

*Choroba alkoholowa – profilaktyka,
konsekwencje, terapia*

Konwersatorium 99

Choroba alkoholowa – profilaktyka, konsekwencje, terapia

Cytaty

Jan Paweł II. Przesłanie Ojca Świętego do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat Problemów Narkomanii i Alkoholizmu zorganizowanej przez Radę Pontyfikalną do spraw Pomocy Duszpasterskiej Pracownikom Służby Zdrowia; Watykan, 21-23 listopada 1991 r.

„Narkomania i alkoholizm zagrożeniem życia: to temat będący przedmiotem Państwa rozważań. Trafnie więc brzmią tu, a właściwie mogą służyć jako motyw przewodni tej Konferencji, pełne znaczenia słowa św. Pawła: *Contra spem in spem*, które są zadośćuczynieniem dla tych, idących za przykładem czcigodnego patriarchy Abrahama, którzy ufnie wierzą w obietnice Pańskie i prawo do nadziei, nawet wtedy, gdy z czysto ludzkiego punktu widzenia taka nadzieja może wydawać się pusta i bezsensowna. Narkomania i alkoholizm, ze względu na wagę tych nałogów i zastraszającą szybkość rozprzestrzeniania, to zjawiska, które zagrażając rodzajowi ludzkiemu, niweczą najgłębsze motywacje nadziei, która aby stać się prawdziwą, musi być w życiu - wiarą w sens życia.

(...)

Ofiarom alkoholizmu, rodzinom i środowiskom, które muszą tak wiele wycierpieć z powodu ułomności ich członków, Kościoł, w imieniu Chrystusa, proponuje rozwiązanie i alternatywę - terapię miłością; Bóg jest miłością i ktokolwiek żyje w miłości, osiąga wspólnotę duchową z innymi i z Bogiem! "Ci, którzy nie kochają, pozostają martwi" (1J 3,4). Ale ktokolwiek kocha, poznaje smak życia i żyje!

Nie można, drodzy bracia i siostry, zwalczać alkoholizmu czy narkomanii, leczyć i skutecznie uzdrawiać ofiary nałogów, dopóki nie odbuduje się takich wartości moralnych, jak miłość i sens życia - jedynych nadających prawdziwy sens naszej egzystencji, szczególnie jeśli opromienione są światłem wiary. Społeczeństwo nie powinno, a nawet nie może być obojętnym na poczucie wyobcowania u narkomanów. Nie można też czuć się rozgrzeszonym tylko dlatego, że popiera się pracę ochotników, która choć nie do zastąpienia, nie jest, niestety, wystarczającą. Potrzebne są środki! Potrzebne są śmiałe działania!”.

Jan Paweł II. Apel Jasnogórski 1987 r.:

„Nie niszczy siebie! Wszyscy znamy ten nałóg, który tak wiele nam zaszkodził w przeszłości, a który dzisiaj zdaje się znowu potęgować. Mówię więc do każdego i do każdej: nie niszczy siebie! Nie wolno ci niszczyć siebie, bo nie żyjesz tylko dla siebie. Kiedy więc degradujesz siebie przez nałóg, to równocześnie niszczysz drugich. Szkodzisz twojej rodzinie, twoim dzieciom. Osłabiasz społeczeństwo, które liczy na twoją trzeźwość, zwłaszcza przy pracy.

(...)

„Maryjo, Królowo Polski, bądź nadal natchnieniem dla wszystkich, którzy walczą o trzeźwość swych bliźnich, o trzeźwość siebie samych. O trzeźwość Narodu. Jestem szczególnie wdzięczny tym, którzy podejmują inicjatywy w tej dziedzinie - zwłaszcza w miesiącu sierpniu, a także w czasie przygotowania do tej papieskiej pielgrzymki. Nie wolno tych inicjatyw osmieszać i pomniejszać! Nie wolno! Zbyt wysoka jest stawka o którą chodzi. Wiemy to dobrze z historii. Zbyt wysoka jest stawka! I trzeba iść pod prąd! Pod prąd społecznego nawyku i płytkich opinii. Pod prąd ludzkiej słabości. Pod prąd źle rozumianej *wolności*” .

Konwersatorium 99

(13 stycznia 2018 r.)

Choroba alkoholowa – profilaktyka, konsekwencje, terapia.

Prowadzący: **Ks. Romuald Jaworski**, nauczyciel akademicki UKSW, teolog, psycholog, certyfikowany psychoterapeuta, superwizor SPCh; **Krzysztof Brzózka**, Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych „PARPA”; **Izabela Dmitrowicz**, wieloletnia kierownik Poradni Terapii Uzależnienia i Współzależnienia od Alkoholu na ulicy Kolskiej w Warszawie, certyfikowana psychoterapeutka uzależnień; **Zdzisław Bielecki**, Prezes Zarządu Fundacji D.O.M.; **Elżbieta Wiewiórkowska**, pedagog; **Włodzimierz Wieczorek**, moderator, nauczyciel akademicki Szkoły Wyższej Przymierza Rodzin.

Włodzimierz Wieczorek

Choroba alkoholowa, która jest tematem dzisiejszego konwersatorium jest trwale postępującym przewlekłym schorzeniem, które może mieć różne podłoże, biologiczne, środowiskowe, czy psychiczne, w kontekście relacji społecznych, rodzinnych. Powodów może być wiele. Natomiast zwykle prowadzi do degeneracji człowieka w sensie holistycznym w każdym wymiarze ludzkiej egzystencji od duchowej przez psychiczne, aż po konsekwencje zdrowotne. Może nawet zagrażać życiu człowieka. Zagadnienie jest bardzo rozległe, a nasze konwersatoria nie są długimi spotkaniami, dlatego potrzebna jest umiejętność dojrzałej syntezy przy omawianiu zagadnienia. Mamy to szczęście, że możemy powitać wśród naszej społeczności akademickiej wybitnych specjalistów. Są nimi Krzysztof Brzózka, dyrektor Państwowej Agencji Przeciwdziałania Problemom Alkoholowym, ks. prof. Romuald Jaworski, psychoterapeutą i superwizor szkoły psychoterapii prowadzonej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Izabela Dmitrowicz, bardzo doświadczona psychoterapeutka uzależnień, kierownik poradni terapeutycznej przy ulicy Kolskiej w Warszawie, Zdzisław Bielecki, prezes zarządu fundacji D.O.M., która zajmuje się wspieraniem grup wrażliwych i Elżbietę Wiewiórkowską, pedagoga, która prowadzi grupy „12 kroków ku pełni życia”.

Krzysztof Brzózka

Sprawy problemów alkoholowych nie są takie proste jakby nam się zdawało. Jednym z moich haseł, szczególnie w środowiskach ludzi niezaangażowanych w sprawy społeczne, w sprawy współpracy z ludźmi, jak już nic inne argumenty nie trafiają, jest stwierdzenie „smak alkoholu nie daje wiedzy o alkoholu”. Co ważne, chciałbym powiedzieć, że nie jestem terapeutą i nie jestem lekarzem, jestem człowiekiem, którego 12 lat temu profesor Zbigniew Religa zaprosił do tego, żeby uporządkować system, który jest w Polsce. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że to, co dzieje się wokół nas ma wpływ na nasze zachowanie. Alkohol

jako substancja psychoaktywna, narkotyk i trucizna jest substancją legalną i co istotne nikt o prohibicji nie mówi, ponieważ nie udało się to w żadnym państwie i żadnej grupie sprawującej władzę. Niektórzy nawet twierdzą, obrót alkoholem jest korzystny dla państwa. Nie jest to prawda. Wydatki są dużo większe, niż z obecności alkoholu jest pożytku. Obecność alkoholu na rynku kosztuje nas wszystkich. Owszem wpływy ze sprzedaży alkoholu są znaczące dla budżetu, ale koszty jego obecności na rynku generują wydatki w wielu dziedzinach naszego życia. Moglibyśmy na pewne działania po prostu pieniędzy nie wydawać lub wydawać mniej i byłoby nam wszystkim łatwiej. Rozwiązywanie problemów alkoholowych wymaga ogromnych funduszy. Dodatkowe pieniądze na ich rozwiązywanie w samorządach lokalnych pochodzą z opłat za zezwolenia na sprzedaż i podawanie alkoholu. Tych pieniędzy w skali kraju jest około 800 mln. złotych, zaś samo leczenie uzależnionych od alkoholu Narodowy Fundusz Zdrowia kosztuje około 450 mln zł. Choroba alkoholowa, to jest porażka całego systemu, który powinien zadziałać wcześniej. Jeśli nie dała efektu profilaktyka, nie zadziałało wczesne rozpoznanie i krótka interwencja, nie zadziałało nasze oddziaływanie na środowisko, czy choćby tylko na naszych znajomych, to uzależnienie jest wręcz nieuniknione. Konieczne jest wejście osoby chorej do systemu leczenia odwykowego. I co zawsze podkreślam, z punktu widzenia Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, z punktu widzenia wszystkich tych, którzy w systemie pracują, osoby uzależnione są bardzo ważne i potrafimy objąć je chyba najlepszym w Europie systemem opieki opłacanym przez NFZ. Ten system jest autonomiczny, wydzielony z psychiatrii. Na szczęście umiemy przygotować osoby, które potrafią udzielać pomocy. Już sam przytoczony wcześniej podział środków finansowych na poszczególne działania pokazuje ile problemów w różnych środowiskach i rodzinach stwarza obecność alkoholu. Warto pamiętać, że najsilniejszym czynnikiem chroniącym przed wszelkimi niekorzystnymi oddziaływaniami na młodego człowieka jest rodzina, otoczenie, grupa szkolna, społeczność lokalna. Ekonomiści diagnozując w okresie kryzysu co nam przeszkadza w rozwoju, oceniając naszą pozycję w Europie, uważają, że ogromnym czynnikiem ryzyka jest obecność alkoholu.

W skali Europy, patrząc historycznie od roku 1980 do 2010 spożycie alkoholu generalnie we wszystkich krajach spada. My jesteśmy państwem, w którym od 1980 roku, czyli od wprowadzenia kartek, od stanu wojennego, a szczególnie od czasu kiedy zaświtała u nas nadzieja na przemiany, przestaliśmy pić duże ilości alkoholu, takie jak w innych państwach wschodniej Europy. Zaczął się okres nadziei, rozwoju, oczekiwania na coś innego, lepszego i niekoniecznie alkohol musiał temu towarzyszyć. Ale z biegiem czasu to się zmieniło. I nadal się zmienia. Spożycie alkoholu w Polsce rośnie, ponieważ po transformacji doszły czynniki wspomagające wzrost spożycia. Zwiększyła się znacznie dostępność alkoholu, w tym sprzedaż przez 24 godziny na dobę, reklamy dozwolone od roku 2002, relatywnie niska cena. Na tle Europy, w której spożycie alkoholu spada, na tle takich państw jak Francja, która, można powiedzieć, że wraca z dalekiej podróży, gdyż spożycie alkoholu spadło tam o ok 50%, czy Niemcy, u nas spożycie alkoholu rośnie i to jest niebezpieczne zjawisko. Tak jak udało nam się rozwiązać sprawę tytoniu, bo palenie papierosów jest niemodne, a liczba osób palących spada, tak spożycie alkoholu rośnie. Badania wykazały, że coraz więcej w wieku piętnastu lat piją młode dziewczyny niż chłopcy, dużo piją kobiety. Licząc populację Polaków w wieku 15 lat i starszych, na głowę przypada ponad 11,5 litra

czystego alkoholu. Jeżeli przeliczymy ile my tu zgromadzeni na sali sami wypijamy, to dopiero uświadomi to nam ile jest osób, które musi te normy wyrabiać za nas wszystkich. Polska leży w fatalnym miejscu w Europie, ze względu na picie alkoholu. Jesteśmy w północno-wschodniej części kontynentu, w której model picia jest dramatyczny. Pije się może rzadziej niż na południu Europy, ale pije się dużo, do upadłego, w sposób wyjątkowo szkodliwy dla organizmu. Światowa Organizacja Zdrowia pokazuje, że we wschodniej części regionu europejskiego ryzyko śmierci z powodu alkoholu jest 7-krotnie wyższe niż w innych regionach Europy. W grupie wiekowej 15-29 lata wśród mężczyzn blisko 19% przypadków śmiertelnych spowodowanych jest alkoholem i jest to najwyższy współczynnik w całej Europie.

Mówi się, że w Polsce zmienił się styl picia. Prawdą jest, że nie ma rodaków w rowach, nie ma ludzi pijanych na ulicach, nie przewracamy się, minęły czasy, że tych nietrzeźwych widziało się wszędzie. Obecnie pijemy raczej w samotności, w czterech ścianach domu i jeśli zaczynamy pić, to pijemy dużo. Próbuje się nam wmówić, że my teraz sączyśmy sobie winko, innych alkoholi nie używamy, jesteśmy tacy kulturalni, ładni i eleganccy. To jest nieprawda. Spożycie wina w Polsce od 2000 roku spada. Wino jest wprawdzie wszędzie, jest na półkach, jest widoczne, ale to nie oznacza, że więcej go pijemy. Pijemy głównie piwo i wódkę, które stoją wszędzie w sklepie, w tym przy kasie.

Najgorszy okres dla Polski jaki był jeśli chodzi o spożycie czystego alkoholu to rok 1980, czyli wtedy, kiedy była beznadzieja, a jedynym towarzyszem życia zaczął być alkohol. Piliśmy wtedy prawie dziesięć litrów czystego alkoholu *per capita*. Zmiany, o których już wspomniałem spowodowały, że spożycie alkoholu spadło do zupełnie przyzwoitej wysokości na poziomie sześciu - siedmiu litrów na głowę. I co się wtedy stało? Uruchomiono reklamy, a do tego chęć naśladowania zachodniego stylu spowodowała, że z takiego wódczanego społeczeństwa przeszliśmy na piwo. Od 2002 roku zezwolono na reklamy. Nasza młodzież, jak i my wszyscy zachłysłaliśmy się tym, że teraz piwo zastąpi wódkę i że, tak jak pokazują te reklamy można swoje problemy rozwiązać, można być pięknym, dobrze się bawić, nie mieć kłopotów i być silnym jak żubr. Skutki w postaci ogromnego wzrostu spożycia piwa były powszechnie widoczne. Wbrew temu co przewidywano wzrost spożycia piwa pociągnął jednak za sobą również wzrost spożycia alkoholi mocnych. To nie jest tak, że jeden alkohol zastąpił inne. Reklama piwa jest niebezpieczna, również z tego powodu, że kiedy pije się więcej piwa, będzie się piło również więcej wódki. Piwo jest wyzwalaczem, pierwszym alkoholem, od którego młodzież zaczyna.

Jak już wcześniej wspomniałem, w znakomitej części państw europejskich spożycie alkoholu maleje, zaś w Polsce wzrasta. Jedną z przyczyn jest wzrost siły nabywczej naszego złotego. Za średnią pensję można kupić w porównaniu z rokiem 2001 ponad dwa razy więcej opakowań alkoholu. Inną przyczyną jest gęstość sieci sprzedaży, jeden punkt sprzedaży alkoholu w Polsce przypada na 277 osób. Wzrosła też czterokrotnie produkcja piwa, która doszła do granicy spożywalności przez rodaków. Browary chcąc sprzedać jeszcze więcej, rocznie fundują nam około 2,5 tysiąca godzin reklam piwa, często łamiących ustawę o wychowaniu w trzeźwości. Na reklamy szczególnie wrażliwa jest młodzież.

W 2002 roku popełniono również ogromny błąd obniżając podatek akcyzowy na alkohol, po to, żeby nasz przemysł monopolowy był więcej wart, żeby za wyższą cenę go sprywatyzować. Wtedy dopuszczono też reklamy. Warto zwracać na nie uwagę. Również

warto analizować niektóre artykuły, jak na przykład: „Piwo zwalcza ból głowy skuteczniej niż paracetamol. Naukowcy wyliczyli nawet idealną dawkę”. Ta dawka to podobno dwie puszki piwa dziennie. Mniej więcej po czterech tygodniach dwóch puszek piwa dziennie rzeczywiście kolejne trzeba już pić, bo zaczyna się inny problem, już nie bólu głowy, tylko potrzeb organicznych związanych ze zwiększeniem tolerancji organizmu na alkohol. Dla osiągnięcia tego samego efektu trzeba wypić go więcej!

Szczególnie niepokojąca jest ogromna koncentracja spożycia alkoholu w niewielkiej grupie. 17-18% rodaków wypija 70% spożywanego alkoholu. Jest to 3 mln. grupa, która spędza nam sen z powiek. Uzależnionych w Polsce jest około 600 tys., rocznie w placówkach w Polsce jest około 350 tys. osób. Tak jak powiedziałem na początku system leczenia odwykowego jest wydajny, na ile jest skuteczny, to wynika z charakteru choroby. Skuteczny jest tak jak system leczenia cukrzycy, nadciśnienia i innych chorób chronicznych, bo jeżeli pacjent słucha poleceń lekarza, to będzie żył długo, spokojnie i z zaordynowanymi lekami da sobie radę. Ale trzeba pamiętać, że nie ma leku na chorobę alkoholową! Jedynym lekiem na tę chorobę jest słuchanie zaleceń psychoterapeuty, czyli „nie używać alkoholu”. To zdawałoby się jest proste. Niestety alkohol, aż takim łatwym partnerem nie jest, więc skuteczność, uleczalność jest na poziomie 30 %, tak samo, jak nadciśnienia. W Polsce pracuje ponad dwa tysiące osób, mamy wykształconych ponad 1500 psychoterapeutów uzależnień i ponad 400 osób, które są instruktorami terapii uzależnień, ogromna armia 2000 ludzi, którzy obsługują 350 tysięcy uzależnionych rodaków.

Wracając do profilaktyki. Różne są uwarunkowania i sposoby prowadzenia profilaktyki, ale proszę mi wierzyć, że to nie jest łatwe jeżeli nie znamy wszystkich okoliczności i potrzeb grup do których profilaktykę chcemy skierować. Teraz coś dla pań. Profilaktycznie! Informacja o tym ile kalorii mają poszczególne rodzaje alkoholi. Tak wiele się mówi o szkodliwości wysoko-słodzonych napojów typu Fanta, czy Coca Cola, a informacji o kaloryczności alkoholi nie mają na opakowaniach pijący alkohol! Alkohol wzmacnia rozwój takich chorób onkologicznych jak rak jamy ustnej, przełyku, jelita grubego, sutka, pęcherza, macicy, prostaty czy płuca. Czy jednak ta informacja jest powszechnie znana? Kilkanaście chorób onkologicznych wspomaganych jest przez alkohol!

Jesteśmy potęgą jeśli chodzi o procentowy udział zakupów alkoholu w naszym produkcie krajowym brutto. Jeśli chodzi o ilość pieniędzy wydawanych w naszym kraju na alkohol to jesteśmy po Niemczech, Wielkiej Brytanii, Francji i tuż za Włochami, przy czym spójrzmy jaka jest populację Włochów, a jaka Polaków. Jeżeli spojrzymy na budżety domowe to ich 4, 2% jest wydawanych w Polsce na alkohol.

Ale są i sukcesy. Coraz mniej osób powoduje wypadki pod wpływem alkoholu. W tym zakresie odnoszą sukcesy policyjne kontrole. W Polsce według WHO, aby poprawić sytuację, należy wprowadzić trzy ograniczenia administracyjne: ograniczyć reklamy, podnieść ceny i zlikwidować popularność sklepów alkoholowych.

Jeszcze na koniec chciałem powiedzieć o rozpowszechnieniu picia alkoholu przez kobiety w ciąży i o uszkodzeniach tym spowodowanych. W Polsce rodzi się rocznie ponad 7,5 tys. dzieci uszkodzonych przez alkohol w okresie rozwoju płodowego. Brakuje prawnej ochrony płodu w okresie rozwoju. Nie można w naszym systemie prawnym ustanowić kuratora dziecka, które ma się urodzić. Dopiero wtedy kiedy urodzi się uszkodzone dziecko

można próbować karać matkę, jednak jakakolwiek kara nie jest żadnym rozwiązaniem sytuacji.

W Polsce umiera z powodu alkoholu około 10 tysięcy osób rocznie. Półtora tysiąca osób tylko dlatego, że wypilo za dużo, przedawkowało. Drugie tyle osób to osoby uzależnione, którzy piją tak długo, aż choroby psychiczne ich pokonają i kolejne ponad sześć tysięcy osób umiera na marskość wątroby. Sumując straty dla używającego i jego otoczenia powodowane przez alkohol i inne narkotyki, alkohol jest na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o sumę szkód! Heroina, amfetamina, kokaina dla biorących jest wyjątkowo szkodliwa, ale jeśli dołożymy do tego straty społeczne, to alkohol jest najgroźniejszym narkotykiem. I do tego legalnym...

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękujemy za tą interesującą prelekcję okazującą skalę zagrożeń, różnego rodzaju ryzyka, dostępność alkoholu, z czym to się wiąże, jakie to ma skutki indywidualne i społeczne. Zapraszam teraz księdza profesora Romualda Jaworskiego do omówienia tego szerszego kontekstu choroby alkoholowej, która dotyka nie tylko samego uzależnionego, ale i całego systemu.

Ks. Romuald Jaworski

W moim wystąpieniu chciałbym podjąć problematykę znaczenia kontekstu życia duchowego dla pomocy osobom współuzależnionym od alkoholu.

Kontynuując myśl przedmówców dotyczącą skutków społecznych uzależnienia od alkoholu oraz szkodliwości społecznej alkoholizmu chciałbym uwzględnić dwa konteksty teoretyczne, które mają mocne uzasadnienie w rzeczywistości empirycznej. Po pierwsze chodzi o fakt, że choroba alkoholowa musi być rozpatrywana w systemie społecznym, a szczególnie w systemie rodzinnym. Alkoholizm, który dotyka określoną osobę jest również obciążeniem i źródłem zaburzeń (psychicznych, somatycznych, duchowych) członków rodziny alkoholika. Choroba alkoholowa jest zatem chorobą całej rodziny i najbliższego otoczenia alkoholika. Stąd tak ważna jest pomoc osobom współuzależnionym i dzieciom wzrastającym w rodzinie dotkniętej alkoholizmem.

Drugi ważny aspekt w interpretacji choroby alkoholowej jest związany z integratywnym podejściem do badania i terapii wszelkich zaburzeń, w tym także alkoholizmu. Podejście integratywne rozumiem w znaczeniu konieczności uwzględniania wzajemnych powiązań sfery somatycznej, psychicznej i duchowej w funkcjonowaniu człowieka. Nawiązuję tu do koncepcji logoteorii i logoterapii stworzonej przez wiedeńskiego psychiatrę i psychoanalityka trzeciej generacji Viktora E. Frankla, który mówił, że dla pełnego zrozumienia człowieka konieczne jest zrozumienie znaczenia sfery duchowej, nazwanej przez niego sferą noogenną. Uwzględnienie w człowieku sfery duchowej, obok sfery psychicznej i somatycznej, pozwala obronić się przed niebezpiecznym redukcjonizmem ujawniającym się w wyłącznie biologicznym, socjologicznym lub psychologicznym interpretowaniu tak złożonej rzeczywistości, jaką jest człowiek.

W końcu XX wieku Frankl mówił, że w badaniach psychologicznych i strategiach psychoterapeutycznych ludzie zostali wykastrowani ze sfery duchowej. Ignorowanie sfery noogennej i pomijanie ważnych aspektów ludzkich doświadczeń, takich jak sens i cel życia,

świat wartości czy odniesienie do Boga i rzeczywistości religijnej, jest powodem przeżywania frustracji i nerwicy noogennej, typowej dla populacji przełomu tysiąclecia. Nerwica noogenna powoduje ogromne straty w życiu człowieka i często prowadzi do uzależnienia, także do alkoholizmu. Utrata sensu życia w chorobie alkoholowej jest jednym z podstawowych jej symptomów. Sam proces terapii alkoholizmu musi uwzględniać w punkcie wyjścia tak ważne aspekty ludzkich doświadczeń jak: sens i cel życia, hierarchia wartości, relacja do Boga, sumienie, moralność. Współczesna psychoterapia koncentruje się zazwyczaj na sferze psychicznej: na emocjach, na motywacji, na wiedzy. Często sferę duchową pozostawia się poza nawiasem. Jestem przekonany na podstawie licznych lektur i kontaktów z pacjentami, że sytuacji ludzi, którzy bezpośrednio albo poprzez współuzależnienie ulegli chorobie alkoholowej, nie należy analizować pomijając obszary duchowe.

W tym miejscu chciałbym zwrócić uwagę na aspekt diagnostyczny i terapeutyczny w pomocy osobom współuzależnionym. Z ludźmi uzależnionymi i współuzależnionymi spotykam się od dawna, szczególnie przy realizacji warsztatów psychologicznych: „Wreszcie żyć – 12 kroków ku pełni życia.” Wielu uczestników tego programu – to osoby, które mają w bliskim otoczeniu uzależnionych od alkoholu. Są to zazwyczaj żony, dzieci lub matki alkoholików. Praca z nimi stanowi bardzo ciekawe doświadczenie. Umożliwia ono odkrywanie dynamiki uzależnienia i terapii. Osoba, związana z alkoholikiem przechodzi przez różne fazy rozwoju choroby, jaką jest współuzależnienie.

Warto tu podkreślić, że poziom, czyli głębia współuzależnienia, jest zróżnicowana w zależności od fazy rozwoju choroby. Na pierwszym etapie mamy do czynienia z sytuacją zakłopotania, zaprzeczenia, nieprzyznawania się do tego, że w danej rodzinie ten problem faktycznie występuje. Typowe dla pierwszej fazy jest ukrywanie tego problemu przed otoczeniem i ogromne poczucie osamotnienia. Osoby współuzależnione stają się coraz bardziej samotne, izolują się. W sferze ich doświadczeń psychicznych dominuje zamęt, lęk, złość, poczucie winy, charakterystyczne nasilenie tendencji do kłamstwa jako środka obrony. Kłamstwo staje się narzędziem przetrwania i przestaje być kwestią moralną. Podejmowane próby kontrolowania alkoholika okazują się bezskuteczne. W dalszej kolejności przychodzi poczucie totalnego zagubienia i bezradność. Dominuje użalanie się nad sobą, nasila się tendencja izolowania od rodziny i przyjaciół. Osoby uzależnione i współuzależnione uciekają od kontaktów społecznych, zamykają się w sobie, odchodzą od ludzi, którzy mogliby im pomóc. Nasila się poczucie osamotnienia i bezradności. Nawet, gdy inni próbują pomóc mówiąc im, co powinni zmienić, to osoby te nie wierzą w możliwość poprawy sytuacji albo nie są w stanie wykonać jakiegось sensownego ruchu. Proces ten kończy się totalnym izolowaniem się od rodziny, od przyjaciół, braniem całej odpowiedzialności na siebie.

Osoby współuzależnione są przekonane, że one same muszą utrzymać rodzinę, wychować dzieci. W związku z tym są maksymalnie przeciążone, zmęczone, zaniedbują własne potrzeby, czują bezradność. Na tym etapie może nastąpić poczucie osiągnięcia dna. Ta osoba zupełnie sobie nie radzi. Dopiero wtedy jest w stanie zawołać o pomoc. Otwiera się na innych, by skorzystać z ich pomocy. Z takimi przeżyciami trafiają do grup „Wreszcie żyć – 12 kroków ku pełni życia”. Pomoc, której wtedy doświadczają, w znacznym stopniu bazuje na doświadczeniach duchowych i religijnych.

Chciałbym zwrócić też uwagę na ten kontekst duchowy, który ma często decydujące znaczenie dla osób współuzależnionych w ich procesie zdrowienia. Te osoby żyjąc z

alkoholikiem, mając swój świat wartości, swoje sumienie, swoje odniesienie do jakichś celów, muszą dokonać przewartościowania swoich zadań pod kątem aktualnych potrzeb. Zostają te cele przeorientowane dla ratowania alkoholika w sytuacji jego kolejnego zapicia. Tym, co jest charakterystyczne w sferze duchowej tych osób, to jest zawężenie przestrzeni zainteresowań i zawężenie sensu życia. Wcześniej te osoby miały jakieś własne marzenia, teraz ich percepcja zostaje zawężona do problemu alkoholizmu. Zastanawiają się, jak w tej krytycznej sytuacji obronić rodzinę, wychować dzieci, obronić siebie. To zawężenie percepcyjne powoduje, że osoby współuzależnione zaczynają tracić sens życia. Niektóre z nich mają myśli samobójcze. Nie wiedzą, jak sobie poradzić. Czasem wyraźnie mówią, że gdyby nie poczucie odpowiedzialności i lęk przed tym, że Bóg za samobójstwo ukarze ich piekłem, popełniłyby samobójstwo. To są charakterystyczne doświadczenie duchowe w sytuacji zranienia współuzależnieniem. Czasem czynnikiem motywującym do przetrwania jest wychowanie dzieci.

Kolejnym charakterystycznym rysem duchowych doświadczeń osób współuzależnionych jest zdeformowany obraz Boga. Te osoby, wcześniej wychowane w tradycyjnym modelu religijności, słyszały przygotowując się do Pierwszej Komunii, że Bóg jest Duchem, najdoskonalszym, Stworzycielem świata, Panem nieba i ziemi, który za dobre wynagradza, za złe karze. Teraz, kiedy spotyka je zło, uważają, że Bóg ich karze. Zaczynają wzmacniać w sobie fałszywy obraz Boga tyrana, który będzie rozliczał. „Bóg mnie ukarze za to, że nie byłam do końca wierna, że nie wytrzymałam tego napięcia, że chciałam odejść od męża alkoholika, a on jest przecież chory, jak mogę go zostawić... Przecież Bóg oczekuje ode mnie postawy trwania przy mężu alkoholiku”. Utrwała się restrykcyjny obraz Boga, który karze za grzechy, każe nieść krzyż. W tej sytuacji osoba współuzależniona jest przekonana, że jedyną drogą jest zgoda na cierpienie i „znoszenie krzyża”.

Zdarza się też u osób współuzależnionych inny infantylny obraz Boga. Występuje on u tych, którzy chcą, żeby Pan Bóg wszystko za nich załatwił. Nieraz modlitwy religijne w stylu „Panie Boże Ty się tym zajmij” osoby współuzależnione interpretują jako zwolnienie z osobistego wysiłku i przerzucają odpowiedzialność na Boga. Mają poczucie, że nie są zobowiązani do osobistego wysiłku, zaangażowania. Zachowują się tak, jak gdyby Bóg wszystko musiał zrobić za nich. Ten infantylizm, który ucieka przed odpowiedzialnością za własne decyzje jest szkodliwy. Utrwała wyuczona bezradność. Zaburzone i selektywne więzi społeczne i zaburzone relacje z sobą samym, powodują, że rozszerzają się niekontrolowane obszary życia. Alkoholicy i osoby współuzależnione mają takie obszary życia, w które nie chcą wpuścić ani terapeuty, ani przyjaciół, ani samego Boga. To prowadzi do izolacji od Boga i ucieczki od religii, która w normalnych warunkach jest silnym zasobem zdrowotnym.

Czynnik religijny okazuje się bardzo skuteczny w motywowaniu do zmian w kierunku zdrowienia, trzeźwienia. Fakt ten jest akcentowany szczególnie intensywnie w grupach AA. Program anonimowych alkoholików wyraźnie zakłada, że jest siła wyższa, do której się trzeba odwoływać i która ma moc dokonania przemiany życia, uwolnienia od uzależnienia. W tym punkcie widzimy jak wielką wartością, jakim silnym zasobem terapeutycznym może być religia, a więc postawa wiary, nadziei, miłości. Osoby, które zaczynają wykorzystywać czynnik religijny w formowaniu swojego życia psychicznego, duchowego i społecznego, gdy odwołują się do religii, leczą się szybciej, wychodzą łatwiej z uzależnień, uczą się stawiać granice sobie i alkoholikowi. Te osoby są także w stanie przebaczyć. Bez przebaczenia nie ma

odnowienia relacji. Przebaczenie jest nie tyle aktem, co procesem, przez który przechodząc człowiek kształtuje swoją dojrzałość, swoją osobowość i duchowość. Tu ważna jest świadomość istoty przebaczenia.

Jest wiele dróg pomocy wykorzystujących wartości religijne. Coraz bardziej popularny program 12 kroków w wersji chrześcijańskiej wyraźnie odwołuje się do Pisma Świętego i do motywacji religijnej. Osoby realizujące ten program koncentrują się równocześnie na aspektach psychospołecznych i duchowo-religijnych. Jestem świadkiem dokonujących się w nich przemian i ich intensywnego rozwoju. To jest znakomity program. Ilość grup w Polsce i za granicą jest coraz większa a owoce spotkań zachęcają do wejścia na tę drogę walki z uzależnieniem i współuzależnieniem. Opublikowałem niedawno niewielką książkę („Droga do wolności – medytacja nad obrazami 12 kroków ku pełni życia” PIW Płock 2017) zawierającą moje medytacje do obrazów Bernadety Polak z Chicago, ilustrujących treści poszczególnych kroków.

Inny przykład wykorzystywania sfery duchowej i motywacji religijnej w procesie uzdrawiania – to wspólnoty trudnych małżeństw, wspólnoty Sychar. Charakterystyczną cechą tego ruchu jest to, że odwołuje się do znaczenia Bożej pomocy w przezwyciężaniu trudności życia małżeńskiego. Trudności muszą być nazwane, skonfrontowane i odniesione do wspólnoty i do Boga. Te dwa nurty wsparcia: społeczny i religijny, są ważnymi czynnikami sprzyjającymi leczeniu i pomocnymi w profilaktyce. W Kościele przez wiele lat, przez wiele pokoleń obecne są apele o rezygnację z picia w adwencie i okresie wielkiego postu. Mają one duże swoje znaczenie, bo uczą ludzi samodyscypliny. Uczą tego, że można skończyć z pićm, można zrezygnować z używek przynajmniej na jakiś określony czas. Obecne w programie 12 kroków AA postanowienie: „tylko dzisiaj wytrzymam”, zostaje wzmocnione dzięki motywacji religijnej. I pomimo, że obecnie żyjemy w czasie, w którym religia w Europie zachodniej jest marginalizowana, skazywana na banicji i traktowana jako niemodna, to muszą powiedzieć, że wszystkie badania psychologiczne pokazują, że poszanowanie w człowieku świata duchowości, relacji do Boga, czystości sumienia jest znaczącym czynnikiem terapeutycznym i profilaktycznym.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękujemy księdzu profesorowi za ukazanie zagadnienia choroby alkoholowej właśnie w tej perspektywie integratywnej z uwzględnieniem wymiaru duchownego. Z tego wynika, że nadużywanie alkoholu może mieć konsekwencje psychoruchowe, ale drugi problem, że wymiar religijny i duchowy ma duży potencjał terapeutyczny.

Stawiamy kolejny krok w zagadnieniu choroby alkoholowej. Zadajemy sobie teraz pytanie czy proces uwalniania się od choroby alkoholowej może też przekładać się na ilości spożywanego alkoholu. Czy trzeba od razu, jak przyjmuje się z założenia, zerwać z pićm, czy w niektórych sytuacjach lepsze jest stopniowe jego ograniczanie. Tego rodzaju pytanie stawiamy pani Izabeli Dmitrowicz.

Izabela Dmitrowicz

Pan dyrektor przedstawił nam zatrważające statystyki. Zastanawiam się więc: jak to jest możliwe, że w kraju, w którym jest tak wielu terapeutów, tak dobra sieć placówek, jest cały

czas tak wiele osób, które popadają w chorobę alkoholową, a z drugiej strony nie zgłaszają się do placówek leczenia odwykowego.

Stąd pytanie i temat mojego dzisiejszego wystąpienia: abstynencja czy ograniczanie picia jako cel programu terapeutycznego placówki leczenia odwykowego. Za nim jednak przejdę do sedna, przyjrzyjmy się jeszcze bliżej strukturze naszego leczenia.

W Polsce mamy dwa podstawowe rodzaje placówek:

- stacjonarne,
- ambulatoryjne.

Leczenie stacjonarne to między innymi:

- oddziały detoksykacyjne, na których pobyt trwa do dziesięciu dni i takich oddziałów detoksykacyjnych w Warszawie mamy trzy (sprostowanie p. Krzysztofa Brzózki: mamy jedną placówkę w Warszawie przy ul. Sobieskiego, natomiast oddziały na Kolskiej i w szpitalu Bielańskim zostały zlikwidowane. W szpitalu Praskim oddział jest w remoncie, czyli najbliższe oddziały detoksykacyjny są w Żąbkach i w Pruszkowie). Mając ponad 20 letnie doświadczenie pracy z osobami uzależnionymi i ich rodzicami sprostowanie Pana Dyrektora o ograniczeniu dostępności leczenia jest bardzo niepokojące. Wróćmy jednak do tematu.

Główne działania jakie są prowadzone w tych oddziałach to wyrównanie stanu somatycznego i psychicznego poprzez opiekę lekarską oraz działania psychoterapeutyczne takie jak: psychoedukacja na temat uzależnienia od alkoholu, motywowanie do podjęcia dalszego leczenia.

- oddziały terapeutyczne, w których pobyt trwa od 6-8 tygodni. Pacjent w placówce przebywa całą dobę, możliwe są przepustki zgodne z regulaminem danego oddziału. Każda placówka ma swój program terapeutyczny. Oddziaływania psychoterapeutyczne koncentrują się na: podtrzymaniu decyzji o podjętej zmianie (czyli utrzymaniu abstynencji), dostarczeniu wiedzy na temat specyfiki uzależnienia od alkoholu, sposobów radzenia sobie z chęcią picia alkoholu, uczeniu nowych umiejętności potrzebnych w trzeźwym życiu. Zaleceniem po wyjściu z oddziału jest kontynuacja pracy nad sobą w poradni w programie zaawansowanym. Funkcjonują także oddziały/ośrodki terapeutyczne prowadzone metodą społecznościową, w których pobyt może trwać nawet do 3 lat. Prowadzone są przez różnego rodzaju organizacje pozarządowe lub religijne.

Przejdźmy teraz do placówek ambulatoryjnych, czym one się charakteryzują? Do Poradni pacjent przychodzi i po odbyciu sesji psychoterapeutycznych (indywidualnych i/lub grupowych) wraca do swojego domu.

W opiece ambulatoryjnej mamy następujące formy pomocy:

- oddziały dzienne, które prowadzą bardzo podobne programy jak oddziały terapeutyczne, program trwa 6-8 tygodniowe. Pacjent przychodzi do oddziału dziennego od poniedziałku do piątku na 6 - 8 godzin zorganizowanych zajęć po czym wraca do domu. Cel i założenia pracy terapeutycznej są bardzo zbliżone do oddziału terapeutycznego. Później pacjent kierowany jest do dalszej terapii w poradni.

- poradnia: oferuje sesje psychoterapii indywidualnej, sesje psychoterapii grupowej, grupy edukacyjne, warsztaty. Leczenie w programie podstawowym trwa około roku. Później realizowany jest program ponadpodstawowy, który może trwać kolejny rok lub dłużej w zależności od pozyskanych środków przez poradnię. To czego możemy się spodziewać, w programie ponadpodstawowe to warsztaty terapeutyczne oraz programy

rozwoju osobistego lub programy rozwoju duchowego. NFZ finansuje głównie program podstawowy, programy ponadpodstawowe są finansowane ze środków gminnych, bądź dzielnic lub w przypadku Warszawy przez Miasto Stołeczne Warszawa.

Tak zorganizowane leczenie pozwala na odbycie pełnego procesu terapeutycznego i dokonanie wewnętrznej przemiany.

A teraz trochę na temat przekonań. Pomagają nam one określić to, co jest dla nas w świecie ważne a co mniej i jak mamy interpretować różne zdarzenia. Posługujemy się takim schematycznym myśleniem, aby podjąć decyzję lub ocenić sytuację. Przekonania mogą motywować do zmiany, ale też ograniczać wtedy, gdy tworzą lęk przed zmianą. Osoba uzależniona, gdy ma podjąć decyzję o zmianie (zaprzestać picia alkoholu) czuje się trochę jak zamotana czerwona włóczka, która krępuje, unieruchamia aż w końcu wszystko się wewnątrz żarzy. Jak z tego wyjść? Jak się uwolnić? Poszukiwania rozwiązania trwają dużo wcześniej niż wejście do poradni. Ale jeśli już rozwiązaniem stanie się decyzja o pójściu do specjalisty, to czego możemy oczekiwać od pierwszej wizyty w placówce leczenia odwykowego? (pytanie do uczestników spotkania). Dla mojej bliskiej osoby życzyłabym sobie: wysłuchania, wzbudzenia nadziei i ustalenia celu dalszych spotkań, aby chciała ona/on przyjść jeszcze raz. Ponad dwadzieścia lat temu, kiedy uczyłam się pracy z osobami uzależnionymi podstawową metodą była konfrontacja, a terapeuta opierając się na psychologicznych mechanizmach uzależnienia miał postawę „tego, który wie co jest najlepsze dla pacjenta”, bo pacjent jest uwikłany w swoje mechanizmy. Bezdyskusyjnym celem w terapii była całkowita abstynencja. Pacjent, który w trakcie terapii łamał abstynencję miał mieć okres, w którym nie mógł wejść do poradni. Byłam dzielną uczennicą i bardzo chciałam być dobrą terapeutą i tak też czyniłam. Dzisiaj wstydę się tego bo czuję, że wtedy kiedy człowiek przychodzi po pomoc, to nie przychodzi po to, żeby mu kolejną pętelkę zawiązać na jego wnętrzu, sercu, głowie. Osoba, która przychodzi potrzebuje wysłuchania, wzbudzenia nadziei, ustalenia celu dalszych spotkań. Potrzebuje zyskać poczucie, że coś w tej sprawie da się zrobić. Nie ma nic o abstynencji. Nie ma nic na temat tego, że nie może pić. Chociaż jako terapeuta uzależnień mając świadomość konsekwencji dalszego picia tego pacjenta wiem, że jak będzie pił dalej to kolejna pętelka sama się zawiąże. Osoba, która przychodzi, to czego przede wszystkim nie chce usłyszeć, to nie chce usłyszeć tego, że ma odstawić alkohol i ma nigdy więcej po niego nie sięgnąć, bo nie wyobraża sobie życia bez alkoholu, bo alkohol jest tym jedynym sprzymierzeńcem, który towarzyszy mu od jakiegoś czasu i który w jego mniemaniu rozwiązuje jego problemy albo chociaż przynosi chwilową ulgę. Oczywiście to jest złudzenie, to jest nieprawda i terapeuci uzależnień i osoby, które wyszły z choroby alkoholowej to wiedzą. Jednak na początku tej drogi wyobrażenie abstynencji jest bardzo, bardzo trudne. Więc jaki jest cel terapii uzależnień? Abstynencja, czy ograniczanie picia? Na początek bardzo wiele osób jak słyszy pytanie: „czy jest w stanie utrzymać abstynencję do następnego spotkania? Powiedzmy przez tydzień?” - odpowiada twierdząco (jeżeli to ma być tylko tydzień to jest w stanie unieść ten ciężar). Ale są też osoby, które nie radzą sobie z takim postanowieniem. To jest szczególnie ważne dla nas i dla pacjenta, który sam doświadcza swojej utraty kontroli nad swoim życiem. Na stronach Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w zeszłym roku ukazały się rekomendacje do prowadzenia Programu Ograniczania Picia i tam jest wyraźnie napisane z kim możemy prowadzić taką terapię, a z kim nie. Jednak jaki będzie cel terapii dla naszego pacjenta tak naprawdę zależy

tyko od niego, nie od nas, bo to on dokonuje wyboru każdego dnia. Zdarza się, że niektórzy pacjenci podchodzą do terapii kilkakrotnie. Zawsze cieszę się, że pacjent, wraca do nas po pomoc, po terapię. Oznacza to, że musiał dostać u nas chociaż odrobinę czegoś dobrego, nadziei do tego, że sobie poradzi, że będzie mógł realizować swoje życie w taki sposób w jaki będzie chciał, a nie w taki w jaki kieruje nim alkohol. W zeszłym roku ukazały się badania, które mówią jak my terapeuci uzależnień mamy postawy wobec programów ograniczania picia. Mój zespół też brał udział w tym badaniu i jak zobaczyłam wyniki tego badania to skłoniło mnie to do kolejnej refleksji. Jeżeli terapeuci uzależnień nie dostrzegają możliwości rozszerzenia oferty o program redukcji szkód wskazując na szereg barier, to oznacza, że potrzebna jest zmiana przekonań nas wszystkich i terapeutów, ale też i osób, które są wokół tego systemu czyli pracowników socjalnych, nauczycieli, kuratorów sądowych, którzy nie będą wymagać od placówek tylko i wyłącznie pracy nad całkowitą abstynencją ponieważ z niektórymi pacjentami nie jest to możliwe.

Chcę państwu zaprezentować pomysł na to w jaki sposób można wcielić Program Ograniczania Picia do poradni, w której pracowaliśmy zarówno z pacjentami, którzy chcieli utrzymywać całkowitą abstynencję, ale też i z takimi, którzy nie zgadzali się na to, aby od razu podjąć taką decyzję.

Co było ważne w tych pierwszych spotkaniach. Pierwsze spotkanie to jeszcze nie diagnoza, a po prostu nawiązanie relacji z tym człowiekiem, który przychodzi i który ma dużo lęku i niepokoju w swoim sercu. Pytamy go o przyczyny zgłoszenia się, co takiego się wydarzyło i o obecny stan sytuacji życiowej pacjenta. Musimy mieć świadomość, że nasi pacjenci kiedy mówią do nas, wiele rzeczy uświadamiają sobie i wiele rzeczy już mają poukładanych. Nie musimy im wytykać palcem poszczególnych błędów, bo sami wiedzą, gdzie jest im źle, gdzie jest im przykro, gdzie inni mają do nich pretensje, gdzie pojawiły się problemy, które są spowodowane piciem alkoholu. Bardzo ważne jest zapytanie naszego pacjenta o jego oczekiwania, bo jeżeli nie usłyszymy czego oczekuje od nas nasz pacjent, to tak naprawdę nie będziemy umieli mu pomóc. To czego nie robimy na pierwszym spotkaniu, to nie pytamy ile pacjent pije, jak często, jakie ma straty z tego powodu, chociaż on nam często sam o tym opowiada. Wykorzystujemy w czasie rozmowy pytania otwarte, parafrazy odzwierciedlenia, dowartościowania, to są wydaje się akademickie proste metody. Zachęcam was, żeby się dobrze uczyć parafrazowania, zadawania pytań otwartych. Dobrze uczyć się dowartościowywać. A co jeszcze ważniejsze korzystać z superwizji i nagrywania sesji po to, żeby samemu odsłuchiwać pewne rzeczy i wiedzieć o co pytam i co robię. Dopiero po ustaleniu oczekiwań pacjenta, określeniu jego celu przedstawiamy naszą ofertę.

To co dla nas istotne jako dla specjalistów działo się dopiero na drugim spotkaniu. Wtedy robiliśmy wywiad, stawialiśmy diagnozę i zapraszaliśmy na wykłady na temat choroby alkoholowej. Kolejne spotkania służyły ustaleniu szczegółowych celów terapii pacjenta: nad czym chce pracować?, co chce zmienić?/polepszyć w swoim życiu?, czy chce utrzymywać całkowitą abstynencję, czy też chce ograniczyć picie alkoholu?

Potem pacjenci rozdzieleni byli na dwie grupy. Pierwsza grupa w założeniach miała utrzymywanie abstynencji, pacjenci przychodzili na sesje indywidualne i grupę, która pracowała jako grupa zamknięta (w trakcie programu nie dochodziły nowe osoby).

Druga grupa osób, które nie decydowały się na utrzymywanie abstynencji przychodziła na spotkania indywidualne i grupę wykładową i tam była możliwość realizowania Programu Ograniczania Picia.

Sensowność pracy nad ograniczaniem picia ma kilka ważnych wniosków. Nie każdy pacjent chce utrzymywać całkowitą abstynencję i to jest dla mnie jasne i zrozumiałe po tych latach pracy, że wiele osób chce, żeby jego problemy troszkę się uspokoiły, albo zmieniły, ale niekoniecznie wyrażają zgodę na to, żeby przestać pić całkowicie. Wyrażają natomiast zgodę na to, żeby nie pić przez jakiś okres. Nie każdy pacjent utrzymuje dłuższą abstynencję. To jest dla nas ważne, bo kiedy chcemy patrzeć na skuteczność leczenia, musimy pamiętać, że niektóre osoby nie są w stanie utrzymywać abstynencji, na przykład ze względu na skłonności depresyjne lub też środowisko w którym się wychowali i żyją. Jest też grupa pacjentów, którzy mimo chęci utrzymania abstynencji wracają do picia alkoholu, a następnie wracają do nas z prośbą o pomoc i im też należy i warto pomagać i pokazywać, że istnieje kolejny krok na drodze ich trzeźwienia. Czasem nawet czasowe ograniczenie picia jest ważne dla naszego pacjenta i osób jemu bliskich, czyli tak zwana abstynencja punktowa. To jest szczególnie ważne dla rodzin, w których są dzieci. Doświadczenie możliwości ograniczenia alkoholu pozwala na refleksję nad tym, czy na pewno nie damy rady utrzymywać stałej abstynencji i jak może wyglądać życie w abstynencji. Jak pokazują badania nasze i zagraniczne, wiele osób, które na początku deklarowały tylko i wyłącznie chęć ograniczenia alkoholu w efekcie potem decydują się na całkowitą abstynencję. Podejmowanie prób zmniejszania ilości wypitego alkoholu, jak i częstości sięgania po niego daje możliwość uczenia się nowych umiejętności, lepszego radzenia sobie z emocjami, czy rozumienia siebie.

Włodzimierz Wieczorek

Dziękujemy pani Izabeli Dmitrowicz za to ukazanie klarownej struktury pierwszego kontaktu jaki można wprowadzać w terapii osób uzależnionych od alkoholu. Prosimy teraz pana prezesa zarządu fundacji D.O.M. o przedstawienie własnych doświadczeń w pracy z osobami uzależnionymi, z tym, którzy byli na styku problemów uzależnień.

Zdzisław Bielecki

Zacznę od pytania, które często zadajemy jak spotykamy na ulicy osobę znajomą, a czasem nawet obcą „dokąd idziesz?” Niektórzy odpowiedzą do DOMU.

Myślę, że istnieje tak wiele przesłanek braku domu, braku domowego ciepła, i problem jest bardzo szeroki, można zgłębiać go bardzo długo i rozmawiać o nim nie na jednym Konwersatorium. Jeżeli zaś mówimy o osobach uzależnionych i czego im brakuje, jaka jest przyczyna tego uzależnienia na pewno można podać kilka przyczyn. Mamy przyczyny środowiskowe, kłopoty rodzinne ...

Krzysztof Brzózka

Muszę tu się wtrącić. Nie znaleziono genu odpowiedzialnego za uzależnienie od alkoholu i nie znaleziono do końca mechanizmu jakim posługuje się alkohol wpływając na to, że człowiek się uzależnia od niego. W przypadku innych narkotyków jest to łatwiejsze. Wiemy, którą drogą przebiega w mózgu mechanizm uzależnienia i można pewne receptory

zablokować. Jeśli chodzi o alkohol niestety nie ma skutecznej farmakoterapii. Nie znamy tego jeszcze.

Elżbieta Wiewiórkowska

Chcę powiedzieć jako pedagog szkolny, jako matka i jako osoba prowadząca warsztaty, że przyczyną, która dla mnie wydaje się najważniejsza i nad którą pracuję w warsztacie, to jest głód miłości. Przytoczę słowa jednego z uczestników warsztatów: „Całe moje dotychczasowe życie to wielka pogoń za tym by doświadczyć miłości. Wiele z moich życiowych sposobów na radzenie sobie z trudami żywymi pozwoliło przeżyć mi jako dziecku, uchroniło mnie przed bólem, którego nie potrafiłem znieść, ale w konsekwencji głód miłości nigdy nie został zaspokojony w pełni, a fałszywe sposoby zaspokajania zostały utrwalone i destrukcyjnie oddziałują na mnie i moje relacje w życiu dorosłym. Nieustannie oszukuję siebie, że uda mi się zaspokoić głód miłości sięgając po jego substytuty”. Jest to sedno tego o czym mówił ksiądz profesor Jaworski. Zaspokojenie podstawowej potrzeby miłości leży głęboko w naszym sercu. Zacytuję księdza Pawlukiewicza, który powiedział „dobrze, że mamy wiedzę. Ona nam pomaga zrozumieć, poznać, ale bez doświadczenia relacji miłości, którą człowiek przeżywa w spotkaniu z Bogiem trudno żyć”. Terapeuci też do tego prowadzą. Chcę powiedzieć o czynnikach chroniących. Rodzina, wiemy w jakich rodzinach żyjemy. Ja sama jestem jedną z osób, które mają jakieś dysfunkcje, na skutek doświadczenia ciężaru braku miłości w rodzinie. Więc do kogo mam pójść? Bardzo szybko terapeuci zaczęli pokazywać, że drugim czynnikiem chroniącym są praktyki religijne. Byłam w szkole Stefana Kisielewskiego, który powiedział, że społeczeństwo, które zostaje pozbawione praktyk religijnych, zostaje na całe pokolenia ogołocone. To jest taka triada neurotyczna, trzy objawy: uzależnienie, przemoc, agresja i lęki egzystencjalne, my to widzimy i tego doświadczamy.

Zdzisław Bielecki

Dziękuję bardzo za to wprowadzenie. Czas abym odkrył jaka jest pełna, oficjalna nazwa fundacji D.O.M. Jest to Dzieło Odbudowy Miłości. Każdy z tu zgromadzonych zapewne doskonale wie ze swojego doświadczenia, że najtrudniej jest odbudowywać tę miłość w środowisku najbliższym, w sobie samym. W naszej pracy - rozpoczętej w 1991 roku - staramy się, żeby tym ludziom, którzy są ze środowisk dysfunkcyjnych, też z rodzin z problemem alkoholowym, dać poczucie bezpieczeństwa, zagwarantować miłość. Fundacja działa na dwóch płaszczyznach. Jedna płaszczyzna to dzieci i młodzież i dla nich jest klub na Mokotowie, druga płaszczyzna to są osoby ubogie, w tym osoby bezdomne, u których często istnieje problem alkoholowy.

Zacznę od zdarzenia na koloniach polsko-litewskich. Zwyczajowo po apelu usiadłem na ławce kiedy podeszła do mnie mała dziewczynka, usiadła obok, podniosła główkę do góry i spytała: „proszę pana czy to prawda, że lepiej nie mieć tatusia, niż mieć byle jakiego?”. I tego typu pytania zadają dzieci, którym organizujemy wyjazdy profilaktyczne, również dzieci z naszego Klubu-świątlicy. Czasami bywa tak, że wspomniany przez dziewczynkę „byle jaki tatuś” nagle zniknie, właśnie ze względu na problem alkoholowy. Są to tragedie i ten brak domu, brak miłości przebija się, czyli odczuwamy chorobę alkoholową na co dzień. Oczywiście są odpowiednie zajęcia, rozwijanie zainteresowań własnych. Ta

profilaktyka jest bardzo szeroka, nie mówię już o specjalistycznych zajęciach socjoterapeutycznych, które też mają odpowiednie wymogi. Czasami potrzebne są też zajęcia dla rodziców, nie zawsze się to udaje, bo do tego są konieczne odpowiednie warunki. Czasem tacy ojcowie, którzy już nie są z rodziną i przebywają poza domem trafiają również do nas kiedy pracujemy na ulicy jako streetworkerzy czyli pracownicy socjalni w terenie. Naszym marzeniem jest, żeby wśród nas, podczas takich ulicznych patroli, był również psycholog, ale też i pielęgniarka, czy osoba, która potrafi opatrywać rany. Patrolujemy systematycznie wybrane dzielnice Warszawy, czasem ościenne gminy, to zależy od realizowanego programu, potrzeb oraz od możliwości finansowych.

Obecnie jest to program „D.O.M Ulicy” realizowany przy wsparciu finansowym Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy. Obejmuje on północne dzielnice Warszawy. Spotykamy tam szalasy i pustostany, w których mieszkają bezdomni. Poza nielicznymi wypadkami, to są osoby uzależnione, które nie chcą korzystać z noclegowni, schroniska, ze stacjonarnej opieki, chociaż bywa, że i z tych miejsc bezdomni przychodzą do naszej placówki przy ulicy Grójeckiej 20b.

Zresztą tu mała dygresja. Nie zawsze takie miejsca, jak Punkt Poradnictwa przy ulicy Grójeckiej 20b, gdzie wspomagamy osoby z chorobą alkoholową mogą funkcjonować przy akceptacji mieszkańców. My sami mamy też wciąż problem ze Wspólnotą Mieszkaniową. A ten lokal to owoc pracy wolontariuszy naszej organizacji przez lata. W 1995 roku zastaliśmy dziury w ziemi po maszynach funkcjonującej tam wcześniej gręplarni. Nie było podłogi, ścian działowych, urządzeń sanitarnych. Zrobiliśmy świetny lokal – znany adres na mapie stolicy. Może ktoś chce go teraz przejąć i dlatego towarzyszy nam nieprzychyłość mieszkańców. Czy też taka już stygmatyzacja osób bezdomnych od razu z góry?

A przychodzą do nas od lat osoby szukające serca i profesjonalnego wsparcia. W ramach profilaktyki i diagnostyki uzależnień w 2017 roku nasz psycholog prowadził konsultacje, rozmowy motywujące i wspierające z 20% osobami zarejestrowanymi w bazie Fundacji D.O.M. U tych osób, które poddały się konsultacjom, a była to, jak wspomniałem, co piąta odwiedzająca Punkt osoba, specjalista zdiagnozował uzależnienie od alkoholu u 20% osób, od hazardu u 3%. Leczenie detoksykacyjne rozpoczęło 2%, natomiast terapię uzależnienia podjęło 12% osób spośród diagnozowanych.

Trzeba pamiętać, że bardzo trudno podjąć pracę terapeutyczną z osobą bezdomną. Pierwszym ogniwem jest pracownik socjalny. On robi program pracy socjalnej, pewne kontrakty, zachęca do przyjscia. Zachętą jest w Fundacji D.O.M. również możliwość wypicia kawy, herbaty, przeprowadzenia spokojnej rozmowy Przybywający bezdomni są to osoby z przestrzeni publicznej, które nie zawsze docierają do noclegowni czy schronisk, czasem korzystają z prowadzonych przez organizacje pozarządowe jadłodajni. Praca z nimi jest pracą wielopłaszczyznową, współpracujemy ze Strażą Miejską i z Ośrodkami Pomocy Społecznej. Moim marzeniem jest, żeby te osoby nawiązały kontakt ze swoim domem, rodziną. Mamy taką rubrykę przy rejestracji: osoby bliskie i czasem bardzo trudno, żeby osoba bezdomna taką osobę wymieniła, żeby ją nazwała Janek, Czesio, Ania, i powiedziała, że to brat czy siostra, z którym nie utrzymują kontaktu, lub mama, czasem podadzą telefon, zakręci się ła.

Praca z osobami ubogimi, w tym uzależnionymi to wielkie wyzwanie, trzeba się tego nauczyć, kochać drugiego człowieka jakim jest, zdobywać zaufanie, zachęcać do pracy nad sobą, a o ile wskazana jest terapia skierować na właściwą drogę, która prowadzi do Domu .

Nie mamy jeszcze materialnego domu dla naszych podopiecznych - noclegowni czy schroniska, działamy na ulicy i w Punkcie Poradnictwa w Warszawie na Ochocie. W tym co robimy widzimy głęboki sens. Zapraszam, zachęcam do wolontariatu, do współpracy.

Krzysztof Brzózka

Należy zwrócić uwagę na bardzo ważny szczegół. Mianowicie istnieje społeczne przekonanie, że wszyscy piją. To nie jest prawda. 17% ludzi wypija 70% alkoholu, ale to, że wszyscy piją, to jest przekaz reklam. Na to warto zwrócić uwagę. Robiliśmy rozległe badania na terenie Unii Europejskiej. 19 państw wzięło w nich udział. Koordynowałem 47 organizacji na poziomie międzynarodowym. Z tych badań wynika, że my Polacy, jesteśmy najbardziej zsocjalizowanym narodem z alkoholem. Dla nas obecność sklepów, reklam, punktów sprzedaży, ale i dowcipów na temat alkoholu powodują, że my mamy podejście do niego jak do każdej innej substancji spożywczej. To jest największa szkoda, która się dokonała przez reklamy, przez obecność licznych sklepów i przez przyzwolenie się na to, żeby alkohol był obecny przy każdym spotkaniu.

Zdzisław Bielecki

Fundacja D.O.M. uczestniczy również w pracy Komisji do Spraw Uzależnień Miasta Stołecznego Warszawy. Organizacje zrzeszone w Komisji wielokrotnie zwracały uwagę, żeby ograniczyć punkty sprzedaży alkoholu. Mówiliśmy o tym na sesjach Rady Warszawy i z radnymi, którzy decydują. Za każdym razem, jest to pomijane. Nasycenie tymi punktami jest przerażające.

Ks. Romuald Jaworski

W Polsce na każdej stacji paliwowej można kupić alkohol. To są rzeczy karygodne i skandaliczne. Uważam, że nadszedł czas, aby przeciwstawić się tej tendencji. Łatwość dostępu do alkoholu jest jedną z przyczyn ogromnej liczby wypadków i kolizji drogowych spowodowanych pod wpływem alkoholu.

Krzysztof Brzózka

Jesteśmy ewenementem jeśli chodzi o stacje paliw. Teraz będą zamykane punkty sprzedaży w niedziele, ale nie stacje paliw. Skandalem jest to, co przygotowuje Orlen. Stacje paliw przejmują rolę całodobowych melin. Jest faktem, że tam ten alkohol jest droższy, ale jeżeli ktoś musi, to nawet ukradnie po to, żeby kupić alkohol. Nie mogę sobie z tym poradzić i powiem, że w czasie tych 12 lat pierwszy raz mam nadzieję, że silne środowiska, przede wszystkim kościelne, wywrą taki nacisk na parlament, żeby coś się udało zrobić. Długo czas był taki, że temat alkoholu w ogóle nie był podejmowany. Mam nadzieję, że teraz te kroki we właściwą stronę będą zrobione. Ale jaki będzie skutek zobaczymy, co będzie realizowane po podpisie pana prezydenta.

Elżbieta Wiewiórkowska

Miłość potrafi znaleźć drogę tam, gdzie nie ma nawet małej ścieżki. To przesłanie nadziei i poczucie wartości człowieka, jest taką drogą do tego, żebyśmy dojrzewali. A państwu chciałabym życzyć takiego rozwoju, żebyśmy już nie potrzebowali alkoholu.

Włodzimierz Wiczorek

Bardzo państwu dziękuję za udział. Przede wszystkim dziękuję wszystkim naszym panelistom. Zapraszam za miesiąc na kolejne Konwersatorium.