

Wiktor Osiatyński

### PRZEBIEG KURACJI ODWYKOWEJ W OSRODKACH CARON FOUNDATION OPARTYCH NA "MODELU MINNESOTA"<sup>1</sup>

Caron Foundation prowadzi działalność terapeutyczną w dziedzinie alkoholizmu i współzależnień od wczesnych lat pięćdziesiątych. Obecnie posiada pięć ośrodków, głównie w Pensylwanii, uważanych za jedne z najlepszych w Stanach Zjednoczonych.

Od niedawna Caron Foundation wdraża program leczenia i szkolenia terapeutów w kilku krajach świata. M.in. podpisali umowę dotyczącą szkolenia i współprowadzenia ośrodka w ZSRR. W kwietniu nawiązali porozumienie z tworzoną obecnie Komisją Edukacji Alkoholowej Fundacji im. Stefana Batorego w Warszawie<sup>2</sup> w sprawie szkolenia profesjonalistów w Polsce. Tym bardziej warto zaznajomić się z ich modelem leczenia, który zresztą tylko w nieznacznych szczegółach odbiega od modelu stosowanego w większości ośrodków w USA.

Leczeniu podlegają bez żadnych zróżnicowań i w tych samych grupach alkoholicy, narkomani i lekomani. Są oni przyjmowani po odtruciu lub po 2 tygodniach od ostatniego użycia. Podczas kuracji nie stosuje się żadnych leków, w tym również disulfiramu w jakiegokolwiek postaci. Kuracja jest odpłatna, obecnie kosztuje blisko 7000 dolarów. Mimo to można wyrzucić pacjenta z ośrodka za picie alkoholu i seks, a także za brak postępów w pracy nad sobą.

Personel stanowią specjalnie wyszkoleni terapeuci, w większości niepijacy alkoholicy. Zatrudnieni tam psychologowie lub psychiatry również muszą przejść specjalne, półroczne przeszkolenie przyuczające do pracy z alkoholikami.

Program trwa 28 dni. Składają się nań (krótkie) wykłady, grupy terapeutyczne i praca w grupie bez terapeuty, praca nad sobą. Także praca w kuchni lub przy innych zajęciach. Łącznie 12-16 godzin dziennie.

Obowiązuje całkowita koncentracja na leczeniu i wglębianiu się we własne życie. Nie ma radia, TV, książek, pracy zawodowej, sportu. Z telefonu można korzystać tylko dwa razy w tygodniu. Jest jedna sesja rodzinna z terapeutą. Obowiązuje też zakaz izolacji, ale również nawiązywania bliskiego

<sup>1</sup> Tezy wystąpienia.

<sup>2</sup> Dr W. Osiatyński jest przedstawicielem tej Komisji.

kontakty z jednym pacjentem i terapeuta. Zachęca się do stałego przebywania z innymi pacjentami.

Zakazane jest prowadzenie notatek. Pisemne zadania dotyczą bezsilności, niezdolności do kierowania własnym życiem, ale nie dzienników, uwag, ocen - intelektualizacji - co mogłoby utwierdzać chorego w jego negatywnym, oceniającym myśleniu.

**Dynamika leczenia.** Kuracji poddanych jest każdorazowo 60 osób, przy czym zasadnicza praca odbywa się w grupach po 10 osób, o różnym stażu pobytu w ośrodku. W każdej grupie znajdują się zatem pacjenci, którzy są np. odpowiednio 27, 25, 20, 18, 15, 12, 10, 6, 4, 2 dni na kuracji. Ponieważ przełom następuje mniej więcej w połowie leczenia, oznacza to, że w każdej grupie połowa pacjentów jest już po zasadniczej zmianie: uznali oni bezsilność wobec alkoholu. Mogą więc przeprowadzać młodszymi stażem na stronę trzeźwości. Kolejno następujące po sobie elementy terapii to:

1. Wstępna ocena przez terapeute. Zawiera ona analizę sytuacji rodzinnej, stosowanych zaprzeczeń i racjonalizacji rzekomej kontroli oraz ocenę motywacji do leczenia. Stosownie do tego przedstawiane są sugestie do pracy z grupą. Zawsze jednak sugestie te mieszczą się w tych samych zasadniczych ramach kuracji.

2. Praca nad bezsilnością. Trzeba udowodnić dziewięciu alkoholikom własną bezsilność wobec alkoholu. (Najważniejszym przy tym jest przezwyciężenie naturalnej skłonności do litowania się nad sobą.)

3. Znaleźcie siebie na karcie rozwoju choroby, narysowanie własnej karty.

4. Kryzys, chęć ucieczki, myśli samobójcze; w tym miejscu kuracji decydująca rolę odgrywa koncepcja choroby. Pomaga ona zmniejszyć poczucie winy u chorego, który przebił się właśnie przez mur zaprzeczeń i racjonalizacji oraz dostrzegł ogrom własnych win, kłamstw i krzywd wyrządzonych innym podczas trwania nalogu.

5. Praca nad wykazaniem niezdolności do kierowania własnym życiem. (Podobna do p.2, wyraźnie oddzielona od bezsilności.)

6. Zmiana motywacji. Narodziny nadziei i chęci życia. Początek rozwoju. Wprowadzenie spotkań AA do kuracji.

7. Początek przebudowy własnych zachowań, a następnie myślenia. (Zmiana myślenia i postaw następuje nie przez zrozumienie, ale przez identyfikację z innymi i naśladowanie. "Przyniesie ciało, a głowa przyjdzie później.")

8. Początek kontaktu z własnymi uczuciami. Płacz, złość. Nauka mówienia o tym, co się czuje, a nie o tym, co się myśli.

9. Zapoznanie z grupami AA na zewnątrz. Obowiązek uczestnictwa w mitingach pod rygorem usunięcia z kuracji. Umocnienie tożsamości chorego jako alkoholika.

10. Pierwsza próba wejrzenia w siebie, czyli inwentura moralna i podzielenie się sobą z drugim człowiekiem.

11. Umocnienie niepewności pacjenta. O ile przed przyjęciem na leczenie najczęściej bagatelizował chorobę, to wychodząc dobrze wie, że jest śmiertelnie chory, ale może żyć i rozwijać się, o ile tylko będzie stosować odpowiednie narzędzia. Najważniejsze z nich to uczestnictwo w AA i wybranie sobie sponsora. Chory podpisuje zobowiązanie do udziału w 90 mitingach w ciągu 90 dni, do ściśle określonych form

pracy nad sobą, do udziału w grupie terapeutycznej i spotkaniach absolwentów.

W sumie opuszczając zakład pacjent dobrze wie, że nie jest wyleczony, ale jego przyszłość znajduje się w jego własnych rękach.

\*

W Caron nie tylko nie ma sportu, radia, TV, książek, pracy i telefonu. Nie ma tam również psychoterapii, psychoanalizy i wszelkiego sięgania w głąb duszy i do źródeł problemów życiowych pacjenta, bo na to jeszcze dużo za wcześnie: zanim sięgnie się do rzekomych powodów picia i źródeł choroby, trzeba najpierw przestać pić i utrwalić nowe nawyki trzeźwego życia. Nie ma terapii muzycznych, sportowych, itd., bo to poprawiając pacjentowi samopoczucie, odwraca uwagę od siebie. Pobyt w takim ośrodku bardzo boli. Naturalnym sposobem złagodzenia tego bólu jest dzielenie się nim z innymi pacjentami. Nikt jednak nie próbuje tego bólu sztucznie zmniejszać, bo właśnie pod wpływem tego bólu człowiek podejmuje wysiłek, by zacząć się zmieniać.

Kuracja w Caron opiera się na tzw. rozwojowym modelu choroby, z którego wynikają także istotne konsekwencje dla prewencji i interwencji we wczesnych fazach choroby. Warto im poświęcić kilka uwag. Według modelu rozwojowego alkoholizm - podobnie jak inne uzależnienia - jest chroniczną, progresywną chorobą, polegającą na ujawniającym się co jakiś czas przymusie picia i przede wszystkim na utracie kontroli nad ilością wypijanego alkoholu. Istotą choroby jest mechanizm zaprzeczania jej istnieniu (często bardzo logiczny i spójny wewnętrznie) oraz dążenie do wykazania lub odzyskania kontroli nad ilością wypijanego alkoholu. Warunkiem wyjścia z cechującego uzależnienie błędnego koła zaprzeczeń jest kolejno: 1. przełamanie mechanizmu zaprzeczeń i uznanie bezsilności wobec alkoholu, 2. zmiana zachowań i niemal automatycznych reakcji chorego, 3. zmiana sposobu myślenia i postaw wobec życia, 4. dalszy rozwój uczuciowy i duchowy, który dopiero po dłuższym czasie prowadzi do rozpoznania głębszych problemów, leżących u podstaw autodestruktywnych zachowań. (Wtedy też przychodzi pora na psychoterapię.)

Dynamikę choroby i trzeźwienia alkoholika według modelu przyjętego w Caron można w uproszczeniu przedstawić następująco:

■ Pijący alkoholik myśli, że pije, bo ma problemy ze światem zewnętrznym (żona, szef, warunki społeczne etc.).

■ Na początku leczenia (lub w AA) dowiaduje się, że było odwrotnie: miał problemy ze światem zewnętrznym, bo pił. Przestaje pić, poddaje się leczeniu, chodzi na meetingi AA i istotnie wkrótce większość jego problemów ze światem zewnętrznym znika.

■ Po jakimś czasie radość trzeźwości przyska. Pojawiają się kłopoty rodzinne. Choremu trudno panować nad własnymi emocjami i myślami, zwłaszcza że nie ma anestetyku, jakim był alkohol. Zapija albo przekonuje się, że pił, bo miał problemy, ale nie ze światem zewnętrznym, lecz ze sobą. Przekonuje się, że źródło choroby leżało w jego chorych emocjach, negatywnych myślach, niedojrzałości i egoizmie. Zaczyna pracować nad sobą i rozwijać się, słowem trzeźwieć w sposób ustawiczny. Przerwa w picciu (np. spowodowana esperalem czy obietnicą niepicia) bez takiej pracy nad sobą nie

tylko nie zapobiega zapiciu, lecz najczęściej podtrzymuje mechanizm zaprzeczeń, będący istotą choroby, bo przecież chory wmawia sobie i otoczeniu, że nie jest alkoholikiem, skoro potrafił przetrwać jakiś czas bez alkoholu. W istocie jednak większość alkoholików w fazie wymagającej kuracji zamkniętej pije okresowo.

Podczas całego zarysowanego tutaj procesu powracania do zdrowia potrzebna jest pomoc z zewnątrz. Pomoc, i to nie tylko ze strony lekarzy lub terapeutów, ale przede wszystkim ze strony innych ludzi stykających się z chorym (np. nauczycieli, pracodawców, adwokatów, pracowników wymiaru sprawiedliwości, milicji, księży) jest szczególnie potrzebna w pierwszych fazach wychodzenia z choroby. Pomoc ta polega przede wszystkim na odmowie ochraniań chorego alkoholika. Przełamanie mechanizmu zaprzeczeń i powstanie motywacji do leczenia może bowiem nastąpić tylko wówczas, gdy alkoholik będzie ponosić konsekwencje za skutki picia, a jednocześnie w jego umyśle będzie wytwarzać się związek między pić a tymi konsekwencjami. Pomoc profesjonalna potrzebna jest również podczas przewycięzania następstw odstawienia. Fachowa pomoc jest wskazana przy pracy nad uznaniem przez chorego bezsilności wobec alkoholu. Dużo później, w fazie ustawicznego zdrowienia, przydatna jest pomoc terapeutyczna przy sięganiu do głębszych problemów osobowości.

Doświadczenie wskazuje, że najczęstsze błędy profesjonalistów w postępowaniu z alkoholikami to:

- Wdawanie się w dyskusje na temat powodów picia, litowanie się nad alkoholikiem;

- Ograniczanie się do zmiany warunków życiowych, rzekomo będących przyczyną picia;

- Ograniczanie się do tłumaczenia i przeświadczenia, że samo zrozumienie choroby wystarczy do zaprzestania picia;

- Wymuszanie obietnic i wyciąganie z trudności pod warunkiem, że chory przestanie pić;

- Chronienie przed konsekwencjami picia i czynów dokonanych po wypiciu, obiecywanie nagród za niepicie;

- "Skazywanie" na przymusowe leczenie, piętnowanie alkoholika za alkoholizm, a nie za czyny, jakich się dopuszcza;

- Wymuszanie trzeźwości samym strachem (np. esperal) lub okresowej abstynencji jako dowodu kontroli nad alkoholem (np. przysięga sierpniowa<sup>3</sup>);

- Podawanie anticolu w pierwszym okresie niepicia bez jednoczesnego kierowania na leczenie lub do AA;

- Podawanie leków psychotropowych lub środków uspokajających albo nasennych w jakiegokolwiek fazie leczenia;

- Przedwczesne poddawanie chorego terapii psychologicznej, przed przełamaniem mechanizmu zaprzeczeń, utrwaleniem trzeźwości oraz zmianą zachowań i sposobu myślenia chorego;

- Przekonanie, że po długim okresie niepicia alkoholik może wypić jeden lub dwa kieliszki w sposób kontrolowany.

Zastępowanie tych postaw innymi, sprzyjającymi leczeniu i ustawicznej trzeźwości, powinno być przedmiotem edukacji i szkolenia dla wszystkich ludzi zajmujących się zawodowo pomocą uzależnionym od alkoholu.

Zebrane na świecie w ciągu ostatniego półwiecza doświadczenia wykazują, że najlepsze rezultaty osiąga się łącząc leczenie profesjonalne z późniejszym uczestnictwem w grupach

<sup>3</sup> Nakłanianie osób uzależnionych do składania przysięgi sierpniowej daje negatywne efekty.

Anonimowych Alkoholików. W tej sytuacji, wobec szybkiego rozwoju ruchu AA w Polsce, szczególnego znaczenia nabiera szkolenie profesjonalistów i tworzenie programów terapeutycznych - stacjonarnych i ambulatoryjnych - które pomagająby chorym zapoczątkować proces trzeźwienia i przygotowywałyby ich do dalszego zdrowienia w grupach samopomocy. Programy takie powinny jak najszybciej zostać podjęte w każdej placówce leczenia odwykowego.