanym, samotnym, zagubionym.

Dzięki komisji pierwszy raz doszło do spotkania profesjonalistów i osób trzeźwiejących w AN. Było to zupełnie nowe i ważne doświadczenie dla wielu z nas. Pojawiły się propozycje mityngów informacyjnych w ośrodkach dla narkomanów. Miejmy nadzieję, że to spotkanie rozpoczęło nowy okres współpracy między ludźmi zajmującymi się pomaganiem i ludźmi uzależnionymi, którzy pomagają sobie nawzajem, realizując program zdrowienia oparty na 12 Krokach.

Spotkanie zakończyło się otwartym mityngiem AN. Poczuliśmy tam wspólnotę ludzi, którym leży na sercu pomoc drugiemu człowiekowi, bez ograniczenia wolności wyboru. □

2 Krok AN/AA

- daje człowiekowi uzależnionemu nadzieję – jest to bardzo istotny aspekt terapii, gdyż wielu nie wierzy w to, że może coś zmienić w swoim życiu
- daje nowe spojrzenie i rozumienie siebie i swojego uzależnienia
- poprzez słuchanie doświadczeń innych osób znalezienie Siły Wyższej zaczyna stawać się łatwiejsze.

3 Krok AN/AA

- osoba uzależniona zaczyna mieć poczucie oparcia, ufa, że nie jest sama
- ma większą zgodę na to, co się dzieje w życiu, ufając, że jest to potrzebne dla trzeźwości
- świadomie podejmuje decyzję – wybiera trzeźwość
- wyzbywa się samowoli.

Elżbieta Rachowska

NIEZNACZNA ILOŚĆ W MIASTECZKU X

Niedawno media doniosły o zlikwidowaniu przez policję szajki handlarzy narkotyków w Krotoszynie. Nikt nie zwrócił uwagi, że to jedna z pierwszych tak jednoznacznych informacji o wchodzeniu narkobiznesu na prowincję. Na celowniku handlarzy i producentów znalazły się nie tylko Warszawa czy Gdańsk, ale i spokojne dotąd miasteczka.

Od kilku miesięcy obowiązuje w Polsce ustawa o zwalczaniu narkomanii. Zgodnie z nią nie można nikogo ukarać za posiadanie narkotyków na własny użytek, czyli w „nieznacznych ilościach”. Miejmy nadzieję, że policjanci przeszli szkolenie wyjaśniające, co to jest „nieznaczna ilość”. Przyda się ono także z innych powodów: cała Polska śmiała się z policjantów, i to nie z prowincjalnego posterunku, którzy spalili stertę chwastów, mylnie biorąc je za konopie indyjskie. Do niedawna nikt z młodocianych „zielarzy-amatorów” nie przejmował się policją, więc tzw. trawę można było dostrzec nawet w balkonowych skrzynkach. I dziś można spotkać takie miniplantacje, na których rośnie sobie coś „na własny użytek”.

Do niedawna uważano, że narkotyki to plaga tylko dużych miast.

Dziś wiadomo, że dociera ona także do małych ośrodków – i tylko czekać, aż trafi „pod strzechy”.

Miasteczko, o którego młodych mieszkańcach chcę napisać, leży w Małopolsce albo na Śląsku, a być może na Mazowszu – ciężko dociec, gdzie trafi po reformie województw. Jego nazwa nie jest ważna, podobnie jak prawdziwe imiona bohaterów. Ważne jest ich życie.

Miasteczkiem rządzi koalicja samorządowa, w której istotna jest nie opcja polityczna, lecz znajomości z czasów szkolnych. Czasem ktoś kogoś wyzwie od „komuchów”, ale takie incydenty (zdarzające się w czasie gorączki wyborczej) nikogo nie wzruszają. W miasteczku są nowe ulice: przodownika pracy, który wyrabiał 300 procent normy i umarł na gruźlicę zamieniono na marszałka Piłsudskiego. Postpeerelowski jest tylko asfalt, uzupełniony już jednak łatami godnymi III RP. Rozmnożyły się bary piwne i sklepy spożywcze. Dawne knajpy z przepalonymi ceratowymi obrusami zamieniły się w wyłożone plastikowymi panelami tuby. Młodzież znalazła nowy biotop. Starsi mieszkańcy mówią, że jest czystiej niż kiedyś, ale po zmroku nie wychodzą z domów, oglądając telewizję.

Czasem mieszkańcy małych miasteczek piszą do władz listy, w których narzekają na hałasy dochodzące z nowo powstałych lokali. Piszą, że „za komuny tego nie było”. Korespondencja przepojona jest traumatycznym sentymentem, bo i faktycznie, wielu przyznaje się do choroby sieroczej po sekretarzach partyjnych, którzy by sprawę „wzięli i załatwili”, gdy w tej demokracji wszystko wolno...

Kościół w małych miasteczkach ma wprawdzie jeszcze trochę do powiedzenia, ale zdaniem młodych rzadko zdarza się ksiądz, który potrafiłby z nimi rozmawiać. W dobie MTV i „Bravo Girl” monotonne „klepanie pacierzy” i ministranckie praktyki zdają się większości nastolatków czasem absolutnie straconym.

Jeszcze parę lat temu marzeniem co bardziej ambitnego mieszkańca miasteczka było dostanie pracy w dużym mieście, a wśród „chorobliwie” ambitnych „załapanie się” na studia. Wyjazd był szansą wyrwania się spod kurateli ojca, który chciał kierować życiem dziecka, bo własne mu się nie udało. Ale dziś wielu z tych, którzy dawniej mogliby utrzymać się w dużym mieście, nie ma takiej możliwości. Pozostaje świadectwo ukończenia szkoły średniej i „kuroniówka”. Przyszło jednak coś, co pozwala odetchnąć, złapać wiatr w plecy, wyluzować się: narkotyki.

Kiedyś był tylko alkohol. Mówiono: „Czym się różni wtorek od środy,

środa od czwartku, a ten od piątku? Niczym. Czym się różni sobota od piątku? W sobotę mamy kaca”. Parę lat temu był to kac po „czystej formie” (wódka), czasem po „bełtach” (winach owocowych). Teraz w modzie jest piwo zagryzane „trawką”. Z modą na techno przyszły tabletki extasy. Czysto, higienicznie, żadne tam „kompoty”. W żyłę „wałą” tylko frajerzy. „Młodzi bogowie” mogą sobie pozwolić na coś ekstra. Jak brakuje kasy, można dorobić handelem.

Misiek, duży, zwalisty facet, ma swoje lata. Inni założyli rodziny, odprowadzają dzieciaki do szkoły, użerają się z żonami. Misiek nie ma tych kłopotów. Żyje chwilą, choć maksyma „Carpe diem” nic mu nie mówi, bo z języków zna tylko polski. Robi „na państwowym”, ale się nie przemęcza. Wieczory spędza w barach, pije piwo, pali trawę, a jak ktoś ma ochotę, opchnie coś lepszego. Za tabletkę extasy czy szufladkę (paczka po zapalkach) trawy trzeba wyłożyć 25 złotych. Ale jak się jest z Miśkiem w lepszej komitywie, spuści z ceny kilka złotych. Hery (heroiny) nie prowadzi, ale jakby się kto uwziął, to załatwi działkę. Mówią o nim Sójka, bo od lat wybiera się za granicę. Był w Holandii, Berlinie i nie może się nachwalić. Towaru do woli, swoboda. On towar kupuje w dużym mieście. Ma go zawsze. Ale sam pali tylko trawę. Nie jest głupi, amfy i kwasów (LSD) nie

tyka. Woli obalić jabłoka. Ponieważ miasto jest małe, to łatwo go spotkać. Policji się nie boi. W grajdolach glinom wydaje się, że nic się nie dzieje. „Nie czują blusa”, choć towar opychany jest nawet na ulicy, przy której stoi komisariat.

*

A kto kupuje? Wielu. Tacy jak Maciek. Dwadzieścia parę lat. Żadnych planów czy pomysłów na życie. Czasem koncert zaliczy, popije z kumplami i jakoś „toczy ten garb uroczy” od zasiłku do zasiłku. Dostał ostatnio „po ryju”. Nie wie dlaczego. Facet podszedł, dał dwa strzały. Maciek nie jest obraźliwy, od razu wybaczył. Ból poczuł dopiero rankiem. By zapomnieć o upokorzeniu „wziął” coś, już nie pamięta co, pewnie speed, godzinę później obudził się i szalał, aż go właściciel wyrzucił z lokalu. Czasem jeździ na koncerty techno, tam prawie wszyscy biorą extasy. Nie czujesz wtedy zmęczenia, możesz podrygiwać, aż się skończy zabawa. A czasem dłużej. Amfę bierze rzadko, za droga. Ale kiedy jeszcze się uczył, brał często, bo mu lepiej włożyło do głowy. Potrafił wtedy odtwarzać z pamięci całe strony najnudniejszych podręczników. Inaczej nigdy nie skończyłby szkoły. Sam się dziwi, że nie wsiąkł głębiej, wszak czuł się niezniszczalny (co o mała nie skończyłoby się zapaścią). O studiach nie myślał, bo za co miałby się utrzymać. Nie zna języ-

ków, komputer to czarna magia, więc gdzie znalazłby dorywczą pracę. Na fizycznego się nie nadaje, jest słaby i chorowity. Dużo pali. Mówi, że chce rzucić fajki, ale sam w to nie wierzy. Na razie rzuciła go dziewczyna.

Jeszcze mniej od życia chce Darek. Ma 18 lat, ale nie czuje się dorosły. Chce tylko, żeby wszyscy dali mu spokój. Jak mu nie dają spokoju, odpowiada, że odbierze sobie życie. Razem z kolegami wachają butapren. Mają metę w piwnicy bloku wybudowanego za wczesnego Gierka. Na takich jak on i jego kole-dzy mówi się teraz „blokery”. Rzadko mają pieniądze. Z reguły mają tyle, by w sklepie chemicznym zaopatrzyć się w słoiczek kleju. Wachają go z woreczków nylonowych lub reklamówek. Czasem, jak nie ma czasu pójść do piwnicy, Darek nosi taki worek za pazuchą, potrafi odurzyć się idąc przez miasto na rynek, gdzie potem „odlatuje” w rzeczywistość wirtualną „własnej roboty”. Marzy o nowym dresie i walkmanie...

Aśka też lubi techno. Jeszcze bardziej lubi piorunującą mieszankę techno i extasy. A najbardziej Prodigy, była nawet na ich koncercie w katowickim Spodku. W extasy ceni to, że jak je weźmie, to wszystkie te „grandżowe” kolory, wszystkie te seledyny i pomarańcze, wydają się bardziej znośne, inne niż w rzeczywistości... Nie potrafi nazwać tego zjawiska. Także muzyka, która ma szybkie tem-

po, po extasy spowalnia, wręcz wle-
cze się, tysiące gwizdków zlewają się
w jeden ciągły dźwięk, który nie ma
końca, nie ma początku. Czas staje
w miejscu. W tym roku Aśka wybiera
się na Love Parade do Berlina. Znajomi mówią, że to prawdziwy
odlot. Byli tam w zeszłym roku całą
paczką. Ona jest młoda i głupia, więc
imponuje jej byle „bajer”. Nie czyta
książek. Jak chłopak jest miły i po-
prosi, żeby była miła, to nie odmawia
i jest miła. Starzy ją rozśmieszają:
jak matka mogła wytrzymać tyle lat
z jednym facetem, do tego tak głu-
pim jak ojciec? Potrafi godzinami
rozmawiać o „szałowych ciuchach”
z koleżankami, z których większość
ma takie samo podejście do życia.
Przy jednym piwie potrafią przesie-
dzieć cały dzień. Najbardziej Aśka
kumpluje się z Patrycją. Razem cho-
dzą nawet do ubikacji. Mają tych
samyh chłopaków, wymieniają się
nimi jak kolczykami, a potem opo-
wiadają o przeżyciach. Mówią na
tyle głośno, że słyszy je połowa pi-
wiarni, w której siedzą. Śmieją się ze
swego ostatniego partnera, niejakie-
go Marka, który „spalił na panewce”.
Przyszłość to dla nich dzisiejszy wie-
czór, pojutrze to już futurologia.

*

„Impreza.

Zaczyna się zawsze tak samo. Waż-
ne, żeby było dużo ludzi – mówi Paweł,
właściciel rozjaśnionych perhydrolem,
krótco obciętych włosów. – Jeden po-

kój służy do siedzenia, drugi do tań-
czenia, a zakamarki do tego, do cze-
go zakamarki. Ważne, żeby zająć do-
bre miejsce, między ładnymi dziew-
czynami. Jak źle wybierzesz, to na
haju możesz wpakować się na jakąś
flądrę i potem towarzystwo będzie
z ciebie dowcipkować, a ty możesz
mieć nieprzyjemny poranek. Trawa
chodzi w kółeczko, jak marchewka
w okopach Stalingradu. Ale najlep-
sza jest LSD, wtedy ma się wizje
o jakich nie śnił Bosch. Muzyka swo-
je, ty zaczynasz się lepić do najbliższej
siedzących dziewczyn. Wszyscy chi-
choczą, zero agresji, agresja skoń-
czyła się wraz z erą wody. Extasy
dają siłę, speed wiarę w siebie. Jes-
teś kimś, czujesz do siebie szacunek,
wiele możesz. A może możesz wszyst-
ko? Ale tak po prawdzie, właściwie
wszystko ci obojętnie: wymagający
nauczyciele, zawsze smutni rodzice,
durne szefostwo z firmy, z której i tak
w końcu wylecisz. Nie przeszkadza ci
nawet, że dziewczyna, z którą tu przy-
szedłeś, całuje się z innym facetem;
jesteście w końcu wolni. Muzyka bu-
duje industrialną atmosferę, nie
wiesz co znaczy to słowo, ale jest
modne i trzeba go używać w roz-
mowach równie często co przeryw-
nika «k...». Świat staje się różowy,
ziemia ucieka spod nóg, błąskasz się
wśród różowych obłoków.

A potem wpadasz w jakiś dół, le-
cisz ale dużo wolniej niż wtedy, gdy
spadłeś z drabiny w sadzie pełnym
babcinych czereśni. Budzisz się. Nie

czujesz się najlepiej, ale nie jest źle. Możesz wrócić do rzeczywistości. Mówisz rzeczywistości «cześć!».

Umawiasz się na kolejną wizytę. Tylko skąd wziąć kasę na bilet. Musisz go mieć, to co masz wokół jest już nic nie warte”.

*

Młodzież ma gdzieś bunt. Nie walczy już z drobnomieszczaństwem. Narkotyki zamieniają bunt w apatię. A apatia nosi teraz nazwę luz z angielska *cool*.

Prawie połowa uczniów podstawówek i szkół średnich w Polsce miała kontakt z narkotykami, najczęściej marihuaną i extasy, ale także z amfetaminą. W dużych miastach młodzi mają jeszcze wybór: są atrakcje, kluby, a czasem nawet szpan na niebranie. W małych miasteczkach alternatywą jest zadymiony bar, zamknięty o dwudziestej, bo sąsiedzi się skarżą, że młodzież zanieczyszcza ogródki. □

Tygodnik Powszechny nr 14,
5 kwietnia 1998 r.



Lek. med. Zbigniew A. Grochowski
Pododdział Terapii Uzależnień
Szpitala Rejonowego w Sandomierzu



O CHOROBIĘ OBJAWIAJĄCEJ SIĘ MIEDZY INNYMI NADUŻYWANIEM ALKOHOLU

Opracowanie to zawiera moje poglądy i przemyślenia. Nie stanowi rozwinięcia ani kontynuacji żadnej obecnie obowiązującej teorii na temat choroby znanej jako „zespół uzależnienia od alkoholu”. Niektóre treści zawarte w tym opracowaniu, a cytowane w oderwaniu od całości, są z pewnością trudne do przyjęcia przez ludzi wyznających obecnie panujące poglądy na temat tej choroby. Z resztą stanowią jednak całość logiczną i spójną. Dopiero po dokładnym zapoznaniu się z całością, można zrozumieć, dlaczego niektóre kontrowersyjne z pozoru, lub w oderwaniu treści, nie są w rzeczywistości niczym kontrowersyjnym.

Motorem do napisania tego opracowania stało się moje głębokie przekonanie, że musi być coś więcej poza obowiązującą teorią lub coś jest całkiem inaczej. Przekonanie to wzmacniają niepowodzenia coraz to nowszych programów profilaktycznych dla dzieci szkolnych opartych na generalnej zasadzie – **picie alkoholu jest złe**. Również nieskuteczne są wszystkie awersyjne terapie, a także przysięgi przed rodziną, ołtarzem czy sądem, podobnie jak „wystraszanie” pacjenta przez tak zwaną edukację o chorobie (już dawno nazwane przeze mnie „psychologicznym antioletem”). Niska skuteczność obecnie stosowanych modeli terapeutycznych mimo mniej lub bardziej oczywistego statystycznego „retuszu”, świadczy o niedoskonałości podstaw teoretycznych tych modeli.

Artykuł ten nie daje gotowych recept na działania terapeutyczne i profilaktyczne. Może stanowić podstawy teoretyczne do poszukiwań w tych dziedzi-

nach dla ludzi niezadowolonych z obecnych wyników. Ponieważ dalsze przeszukiwanie i tak już gruntownie przeszukanych teorii wydaje się bezcelowe i bezowocne, postanowiłem w końcu opublikować swoje poglądy.

Od dawna zastanawiałem się nad znaczeniem terminu **uzależnienie** użytego w nazwie zespołu chorobowego i ten termin w tym konkretnym kontekście zupełnie nie pasuje. Semantycznie nie jest on poprawny, gdyż znaczy mniej więcej tyle, że jest coś bardzo silnego, napotyka na swej drodze coś słabszego i uzależnia to słabsze od siebie. Na tym modelu oparty jest związek między człowiekiem i zwierzętami domowymi. Alkohol jako prosty związek dwuwęglowy jest bezosobowy, nie ma żadnej mocy i nie można sobie wyobrazić by kogoś od siebie uzależniał.

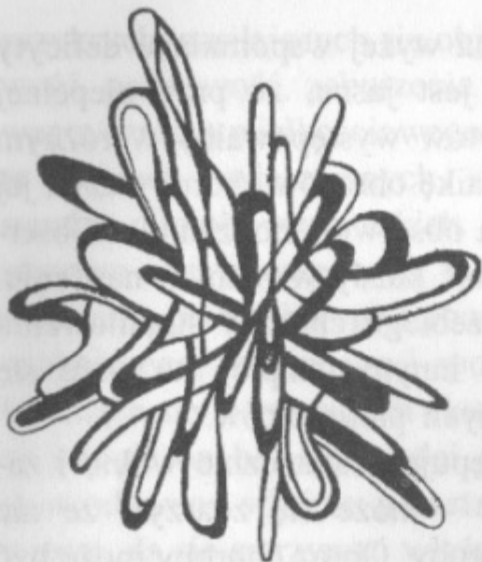
Druga możliwość jest taka, że to człowiek **uzależnia się** od alkoholu. Tylko część ludzi używa efektu psychoaktywnego alkoholu na swoje ściśle określone potrzeby. Nie wszyscy nadużywają alkoholu, dlatego niektórzy nadużywają – zobaczymy w dalszej części opracowania. Już teraz mogę powiedzieć, że nie jest to relacja typu „uzależnienia się”. Nazwa „zespół uzależnienia od alkoholu” swoje powodzenie wśród chorych zawdzięcza charakterystycznemu dla nich zrzucania z siebie winy za nadużywanie alkoholu i wszystkie tego skutki. Łatwo jest powiedzieć „uzależniłem się od” gdyż twierdzenie to sugeruje jakiś silniejszy czynnik, któremu chory nie mógł się żadną miarą oprzeć. To właśnie ma zdjąć winę. Silne poczucie winy u chorych jest powodowane potępianiem skutków nadużywania alkoholu przez społeczeństwo. Zdjęcie z siebie winy ma więc dla nich zasadnicze znaczenie.

W żadnym wypadku semantycznie słowo **uzależnienie** nie odzwierciedla mechanizmów w tej chorobie. Używanie tego terminu powoduje, że myślenie nasze podąża za jego prawdziwym znaczeniem i budujemy ciągi logiczne oparte na niewłaściwej podstawie. Aby nie szukać daleko, wystarczy wrócić do nie tak odległych czasów, gdy wierzyło się, że „młody, porządny człowiek wpadł w złe towarzystwo, pił, pił, aż się rozpił”. Dziś już wiadomo, że nadużywanie alkoholu nie prowadzi do choroby lecz jest jej wynikiem. To nie alkohol wywołuje chorobę, lecz choroba powoduje, że alkohol jest przez chorego nadużywany.

Obserwacja chorego nadużywającego alkoholu w sposób przeczący logice osoby zdrowej spowodowała błędne mniemanie jakoby chory ten stawał się z czasem od alkoholu uzależniony. Takie traktowanie choroby jest dużym nieporozumieniem. Ani nadużywanie alkoholu nie jest jedynym nieprawidłowym zachowaniem ani też nie jest to zachowanie stałe. Nigdy nie udało mi się zaobserwować chorego, który ekskluzywnie nadużywałby alkoholu,

pozostając poza tym jednym defektem zupełnie zdrowy. Bardzo często widywałem zastępowanie nadużywania alkoholu nadużywaniem innych zachowań, wyżej wymienionych. Zawsze było to nadużywanie kilku lub kilkunastu różnych zachowań. W tym kontekście nazywanie tej jednostki chorobowej „zespołem uzależnienia od alkoholu” jest po prostu nieporozumieniem. Gdyby tylko chodziło o samą nazwę, można by się tym wcale nie zajmować. Jednak nazwa sugeruje niedwuznacznie etiologię choroby i to już pociąga za sobą poważne konsekwencje. Jedną z takich konsekwencji było stosowanie terapii awersyjnych w leczeniu tej choroby. Wszyscy bez żadnych zastrzeżeń zgadzamy się, że stosowanie apomorfiny wraz z alkoholem czy disulfiramu (anticol, esperal) to po prostu nieporozumienie. Jednak zupełnie bezkrytycznie stosujemy nazwę choroby, która pochodzi z czasów, kiedy tak tę chorobę rozumiano i jest bezpośrednim odzwierciedleniem właśnie takiego rozumienia etiologii tej choroby. Nie tylko nazwę tę stosujemy, ale nic nie czynimy, aby ją co prędzej zmienić na poprawną. Zawsze byłem zwolennikiem nazywania rzeczy po imieniu. Po to między innymi ludzkość wykształciła porozumiewanie się przez mowę. Poprawne nazywanie rzeczy i zjawisk to *conditio sine qua non*. Co więcej, nazwa „zespół uzależnienia od alkoholu” sugeruje, że to zdrowy człowiek przez nadużywanie alkoholu uzależnił się od niego, co jest oczywistym błędem. Chory nadużywający alkoholu czy innych zachowań nieprawidłowych jest po prostu chorym o zupełnie innej psychice niż osoba nie nadużywająca żadnych zachowań. Przez ciągłą terapię można co najwyżej uzyskać osobę zachowującą się w sposób społecznie akceptowany, ale nigdy nie da się uzyskać wyzdrowienia czy wyleczenia. Nasz pacjent po prostu urodził się chory i umrze chory niezależnie od tego co sobie na ten temat myślimy. Jego zachowania mogą być mniej lub bardziej społecznie akceptowane, zależnie od fazy choroby (remisja czy zaostrzenie), naszych zabiegów terapeutycznych i własnej pracy pacjenta nad sobą (grupy samopomocowe jak AA czy inne).

Chcę się teraz zająć rozważaniem nad tym, co jest pierwotne w chorobie. Ponad wszelką wątpliwość, u wszystkich chorych występują deficyty w funkcjonowaniu psychiki wyrażające się trudnościami w radzeniu sobie ze stresem, a także słabej zdolności do uzyskiwania pozytywnych wzmocnień z powodu osłabionej zdolności w odczuwaniu doznań przyjemnych. Trudno jest porównać choremu jego odczuwanie przyjemności z innymi, tak jak trudno jest opisać daltoniście kolor zielony. Jednak pośrednio, słuchając przez wiele lat relacji osób chorych, można z całą pewnością stwierdzić, że jest ono inne niż u zdrowych i w przebiegu choroby słabnie. Chorzy wspominają, że w dzieciństwie odczuwali więcej „przyjemności”, z czasem



ta zdolność słabła. Nigdy nie było tak jak dawniej. Na dodatek, gorsze radzenie sobie ze stresem wydaje się składać z dwóch elementów: pierwszy to problemy z radzeniem sobie ze stresem w momencie jego trwania i drugi to upośledzone radzenie sobie z przykrymi wspomnieniami stresu lub inaczej niezdolność do „rozładowania” stresu. Te przykre wspomnienia lub inaczej „niedopałki” stresu mają tendencję do pozostawiania i zalegania w psychice. Najpierw nie są one uświadamiane, kumulują się i są w końcu odczuwane jako przykry stan narastającego napięcia. Z czasem stan staje się trudny do wytrzymania i nawet drobna rzecz powoduje wybuch. Dokładnie jak w przysłowiu o żdźble, które łamie grzbiet wielbłąda.

Oba wyżej opisane defekty wywołują z czasem poważne trudności w przystosowaniu się do pełnego stresów życia. Na dłuższą metę życie z taką niesprawną psychiką jest niemożliwe. Kiedy te defekty dają o sobie znać? Na pewno wcześniej niż pierwszy świadomy kontakt z alkoholem (w przypadku osób nadużywających później alkoholu). Często słyszałem spontaniczne wspomnienia z dzieciństwa wielu uczestników grup samopomocowych. Były to określenia: „Urodziłem się już alkoholikiem, wystarczyło tylko dodać alkohol”, co oznaczało, że czuli się oni tak samo przed pierwszym kontaktem z alkoholem jak po tym. Albo: „Odkąd tylko pamiętam, czułem się jakbym nie *pasował*, jak but nie od pary”. Słowo *pasował* jest tłumaczeniem angielskiego słowa *fit*, oznacza w tym kontekście nie tyle fizyczne „dopasowanie” co raczej psychiczną kompatybilność. Te wypowiedzi były bardzo częste. Większość moich amerykańskich znajomych nigdy nie spotkała się z terapią uzależnień, stanowiła więc „nieskażony materiał”. Cytowane wyżej wypowiedzi są niewątpliwie bardzo ważnym sygnałem, że coś znaczącego się u nich działo na długo przed pierwszym świadomym kontaktem z alkoholem. Musimy pamiętać o trudnościach wynikłych z braku możliwości porównania własnych doznań respondentów z doznaniem innych ludzi.

Dla celów dalszych rozważań oba poprzednio opisane defekty psychiki chorego postanowiłem nazywać problemami z przystosowaniem się czyli adaptacją. Problemy wywołane tymi dwoma defektami działającymi razem powodują poważne zaburzenia funkcjonowania osobniczego, rodzinnego i społecznego jednostki, nazwane jednym słowem – **dezadaptacja**.

Jeżeli przyjąć tło genetyczne choroby i oba wyżej wspomniane deficyty uznać za efekt uszkodzeń wielogenowych, jest jasne, że przy niepełnej penetracji wielu genów każdy z tych deficytów występowałby w różnym nasileniu. Dawałoby to niezwykle wręcz mozaikę obrazów choroby czyli jej dużą zmienność. I to właśnie każdy terapeuta obserwuje codziennie. Obserwujemy bowiem zawsze te dwa elementy, choć każdy w różnym nasileniu. Jeśli dodać, że oba te deficyty ulegają w przebiegu choroby stopniowemu pogłębieniu (każdy zazwyczaj osobno i w innym tempie), to staje się oczywiste, dlaczego nie ma dwóch identycznych przypadków.

Jeżeli pogarszanie się tych deficytów następuje dostatecznie wolno i zaczyna się z dostatecznie „niskiego pułapu” – może się zdarzyć, że nie wystarczy życia, aby uzyskać pełny obraz choroby. Obraz choroby może być niepełny i może nie wystąpić cały charakterystyczny dla choroby zespół objawów. Tu można zaliczyć osoby, które są obecnie nazywane „pijakami”. U ludzi nadużywających alkoholu występuje często w podeszłym wieku spadek ilości spożywanego alkoholu i spadek częstotliwości nadużywania. Wspomnę o tym dalej.

Na drugim końcu skali znajdują się osobnicy, w których choroba przebiega wyjątkowo ostro i wczesnie występują głębokie deficyty. W tych przypadkach najczęściej uniemożliwiają one funkcjonowanie w ogóle i zwykle kończą się śmiercią samobójczą w młodym wieku. Tym można wytłumaczyć plagę samobójstw dzieci i nieletnich, która jest ostatnio obserwowana i nagłaśniana szczególnie w USA, a także w innych krajach. Myślę, że niektóre choroby psychiczne mogą się zaczynać od nagłego wystąpienia głębokich deficytów bez możliwości ich kompensacji albo niedostatecznie kompensowanych, lecz nie zakończonych samounicestwieniem chorej jednostki.

Jaka naprawdę jest rola nadużywania alkoholu w chorobie? Wystarczy znaleźć jednego chorego, który z ważnych powodów osobistych (rodzinne, zawodowe, religijne, zdrowotne czy inne) powstrzymuje się permanentnie od spożywania alkoholu. Nie jest to zbyt trudne. Mamy ciężko chorego człowieka, choć chory ten nie pije. Nie miewa palimpsestów alkoholowych, nie pije ciągami, nie miewa snów koszmarnych ani majaczenia drzennego, nie postępują u niego uszkodzenia somatyczne, ale jest poważnie chory – po prostu w ogóle nie funkcjonuje. Stan jego pogarsza się bardzo szybko i o ile nie zginie w jakimś wypadku na skutek problemów z koncentracją, to ma szansę skończyć na oddziale psychiatrycznym lub może skończyć śmiercią samobójczą. Wiemy doskonale, co to jest „suchy kac” i co się pod tą popularną lecz nieformalną nazwą kryje. Dla przypomnienia – jest to zespół

przykrych, nasilających się objawów psychicznych jak drażliwość, wybuchowość, nerwowość, zaburzenia myślenia o charakterze myślenia roszczeniowego, czasem wielkościowego, nastawienie urojeniowe lub nawet rzeczywiste urojenia i wiele innych, a także zaburzenia somatyczne – zaostrenie stanów chorobowych takich jak choroba wrzodowa lub choroby układu sercowo-naczyniowego, a także wiele innych. Stan ten jest trudny do zniesienia przez chorego i powoduje postępujące zaburzenie funkcjonowania osobniczego, rodzinnego i społecznego, prowadzące do konfliktów, czasem kończące się w sytuacjach ekstremalnych nawet samobójstwem. Oczywiście, występuje on bez obecności alkoholu w organizmie i jest między innymi spowodowany właśnie **powstrzymaniem się od spożywania alkoholu**. Co więcej, da się zatrzymać właśnie spożyciem alkoholu. Rola alkoholu w chorobie jest ewidentnie dwojaka. Na dodatek istnieje jeszcze jeden powód wystąpienia „suchego kaca”, ale o tym dalej.

Tyle o alkoholu. Wiemy z codziennej praktyki, że działanie podobne do alkoholu mają inne substancje chemiczne. Wiemy też, że są one często nadużywane przez ludzi w zastępstwie alkoholu lub niezależnie. Także inne związki chemiczne działające na funkcje mózgu inaczej niż alkohol są używane i nadużywane przez ludzi. Jest wiele substancji wpływających na psychikę człowieka. Wszystkie te substancje nazywamy **substancjami psychoaktywnymi**. Chcę tu wymienić choć kilka. Nie jestem w stanie wymienić ich wszystkich, gdyż inwencja ludzka jest niemal nieskończona. Mamy więc alkohol, opiaty (cała grupa naturalnych, półsyntetycznych i syntetycznych), amfetaminy, kokainę i pochodne, trankwilizery (szczególnie benzodwiazepiny), nasenne (barbituraty), halucynogenne (naturalne jak LSD, meskalina, psylocybina i inne; syntetyczne jak phencyclidyna i inne). Także z pozoru nieszkodliwe substancje jak kofeina, teofilina i trucizna zwojowa – nikotyna. Używanie i nadużywanie tych substancji **jest zachowaniem**.

Także niektóre zachowania inne niż używanie substancji chemicznych lub raczej ich efekty, łagodzą napięcia psychiczne ludzi. Znamy wiele takich

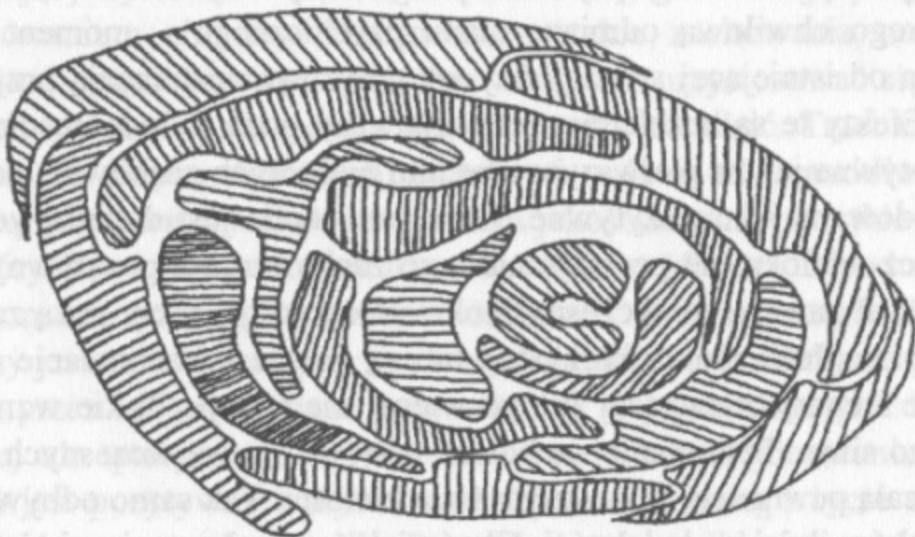


zachowań. Jedną wspólną cechą dla wszystkich jest to, że jakościowo bywają na ogół prawidłowe, lecz ilościowo są zawsze nadmiarowe, powtarzalne i spowodowane „wewnętrznym przymusem”. Z najczęstszych zachowań należy wymienić nadużywanie seksu, jedzenia, władzy, pracy, gier hazardowych, czynności religijnych, gromadzenie pieniędzy, wydawanie pieniędzy i wiele innych. Wydaje mi się, że osobiste korzyści odnoszone przez niektórych z pozostawania w związkach z osobami chorymi (na przykład z nadużywającymi alkoholu) też są w działaniu podobne. Dają w każdym razie zaspokojenie podstawowych potrzeb dbania o innego człowieka podobnie jak o własne dziecko, mimo wszystkich niedogodności wynikłych z jego zachowań, opiekowanie się nim, kontrolowanie go a także potrzebę spełnienia się w innych aspektach. To zachowanie w każdym razie odpowiada charakterystycznemu schematowi – jest jakościowo prawidłowe, ale nieprawidłowe ilościowo. Kontrola staje się nadkontrolą. Dawna nazwa tego zaburzenia – „współzależnienie” sugerowała początek jego powstawania w przebywaniu w związku z osobą nadużywającą alkoholu. Takie twierdzenie oparte jest na spostrzeganiu występowania tych zaburzeń u osób pozostających w takich właśnie związkach. To jednak za mało, aby wydawać taki sąd. Za mało wiemy o zjawiskach występujących przy powstawaniu związku dwojga ludzi, z których jedno w przyszłości będzie nadużywać alkoholu a drugie rozwinie zespół objawów zwanych „współzależnieniem”. Jest dla mnie oczywiste, że na związek ten decydują się ludzie już zaburzeni, wykazujący wprawdzie śladowe ale już rozpoznawalne elementy przyszłych zespołów chorobowych. W momencie poznania się, te śladowe cechy stron przyszłego związku są dla nich atrakcyjne i niejako dopełniające się, czynią więc przyszły związek dla obu stron atrakcyjny. Dopiero potem, gdy powstają już wyraźnie dostrzegalne zespoły zaburzeń, stają się one dla stron uciążliwe i prowadzą do konfliktów, które znamy z życia codziennego, często z sal sądowych. Powstawanie takich *a priori* zaburzonych związków odbywa się poza udziałem świadomości. Nieraz zdarza się, że osoba wstępuje w wielokrotne związki z nadużywającymi alkoholu partnerami, choć „na rozum” powinna po pierwszym nieudanym związku unikać kolejnych. Ciekawe, że związki takie trwają najczęściej przez najcięższe okresy aktywnego nadużywania alkoholu przez jedną ze stron, mają zaś tendencję do rozpadania się albo ciężkich kłopotów, gdy strona ta podejmuje trzeźwienie z dobrym skutkiem. Na pewno „współzależnienie” wymaga dokładnego przestudiowania i zrewidowania. Obwinienie jednej ze stron za powstanie zaburzeń u drugiej powoduje, że ta druga strona nigdy nie jest w stanie podjąć żadnego efektywnego leczenia. Jeśliby zaś uznać tak zwane „współzależ-

nienie” za zespół chorobowy podobny do nadużywania alkoholu, a polegający na pozostawaniu w zaburzonych związkach z elementami nadkontroli, można by stosować terapię analogiczną do terapii nadużywania alkoholu i chyba z niezłym skutkiem. Bardzo podobne jest nadużywanie władzy, choć nie każdy może z oczywistych względów władzy nadużywać. Być może, że w takich przypadkach nadużywa się już upośledzonego chorobą partnera przez kontrolę i dalej nadkontrolę jego wszystkich zachowań, włącznie z zachowaniami, które na początku były tak atrakcyjne, że stały się czynnikiem decydującym o powstaniu tego związku.

Z obserwacji osób przebywających na oddziałach terapii uzależnień wiem, że nagle powstrzymanie się od nadużywania alkoholu powoduje zwiększenie konsumpcji kawy, papierosów, czasem nadmierne dbanie o higienę osobistą, czystość pomieszczeń, częste gry hazardowe, nadmiar sportu. Zdarza się też nadmierne zaangażowanie w pracę nad sobą, także zachowania przywódcze, odczuwane przykro przez współpacjentów. Zdolny obserwator jest w stanie szybko rozpoznać wszystkie te zachowania.

U nieletnich często obserwuje się zachowania nie spotykane wśród dorosłych. Są to zachowania antyspołeczne jak wandalizm, uczestnictwo w gangach, sektach, ruchach satanistycznych i inne zachowania niebezpieczne lub dziwaczne. Dają one młodemu człowiekowi poczucie ważności, a co chyba najważniejsze – podnoszą znacznie poziom adrenaliny i innych amin katecholowych. Te „wyrzuty” adrenaliny czy innych substancji mogą dawać „haj” (high) podobny do uzyskiwanego po amfetaminie lub po innych substancjach podwyższających nastrój zanim jeszcze młodego człowieka na te środki stać.



Po co to wszystko? Jakie są korzyści z nadużywania alkoholu, innych substancji psychoaktywnych czy innych kompulsywnych zachowań? Nadużywanie substancji psychoaktywnych też jest zresztą zachowaniem. Muszą być z tych zachowań czerpane znaczne korzyści, skoro są one w powszechnym użyciu od wieków. Jeszcze raz chcę przypomnieć, że nie zawsze są to krańcowe przypadki nadużycia tych zachowań lecz często są to nadużycia niewielkie, trudne do odnotowania, jednak obecne. Czemu miała służyć ta cała inwestycja i trudy ponoszone przez wieki istnienia ludzkości w wyszukiwaniu naturalnych substancji psychoaktywnych przez wszystkie bez wyjątku cywilizacje poczynając już od najbardziej pierwotnych? Czemu miały służyć wszystkie wojny wywołane przez jednostki kierowane chęcią władzy, posiadania lub innymi względami? Czemu służyły zbiorowe tańce w rytm monotonnej muzyki, często łączone z używaniem roślin czy grzybów zawierających substancje psychoaktywne? Zachowania te są powszechnie praktykowane od zarania dziejów do dzisiaj z niewielkimi zmianami. Takich zachowań jest zresztą znacznie więcej.

Pierwotny człowiek nie robił tego wszystkiego bez celu. Analogicznie, współczesny człowiek znajduje w tym dokładnie takie same korzyści, jakie odnosił człowiek pierwotny. Jest bowiem dla mnie oczywiste, że zanim skutki wszystkich wyżej wymienionych zachowań staną się fatalne, są one korzystne lub nawet więcej niż korzystne. Nawet początkujący terapeuta uzależnień wie, że to stwierdzenie jest prawdziwe. Każdy pacjent ośrodka terapeutycznego, jeśli ma tylko dość śmiałości, mówi dokładnie to samo. Znałem osobiście mężczyznę nadużywającego alkoholu, który mawiał, że musi się raz na jakiś czas upić dla „higieny psychicznej”. I tak jest w istocie. Efekty używania substancji psychoaktywnych czy innych zachowań powodują u chorego chwilową odmianę stanu psychicznego – moment spokoju, oderwania od istniejącej sytuacji czy też po prostu dostarczają przyjemnych doznań. Efekty te są bezbłędnie rozpoznawane poza świadomością chorego jako pozytywne już za pierwszym użyciem niektórych zachowań, zapamiętane i zakodowane jako pozytywne. To zapamiętanie jest dodatkowo wzmacniane przez wielokrotne powtarzanie tego zachowania z pozytywnymi efektami. Niemal zawsze we wczesnym okresie choroby efekty te są za każdym razem lepsze. Jeśli nie są korzystne lub są gorsze – zachowanie takie jest porzucane i chory zazwyczaj już go więcej nie testuje. Takie wzmocnienie jest bardzo silne. Testowanie zachowań odbywa się we wczesnych okresach życia i z całą pewnością bez udziału świadomości. Tak samo odbywało się to od początków dziejów ludzkości. Choć niektóre zachowania nie były wtedy znane – mechanizm pozostaje ciągle taki sam. Jest to bowiem bardzo stary

mechanizm, wcale nie ograniczony do tych specyficznych zachowań czy tylko do *homo sapiens*.

Wielokrotnie wzmacniany mechanizm zapamiętania efektu zachowania jest zasadniczy w tym, co się dalej dzieje i odpowiedzialny za wszystkie nieszczęścia, które to zachowanie w końcu przyniesie. Na początku powiedziałem, że istotą choroby jest kombinacja gorszego radzenia sobie ze stresem i osłabienia wzmocnień pozytywnych ze słabszą zdolnością do odczuwania przyjemnych doznań. Już od samego początku ta kombinacja przynosi z początku słaby, potem coraz silniej odczuwany dyskomfort. Nawet jeśli ten dyskomfort nie jest wyraźnie odczuwany i identyfikowany – jednak istnieje i powoduje podwyższony stan psychicznego napięcia. Napięcie musi być szybko rozładowane, inaczej narasta i staje się coraz bardziej przykre. Tak dzieje się do końca życia. Gdzieś po drodze chory uczy się na dodatek, że im więcej, tym lepiej. To też podlega takiemu samemu zapamiętywaniu i wzmacnianiu jak podstawowy efekt zachowania i prawdopodobnie stanowi integralną część całego procesu przyswajania specyficznego zachowania. Obydwie części tego procesu są odpowiedzialne za „błędne koło” prowadzące do nadużywania zachowania. Zdarza się, że w trakcie przyswajania zachowania dochodzi do sytuacji, kiedy zastosowanie zachowania staje się niemożliwe, gdy jest potrzebne i chory zaczyna odczuwać doznania przykre. Dyskomfort staje się większy i pozytywny efekt zachowania jest oceniany wyżej.

Wszystkie poprzednio opisane zachowania jak nadużywanie substancji chemicznych czy inne mają z początku tylko pozytywny efekt dla chorego. Stopniowo efekt ten jest rozpoznawany jako pozytywny, ułatwiający życie, umożliwiający życie aż w końcu jest traktowany jako ratujący życie, wraz z postępowaniem choroby. Postanowiłem takie zachowania nazwać **zachowaniami przystosowawczymi**. Pozwalają one przystosować się choremu do sytuacji, w których nie mógłby sobie bez nich poradzić. Trzeba pamiętać, że dotyczy to **nieprawidłowych zachowań osób o nieprawidłowo funkcjonującej psychice**. Choć pod względem jakościowym wszystkie zachowania, o których w tym opracowaniu mowa są prawidłowe, to pod względem ilościowym bez wątpienia są nieprawidłowe. Dla obserwatora obraz zniekształcony jest na dodatek tym, że efekty działania zachowań przystosowawczych są przez niego oceniane jednostronnie – przeważnie pod kątem ich społecznej akceptacji, czy wpływu na zdrowie i funkcjonowanie chorego. Pomijany jest pozytywny wpływ – ważniejsze dla chorego życie w komforcie, a w końcu przeżycie w ogóle. Przy tak dużej presji opinii społecznej jest jasne, że dostrzeżenie potrzeb osobniczych chorego jest bardzo trudne lub

w ogóle niemożliwe nie tylko przez laików lecz także przez profesjonalistów w tym zakresie. Dostrzeganie zarówno negatywnych jak i pozytywnych stron zachowań przystosowawczych jest zasadnicze dla rozumienia zjawisk zachodzących w chorobie.

Efekty zachowań przystosowawczych mają podstawowe znaczenie dla przeżycia, są traktowane jako niezbędne dla życia uzupełnienie psychiki chorego, z czasem jako jej integralna część. Jednak na dodatek do pozytywnych efektów pojawiają się komplikacje – negatywne efekty nadużywania tych zachowań. Negatywne efekty zaburzają prawidłowe funkcjonowanie, zagrażają zdrowiu, a nawet życiu. Chory jest chroniony przed ich uświadomieniem, przy pomocy mechanizmów obronnych, które bronią przede wszystkim efektów pozytywnych. Jest on zmuszony do płacenia coraz to wyższej ceny za możliwość przeżycia, nie zdając sobie z niej sprawy. Ten proces jest dynamiczny. Negatywne efekty nasilają się wolno, nieraz w ciągu wielu lat z postępowaniem nadużywania, progresja defektów psychiki chorego też jest wolna, na ogół nie jest możliwe dokonanie przez chorego bilansu zysków i strat, przede wszystkim z powodu silnie działających mechanizmów obronnych. Pozytywne efekty zachowań przystosowawczych są chronione za każdą cenę. Chory ma w końcu alternatywę: umrzeć zaraz albo umrzeć potem. Prawidłowo wybiera więc drugą opcję; nie zna bowiem na ten czas innych możliwości. Pozytywne efekty jednego zachowania są chronione jako integralna część psychiki chorego, gdy w tym samym czasie ta sama psychika jest chroniona przed uświadomieniem sobie negatywnych efektów tego samego zachowania. Takie traktowanie pozytywnych i negatywnych efektów tego samego zachowania przez psychikę chorego jest niezwykle ciekawym fenomenem.

Powstaje pytanie, kiedy i jak rozpoczyna się proces stosowania zachowań przystosowawczych. Poszukiwania w celu uzyskania lepszego samopoczucia są już obecne w początkach aktywności dziecka. Poziom stresu małego dziecka jest niewątpliwie niewielki, psychika też nie jest dojrzała. Trudno jest określić jakieś zachowanie dziecka w bardzo młodym wieku jako ilościowo nieprawidłowe choć na pewno takie istnieją. Nie są one podobne do późniejszych – **zdeteterminowanych zachowań przystosowawczych**. W tym okresie przeważa raczej poprawa samopoczucia niż uzyskanie ulgi spowodowanej stresem, choć i to jest możliwe. Różnice między dziećmi, które będą nadużywać i tymi które nie będą, są bardzo trudne do wykrycia. Jest to jednak zasadniczy okres dla dalszego życia i przeżycia – **okres determinacji zachowań przystosowawczych**. To w tym okresie odbywa się ocenianie wszystkich dostępnych zachowań pod względem ich przydatności. Repertuar

poszerza się wraz ze wzrostem ich dostępności. Już wtedy proces stosowania zachowań przystosowawczych uruchamiany jest potrzebą (stres lub brak dobrego samopoczucia). Także potem i do końca życia powód stosowania zachowań przystosowawczych pozostaje taki sam. Jakie zachowania zostaną użyte? O tym stanowi zapamiętane i utrwalone w podświadomości wspomnienie efektu zachowania. Duże znaczenie ma dostępność lub możliwości używania specyficznych zachowań dla kształtowania ich przyszłego repertuaru.

Wzrost rangi efektu zachowania przystosowawczego jest odpowiedzialny również za ubożenie życia duchowego. Wraz z postępem choroby zachowanie (lub raczej wiele zachowań) zajmuje coraz więcej czasu chorego, w końcu prawie cały jego czas. Inne zachowania i aktywności nie mające specyficznego zastosowania są stopniowo eliminowane. Wydaje się, że stopniowe ubożenie życia duchowego nie jest zjawiskiem pierwotnym lecz wynikiem postępującego pogłębiania się obu podstawowych defektów psychiki chorego kompensowanych przez coraz częstsze stosowanie zachowań przystosowawczych. Za tym stwierdzeniem przemawia dobrze zachowana zdolność rozwoju duchowego w procesie zdrowienia.

Zastąpienie alkoholu trunkami z grupy benzodiazepin, szczególnie często przepisywanymi przez lekarzy dla łagodzenia skutków odstawienia alkoholu, ukazuje nam ciekawe zjawisko. Efekt po użyciu alkoholu jest bardzo podobny do efektu po użyciu benzodiazepin. Jak widać, zachowania przystosowawcze są między sobą wymienne, można zastąpić jedne innymi. **Preferowane zachowanie przystosowawcze** – to jest takie, które działa najlepiej i jest najczęściej używane przez chorego – bywa z konieczności zastępowane innym o podobnym efekcie lub kombinacją kilku innych zachowań. Dzieje się tak w przypadku, gdy chory nie może już dłużej stosować preferowanego zachowania przystosowawczego z różnych, zawsze bardzo ważnych powodów. Aby porzucić coś co jest tak dobrze strzeżone, trzeba rzeczywiście ważnych powodów. Na dodatek, musi być zapewniona dostępność zachowań alternatywnych.

Efekty niektórych zachowań są wystarczająco silne, by przynieść szybko pozytywny skutek. Takie zachowania nazwę **pierwszorzędowymi zachowaniami przystosowawczymi** lub **zachowaniami podstawowymi**. Jedno z tych zachowań może stać się zachowaniem preferowanym. Preferencja wynika z satysfakcjonującego działania i łatwej dostępności zachowania. Takim zachowaniem preferowanym często staje się nadużywanie alkoholu.

Inne zachowania nie są w stanie przynieść ratującego życie efektu (na przykład działanie nikotyny, niektórych halucynogenów czy inne zachowania takie jak hobby – choćby filatelistyka czy wędkarstwo). Te zachowania pełnią

ważną funkcję uzupełniającą. Nazwę je **drugorzędowymi zachowaniami przystosowawczymi** lub **zachowaniami uzupełniającymi**. Choć nie ratują życia, ich rola jest bardzo korzystna. Pojedyncze zachowania bez żadnej odmiany byłyby niebezpieczne z powodu monotonii, która nie jest dobrze tolerowana ani przez zdrowych ani tym bardziej przez chorych. Widzimy więc, że stopniowo chory zaczyna obracać się w świecie zdominowanym przez coraz częstsza konieczność stosowania różnych zachowań. Każdy pacjent prezentuje mnogość zachowań, na pewno kilka podstawowych i wiele uzupełniających. Niektóre z nich są zresztą uznane jako społecznie nieakceptowane. Inne są tolerowane w społeczności, inne jeszcze są nawet cenione.

Ocenianie zachowań według kryterium społecznej przydatności czy społecznej akceptacji kształtuje ciągle jeszcze popularne wśród laików poglądy na temat choroby. Niestety, jest to aż nazbyt częste także wśród ludzi medycznej profesji. Nadal stosowane jest nagminnie *leczenie chorego z picia, które nie jest akceptowane*, zamiast kompleksowej pomocy choremu. Na dodatek, można pozostawić nie rozpoznane i nie leczone współistniejące drugie zachowanie z grupy zachowań podstawowych, które natychmiast przejmie rolę wiodącą.

Wspomniane poprzednio zjawisko znane jako „suchy kac” jest wywołane przez małą skuteczność zachowania podstawowego (lub kombinacji kilku zachowań) w sytuacji zbyt dużego, niemożliwego do kompensacji stresu. Zamiast powrotu do zaniechanego dawno preferowanego zachowania podstawowego, nieraz chory decyduje się na poszukiwanie pomocy lekarskiej. W tych przypadkach lekarze *skutecznie* stosują benzodiazepiny (np. relanium), zastępując nimi już nie używane ze świadomego wyboru zachowanie preferowane (alkohol).

Obserwując chorych, których preferowanym zachowaniem było nadużywanie alkoholu wiadomo, że obrona alkoholu jest bardzo silna we wszystkich aspektach. Można by śmiało porównać to do instynktu samozachowawczego. I chyba tak jest, gdyż chory bez terapii, bez alkoholu i bez skutecznych zachowań alternatywnych jest ponad wszelką wątpliwość w bezpośrednim zagrożeniu życia. Jeszcze wyraźniej widać to u chorych nadużywających opiatów. Tak silna obrona jest chyba spowodowana dokładnym uzupełnieniem jednego z defektów (odczucia przyjemne z receptorów opioidowych) plus działanie depresyjne na centralny system nerwowy, znoszące okresowo drugi defekt – przykre doznania pochodzące z bezradności w stosunku do stresu. Chronienie efektów preferowanego zachowania przystosowawczego w późniejszych okresach choroby jest porównywalne z siłą mechanizmów działających w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia z każdego innego powodu.

Dlaczego zawodzą wszystkie programy profilaktyczne dla dzieci szkolnych, stosowane obecnie na szeroką skalę a oparte na zasadzie, że „picie alkoholu jest złe”? Rozważmy grupę dzieci, które w przyszłości rozwiną problemy z adaptacją łagodzone alkoholem, biorące udział w takim programie. Mamy tu dwie sytuacje – pierwsza kiedy dziecko było już na alkohol eksponowane i druga – gdy dziecko jeszcze nigdy się z alkoholem nie spotkało. Efekt spożywania alkoholu jest od samego początku rozpoznawany podświadomie jako korzystny przez dzieci eksponowane uprzednio na działanie alkoholu. Te dzieci mają ten efekt trwale zakodowany w podświadomości i żadne działania profilaktyczne nie są w stanie tego zapisu zmienić. W drugim przypadku – przy pierwszym kontakcie z alkoholem dziecko konfrontuje podświadomą ocenę działania alkoholu z przyjętym świadomie przekazem z zewnątrz. Tutaj też cała skuteczność programów profilaktycznych zawodzi z tym samych powodów. Dzieci najbardziej potrzebujące pomocy zostają jej pozbawione przez nieszczęśliwą kombinację złych założeń teoretycznych programów profilaktycznych i prawidłowo działającego zapamiętania pozytywnego efektu alkoholu. Poprawna profilaktyka powinna uwzględniać dwa elementy: poprawę radzenia sobie ze stresem już w bardzo wczesnym wieku przez działania psychologiczne i zmianę opinii społecznej na chorobę oraz jej leczenie przez pokazywanie pozytywnych efektów terapii zorganizowanej i grup samopomocowych, a także przez inne zabiegi. Jeśli taką profilaktykę zastosujemy do wszystkich dzieci, tym nie zagrożonym nie zaszkodzimy, pomożemy zaś tym zagrożonym. Nie miejmy złudzeń, nie oszczędzimy ani jednego osobnika przed nadużywaniem alkoholu. Możemy zminimalizować skutki nadużywania przez zwolnienie i tak nieuchronnej progresji choroby z jednoczesnym przybliżeniem pomocy. W USA w ostatnich latach zaczęła na mityngi uczęszczać znaczna liczba młodych ludzi bez dużej destrukcji chorobowej. AA ma tam coraz lepszą opinię, jest popularne, powszechnie znane i doceniane. Wiedza o AA jest przekazywana młodzieży w wielu publicznych szkołach. To jest osiągnięcie ostatnich lat. Mimo że jest to tylko jedna część proponowanych wyżej działań, efekt jest widoczny. Zamiast drogich „programów profilaktycznych”, szkoła zatrudnia terapeutę uzależnień w wymiarze godzin dyktowanym potrzebą i sytuacją finansową.

Dalej, mam ochotę zastanowić się nad „pierwszym kontaktem” z efektem zachowania. Najlepiej będzie to uczynić na przykładzie alkoholu. Nie wiemy, ile alkoholu trzeba do organizmu dostarczyć, aby efekt został rozpoznany jako korzystny. Wydaje się, że nie muszą to być wcale duże ilości. Nawet śladowe ilości, takie jak znajdują się w cukierku „wiśnia w czekoladzie” są przez dorosłego rozpoznawane. Bez wątplenia jeszcze mniejsze ilości są

rozpoznawane przez kilkuletnie dziecko, wielokrotnie lżejsze niż dorosły. Raz podświadomie rozpoznany jako korzystny, efekt działania alkoholu właśnie tak zostaje zakodowany (zapamiętany) i nic do końca życia tego nie zmieni. Alkohol jest u nas w powszechnym użyciu, na przykład w syropach wykrztuśnych lub w wyrobach cukierniczych. Kontakty dzieci z alkoholem następują już w bardzo wczesnym wieku i wcale nie musi to być przysłowiowy „pierwszy kieliszek”.

We współcześnie stosowanych modelach terapii są stosowane bardzo różne elementy. Od dawna na własny użytek oceniałem je pod względem przydatności dla chorego. Uznałem, że najbardziej korzystnie działają te elementy, na które nie zwracaliśmy zbyt wiele uwagi. Były to: bezpieczne dla chorego otoczenie i konsekwentnie przestrzegany plan dnia (praca, wypoczynek, rozrywki, zbalansowane posiłki o ściśle określonych porach i inne). Te elementy składają się na coś, co nazwałem **stabilizacją chorego**. Stało się dla mnie oczywiste, że stabilizacja chorego jest najważniejsza w momencie tak obciążającym jak moment utraty preferowanego zachowania przystosowawczego. Wydaje mi się, że nie trzeba wiele więcej, aby uzyskać korzystne efekty. Wierzę, że właściwa stabilizacja chorego ma też podstawowe znaczenie w całym przebiegu terapii. Również zaniechanie powszechnie jeszcze stosowanej negatywnej oceny, czy w ogóle jakiegokolwiek oceny zachowań przystosowawczych (zwłaszcza zachowania preferowanego) pozwala uniknąć *a priori* przegranej pozycji oceniającego. Podobnie jak u dzieci „oceniających” niektóre programy profilaktyczne. Dla sukcesu terapii ma to kluczowe znaczenie. Nieprzestrzeganie tej zasady od razu przekreśla albo terapeutę, albo terapię albo jedno i drugie. Choć nie jest to świadome odrzucenie, może nawet nie od razu manifestowane, to jednak jest nieuchronne. Myślę, że ten proces może być po części lub w całości odpowiedzialny za zaniechanie terapii po początkowym dość dobrym zaangażowaniu się chorego. Zwracam uwagę, że żaden element stosowany do stabilizowania chorego nie ocenia negatywnie preferowanego zachowania przystosowawczego chorego.

Na koniec chcę się trochę zastanowić nad bardzo prawdopodobnym genetycznym pochodzeniem zmian, stanowiących treść tego opracowania. Już jak pisałem, jest oczywiste, że jeżeli mamy takie same zmiany u osób pochodzących ze wszystkich ras i kultur, teraz i na początku istnienia ludzkości, to oprócz czynników zewnętrznych, jedynymi godnymi rozważania są czynniki genetyczne. Jest oczywiste, że czynniki zewnętrzne ulegały częstym zmianom, a obraz chorobowy jest identyczny. Pozostaje do rozważania tylko jakaś konfiguracja genetyczna, wspólna dla wszystkich.

Z obserwacji wynika, że ujawnienie się zmian występuje wprawdzie wcześniej, lecz groźne dla życia skutki nadużywania preferowanego zachowania przystosowawczego występują nieco później, najczęściej gdy chory osiąga wiek późnych lat dwudziestych i trzydziestych. Dopiero stosunkowo od niedawna w dziejach ludzkości człowiek dożywa wieku, w którym skutki nadużywania stają się groźne lub fatalne. Ujawnienie się groźnych dla życia skutków nadużywania następuje po uzyskaniu biologicznej dojrzałości i społecznej zdolności do przekazania materiału genetycznego, praktycznie już **po przekazaniu materiału genetycznego**.

Do momentu przekazania materiału genetycznego działanie zachowań przystosowawczych wystarcza dla zachowania jednostki a zarazem gatunku. W momencie przekazania materiału genetycznego rola ta się kończy. Z przedłużaniem się życia zaczynają występować niekorzystne skutki postępującej dezadaptacji, coraz słabiej kontrolowanej przez zachowania przystosowawcze. W końcu dochodzi do kompletnej dewastacji organizmu z powodu nadużywania tych zachowań i do śmierci. Dla zachowania gatunku jest to jednak obojętne.

Powstaje następne pytanie: czy jest to choroba, czy tylko efekt starzenia się przy niezaplanowanym przez naturę aż tak długim życiu. Taka możliwość istnieje przyjmując, że materiał genetyczny został już przekazany. Co może być korzystnego w pozornie niezbyt sprawnym psychicznie osobniku? Jednak jest to słabsze odczuwanie doznań przyjemnych – słabsze wzmocnienia pozytywne były i nadal są tym czynnikiem, który jest korzystny. W porównaniu do osobnika posiadającego wystarczający system pozytywnych wzmocnień, osobnik ze słabszym systemem jest bardziej „twórczy” w uzupełnianiu tego systemu. Na dodatek posiadał i nadal posiada wkomponowany w tę samą konfigurację genetyczną inny element – słabsze radzenie sobie ze stresem, również stymulujący do poszukiwania sposobów uzyskiwania ulgi. Dawniej nie był on zresztą aż tak bardzo uciążliwy z powodu znacznie krótszego życia niż obecnie, a także z powodu mniejszej liczby stresów przy słabiej rozwiniętej psychice. Będąc zmuszony do ciągłego kompensowania własnych „defektów” przy pomocy czynników zewnętrznych człowiek musi je najpierw odkryć i ocenić przed użyciem. Taki człowiek jest bez wątpienia bardziej ekspansywny, lepiej i skuteczniej eksploruje swoje otoczenie. Szybciej też wykształca w sobie zdolności twórcze, co powoduje szybszy rozwój intelektualny. Ze względów przetrwania gatunku jest więc cenniejszy. Analogia roli głodu w poszukiwaniu pożywienia nasuwa się tu sama. Ciekawe, jaka była rola tego mechanizmu w ekspansji *homo sapiens*?

Czasem, przy dostatecznie wolnym przebiegu, w podeszłym wieku (według obecnych standardów), spada zapotrzebowanie na efekty zachowań

przystosowawczych. Prawdopodobnie postępująca miażdżycza naczyń krwionośnych mózgu upośledza jego funkcje powodując mniejszą wrażliwość na stres i mniejsze zapotrzebowanie na pozytywne wzmocnienia niż w młodości.

Ponad wszelką wątpliwość, ludzie z problemami dezadaptacyjnymi są bardziej zdolni, inteligentni, wrażliwi niż przeciętni. Znaczna większość artystów, odkrywców i innych twórców miała problemy dezadaptacyjne. Ciekawe, czy rzeczywiście istnieją dwie odmiany genetyczne *homo sapiens*? Jedna z nich byłaby bardziej odkrywczą i ekspansywną, druga spokojną, wykonującą swoje zadania bez ryzyka, żyjącą bez wlotów i upadków. To tylko przypuszczenia, choć bardzo prawdopodobne. Ostatnie fragmenty są z pogranicza fantastyki. Są oparte na prawdopodobnym lecz jeszcze nie potwierdzonym genetycznym podłożu zmian. Odpowiadają jednak na kilka istotnych pytań. Najistotniejsze, że wyjaśniają, jak takie ciężkie uszkodzenia jakie dziś znamy, mogły tak długo przetrwać w gatunku i nie zostały przez dobór naturalny usunięte, oraz jakie korzyści gatunek *homo sapiens* z nich odnosił.

Tylko niedoskonałość naszego postrzegania spowodowała, że nie byliśmy w stanie dostrzec niewątpliwych korzyści z pierwszej części procesu. Widzimy tylko drugą, nie zamierzoną przez naturę część procesu. Ten obraz dominuje i powoduje, że przestaliśmy dostrzegać całość, przyjmując za całość tylko niekorzystną część. Na dodatek, widząc ciężkie spustoszenia wywołane niekorzystnymi komplikacjami, korzyści są w naszej psychice wyparte. Obraz choroby zostaje wypaczony i to jest to, co dostrzegamy a co jest jeszcze ciągle podstawą wszelkich obowiązujących dziś teorii.

Niezależnie czy jest to choroba, czy efekt starzenia się – defekty psychiki chorego są groźne dla jego życia. Pozostaje jeszcze nazwać to, co dotychczas nazywano *zespołem uzależnienia od alkoholu* lub innymi *uzależnieniami*. Proponuję nazywanie tych stanów **zespołem dezadaptacyjnym z nieprawidłowymi zachowaniami przystosowawczymi** zanim ktoś nie poda prostszej nazwy. Żadna krótsza i równie sensowna nazwa nie przychodzi na myśl. Ta nazwa oddaje sens choroby w miarę dokładnie.

Zdaję sobie sprawę, że to opracowanie zawiera treści trudne i nie zawsze przystępne. Obowiązujące obecnie poglądy pozostawiały jednak zbyt wiele pytań bez satysfakcjonujących odpowiedzi. Także działania profilaktyczne i terapeutyczne oparte na obecnie uznawanych poglądach kończą się nazbyt często fiaskiem.

Zaprezentowane tutaj poglądy są głównie wynikiem odmiennej niż obowiązująca interpretacji powszechnie obserwowanych zjawisk i połączeniem ich w jedną całość. Są one na dodatek efektem moich wieloletnich (nieprzer-

wanie od początku 1983 roku) obserwacji osób zdrowiejących, poprzednio nadużywających alkoholu, w USA i w Polsce. Obserwacje te przeprowadzałem najczęściej obcując z nimi na co dzień, uczestnicząc w ich różnych codziennych czynnościach i zajęciach, także obserwowałem ich w grupach samopomocowych i w ośrodkach terapeutycznych przez cały ten czas.

Chory w ośrodku terapeutycznym zamkniętym czy też w opiece ambulatoryjnej zachowuje się inaczej niż w swoim własnym środowisku. Środowisko ośrodka terapeutycznego jest inne niż środowisko, w którym pacjent przebywa na co dzień, także okoliczności, w jakich się tam znalazł najczęściej nie są dla niego przyjemne. Często towarzyszy jakaś forma wymuszenia tej sytuacji czy to przez czynniki zewnętrzne czy wewnętrzne (np. zdrowotne). Treści wypowiedziane przez takiego pacjenta, a także jego zachowania, są modelowane przez sytuację, w której ten pacjent się znajduje, także przez wymagania prowadzącego terapeuty. Stara się więc odnieść jak największe korzyści, dla których się w ośrodku znalazł, albo chce tylko w miarę bezboleśnie „przetrwąć”, albo też poddał się w trakcie terapii i po wstępnym zaangażowaniu pozostaje bierny. Nigdy nie jest „u siebie”. Jest w wyjątkowo trudnej sytuacji – rozstał się z zachowaniem pozwalającym przeżyć i najczęściej nie jest z tym pogodzony. Nie wie nic o dwoistości efektów swojego zachowania preferowanego, lub uświadomienie negatywnych efektów jest silnie ograniczone. Terapeuta, od którego spodziewa się pomocy, wymaga od niego, aby to zachowanie negował. Sytuacja jego jest nie do pozazdroszczenia. Pobyt w ośrodku terapeutycznym jest tylko krótkim fragmentem jego życia i nie jest dla niego charakterystyczny. Widzenie przez pacjenta jego własnej przeszłości w terapii zmienia się pod wpływem wyżej opisanych czynników. Dodatkowo nakładają się zniekształcenia powstałe wcześniej, w wyniku choroby. Całość obrazu jest pozbawiona obiektywizmu. Wartość uzyskanego w ten sposób materiału dla rozważań teoretycznych o chorobie jest dyskusyjna. Dlatego używam tego materiału bardzo ostrożnie w postępowaniach terapeutycznych, zdając sobie sprawę z jego niedoskonałości.



Myślę, że w oparciu o te teoretyczne rozważania można by opracować metody terapeutyczne bardziej użyteczne i skuteczne w tej chorobie. Trzeba tylko pamiętać o pryncypiach. Skuteczność obecnie stosowanych metod jest niewielka. Być może jest żadna – jeśli pozytywne efekty przypisywane dziś stosowanym modelom terapii pochodzą z innych źródeł, które są teraz pomijane jako nieistotne lub wcale nie są dostrzegane.

Na koniec pytanie: dlaczego nie „uzależnienie od alkoholu?” To zbyt skomplikowany proces, w pierwszym rzędzie toczący się w psychice chorego. Na dodatek, efekt działania alkoholu jest tylko uzupełnieniem defektów niesprawnie działającej psychiki. Nazwanie tego procesu „uzależnieniem” jest po prostu niewłaściwe.

8 sierpnia 1997

ZAOSTRZENIA CHOROBY W TAK ZWANYM ZESPOLE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

Tezy:

1. Podstawowe wiadomości o chorobie
2. Definicja zaostrzenia choroby
3. Opis dynamiki procesu zaostrzenia choroby.

Choroba nazywana „zespołem uzależnienia od alkoholu” jest zespołem pierwotnym, przewlekłym, postępującym i na ogół śmiertelnym, gdy nie jest leczony.

Zespół pierwotny – oznacza, że jego przyczyny są nieznanne. Dziś większość ludzi pracujących nad tym zespołem skłania się do przyjęcia tła genetycznego. Oznaczałoby to, że zespół rozpoczyna się w momencie poczęcia.

Zespół przewlekły – oznacza, że choroba ta ma charakter przewlekły – trwa do końca życia jednostki nią dotkniętej, jest nieuleczalna i ma skłonność do okresowych remisji oraz zaostrzeń. Przez odpowiednią terapię można okresy remisji wydłużać a okresy zaostrzeń łagodzić. Przez to można uzyskać względnie poprawne funkcjonowanie chorej osoby w całym zakresie rozumienia tego terminu (fizyczne, psychiczne, społeczne). Można uzyskać także poprawę już dokonanych uszkodzeń (np. zubożenie życia duchowego).

Zespół postępujący – oznacza, że choroba postępuje z upływem czasu i jeśli nie jest leczona, w końcu utrudnia lub wręcz uniemożliwia funkcjonowanie chorego doprowadzając do jego śmierci.

Charakterystyczne dla tak zwanego zespołu uzależnienia od alkoholu jest istnienie zjawiska behawioralnego lub inaczej zachowania – **nadużywania alkoholu**. Samo zachowanie – nadużywanie alkoholu – nie jest ani jedynym, ani pierwotnym ani też stałym zjawiskiem występującym w tej chorobie. Może ono być obecne, może go też nie być, jak to dzieje się na przykład w czasie terapii lub w okresach wymuszonej abstynencji. Nadużywanie alkoholu może też być zastąpione innym zachowaniem lub kilkoma zachowaniami, jeśli zachodzi taka potrzeba. Może to nastąpić w czasie, gdy alkohol jest niedostępny lub z różnych powodów nie można go przyjmować. Zachowania te mają jedną wspólną charakterystyczną cechę – są zachowaniami jakościowo prawidłowymi lecz nieprawidłowymi pod względem ilościowym. Aby to zrozumieć, można prześledzić spożywanie alkoholu w dwóch różnych przypadkach. Spożycie niewielkiej ilości alkoholu (na przykład 25 g wódki) w ciągu dnia jest z całą pewnością zachowaniem prawidłowym. Spożycie ilości 500 ml wódki w ciągu dnia jest z całą pewnością nadużyciem. Powtarzalny sposób nadużywania alkoholu (lub innych zachowań), przypominający jakiś wewnętrzny przymus, nazywamy *kompulsją*, zachowania zaś często nazywane bywają *zachowaniami kompulsywnymi*. Kompulsja wynika nie tyle z charakteru samego zachowania co raczej z zapotrzebowania chorego na pożądaną efekt tego zachowania. Istnieje wiele zachowań powszechnie nadużywanych, na przykład: nadużywanie substancji chemicznych, seksu, hazardu, władzy, pracy, nadmierne gromadzenie lub wydawanie pieniędzy i wiele innych. Ostatnio obserwuje się częste nadużywanie internetu, gier komputerowych czy „rzeczywistości wirtualnej” – twórców ostatnich lat. Jedyny ślad wszystkich tych zachowań to zapamiętanie efektu bez trwałych zmian biochemicznych lub morfologicznych.

Co dawniej nazywano „kompulsją” jest poszukiwaniem zapamiętanego pozytywnego efektu zachowania przez osobę tego wymagającą. Zarówno wybór samego zachowania, jak też częstość jego powtarzania, zależy przede

wszystkim od potrzeb osoby, która takie zachowanie wybrała jako pożądane. Zapamiętanie pozytywnego efektu zachowania jest podstawą postępowania (progresji) objawów jego nadużywania czyli zwiększania częstotliwości czy inaczej „ilości” zachowania. Drugim komponentem obrazu klinicznego choroby są efekty samej choroby – zmiany w psychice chorego, niezależne od nadużywania zachowania. Na dodatek zaczynają się manifestować szkodliwe efekty nadużywania zachowania. W przypadku nadużywania alkoholu są to zmiany powstałe na skutek przewlekłego zatrucia toksyczną substancją chemiczną. Choroba nie leczona postępuje, zmiany charakterystyczne dla niej nasilają się. Jednak jest możliwe zatrzymanie postępowania tych zmian i częściowe cofnięcie ciężkich powikłań takich jak: zubożenie życia duchowego i emocjonalnego czy specyficzne zmiany w myśleniu.

U podłoża wszystkich zmian w psychice leżą dwa elementy, dające się łatwo zauważyć – upośledzenie radzenia sobie ze stresem i osłabienie odczuwania przyjemności (słabsze pozytywne wzmocnienia). Jakość każdego z tych elementów może ulegać pogorszeniu w różnym tempie w przebiegu choroby. Daje to w efekcie wielką różnorodność obrazów choroby – praktycznie każdy chory manifestuje inny stopień upośledzenia tych dwóch elementów na dodatek do różnego ich nasilenia w stosunku do siebie u jednego osobnika.

Na skutek długotrwałego i ciągłego działania obu zaburzonych elementów potrzebnych do prawidłowej adaptacji człowieka, powstaje charakterystyczny obraz kliniczny. Mamy tu osobę na pozór niczym nie różniącą się od innych, która wykazuje od samego początku funkcjonowania najpierw minimalne, niezauważalne trudności w radzeniu sobie z „przeciwnościami losu” i czującą bliżej nieokreślony „niedosyt”, w drugim końcu skali jest praktycznie nie funkcjonujący chory, umierający gdzieś pod mostem z butelką denaturatu w rękę. Wszystko pomiędzy tymi dwoma przypadkami to jest to, czym się zajmujemy. Jest jasne, że osoba z pierwszej części opisu nie wymaga naszej interwencji, ona może nawet jeszcze nie spróbowała alkoholu czy innych zachowań. Nawet jeśli spróbowała – wiele czasu upłynie, zanim można będzie te zachowania nazwać nadużyciem, a jej kondycja wymagać będzie szukania pomocy. Jednak gdy osoba taka już spróbowała, posiada zakodowany pozytywny efekt alkoholu. To już pozostaje do końca życia i jest bronione przez psychologiczne mechanizmy obronne, coraz to silniejsze w miarę pogarszania się deficytów.

Efekty zachowań później nadużywanych są pozytywnie – ułatwiają kompensację przykrych doznań pochodzących z nieradzenia sobie ze stresem na dodatek do kiepskiego odczuwania przyjemności. Tu zamyka się

„błędne koło” choroby. Choroba postępuje, radzenie ze stresem jest gorsze, doznania przyjemne słabsze, większe zapotrzebowanie na kojące efekty zachowania. Skutki negatywne nadużywanego zachowania są znoszone przez mechanizmy obronne, broniące przede wszystkim komfortu psychicznego chorego.

Istnienie remisji i zaostrzeń zauważymy w późniejszych okresach czynnej choroby – w przypadku nadużywania alkoholu jest to okres ciągów alkoholowych. Gdy na skutek decyzji o leczeniu pacjent utrzymuje abstynencję, ta charakterystyczna zmienność stanów pozostaje. Pacjent czuje się na przemian lepiej i gorzej. Jego samopoczucie wygląda jak sinusoida, ze wzniesieniami przedzielonymi dolinami. Ponieważ brakuje zachowania przynoszącego ulgę w stanach gorszego samopoczucia, pacjent radzi sobie używając innych, najczęściej nie identyfikowanych przez siebie i terapeutę zachowań, również w nadmiarze. Może to być okresowe nadużywanie pracy, seksu, czy innych, już wyżej wymienionych. U pacjentów ośrodków zamkniętych na ogół widuje się nadmierne palenie tytoniu, picie mocnej kawy czy herbaty, oglądanie telewizji, krzyżówki, czytanie „kryminałów” i inne – jak na przykład pilne uczestniczenie w pracach porządkowych lub zachowania przywódcze. Ponieważ zachowanie podstawowe, poprzednio nadużywane (w tym przypadku alkohol) nie przynosiło stuprocentowej ulgi, zastępcze zachowania przynoszą jeszcze mniejszą ulgę. Pacjent znajduje się pod ciągłym działaniem stresu. Jego kondycja psychiczna nie tylko się nie stabilizuje ale ma tendencję do pogarszania się. Pacjent demonstruje to, co bywa ciągle jeszcze niesłusznie nazywane „nawrotem” – nawrotów bowiem w chorobach przewlekłych nie ma. Opisy tego stanu znajdują się wszędzie w literaturze, dlatego tylko skrótowo przytoczę podstawowe jego cechy. Są to:

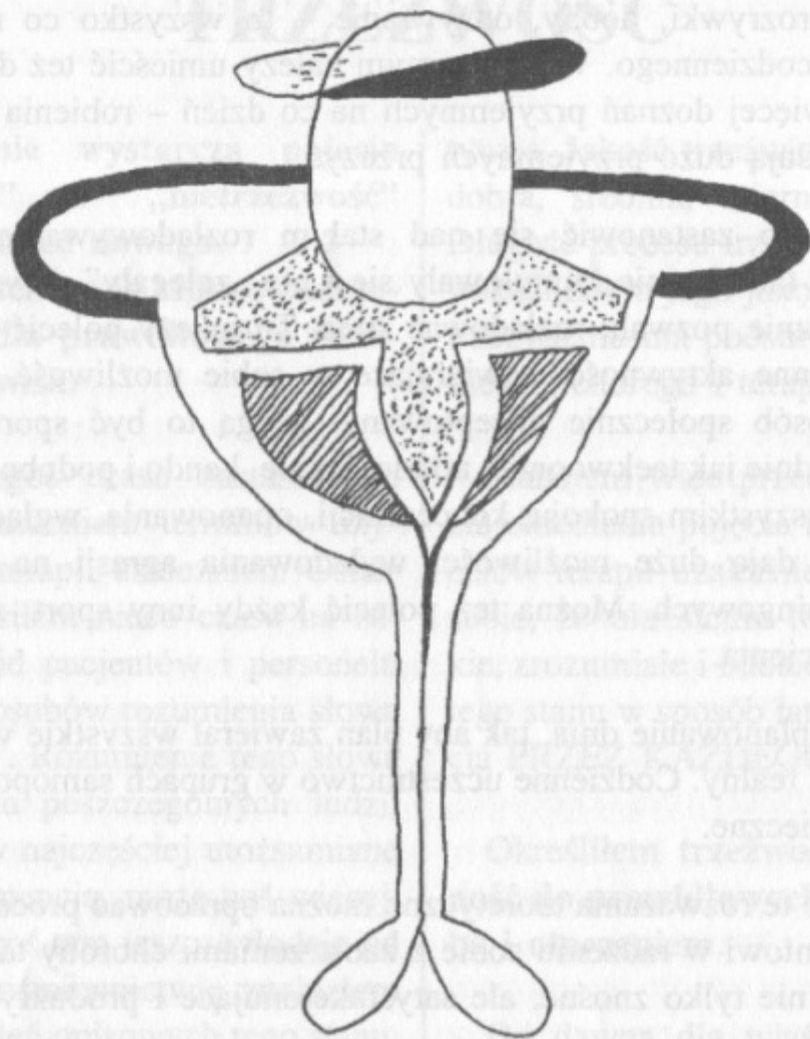
- nasilenie zaburzeń myślenia,
- nasilenie zaburzeń emocjonalnych,
- nasilenie zaburzeń pamięci.

Zaostrzenie i remisja to dwie fazy tej samej choroby przechodzące naprzemiennie jedna w drugą bez wyraźnej granicy. Zaostrzenie choroby charakteryzuje się nasileniem nieprawidłowych lub społecznie nie akceptowanych zachowań, postaw, emocji i sposobów myślenia dających w efekcie nasilenie zaburzeń w funkcjonowaniu osobniczym, rodzinnym i społecznym chorego lub inaczej pogorszenie jego adaptacji.

Jedno jest pewne – każde lepsze samopoczucie poprzedzane jest gorszym. Na szczycie gorszego samopoczucia występuje „rozładowanie”. W trakcie aktywnego nadużywania alkoholu widzimy przeważnie następujący obraz: okres lepszego samopoczucia stopniowo pogarsza się wraz z kumulowaniem się niedokładnie rozładowanych stresów (pozostałości lub „niedopałków” stresu). Dochodzi do momentu, gdy stres nie jest już tolerowany – chory staje się coraz bardziej wyizolowany od innych, zaczyna gorzej funkcjonować, nasilają się dolegliwości somatyczne, pogarsza się stan psychiczny, aż życie w tym stanie staje się dosłownie nie do zniesienia. Wtedy chory sięga po znane mu i sprawdzone remedium – alkohol. Jest to decyzja niezwykle dramatyczna, gdyż z jednej strony zna on doskonale jego pozytywne działanie od dawna, z drugiej zaś strony, mimo silnych mechanizmów obronnych, wie co go w końcu czeka i wybiera picie. Innego wyboru właściwie nie ma. Wpada w błędne koło, pije więcej i przestaje pić, gdy organizm już więcej nie jest w stanie wytrzymać. Zaczyna się odtruwanie (albo sposobami domowymi albo w szpitalu) i po krótkim okresie rekonwalescencji po zatruciu zaczyna się okres lepszego samopoczucia.

W tym ciągu zdarzeń mogą stać się różne nieprzewidziane rzeczy. Zamiast alkoholu nasz chory może wybrać samobójstwo. Może też wpaść pod samochód, gdy zatopiony w swoich myślach przechodzi ulicę (nie koniecznie w stanie nietrzeźwym). Może też umrzeć z powodu przedawkowania alkoholu lub umrzeć w trakcie odtruwania. Zagrożeń jest wiele.

Dawniej uważałem, że procesy w chorobie przypominają swoim wyglądem sinusoidę z „dołkami” i „wierzchołkami”. Teraz uważam, że poza dwoma zasadniczymi fazami choroby – zaostrzeniem i remisją – jest jeszcze jeden, najważniejszy element: szybkie i gruntowne rozładowanie wszystkich pozostałości po przykrych przeżyciach z ostatniego okresu, które się w psychice chorego nagromadziły. Rozładowanie to odbywa się na szczycie zaostrzenia. Bez niego nie jest możliwe szybkie wyjście z fazy zaostrzenia i uzyskanie remisji. Konieczność gruntownego rozładowania tych napięć leży u podstawy powrotu do dobrego samopoczucia. Wszyscy pijący „ciągami” odkryli to bez żadnego naukowego przygotowania i działa ono u nich doskonale od początku używania alkoholu przez ludzkość. Bez rozładowania zaostrzenie musi się przewlekać przechodząc w stan przypominający depresję, stany nastawienia urojeniowego lub inne. O poprawnym funkcjonowaniu nie ma mowy.



Nie jest możliwe uniknięcie zaostrzeń, gdyż są one wraz z remisjami integralnymi częściami składowymi choroby.

Tak więc w skład działań łagodzących zaostrzenia choroby wchodzi:

- unikanie możliwie największej ilości sytuacji stresowych,
- rozładowanie na bieżąco nagromadzonych stresów,
- zwiększanie doznań przyjemnych (dostarczanie sobie przyjemności).

Wszystkie wyżej opisane działania zamykają się w dbaniu o siebie pojętym najogólniej, lecz z naciskiem na indywidualne upodobania i potrzeby.

Strategia unikania sytuacji stresowych polega na ustabilizowaniu i unormowaniu trybu życia, tak aby unikać czterech największych zagrożeń – HALT (*hungry, angry, lonely, tired*). Można to uzyskać przez kontrolowanie i wdrażanie dbania o siebie, swoje aktywności w tym pracę,

wypoczynek, rozrywki, hobby, odżywianie – to wszystko co nazywa się higieną życia codziennego. W tym samym należy umieścić też dostarczanie sobie jak najwięcej doznań przyjemnych na co dzień – robienia świadomie rzeczy, które dają dużo przyjemnych przeżyć.

W tym warto zastanowić się nad stałym rozładowywaniem stresów z całego dnia, tak aby nie kumulowały się i nie „zalegały”. Wydaje się, że agresja skutecznie pozwala rozładować stres. Tu należy polecić uprawianie sportów lub inne aktywności zawierające w sobie możliwość uwolnienia agresji w sposób społecznie akceptowany. Mogą to być sporty obronne – walki wschodnie jak taekwoondo, aikido, karate, kendo i podobne. Sporty te uczą przede wszystkim spokoju, koncentracji, opanowania, wglądu w siebie i na dodatek dają duże możliwości wyładowania agresji na nieżywych obiektach treningowych. Można też polecić każdy inny sport, zależnie od preferencji pacjenta.

Ważne jest planowanie dnia, tak aby plan zawierał wszystkie wymienione elementy i był realny. Codzienne uczestnictwo w grupach samopomocowych (AA) jest konieczne.

W oparciu o te rozważania teoretyczne można opracować procedury, które pomogą pacjentowi w radzeniu sobie z zaostrzeniami choroby tak, by życie jego stało się nie tylko znośne, ale satysfakcjonujące i produktywne.

Częste jeszcze w niektórych kręgach używanie słowa „nawroty” na wyżej opisane procesy może powodować szkodliwe skutki. Pacjent rozumiejący to słowo w sposób specyficzny dla osoby chorej traci czujność i uważając, że wszystko jest w porządku odkłada leczenie na czas „kiedy mu się nawróci”. W ten sposób fundujemy naszemu pacjentowi następne zaostrzenie przez nieświadome upewnienie go, że jest zdrowy. Wielu terapeutów odwykowych uważa swych pacjentów podświadomie za osoby zdrowe i stawia im takie same wymagania jak zdrowym. Zapominają oni, że są to osoby nieuleczalnie i przewlekle chore i myślą w sposób charakterystyczny dla choroby przez cały czas jej trwania. Zmiany zaś czasami się nasilają a czasami słabną, choć są zawsze. Traktowanie osób chorych jako zdrowych, stawianie im wymagań lub ustanawianie dla nich standardów jak dla zdrowych jest błędem. □

Zbigniew A. Grochowski

7 lutego 1998

TRZEŹWOŚĆ

Kiedy nie wystarczą pojęcia „trzeźwość” i „nietrzeźwość” i trzeba szukać nowego.

Na dodatek uwag kilka o znaczeniu nazw dla prawidłowego rozumienia zjawisk.

Od jakiegoś czasu zastanawiam się nad znaczeniem terminów używanych w terapii uzależnień. Ostatnio poświęciłem nieco czasu na zebranie wśród pacjentów i personelu różnych sposobów rozumienia słowa „trzeźwość”. Rozumienie tego słowa jest różne u poszczególnych ludzi, u pacjentów najczęściej utożsamiane jest z abstynencją, może coś więcej. Ale każdy coś tam jeszcze dodaje od siebie. W piśmiennictwie znalazłem wiele określeń opisowych tego stanu. Ponad wszelką wątpliwość jest to znacznie więcej niż sama abstynencja, która w środowisku „odwykowym” nadal uważana jest powszechnie za podstawowy miernik sukcesu terapii.

Trzeźwość obejmuje swoim zakresem całość procesów myślenia, całe życie duchowe i emocjonalne, funkcjonowanie osobnicze, rodzinne i społeczne.

Dla osób chorych trzeźwienie pozostaje w ścisłym związku z rozwojem duchowym. Trzeźwienie jest procesem, który da się ocenić, choć ocena ta jest w dużej mierze subiek-

tywna. Jakość trzeźwienia może być dobra, średnia, mierna lub żadna. Długość procesu trzeźwienia nie jest wskaźnikiem jego jakości. To jakość trzeźwienia ma podstawowe znaczenie dla chorego i terapii.

Stanałem więc przed koniecznością określenia pojęcia trzeźwości dla celów terapii uzależnień. Założyłem sobie, że określenie to będzie krótkie, zrozumiałe i odda całą złożoność tego stanu w sposób łatwy do przyjęcia PRZEZ KAŻDEGO.

Określiłem **trzeźwość jako zdolność do prawidłowych relacji z sobą i otoczeniem.**

Od dawna dla właściwego rozumienia rzeczy rozróżniam trzeźwość jako stan zdrowia od stanu choroby, gdy trzeźwości nie ma. Tej drugiej kategorii na razie nie nazywam. Umieściłem w niej stany po użyciu substancji chemicznej psychoaktywnej i stany „suche” – bez tej substancji w organizmie. Wywołuje mój głębszy wewnętrzny sprzeciw nazywanie „trzeźwością” dłuższej lub krótszej przerwy między dwoma ciągami alkoholowymi. Dla tych okresów proponuję nazwę „suchości” zapożyczoną ze slangu używanego w grupach samopomocowych. Ponieważ od dawna stan po użyciu substancji

psychoaktywnych (szczególnie alkoholu) nazywa się stanem nietrzeźwości – myślę, że rozsądnie jest tę nazwę zarezerwować właśnie dla tego stanu.

W tym miejscu powstaje konieczność nazwania stanu, w którym nie ma trzeźwości – niezależnie czy chory jest pod wpływem substancji psychoaktywnej, czy też nie. Dla tego stanu proponuję nazwę **beztrzeźwość**. Jest to słowo nowe jednak ma swój sens i miejsce w rozumieniu całości. Chorzy nie funkcjonują prawidłowo w stanach po użyciu substancji psychoaktywnej, co dla wszystkich jest mniej lub bardziej oczywiste. Jednak chorzy bez obecności substancji chemicznej psychoaktywnej w organizmie też nie funkcjonują prawidłowo. Dowiadują się oni o tym dopiero w trakcie terapii przy okazji poznawania mechanizmów choroby. Muszę przyznać, że temu odkryciu towarzyszy dość duże zdziwienie. Tak więc dla rozumienia stanu choroby – braku trzeźwości – potrzebne są dwa określenia, a nie jak dotychczas – jedno. Stan **beztrzeźwości** zawiera w sobie bowiem stan **nietrzeźwości** i stan „**suchości**”.

Trzeźwienie jest powolnym zastępowaniem elementów stanu beztrzeźwości elementami zdrowymi. Trzeźwość jest dla osób zdrowiejących celem, którego być może nigdy nie osiągną. Trzeźwiejący alkoholicy dążą do osiągnięcia poprawy, a nie ideału.

W moim głębokim przekonaniu prawidłowe rozumienie zjawisk związanych z chorobą nazywaną **zespołem uzależnienia od alkoholu** leży w prawidłowym nazewnictwie. Wiele nieporozumień bierze się z dowolności w rozumieniu tych zjawisk określanych nieprecyzyjnie, niewłaściwie lub zwyczajowo.

Chciałbym zapoczątkować oczyszczanie języka w dziedzinie tak zwanych uzależnień, aby uzyskać nazewnictwo nowoczesne, precyzyjne, jednoznaczne i powszechnie obowiązujące. Mam cichą nadzieję, że proponowane określenia dla trzeźwości i stanów nieprawidłowych związanych z jej brakiem dadzą temu początek. □

Zbigniew A. Grochowski



WPADKA CZY NAWRÓT?

Spytaj swoich przyjaciół, którzy próbowali rzucić palenie, a odpowiedzą ci to samo co mówił Mark Twain: *To nic trudnego rzucić. Mnóstwo razy to robiłem*. Istotą sprawy nie jest więc rzucenie, ale to, by przy rzuceniu pozostać. Proces wspierania w wytrwaniu w decyzji rzucenia nazywamy obecnie zapobieganiem nawrotom. Należy podkreślić, że „nawracanie” to proces przebiegający w czasie, a nie statyczne wydarzenie. Niezależnie od głoszonej teorii tego zjawiska wszyscy badacze są zgodni co do tego, że nawrót jest procesem.

Badania przeprowadzone kilkanaście lat temu przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne wykazały, że skuteczność terapii choroby alkoholowej w poradniach odwykowych w Polsce sięga 5-10%. W tym samym czasie ośrodki amerykańskie uzyskiwały skuteczność (mierzoną trzeźwością pacjentów po określonym w miesiącach i latach czasie) rzędu 50%. O ile więc w Polsce jeden na kilkunastu alkoholików zgłaszających się do poradni zachowywał trzeźwość, o tyle w USA co drugi trwale zaprzestawał picia.

Od wspomnianych badań minęło kilkanaście lat i wiele się w polskim leczeniu odwykowym zmieniło. Te ośrodki terapeutyczne, które poddały się zmianom, unowocześniły metody leczenia i pracy z pacjentami, dogoniły wyniki ośrodków amerykańskich. Kilkanaście placówek w Polsce leczy chorobę alkoholową z 50% skutecznością! I te właśnie ośrodki są zainteresowane rozwijaniem programów zapobiegania nawrotom picia. Bo, jak zauważył Twain, nie sztuka rzucić szkodliwe przyzwyczajenie – sztuka jest wytrwać w postanowieniu.

Kiedy amerykańscy badacze poprosili grupę alkoholików, którzy przebyli nawrót, aby powiedzieli, co należy zrobić, żeby wyzdrowieć, 34% odpowiedziało, że należy po prostu uczęszczać na mityngi AA. I rzeczywiście w grupie tej przypadało średnio 586 mityngów na głowę! Mimo to nastąpił nawrót. Jednym z powodów, zdaniem badaczy, było to, że cele lecznicze, które postawili sobie pacjenci były zbyt wąskie. Nie uważali oni np., że ważnym celem, mogłoby być zachowanie czujności (przestrzeganie HALT-u). Nie uważali także, aby wyzdrowienie mogło zależeć od sukcesu w nawią-

zywaniu związków lub nabyciu umiejętności radzenia sobie, czy też odnalezienia sensu życia. Pacjenci nie usunęli przyczyn uzależnienia i pozostali narażeni na nawrót.

Potrzeba szukania skutecznych metod zapobiegania nawrotom towarzyszy więc terapeutom amerykańskim (a od pewnego czasu i polskim). Podobnie jak przy szukaniu metod skutecznej terapii choroby alkoholowej najpierw do głosu dochodzą teoretycy. A ci podzielili się na dwie grupy: zwolenników modelu chorobowego (jak Gorski i Miller) oraz zwolenników modelu poznawczo-behawioralnego (jak Marlatt i Gordon), choć łączy ich zgoda co do tego, że nawrót to proces. Wydaje się, że nawrót stanowi naturalną część zachowań związanych z uzależnieniem i układa się w naturalny ciąg wydarzeń następujących wówczas, gdy ktoś stara się przerwać przyjmowanie substancji psychoaktywnej (oraz powstrzymać się równocześnie od innych kompulsywnych zachowań). To co ludzie myślą na temat nawrotu, którego doświadczyli, zależy w dużej mierze od tego, jakie informacje na temat tego procesu otrzymali.

Na rynku publikacji związanych z uzależnieniami pojawiło się kilka dotyczących rozpoznawania i postępowania w procesie nawrotu. Znajdzie więc coś dla siebie każdy z zainteresowanych: pacjent, terapeuta, lekarz, psycholog, psychiatra czy wreszcie badacz zjawisk związanych z zachowaniami ludzi. Wśród dostępnych w sprzedaży i dystrybucji polecam zwłaszcza te wymienione poniżej. Bez względu jednak na model, podejście czy nazewnictwo, problem nawrotu w chorobie alkoholowej jest zjawiskiem rozpalającym emocje terapeutów i teoretyków, a zagrażającym i bolesnym dla pacjentów. W odpowiedzi na przytoczony na wstępie cytat z Marka Twaina można zacytować powiedzonko rodem ze środowisk AA: *Nie chcę jeszcze raz znowu przestawać pić.* □

Renata Durda

Zapobieganie nawrotom picia. Krótka terapia. Sygnały ostrzegawcze: rozpoznawanie i postępowanie. Zeszyt do ćwiczeń. Opracowano na podstawie modelu CENAPS, opr. Terence Gorski. Wydawnictwo „Akuracik”

Jak wytrwać w trzeźwości. Poradnik zapobiegania nawrotom choroby alkoholowej. Terence Gorski, Merlene Miller. Wydawnictwo „Akuracik”

Jak zapobiegać nawrotom picia. Poradnik terapeuty. Anna Muszyńska-Kutner. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP

Nawroty w uzależnieniach. Michael Gossop. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Z MOICH DOŚWIADCZEŃ LEKTORSKICH...

Zacząłem jak to zwykle bywa. Miałem dość alkoholu. Był 1989 rok. Przełom w Polsce i moim życiu. Ale tak naprawdę był to przypadek, los lub jak kto woli „Siła Wyższa”. Trafilem do AA. Mityngi, spotkania, rozmowy. Ciągle mi czegoś brakowało. Popępiałem moc błędów – wymądrzałem się, próbowałem imponować, popisywałem się i porównywałem do innych. Dużo czytałem i ... niewiele rozumiałem. Terapii nie było, psycholog i psychiatra stanowili barierę nie do przejścia. Szukałem swojej drogi. Bardziej doświadczeni koledzy jeździli gdzieś tam do Warszawy.

Mój pierwszy wyjazd do Miałkówka. Poznałem wielu wspaniałych ludzi. Słuchałem, uczyłem się. Nie pamiętam od kogo usłyszałem o SPP. Czułem, że właśnie tego mi potrzeba. Zaczęły się wyjazdy z przyjaciółmi do Śródborowa, Strzyżyny i kolejne Miałkówki. Trafiałem także na spotkania szkoleniowe lektorów komisji. Kapitalni wykładowcy, znakomici terapeuci i świetne wykłady moich kolegów. Też tak chciałem, ale czułem strach. Bałem się kompromitacji, wymądrzania się.

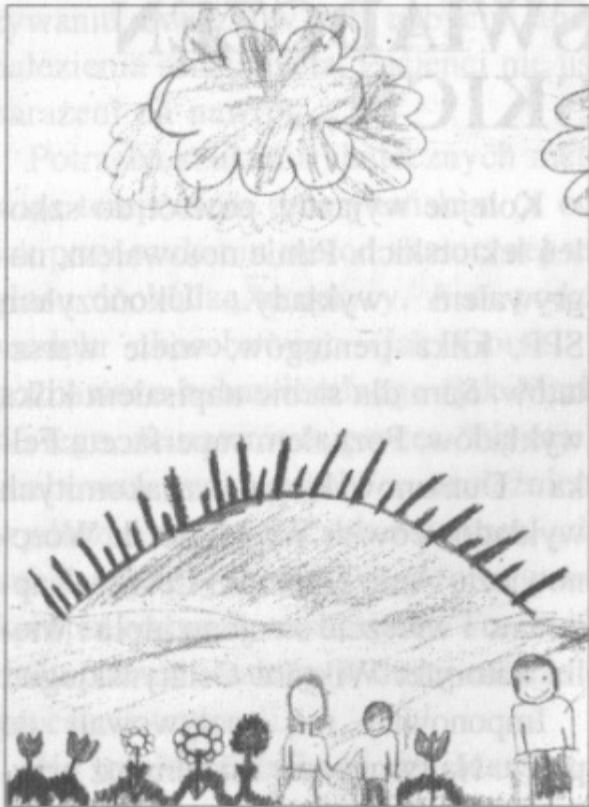
Żyłka zawodowa zwyciężyła. Jestem nauczycielem z zawodu. Gdzieś wyczytałem, że na odwyku bardzo ważna jest edukacja. W Kielcach nikt tego nie robił w szerszym zakresie.

Kolejne wyjazdy, powrót do szkoleń lektorskich. Pilnie notowałem, nagrywałem wykłady. Ukończyłem SPP, kilka treningów, wiele warsztatów. Sam dla siebie napisałem kilka wykładów. Poznałem superfaceta Felka Dumanowskiego, znakomitych wykładowców dr Woydyłło, dr Woronowicza, Anię Dodziuk, Leszka Kaplera no i wreszcie swojego idola i wielki autorytet Wiktora Osiatyńskiego.

Imponowali mi, motywowali do pracy. Na tym etapie miałem już przygotowane 5 wykładów własnych na około 15 godzin. Doświadczenia rosły, trzeźwość utrwałała się. Nieśmiało próbowałem bawić się w „terapeutę”.

Grupa wstępna, a później pomysł na grupę edukacyjną. Tak zaczęła się moja przygoda z edukacją w dziedzinie uzależnień. Praca dodatkowa w poradni odwykowej, w Klubie Abstynenta.

Pomysł edukacji w Kielcach chwycił. Ponieważ w środowisku nauczycielskim miałem tzw. wejścia, zapraszano mnie na spotkania z młodzieżą, nauczycielami. Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej zorganizował cykl wykładów dla pracowników pomocy i podopiecznych. Bywałem w całym województwie. Przyświecał mi główny cel – propagowanie wiedzy o chorobie i idei Wspólnoty AA.



Od kilku lat prowadzę wykłady na Oddziale XIII szpitala w Morawicy i w Ośrodku Konsultacji i Rehabilitacji Uzależnień w Kielcach.

Nie zapominam jednak o własnym, nieustannym szkoleniu. Obowiązki zawodowe – pracuję w szkole, jestem dyrektorem SP nr 19 w Kielcach i skromne finanse nieco ograniczają moje plany, ale może to i dobrze. Od wielu lat wszedłem po uszy w profilaktykę dla dzieci i młodzieży. Teraz wydaje mi się, że realizowałem już chyba wszystkie dostępne w Polsce programy przynajmniej w części. Mam także swój własny program. Nie jest on zbyt oryginalny ale ja uważam, że nie o to chodzi w profilaktyce.

Często w swoich wykładach korzystam z kapitalnych wykładów, których sam słuchałem. Myślę, że taka jest droga i kolej rzeczy, więc nie mam wyrzutów, że po kimś powtarzam.

Podstawą moich wykładów jest program Anonimowych Alkoholików uzupełniony przez literaturę i wysłuchane wykłady. Bardzo dużo satysfakcji czerpię z faktu, iż wyjeżdżając na rocznicowe mityngi w naszym województwie, niemal wszędzie mam przyjaciół z AA, którzy wspominają nasze spotkania i moje wykłady. Muszę dodać, że wykłady stały się moim drugim zawodem. Przyznaję także, że stanowią poważną część moich dochodów.

Reasumując, z paraprofesjonalisty, jak powiedziała by dr Woronowicz, stałem się profesjonalistą w edukacji. I jestem dumny z tego faktu. Dzięki temu nieźle żyję, i w sensie materialnym, i także fizycznym, psychicznym i duchowym. Poszerzyłem swoje horyzonty czyli sfera poznawcza też w porządku. □

Cezary Zieliński

PALENIE PAPIEROSÓW

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

Kilkuletni staż pracy w szkole ponadpodstawowej pozwolił mi na obserwację młodzieży sięgającej po alkohol czy papierosy. Bolesne w skutkach jest zarówno jedno jak i drugie. Różnica tkwi w rodzaju podejmowanych działań po zaistnieniu sytuacji problemowej.

Niepokojące jest to, że „obojętnie” widok młodego człowieka z papierosem. Bo cóż można zrobić z takim uczniem w szkole średniej, który już pali? Uświadomić mu, że „pracuje” na chorobę, że jego postępy w nauce będą gorsze, że truje innych?

Oczywiście uważam, że należy uświadamiać, mówić o skutkach, gdyż „poziom zdrowotny społeczeństwa jest uzależniony od stopnia inteligencji ludzi, od ich wykształcenia w tym kierunku. Mając taką wiedzę mogą oni żyć zdrowo, a jeśli tego nie robią, to jest ich indywidualna sprawa” (J. Hauswik).

Zgadzam się z tym. Mam jednak pewne wątpliwości co do tej „indywidualnej sprawy” ludzi młodych (w wielu przypadkach dzieci) pijących alkohol lub palących papierosy. Nawet w przypadku ludzi dorosłych trudno powiedzieć, że jest to ich indywidualna sprawa. Czy jest indywidualną sprawą palenie papierosów przez dorosłego w obecności innych dorosłych, którzy nie palą, albo w obecności dzieci mieszkających z palącym pod jednym dachem?

Uświadamianie to dużo, ale nie wszystko.

Palenie papierosów to skutek deficytów w rozwoju emocjonalnym, złej adaptacji do życia.

Kto pali w szkole, internacie? Palą ci, którzy są już uzależnieni (są tacy). Przyszli do nowej placówki już uzależnieni. Ich „przygoda” z papierosem zaczęła się w podstawówce. Niektórzy, ci co mają problemy z przystosowaniem się do nowego życia, zaczynają popalać chcąc być akceptowani w grupie osób (często sami taką grupę wybierają). W szkołach mamy więc: niepalących, „popalających”, zaczynających palić i uzależnionych od nikotyny.

Jakie zatem zastosować działania profilaktyczne?

Uważam, że działaniami w internacie, szkole należy objąć **młodzież** (te wszystkie grupy wymienione wcześniej), **nauczycieli i wychowawców** oraz **rodziców**. Poszerzenie środowiska wychowawczego wpłynie na efektywność oddziaływań, które powinny być realizowane na dwóch poziomach: profilaktyki pierwszej, i drugorzędowej.

Profilaktyka pierwszorzędowa ma na celu **promocję zdrowia**. Zapobiega pojawianiu się problemów związanych z nadużywaniem nikotyny. Profila-

ktyka drugorzędowa ujawnia osoby o wysokim stopniu ryzyka popadnięcia w uzależnienie oraz pomaga w zmniejszeniu tego ryzyka. Bardzo ważne są działania ukierunkowane na nauczycieli i rodziców. Profilaktyka polegająca na usprawnianiu umiejętności wychowawczych opiera się na założeniu, że sprawne wywiązywanie się przez dorosłych ze swej roli sprawi, że dzieci i młodzież w mniejszym stopniu będą przejawiały zachowania dysfunkcyjne. Najważniejsza wydaje się rola rodzica, który od najwcześniejszych lat ma możliwość wpływu na syna czy córkę.

Metodami pracy z rodzicami mogą być: miniwykład, poszukiwanie informacji, dyskusja, burza mózgów, rozwiązywanie problemów.

Warunkiem efektywności działań profilaktycznych jest **rozumienie problemu przez nauczycieli i wychowawców**. Wychowawca może ułatwić rozwój ucznia, rozbudzić wiarę we własne możliwości, wzmocnić dążenie do osiągnięć, ale może wciąż go oceniać negatywnie, zahamować rozwój, pozbawić wiary w siebie.

Wspaniałą sprawą byłaby możliwość uczestnictwa nauczycieli w zajęciach rozwijających umiejętności interpersonalne. Umiejętności te uczyniłyby pracę nauczyciela bardziej efektywną i skuteczną.

Układając program profilaktyczny dla szkoły czy internatu uwzględniamy przede wszystkim młodzież. Angażujemy jednak do pracy wychowawców klas, grup, pielęgniarkę, lekarza, sekcję sanitarną (działającą na terenie placówki). Z doświadczenia wiem, że można liczyć na taką pomoc.

W ramach promocji zdrowego stylu życia, specjaliści (nauczyciele, pielęgniarki, lekarze) mogą poruszyć problem skutków nadużywania nikotyny, uwzględniając aspekt medyczny i estetyczny. Bardzo ważne jest umożliwienie i zachęcenie młodzieży do uczestniczenia w zajęciach sportowych na terenie placówki (i poza nią). Należy zadbać, aby zajęć było wiele i aby były różnorodne. Ci, którzy nie lubią zajęć sportowych, powinni mieć możliwość spotkań w kołach zainteresowań (na terenie internatu, w domach kultury).

Z badań ankietowych wynika zapotrzebowanie młodzieży na udział w zajęciach, które mają na celu rozwijanie umiejętności interpersonalnych oraz intrapersonalnych. Deklarację taką składają osoby, które nie palą. Pisały, że chętnie pomogą innym w zmaganiu się z problemem. Uzależnieni oraz palący czasami z chęcią pozbyliby się nałogu, ale nie wiedzą jak.

Zajęcia profilaktyczne dla grupy spotkaniowej (15 osób) zaplanowane na okres trzech miesięcy (godzina w tygodniu) powinny uwzględniać eliminowanie przyczyn nadużywania nikotyny poprzez:

- dostarczenie uczestnikom wzmocnień pozytywnych (docenienie ich możliwości i podkreślenie mocnych stron),

- uczenie się wyrażania własnych uczuć, mówienie o nich i radzenie sobie z nimi,
- naukę radzenia sobie z trudnościami i problemami,
- poprawę funkcjonowania społecznego, dzięki nawiązaniu satysfakcjonujących kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi,
- tworzenie sytuacji konstruktywnego rozwiązywania problemów,
- kształtowanie zachowań asertywnych, umiejętności odmawiania w sytuacjach nacisku ze strony grupy,
- zdobywanie wiadomości na temat efektywnego pomagania rówieśnikom,
- kształtowanie wzorców zdrowego życia.

W czasie kolejnych sesji uczestnicy zdobywają wiedzę i uczą się pracy nad sobą, odkrywania czegoś nowego w swoim życiu i innych ludziach.

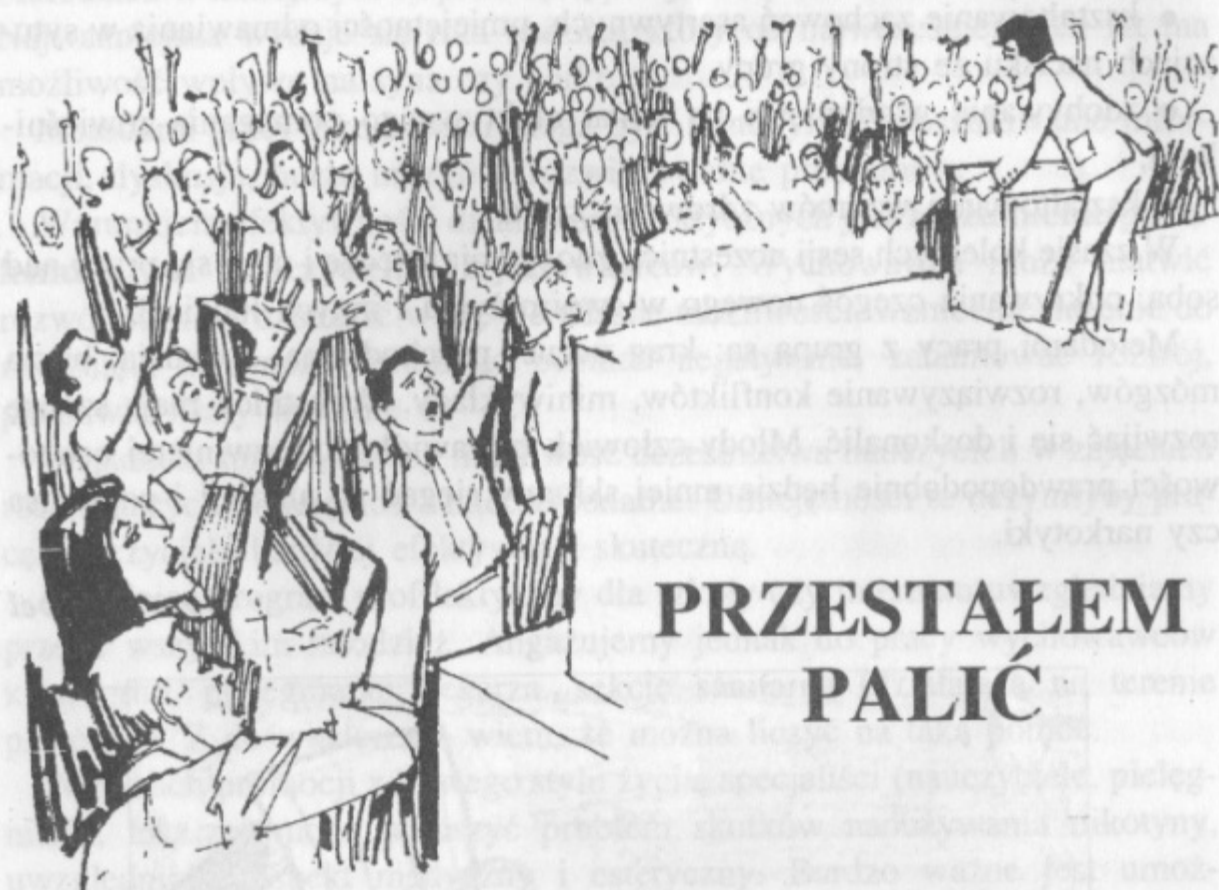
Metodami pracy z grupą są: krąg uczuć, psychodrama, dyskusja, burza mózgów, rozwiązywanie konfliktów, miniwykłady. Uczestnicy mają szansę rozwijać się i doskonalić. Młody człowiek o prawidłowo rozwiniętej osobowości prawdopodobnie będzie mniej skłonny sięgać po alkohol i papierosa czy narkotyki.

Dorota Cobel



PROSTO Z MITYNGU

Jak w każdym numerze prezentujemy kolejne przykłady doświadczeń i przeżyć uczestników spotkań AA. Żadnych wyrażonych tu opinii nie należy przypisywać Wspólnocie AA jako całości.



PRZESTAŁEM PALIĆ

W 23 numerze „Arki” przeczytałem artykuł „Jak rzucić palenie” i w ten sposób zostałem zachęcony do napisania kilku słów o sobie jako uzależnionym od nikotyny.

Palilem przez 25 lat i nie traktowałem tego nigdy jako choroby, dopóki nie natknąłem się na swojej drodze na 12 Kroków AA. Tak, to nie pomyłka bo jestem również uzależniony od alkoholu. Po terapii w Ośrodku Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i po czternastomiesięcznym wyciszaniu emocji związanych z moim pićm – postanowiłem spróbować uznać swoją bezsilność wobec nikotyny. Wcześniej niż po roku trzeźwienia nie radzili mi podjąć tego kroku psychologowie i terapeuci.

Na mityngu grupy Anonimowych Palaczy zapoznałem się z trzema pierwszymi Krokami AP a potem po prostu uczęszczałem na mityngi AP

Nastąpił znany mi paradoks – po uznaniu bezsilności przyszła wiara, aby przy pomocy Siły Wyższej przyznać się do niekierowania własnym życiem. Jednak uwierzyć naprawdę głęboko mogłem tylko z chwilą powierzenia swojego życia Bogu tak jak Go pojmuję. Bo dla mnie wszystkie stopnie z programu 12 Kroków połączone są ze sobą jak łańcuch o nierozrywanych ogniwach. Bez uwierzenia, o którym mowa w Kroku Drugim nie uznaję Pierwszego, a bez powierzenia się – Krok Trzeci – nie jestem w stanie całkowicie uwierzyć w Drugi. Gdy powiedziałem to kiedyś terapeutce Zygmuntovi, że tak rozumiem program on po namyśle porównał to do wchodzenia po drabinie. Żeby dobrze stać nogami na pierwszym szczeblu, to rękoma trzeba się chwycić szczebli wyższych. Przecież ja najpierw musiałem się mocno zmotywować, aby podjąć decyzję o niepaleniu, a motywację znajduję w Kroku Czwartym, gdzie mam zrobić gruntowny obrachunek moralny, czyli nie mogę robić rzeczy niezgodnych z moim sumieniem. Przecież wydawanie ciężko zarobionych pieniędzy na zatrucie swojego organizmu i moich najbliższych, patrzenie z obrzydzeniem na zaplute ulice (a sam to też robiłem) czy rozstrajanie swoich nerwów nikotyną w zakłamaniu, że pałac uspokajam się itp. na pewno nie było zgodne z moim sumieniem.

I choć pierwsze 24 godziny to trudny i długi czas, to warto było pocierpieć, aby poczuć potem prawdziwą wolność.


Dziś minęły 22 miesiące od czasu, gdy nie palę. W dalszym ciągu uczęszczam na mityngi AP i działam w ich służbach. Nie wstydzę się swoich uzależnień bo dopóki się ich wstydziłem, to cierpiałem w samotności. A dzisiaj tego nie chcę, bo dzieląc się swoim doświadczeniem, siłą i nadzieją może pomogę palaczowi, który wciąż jeszcze cierpi. □

Stasiek W.

P.S.

Te same doświadczenia wykorzystałem przy uznaniu swojej bezsilności wobec kofeiny (kawy nie piję od siedmiu miesięcy).

Kwiecień 1998 r.



MÓJ WSTYD

Tym razem pragnę podzielić się moimi refleksjami na temat wstydu, do których sprowokowała mnie moja znajoma, która wie, że jestem uzależniona od alkoholu i od przeszło roku trzeźwieję. Zapytała mnie, czy nie wstydzę się tego, że jestem alkoholiczką? Odruchowo odpowiedziałam: nie, tak, tak, nie i... no właśnie, jak to ze mną jest. Myślę, że nie potrafię jeszcze na to pytanie odpowiedzieć jednoznacznie. Tak jestem alkoholiczką, a przecież nie zaczęłam pić, aby się nią stać. Ale alkoholizm, jak wiadomo, to choroba chroniczna, postępująca, a choroba kojarzy mi się z niemocą, z ułomnością, z cierpieniem z odczuwaniem bólu, z ograniczeniami, więc czułam się inna, gorsza od ludzi zdrowych, więc wstydziłam się. Alkohol zaspokajał moje psychiczne potrzeby, ponieważ nie chciałam dopuścić do siebie prawdziwej wizji swojej sytuacji, ukrywałam również przed innymi prawdziwy obraz mojego uzależnienia. Było mi wstyd i nie chciałam się z tym pogodzić więc ukrywałam swoją słabość przed samą sobą, a alkohol świetnie mi pomagał umocnić w sobie zaprzeczenie uzależnienia. Lecz przyszedł czas, że dłużej już nie mogłam zaprzeczać, musiałam zajrzeć w głąb siebie i ujrzeć siebie prawdziwą – Mirkę alkoholiczkę. W końcu osobę chorą, no tak, ale przecież nie nabawiłam się alkoholizmu przez przypadek czy z powietrza. W momencie, gdy zaakceptowałam siebie jako alkoholiczkę, straciło również na ważności pytanie: dlaczego nią zostałam? Dzisiaj wiem, że nie muszę wstydzić się swojej choroby. Wiem, że przyznając się do swej słabości, mogłam zacząć proces zdrowienia, wstąpić na drogę ku trzeźwości, zmienić styl życia na lepszy, bogatszy, pełniejszy. Czy mam się tego wstydzić? Nie wyzbywam się jednak wstydu tak do końca za siebie jaką byłam, aby pamiętać siebie, jakiej się boję. □

Mirosława

LEWICA, PRAWICA, CENTRUM

Kiedy przychodzę na mityngi AA, niektórych od razu obdarzam sympatią. W stosunku do innych jestem nijaki. Są też tacy, którzy wywołują nieprzyjaźń, dość bliską nienawiści.

Kiedyś po rozmowie ze sponsorem zrobiłem pewien eksperyment. Podzieliłem arkusz papieru na dwie części. Po lewej „pozytywnej” stronie wpisywałem imiona tych osób, które wywołują u mnie emocje pozytywne, po prawej zaś tych, do których odczuwam nieprzyjaźń.

Robiłem to spontanicznie, wpisując te imiona, które pierwsze przychodziły mi na myśl. Po 5 minutach skończyłem i zobaczyłem, że w lewej „pozytywnej” części zapisałem 19 Mikołajów, Iren, Sergiuszy etc., w prawej zaś tylko pięć osób.

Potem rozmyślałem, dlaczego wpisałem kogoś do lewej czy do prawej kolumny. Zauważyłem, że 3-4 lata temu, gdybym robił to samo, czterech braci z AA wpisałbym do prawej, „negatywnej” kolumny. Niektórych zaś w ogóle wcześniej nie zauważałem. Czy oni stali się lepsi? Nie, to ja się zmieniłem, zmieniłem swój stosunek do ludzi. Więcej szacunku oddaję każdemu, a także sobie. Chociaż, kto wie, może i oni się trochę zmienili.

Dziękuję i „lewicy” i „prawicy” i „centrum” za to że mogę to dziś napisać. Pogody ducha wam wszystkim! Trzeźwości!

J. (Rosja)

Przesyłam pierwszy numer biuletynu intergrupy „Zamojska”, jako sygnał, że „na kresach” także coś się w AA dzieje i z nadzieją, że może któryś z tekstów znajdzie się w „Arce”.

Marek AA-lektor

DLACZEGO KORZYSTAM Z POMOCY PROFESJONALNEJ?

Najprostszą dla mnie odpowiedzią na powyższe pytanie jest to, że chcę nie pić alkoholu.

Gdy zaczynałem moje leczenie pierwszym miejscem, do którego poszedłem była przychodnia odwykowa. Mógłbym powiedzieć, że fakt korzystania przeze mnie z pomocy profesjonalnej jest przypadkowy. Jednak dzisiaj jest dla mnie oczywiste, że sprawiła to moja Siła Wyższa. Stan psychiczny, w jakim byłem przez jakiś czas po osiągnięciu swojego dna pozwolił mi zobaczyć realnie skutki picia. Jestem przekonany, że gdyby nie pomoc profesjonalna a zwłaszcza pomoc pani Teresy Tukiendorf, wtedy psychologa w WPO w Zamościu nie tylko, że nie wytrzeźwiałbym, ale nawet nie dotarłbym do AA.

Uważam, że jest możliwe trzeźwienie w oparciu o sam kontakt ze Wspólnotą AA i pracę nad sobą na programie 12 Kroków i 12 Tradycji AA. Jednak wstępem do pracy na programie powinno być 90 mityngów w 90 dni. Jest to trudne w dużych miastach Polski ale możliwe. Natomiast w przeciętnym małym mieście jest to nie do osiągnięcia. Dla mnie szansą na niewracanie do picia i przyspieszenie rozwoju duchowego stało się przewodnictwo psychologa, udział w terapiach (wielu i przez długi czas). W ich trakcie, po roku trzeźwienia poczułem, że AA jest dla mnie najważniejsze i jest tak do tej pory. □

Marek-alkoholik

5.12.97 r.

„Źródło” 1/1/1998

Mirosława

OD ŚMIECIARZA DO KSIĘGARZA

Adresowane do tych wszystkich, którzy twierdzą, że zeszli na „dno dna” i nie wierzą, że można odbić się do życia.

Alkohol piłem przez ponad dwadzieścia pięć lat. Aż przyszedł dzień, kiedy rodzice zamknęli mi drzwi przed nosem mówiąc, że nie mam wstępu do ich domu tak długo, jak długo będę pił. A pić mi się chciało okrutnie. Żona wzięła ze mną rozwód i miała rację (i tak długo wytrzymała). Lekarka w poradni odwykowej dowiedziawszy się ode mnie, że piłem prawie wszystko co zawierało alkohol, powiedziała, że ze mnie już nic nie będzie i tak stałem się beznadziejnym pijakiem bez szansy na wyrwanie się z nałogu. W ten sposób znalazłem się na śmietniku.

Do pracy nie nadawałem się, do kradzieży także nie byłem zdolny. Trzęsły mi się nie tylko ręce lecz trząsałem się cały i potwornie bałem się wszystkiego, począwszy od przechodzenia przez ulicę, a kończąc na własnym cieniu. I czując się jak zaszczute zwierzę zostałem sam ze swoim cierpieniem i beznadzieją życia.

Z pomocą przyszedł mi sędzia, który dał mi wybór – więzienie lub leczenie w poradni. Sędzia ten stał się moją Siłą Większą ode mnie.

Więzienia się bałem, więc pozostała druga możliwość: **leczenie**. Nie wierzyłem, abym mógł przestać pić do końca życia. Poszedłem więc do poradni, trafiłem na dobry moment, gdy powstawał Klub Abstynenta, którego zostałem uczestnikiem. Tak wkroczałem w życie abstynenckie: chodziłem do klubu, łykałem anticol, a śmietnik dawał mi utrzymanie i potwornie się nudziłem. Trwało to prawie rok.

W międzyczasie dowiedziałem się, że jest grupa ludzi, którzy spotykają się na tak zwanych mityngach, palą świecę, mówią o swoim picciu i nazywają siebie *alkoholikami*. Po długich namowach koleżanki z klubu, dla świętego spokoju poszedłem na pierwszy mityng. Był to marzec 1983 lub 1984 roku. Zostałem do dziś dnia i nie żałuję mojej decyzji, a wręcz odwrotnie, jestem bardzo wdzięczny Sile Wyższej, że tak pokierowała moim życiem. I tak wzięłem po raz pierwszy życie w swoje ręce.

Po pewnym okresie fascynacji, zaczęły się schody. Musiałem nauczyć się pracować, miałem mniej pieniędzy, niż gdy piłem, a życie było takie bezbarwne i wszystko wydawało mi się bez sensu. Monotonia, beznadziejność i bezsens życia były bardzo dob-

rymi sprzymierzeńcami do picia. Więc co ja mogłem zrobić. I po roku abstynencji zacząłem pić, ponieważ to umiałem najlepiej. Piłem bez opamiętania przez osiem czy dziewięć miesięcy chcąc zniszczyć siebie. Przed powrotem na spotkania z *alkoholikami* powstrzymywał mnie potworny wstyd. Pamiętam, że siedząc któregoś dnia przy śmietniku z butelką denaturatu i topiąc swoje smutki, doznałem olśnienia – coś w rodzaju filmu z mojego życia, a trwało to najwyżej kilkanaście sekund. Efektem tego zdarzenia było to, że byłem tym samym człowiekiem, a jednak innym – co dzisiaj nazwałbym przebudzeniem. Moje nastawienie do życia zmieniało się pomimo mego picia. Ale Bóg *jakkolwiek Go nie rozumiem* dał mi tyle siły, że znalazłem się z powrotem na mityngu. Było to 16 stycznia 1988 roku i od tego czasu nie piję do dnia dzisiejszego. Była to moje pierwsza decyzja w postanowieniu wzięcia życia w swoje ręce.

I wtedy runęła lawina bolesnych, a zarazem wspaniałych przemian w moim życiu. W ciągu tych dziesięciu lat: wyszedłem ze śmietnika

i przestałem zbierać butelki, wróciłem do rodziców, ponieważ pierwszego małżeństwa nie udało się uratować. Nauczyłem się uczciwie pracować. Po dwudziestu latach ukończyłem technikum i zdałem maturę, lecz na studia się nie dostałem. Założyłem swoje wydawnictwo, mam małą księgarnię i ożeniłem się po raz drugi, z czego jestem dumny. Gdyby ktoś na początku mojego trzeźwienia powiedział mi, że to wszystko osiągnę, gdy tylko przestanę pić, nigdy bym w to nie uwierzył. **Tak jak niemożliwe staje się możliwe, tak w beznadziei jest nadzieja.**

Dziesięć lat temu moim marzeniem było znalezienie jak najwięcej pustych butelek na śmietniku, żeby starczyło na „flaszkę” i żeby nie mieć kaca. A dzisiaj moim „szczęśliwym problemem” jest korzystny rozwój firmy i cieszenie się z tego, co osiągnąłem.

Dedykuję to zwierzenie wszystkim tym, którzy są na początku drogi w swoim trzeźwieniu.

Życzę wszystkim wiary w siebie i dążenia do wyznaczonych celów. □

Marek A. Akuracik

Warszawa 19.04.1998 r.

DOBRA PASJA NA UZALEŻNIENIE

Dziś jako kobieta czterdziestoletnia stwierdzam, że gdybym wcześniej odkryła swoją pasję, na pewno moje życie potoczyłoby się inaczej.

Kiedy byłam dzieckiem zawsze zazdrościłam swoim rówieśnikom, że tak wiele czasu spędzają z rodzicami. Mnie wychowywała babcia, która musiała obsłużyć cały dom, zatroszczyć się o wszystko dla siedmiosobowej rodziny. Nie miała więc dla nas – dzieci – sentymentów. Rodzice pracoholicy, pracujący nawet w weekendy, nie mieli czasu zająć się dziećmi. Okazywali swoją miłość przez kupowanie nam wszystkiego, czego dusza zapagnie. A moja dusza pragnęła, żeby to moja Mama, a nie mama mojej koleżanki zaprowadziła mnie do I klasy na rozpoczęcie roku szkolnego. Serce kroilo mi się, kiedy w każde wakacje jechałam na kolonie. Co ja dałabym wówczas, żeby choć raz Mama przeczytała mi bajkę do poduszki. Dziś, kiedy Jej nie ma, często w snach czuję jak przytula się do mnie.

Dorastanie przyszło mi z łatwością, nie buntowałam się, nie złościłam, ale bardzo chciałam kochać i być kochaną. Wyrosłam na całkiem niezłą „laskę” – zgrabną, ładną i wykształconą. Kandydatów do miłości miałam wielu. Wybrałam tego, który zaklinał się, że „przylatuje do mnie na skrzydłach miłości”. Mając inny wybór miłości z wzajemnością, wybrałam tego, co chciał mnie. Tak było pewniej. Wiem, że już wtedy stałam się ofiarą swego uczucia. Jako osoba wrażliwa i odpowiedzialna, a przede wszystkim uczuciowa uruchomiłam całe pokłady miłości, dawałam z siebie wszystko. Myślałam, że skoro tak bardzo mnie pragnie, będzie kochał aż po grób. Nic z tego, szybko zostałam połknięta i odrzucona. Próbowałam szczęścia w innych związkach. Stawałam się uzależniona od każdego, kto okazywał mi odrobinę uczucia. Okazując miłość i bliskość pragnęłam wzajemności. Stawałam się nałogowym dawcą miłości i popadałam w coraz większe tarapaty i rozczarowania.

Dlaczego ja? – zastanawiałam się nieraz. Zaczęłam coraz więcej czytać na ten temat. Okazało się, że inne kobiety mają podobne problemy. Napisałam o swoich doświadczeniach do prasy. Wszystkie artykuły zostały wydrukowane. Pisałam z pozycji ofiary, pomagając przy tym sobie i innym kobietom, których przeżycia były podobne do moich. Analiza własnej duszy pozwoliła mi uciszyć mój smutek. Umocniłam się, nabrałam poczucia wartości. I o dziwo, kiedy zaczęłam pisać, przestawałam tak kurczowo trzymać się mężczyzn.

Dzięki pasji pisania pokonałam depresję, doprowadziłam do harmonii swoją duszę i ciało. Był to niewątpliwie mój wielki sukces, bo moja pasja wzięła się z cierpienia. Dokonałam świadomego wyboru, chciałam zmienić swoje życie poprzez wybór właściwych wartości.

Nie chciałam być bluszczem. Zrozumiałam, że kobiecie do szczęścia nie jest najbardziej potrzebny mężczyzna, ale wiara w siebie, dzięki której potrafi odrodzić się na nowo.

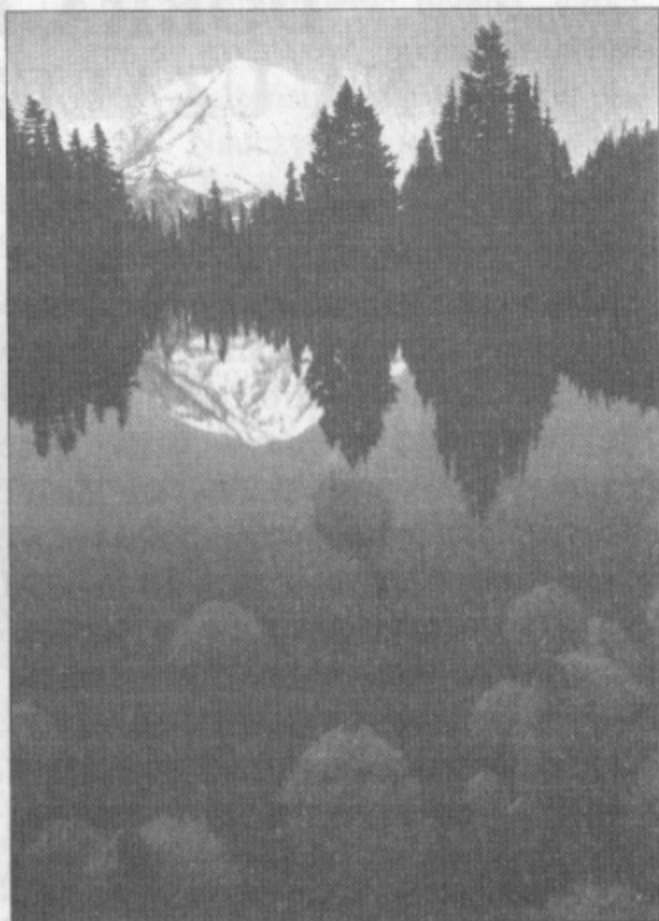
Podjęłam nowe studia podypłomowe – profilaktyka uzależnień. Stały się moją kolejną pasją – mogę bliżej przyjrzeć się sobie, zbadać mechanizmy własnych uzależnień, wykorzystać zdobytą

wiedzę w pracy zawodowej. Przede wszystkim otwiera się przede mną nowa pasja – niesienie pomocy ludziom uzależnionym i współuzależnionym. Piszę program na temat profilaktyki uzależnień i chciałbym wdrożyć go na terenie mojego miasta. W przyszłości na pewno swoje niewyczerpane pokłady uczuć wykorzystam do pracy z dziećmi albo z dorosłymi, którzy szukają sensu życia uciekając od rzeczywistości.

Obecnie nie jestem już chyba trzcina, bardziej może różą. Nadal delikatna, powabna i pełna miłości, aż prosi się, żeby ją dotknąć ale teraz mam swoją obronę i potęgę w postaci kolców. Nie dałabym się zniszczyć „barankowi”, bo nauczyłam się chronić siebie poprzez zwykłe słowo „nie”.

Być może w mojej wypowiedzi znalazło się zbyt wiele patosu, ale to wynik pozytywnych emocji, bo tak naprawdę umiem się cieszyć każdą chwilą i wiem, że tylko ludzie szczęśliwi są naprawdę piękni.

Zbieram od początku swoje artykuły, bo chciałabym kiedyś opowiedzieć o tym, jak pasja może zmienić życie.



Maria Przybysz

MAM W ŻYCIU SZCZĘŚCIE

Mam w życiu szczęście. Nie zawsze tak było.

Był dość długi okres w moim życiu, że te swoje szczęśliwe chwile minimalizowałam lub nie dostrzegałam ich. Nie chciałam dostrzegać, bo to pozwalało mi umartwiać się, uważać nad sobą, a to z kolei pozwalało mi pić.

Do niedawna jeszcze myślałam, ba, byłam przekonana o tym, że tylko ja mam problemy i to takie, jakich inni nie mają. Piłam, żeby od nich uciec, żeby choć na moment zniknęły. Czy mały, odchodziły ode mnie? Nie, narastały, piętrzyły się i nie mogłam się od nich uwolnić. Nie robiłam jednak nic, albo bardzo niewiele, żeby coś z nimi zrobić, spróbować pozalatawać lub choćby pogodzić się z nimi. Czułam, że jestem chora. Skoro chora, to potrzebny był mi lekarz. Tylko jaki specjalista? Wybrałam psychiatrę – jednego, drugiego, trzeciego. Do tego trzeciego chodziłam dość regularnie, mówiłam mu dużo o sobie i swoich problemach, powiedziałam w końcu i o tym, że niepokoi mnie moje nienormalne picie alkoholu. Cóż z tego, skoro on podobnie chyba jak ja, podświadomie, wołał nie uznawać tego za główny mój problem. Pasoowało mi to wtedy i właściwie to on, lekarz, robił wszystko pod moje dyktando. Płaciłam, on wypisywał rece-

pty na leki uspokajające, ja piłam dalej ze świadomością, że się leczę. Tkwiłam w tym złudzeniu i mój lekarz też. Miałam nawet świadka w osobie koleżanki z pracy, którą raz zabrałam z sobą na wizytę u lekarza. (Dzisiaj zastanawiam się, po co był mi potrzebny świadek i już wiem – żeby pić „kontrolowanie” dalej).

Napisałam na początku, że mam szczęście. Tak, bo nawet po takich doświadczeniach z „profesjonalistami” nie odrzuciłam profesjonalnej pomocy wtedy, kiedy przyszedł przełomowy moment w moim życiu, kiedy byłam już gotowa zrobić wszystko, żeby nie pić, kiedy dosięgnęłam swego dna, kiedy moja godność społeczna i zawodowa wisiła na włosku. Miałam szczęście, że dotknęłam dna jeszcze wysoko, nie straciłam pracy, rodziny, domu, samochodu i czegoś tam jeszcze po drodze, nawet nie byłam w izbie wytrzeźwień. Dziś wiem, że mogłam i jeszcze mogę tego wszystkiego doświadczyć, jeśli nie wykorzystam tych wszystkich narzędzi, w które wyposażylam się na drodze trzeźwienia, żeby radzić sobie z nawrotami choroby. Było mi trudno na początku utożsamiać się ze słowem „alkoholiczka”. Łatwiej trochę było być osobą „chorą na chorobę alkoholową”.

Dziś myślę znowu o szczęściu na początku swej drogi zdrowienia.

Rozpoczęłam ją dwutorowo tj. od terapii na Dziennym Oddziale Odwykowym w Gdańsku, która trwała ponad rok i równocześnie od uczestnictwa w mityngach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i to po kilka razy w tygodniu, a nawet okresowo codziennie. Poznałam wspaniałych terapeutów i wielu przyjaciół – od nich po raz pierwszy usłyszałam, że jestem na drodze do trzeźwości. Zmieniłam swoje życie, przyzwyczajenia, znajomych, z wieloma rzeczami rozstawałam się nie bez żalu, ale godziłam się z tym i zaraz szukałam zajęć alternatywnych, ludzi, żeby nie było luki, pustki. Miałam szczęście pracować z takimi terapeutami, którzy oprócz pracy nad sobą, zachęcali mnie do uczestnictwa w mityngach AA, podkreślali ich wartość wówczas, ale zwłaszcza potem, gdy skończę terapię, żebym miała „ciągłość bezpiecznych miejsc”. Dwaj terapeuci byli ateistami i mówili o tym, zachęcali jednak do poszukiwania Siły Wyższej i podkreślali, jak jest to później ważne w pracy nad duchowością, o czym mam okazję teraz się przekonywać.

Shczęście miałam też wtedy, gdy trafiłam na pierwszy w swoim życiu mityng. Wydawało mi się, że spotkam tam ludzi o niższym poziomie intelektualnym. Wtedy było mi wszystko jedno. Zrobiłabym wszystko i poszłabym wszędzie, żeby tylko nie pić. Ten mityng był jakby specjalnie dla mnie. Był to wspaniale

przygotowany (tak oceniam to teraz, bo wtedy zupełnie byłam rozkojarzona) mityng otwarty, na który zaproszony był dziennikarz, lekarz, ksiądz, dwaj psycholodzy pracujący w poradni odwykowej. Dowiedziałam się wiele i uwierzyłam w to co mówią. Odezwała się gdzieś wiara w profesjonalizm, w to, że skoro tak różnych ludzi to interesuje, ludzi którzy mają w rękach oręż w postaci trybun – szpalty gazet, ambony, osobisty kontakt z wieloma potrzebującymi pomocy i chcą się nauczyć im pomagać, to coś w tym jest.

Uczestniczę nadal w wielu mityngach w Trójmieście i w Polsce i czasem patrzę na ludzi i ich pierwsze mityngi – ja miałam wielkie szczęście, nie wszyscy takie mają.

Sama prowadząc mityngi staram się, by były dobre, aowskie, zgodne z tradycjami ale i profesjonalne, żeby nowicjusz poczuł się jak u siebie, ale też żeby usłyszał o możliwości terapii.

Na Studium Profilaktyki Uzależnień w Łodzi po raz pierwszy zetknęłam się z określeniem: opiekuńcze służby pracownicze i bardzo mi się ten pomysł spodobał. Pracuję w dużym, ale specyficznym zakładzie pracy. Był czas, kiedy usilnie szukałam pomocy w zakładzie pracy, kontaktu, porady prawnej. Nie było nikogo, kto rzeczywiście mógłby mi pomóc, doradzić, dać odpowiedni kontakt. Sprawa była delikatna. Pracuję na kierowniczym stanowisku,

jestem elegancka, zadbana (zawsze byłam, nawet w czasie, kiedy nadmiernie piłam), nie mogłam udać się po pomoc ze sztandarem: „Jestem alkoholiczką, szukam pomocy, bo nie chcę dalej pić”.

Kiedy próbowałam rozmawiać z zakładowym radcą prawnym (też elegancką kobietą) mimo że naprawdę próbowałam powiedzieć jej, że sprawa, z którą przyszedłam dotyczy mnie samej, do tej pani jakby to nie docierało, odpowiedziała mi tak, jakbym przyszła do niej jako kierownik działu, z problemem pijącego pra-

cownika, którego jeszcze koniecznie widziała jako mężczyznę, który upijał się w pracy i doradzała, w jakim momencie odstawić go na izbę wytrzeźwień i jakie zastosować kary. Sytuacja byłaby komiczna, gdyby wtedy nie tak tragiczna dla mnie. Refleksje te napisałam po lekturze książki Stephanie Brown „Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia” i w kontekście własnych doświadczeń w czasie swojej drogi zdrowienia i tego, czego dowiedziałam się już na studium. □

Teresa Łobaczewska



LUBIĘ CHODZIĆ DO SZKOŁY

W tym miesiącu mija 2 lata, jak zostałem lektorem komisji.

Ta rocznica i wrażenia z moich wykładów skłoniły mnie do tego listu. Pragnę im wyrazić moją wdzięczność Fundacji za możliwość przeżywania tych ciekawych wrażeń i podzielić się nimi.

Tak się złożyło, że dotąd swoje wykłady prowadziłem głównie w szkołach średnich. Pamiętając siebie z tamtych czasów i swoich kolegów bałem się jak mi to pójdzie. Ale już na jednym z pierwszych wykładów zdarzyło się coś, co zmieniło mój sposób mówienia i rozwiało obawy.

Któregoś dnia miałem wrażenie, że część klasy jakby mi nie dowierza, kiedy mówiłem o fazach rozwoju alkoholizmu (miałem przed sobą sporo notatek), aż w pewnym momencie powiedziałem, że większość z omawianych faz i tego co powiem później przeżyłem na własnej skórze. Pamiętam tę zmianę zachowania moich słuchaczy. Poczułem jakąś bliskość z nimi, odłożyłem notatki i swobodnie mówiłem dalej. Powiedziałem o chorobie, nadziei i zdrowieniu nie mówiąc o sobie ani kimś konkretnym. Po prostu pokazałem, że tak może się dziać z człowiekiem. Do końca było już cicho, nawet wyjątkowo cicho, a pytania potem były konkretne i rzeczowe. Poczułem wielkie zadowolenie z siebie, z nich, ze spotkania, z pracy nad sobą, z życia. Może to zbyt wielkie słowa, ale to prawda.

Od tamtej pory (a nadal chętnie, choć rzadko, spotykam się z młodzieżą) zaczynam swój wykład słowami: „Będę mówił o alkoholu, o uzależnieniu od niego i uwolnieniu, a że sam przeżyłem jedno i drugie mam wiele do powiedzenia tylko dlatego, że mogę komuś pomóc wybrać”. I jak dotąd to działa. Czasem jakiś wychowawca ostrzega mnie, że klasa jest niesforna, a potem dziwią się, że ich chwale, że było dobrze.

Miałem wiele wykładów w mieście, w którym mieszkam, wielu młodych ludzi spotykając mnie na ulicy mówi „dzień dobry”. Kilku zatrzymało mnie na pogawędkę. Dwóch powiedziało, że ich ojcowie „poszli do AA” i nie piją. To miłe.

A jak to wszystko pomaga mojej trzeźwości nie muszę dodawać. Najbardziej jednak cieszę się, że stało się tak, że nikt (poza osobistymi znajomymi) nie łączy mnie ani z AA, ani z Klubem Abstynenckim ani z poradnią odwykową. Ponieważ mówię o wszystkich tych miejscach, znając ich zasady i szanując je. Mam też takie wrażenia, że niejednemu z tych młodych ludzi pomogłem wybrać i że niejednemu zabrałem „przyjemność” z wypicia.

Jeszcze raz dziękuję i pozdrawiam.

Mirek A.

GDZIE JESTEŚ

Kocham Cię Kocham
Uczucie wspaniałe.
Jesteś moim księciem
na wieczne zmaganie.
Czas szybko przemija,
uśmiech dziecka cieszy,
pierwszy krok, pierwsze słowa

Gdzie jesteś?

W wazonie stoją róże.
Zapachu nie czuję,
są cudne – czy to prawda?
Chcę Ci powiedzieć
dzisiaj jest pięknie
i słońce świeci tak długo,
ja czekam

Gdzie jesteś?

Czy moje marzenia,
to sny beznadziejne.
Czy życia to koniec?
Ach to ta burza
co czarne chmury rozsiewa.
Ten deszcz to moje łzy
A kolorowa tęcza to moja nadzieja

Gdzie jesteś?



Chcę Cię odnaleźć
i nie wiem gdzie szukać.
Budzę się w nocy
i krzyczę donośnie.
Jak długo będziesz zamknięty
w tym szarym świecie nałogu
Czy wszystko umarło?

Gdzie jesteś?

Nie błądzisz sam na drodze
Są inni i ja przy Tobie
Wstań wreszcie uwierz w siebie,
porzuć ruiny tamtego życia.
Dziś trzeźwość to skarb największy,
radość i szczęście nasze.
Podaj mi rękę,
Ja podam Tobie.
Zbudujemy od nowa
uczucie wspaniałe

Kocham Cię, Kocham
na wieczne zmaganie.

Irena Ślusarczyk Malbork

ARMADA

STOWARZYSZENIE MENEDŻERÓW NA RZECZ ZDROWEGO MIEJSCA PRACY

ARMADA organizuje szkolenie kandydatów na konsultantów poradnictwa i profilaktyki przeciwalkoholowej w zakładach pracy

Szkolenie odbędzie się w hotelu
OLIMPIA MOSIR KAMIENIEŃ w Rybniku-Kamieniu,
ul. Hotelowa 12 w dniach 19-21 czerwca 1998 r.

Koszty zakwaterowania i wyżywienia w wysokości 200 PLN
ponoszą sami uczestnicy. Pozostałe koszty pokrywa
Stowarzyszenie ARMADA.

Zalecamy uczestnikom uzyskanie refundacji
ze swoich zakładów pracy lub gminnych
komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych

Zgłoszenia proszę kierować na adres pełnomocnika
Zarządu Stowarzyszenia ARMADA

Zenon Stube
ul. Pomnikowa 6/19
47-700 Racibórz
Tel. (0-36) 415-90-28 (wieczorem)

Na podstawie uzyskanych zgłoszeń, do wszystkich uczestników
wyślemy pocztą dokładne informacje dotyczące programu seminarium
oraz sposobu wniesienia opłaty.

SPIS TREŚCI

- Drodzy Czytelnicy 1
- Jak lepiej leczyć narkomanów? 2
- Grupy Anonimowych Narkomanów w Polsce 14
- Czego nie robi Wspólnota AN? 17
- O leczeniu narkomanów – E. Rachowska 18
- Nieznaczną ilość w miasteczku X – O. Dziechciarz 25
- MIĘDZY NAMI PROFESJONALISTAMI – Dr Z. Grochowski
 - O chorobie objawiającej się m.in. nadużywaniem alkoholu 30
 - Zaostrzenia choroby 48
 - Trzeźwość 55
- NASZE KSIĄŻKI: Wpadka czy nawrót – R. Durda 57
- Z moich doświadczeń lektorskich – C. Zieliński 59
- Palenie papierosów. Działania profilaktyczne – D. Cobel 61
- PROSTO Z MITYNGU
 - Przestałem palić – Stasiak W. 64
 - Mój wstyd – Mirosława 66
 - Lewica, prawica, centrum – J. (Rosja) 67
 - Dlaczego korzystam z pomocy profesjonalnej – Marek 68
- Od śmieciarza do księgarza – Marek A. Akuracik 69
- Dobra pasja na uzależnienie – M. Przybysz 71
- Mam w życiu szczęście – T. Łobaczewska 73
- LUDZIE LISTY PISZĄ (I WIERSZE)
 - Lubię chodzić do szkoły – Mirek A. 76
 - Gdzie jesteś? – I. Ślusarczyk 77

PROMOCJA

Filmy edukacyjne Wydawnictwa Naukowego PWN dotyczące profilaktyki uzależnień:

„Marihuana a organizm człowieka”

Atrakcyjnie i przystępnie zrealizowany program obala mity i obiegowe opinie na temat marihuany, zastępując je rzetelną wiedzą popartą najnowszymi wynikami badań naukowych potwierdzającymi szkodliwość jej oddziaływania na organizm człowieka. W rękach psychologów i wychowawców wideokaseta ta może stać się skutecznym narzędziem w pracy z młodzieżą.

Konsultacja: dr med. Bogusław Habrat. Cena detaliczna 22,00 zł + VAT

„Asertywność. Sztuka bycia sobą”

Program stanowi typ filmowego poradnika dla młodzieży na temat sposobów kształtowania w sobie prawidłowych postaw w relacjach międzyludzkich, a szczególnie pewności siebie i obrony własnego zdania. Film kładzie nacisk na to, jak przeciwstawiać się presji grupy i odmawiać np. wzięcia narkotyku od dealera.

Konsultacja: dr Krzysztof Jedliński. Cena detaliczna 22,00 zł + VAT

„Przygnębienie i apatia. Jak sobie z nimi radzić”

Program stanowi typ filmowego poradnika dla młodzieży na temat sposobów radzenia sobie ze stanem apatii, przygnębienia i obniżonej samooceny. Film kładzie nacisk na naturalne sposoby radzenia sobie z takimi stanami i unikanie sięgania po narkotyki w celu poprawy samopoczucia.

Konsultacja: dr Krzysztof Jedliński. Cena detaliczna 22,000 zł + VAT

„Epitafium dla narkomana”

Film opowiada trzy historie, które łączy ta sama postawa bohaterów: nieumiejętność stawiania czoła problemom. Jackie, Allan i Kevin zamykają się w sobie, zamiast szukać pomocy w otoczeniu. Ich ucieczka w narkotyki kończy się tragicznie.

Zdaniem psychologów to doskonały materiał do dyskusji z młodzieżą i rodzicami nastolatków o groźbie uzależnienia. Cena detaliczna 20,00 zł + VAT

„Jak leki i narkotyki wpływają na nasz organizm”

Za pomocą kolorowej animacji, modeli organów i krótkich dramatycznych scenek program ukazuje, w jaki sposób leki i narkotyki ingerują w naturalne procesy biochemiczne zachodzące w organizmie człowieka. Widzowie dowiedzą się również, jak funkcjonuje centralny układ nerwowy i na czym polega działanie środków psychotropowych.

Konsultacja: prof. dr hab. Krystyna Suchorska. Cena detaliczna: 20,00 zł + VAT

„Palenie tytoniu a fizjologia człowieka”

Niezwykle sugestywny program dla młodzieży i dorosłych ukazujący śmiertelne zagrożenie, jakim jest palenie tytoniu. Mikroskopijna kamera pozwala zapoznać się od wewnątrz z budową płuc oraz destrukcyjnym działaniem nikotyny. Widzowie zobaczą również reakcję płodu na wdychany przez matkę dym.

Konsultacja: prof. dr hab. Witold Zatoński. Cena detaliczna: 20,00 zł + VAT

Powyższe filmy można nabyć za pośrednictwem:

**WYDAWNICTWO NAUKOWE PWN
DZIAŁ FILMÓW EDUKACYJNYCH
UL. MIODOWA 10, 00-251 WARSZAWA
TEL. (0 22) 695-40-55 FAX (0 22) 635-81-27**

DZIAŁY HANDLOWE PWN
WARSZAWA (0 22) 635-09-76
GDAŃSK (0 58) 306-11-75/76
KRAKÓW (0 12) 411-37-00
ŁÓDŹ (0 42) 30-67-73
POZNAŃ (0 61) 853-63-37 w. 50
WROCLAW (0 71) 60-95-16/17/18

**DZIAŁ SPRZEDAŻY WYSYŁKOWEJ PWN
UL. MIODOWA 10, 00-251 WARSZAWA
LINIA BEZPŁATNA: 0-800-20145**