

Danuta Ługowska

Zmiana jakości relacji w leczeniu alkoholizmu

Studia Philosophiae Christianae 35/2, 156-162

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Powracamy tu do punktu wyjścia, do problemu świadomości własnej śmierci w magicznym kręgu samoświadomości *cogito*. Pozytywna odpowiedź na pytanie o świadomość śmierci zależy od pozytywnej odpowiedzi na pytanie o świadomość śmierci innych (lub wszystkich), a to zależy od pozytywnej odpowiedzi na pytanie o świadomość własnej śmierci. W żadnym przypadku nie możemy tu dać pozytywnej odpowiedzi. Świadomość śmierci i jej nieuchronności nie wydaje się być legitymizowana na podstawie wiedzy o własnej śmierci, śmierci innych, ani też na podstawie ich obydwu.

Pomimo tego, co zostało powiedziane, nieuchronność śmierci pojawia się w świadomości człowieka. Nie pojawia się ona w rezultacie filogenezy i ontogenezy i choć nie jest jasna i wyraźna, to jednak istnieje. Jej ważność nie jest tak wątpliwa, jak się sugeruje. Świadomość śmierci nie wydaje się być możliwa do osiągnięcia na podstawie racjonalności kartezyjskiej, której istotę stanowi idea *cogito*. W konkluzji pojawiają się tutaj dwie możliwości. Pierwsza, iż mamy tu do czynienia z antycypacją świadomości śmierci. Druga to taka, iż racjonalność kartezyjska wraz z ideą *cogito* jest nieadekwatna dla sensownego dyskursu o problemie śmierci. Skłaniam się ku tej drugiej możliwości będąc przekonanym, iż rekonstrukcja ukrytych założeń klasycznej nowożytnej racjonalności jest konieczna dla przewartościowania i rekonstrukcji idei śmiertelności.

Artykuł został napisany na Uniwersytecie Mateja Bela w Bańskiej Bystrzycy jako część grantu nr 1/4354/97

Tłumaczenie z angielskiego: *Andrzej Kiepas*

DANUTA ŁUGOWSKA

WYDZIAŁ FILOZOFII CHRZEŚCIJAŃSKIEJ, ATK

ZMIANA JAKOŚCI RELACJI W LECZENIU ALKOHOLIZMU

Osoby uzależnione od środków zmieniających nastrój w okresie *intoksykacji nawykowej*¹ jak i osoby we wczesnych fazach trzeźwienia, wchodzą przeważnie w sposób destrukcyjny w relacje osobowe.

¹ *leksykon terminów; alkohol narkotyki*, Światowa Organizacja Zdrowia, Warszawa 1997, 65., „Przez *intoksykację nawykową* (nawykowe pijaństwo), odnoszoną przede wszystkim do alkoholu, rozumie się regularny lub powtarzający się wzór picia – picia do stanu upojenia”.

Efekty tego zjawiska można dostrzec zwłaszcza u chorych będących w fazie krytycznej i przewlekłej² alkoholizmu, czyli w momencie, w którym otoczenie przestaje chronić chorego przed konsekwencjami patologicznego picia. Bywa jednak, że najbliższe osoby otaczają opieką alkoholika aż do śmierci spowodowanej wycieńczeniem organizmu.

Ukazanie wpływu nowych jakościowo związków na proces trzeźwienia wymaga przedstawienia specyfiki tych relacji w kontekście pomocy: medycznej, terapeutycznej, sponsorowania w ramach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) oraz pomocy duchowej.

O kontakcie medycznym możemy mówić w sytuacji, gdy osoba uzależniona korzysta z *detoksykacji* lub leczy się w związku ze schorzeniami powstałymi na skutek powtarzających się *intoksykacji*. Przez detoksykację rozumie się proces wyprowadzenia pacjenta ze skutków działania substancji psychoaktywnej, bądź jako procedurę kliniczną, wówczas jest to proces bezpiecznego i skutecznego odstawienia substancji psychoaktywnej w sposób minimalizujący objawy zespołu abstynencyjnego³. Natomiast intoksykacja rozumiana jest jako stan następujący po przyjęciu substancji psychoaktywnej⁴.

Istotą kontaktu medycznego jest profesjonalizm lekarza. Pacjent staje się podmiotem działań lekarskich. Nie ulega wątpliwości, iż o poczuciu własnej wartości w kontekście akceptacji własnego ciała, często w dużym stopniu, decyduje stosunek lekarza do pacjenta, zwłaszcza podczas odtrucia. Jednak trzeba podkreślić, że pierwszoplanowym zadaniem lekarza jest pomoc w odzyskaniu zdrowia fizycznego, pomoc oparta na metodach leczenia farmakologicznego, chirurgicznego itp.

W przypadku leczenia osób uzależnionych, jak i w ogóle w lecznictwie, charakterystycznym elementem kontaktu lekarza z pacjentem jest dystans⁵ pomimo faktu, iż lekarz ma wolę niesienia pomocy⁶. W przypadku chorych z zespołem uzależnienia od alkoholu tego typu bariera stanowi ogromną przeszkodę do rozpoczęcia procesu trzeźwienia. Osoba uzależniona, wewnątrznie rozbita, przy pierwszej próbie poszuki-

² B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jako choroba*, PARPA, Warszawa 1997, 55-56.

³ *Leksykon terminów; alkohol i narkotyki*, dz. cyt., 46.

⁴ *Leksykon terminów; alkohol i narkotyki*, dz. cyt., 64.

⁵ P. Zaborowski, dz. cyt., 15.

⁶ P. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990, 19.

wania ratunku, jeśli natrafi na profesjonalny dystans, może odrzucić późniejsze próby pomocy. Wynika to z lęku potęgowanego niższym poczuciem własnej wartości, charakterystycznym dla osób uzależnionych. Zatem w tego typu przypadkach niezbędne wydaje się udzielnie pacjentowi nie tylko pomocy ściśle określonej wymogami zawodu medyka. Pojawia się również potrzeba umiejętności nawiązywania pierwszego kontaktu w znaczeniu psychologicznym, jak również naturalnego ludzkiego ciepła, wrażliwości, wyrozumiałości.

Ważną rolę w procesie trzeźwienia odgrywają relacje powstające na płaszczyźnie psychologicznej. Istniejące szkoły psychoterapeutyczne (psychoanalityczne, humanistyczne, *behawioralne*, nurty *eklektyczne*) wyznaczają specyficzną dla swoich potrzeb funkcję owych relacji, określając je jako: relacja terapeutyczna, przymierze terapeutyczne, sprzymierzenie terapeutyczne⁷. Podłożem działania tych szkół jest uznanie psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń psychicznych⁸. Tak np. powstające przeniesienie w psychoanalizie ma na celu zlikwidowanie zaburzeń psychicznych w kontaktach z osobami znaczącymi. Przez przeniesienie rozumie się specyficzną relację powstającą podczas psychoterapii pomiędzy pacjentem i terapeutą. Wyraża się ono w postaci odczuć, popędów, pragnień, obaw, fantazji, postaw, których pacjent doświadczył w przeszłości, zwłaszcza wobec znaczących dla niego osób z dzieciństwa, a obecnie kieruje w stosunku do psychoana-

⁷ J. Cz. Czabała, dz. cyt., 21, 19, 83.

⁸ J. Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 1997, 12, por. też: *Psychoterapia, szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, L. Grzesiuk (red.), Warszawa 1998, 11: „...specyficzna metoda leczenia, polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystujących kompetencje psychoterapeuty w procesie niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychogennymi (nerwicami, zaburzeniami osobowości, psychozami, uzależnienia od alkoholu, narkotyków itp.) oraz z takimi zaburzeniami, które mają psychologiczne konsekwencje. W tak rozumianej psychoterapii związek pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem jest często w sposób świadomy wykorzystywany jako jeden z podstawowych środków leczenia. *Potrzeba kierownictwa duchowego w rozwoju emocjonalnym i duchowym człowieka*, Józef Augustyn, Mieczysław Kożuch SJ (red), Kraków 1997, 47: „Psychoterapia – to pomoc człowiekowi (nie tylko choremu) w integracji struktur emocjonalno-poznawczych, zakładając, że świat emocji wpływa negatywnie lub pozytywnie na sposób przeżywania świata poznawczego i w konsekwencji na jakość podejmowanych decyzji. Każda psychoterapia jest związana z daną teorią psychologiczną” *Potrzeba kierownictwa duchowego w rozwoju emocjonalnym i duchowym człowieka*, Józef Augustyn, Mieczysław Kożuch SJ (red), Kraków 1997, 47:

lityka⁹. W psychoterapii proponowanej przez Rogersa¹⁰ ów związek ma zupełnie inny charakter. Jest on oparty na bezwarunkowej akceptacji, empatycznym rozumieniu itd. W nurcie humanistycznym (Frankl)¹¹, relacja pomagania polega na stałym, bliskim kontakcie pozwalającym odnaleźć sens życia. Rolą terapeuty w nurtach *behawioralno*–poznawczych jest zmiana *dysfunkcyjnych* przekonań i modyfikacja zachowań (Ellis)¹². W podejściach *eklektycznych* obserwujemy kompilację poszczególnych ujęć odnośnie do relacji klient – terapeuta.

Z powyższego wynika, że związek terapeutyczny jest postrzegany jako jeden z czynników leczących. Wydaje się, że owo przymierze terapeutyczne zawsze związane jest z celem, dla realizacji którego jest zawarte. A ów cel ma ścisły związek z oczekiwaną zmianą funkcjonowania klienta w sferze życia psychicznego.

W procesie trzeźwienia osoby uzależnione często realizują program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików¹³. Program ten wiąże

⁹ L. Grzesiuk (red), dz. cyt., 139, por.: W. A. Barry SJ, W. J. Connolly SJ, *Kierownictwo duchowe w praktyce*, Kraków 1992 r., s. 201: Na płaszczyźnie kierownictwa duchowego przeniesienie może być zdefiniowane jako „pewna relacja oparta na kształtowaniu wyobrażenia o kierowniku na podobieństwo wyobrażeń osoby kierowanej, zaczerpniętych z jej dzieciństwa”.

¹⁰ L. Grzesiuk (red), dz. cyt., 52-53, 156-161.

¹¹ L. Grzesiuk (red), dz. cyt., 57-58.

¹² L. Grzesiuk (red), dz. cyt., 41-43.

¹³ *Wielka Księga*, Wydawnictwo Służb Krajowych AA w Polsce, 1991 r, 56:

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować naszym życiem.
2. Uwierzyliśmy, że Siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie.
3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, *jakkolwiek Go pojmujemy*.
4. Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny.
5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.
7. Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.
8. Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadość uczynić im wszystkim.
9. *Zadość!* 5. uczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem, gdy zraniło by to ich lub innych.
10. Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, natychmiast przyznając się do popełnionych błędów.
11. Dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, *jakkolwiek Go pojmujemy*, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.
12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków staraliśmy się nieść¹⁹ posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

się z koniecznością korzystania z pomocy tzw. *sponsora*. Jest to osoba, która będąc członkiem AA pomaga innej osobie ze Wspólnoty w realizacji *Kroków*. *Kroki* rozumiane są jako program rozwoju duchowego mającego swój kres w „przebudzeniu duchowym” (przebudzeniu świadomości ku rozpoznawaniu prawdy). Dzięki niemu podopieczny będzie mógł dalej towarzyszyć innym często cierpiącym jeszcze alkoholikom. Relacja *podopieczny – sponsor* zasadza się na zaufaniu podopiecznego, jego całkowitej szczerości, wymagana jest też bezwzględna uczciwość jako warunek wszelkiej pracy nad uzależnieniami¹⁴. Podopieczny może sam wybrać sponsora. Sponsor poprzez słuchanie, dzielenie się doświadczeniem z własnego trzeźwienia oraz udzielając innych form pomocy np. proponuje odpowiednie lektury itd., towarzyszy w procesie odkrywania rzeczywistości, oraz współuczestniczy w próbach jej zaakceptowania. Owo dążenie do poznania i zaakceptowania realiów własnej egzystencji, czyli przyjęcie prawdy o konieczności poznania i poddania się woli Boga, jest procesem nazwanym „przebudzeniem duchowym”¹⁵.

Sponsor pełni funkcje „brata w chorobie”, który częstokroć przez swe większe doświadczenie w drodze ku trzeźwości pomaga w przekraczaniu trudności powstających w okresie abstynencji. Spotkania ze sponsorem są oparte na bliskości, otwartości, bezwarunkowej akceptacji, miłości.

Reasumując, jest to relacja skierowana na realizację programu *12 Kroków*. Umożliwia ona osłabienie mechanizmu iluzji i zaprzeczeń, a jednocześnie wskazuje na ograniczoność kondycji ludzkiej i potrzebę zaufania Bogu.

Kolejną relację, stanowi układ penitent – kierownik duchowy, przewodnik duchowy. Ma ona wymiar *transcendentny*. W tym wypadku celem jest pogłębienie więzi pomiędzy penitentem i Bogiem¹⁶. W odróżnieniu od celów terapeutycznych, w relacji penitent – kierownik, osoba prowadzona ma nie tyle odkrywać i wzmacniać swoje ego, ile poznać swoje „ja psychologiczne” i przekroczyć je, aby dojść do „prawdziwego ja” – „charyzmatycznego ja”¹⁷. Wyznacza ono powołanie oso-

¹⁴ G.G. May, *Uzależnienie i łaska. Miłość. Duchowość. Uwolnienie*, Poznań 1988, 202.

¹⁵ B. Hamilton, *12 Kroków ze sponsorem*, Poznań 1998, 148, 175, 261.

¹⁶ W.A. Barry SJ, W.J. Connolly SJ, dz.cyt., 71.

¹⁷ A. Cencini, *Psychologia spotkania z Bogiem*, Kraków 1998, 41: „...- to „ja”, które powołane jest do istnienia, ukryte wraz z Chrystusem w Bogu Ojcu (por. Kol. 3, 3)”.

by i wskazuje możliwości jego urzeczywistnienia (ten proces ma inny charakter niż samorealizacja). Tak też np. na poziomie psychicznym nasza tożsamość opierać się może na postrzeganiu zalet i na samorealizacji. Na poziomie metapsychoicznym zaś będzie to odkrycie otrzymanych darów i dzielenie się nimi. Na poziomie cielesnym tożsamość i pozytywność opieramy na zdrowym ciele. Poziom metacielesny oznacza wolę dawania siebie aż do śmierci¹⁸.

Relacja kierownictwa duchowego wydaje się o tyle celową, o ile opiera się z jednej strony na coraz głębszym współdziałaniu penitenta z Bogiem; z drugiej – osoby towarzyszącej z Bogiem. Sama relacja międzyosobowa nie ma tu zasadniczego znaczenia, choć jakość jej ma wpływ na towarzyszenie duchowe¹⁹. Opisy kontaktu, osoba prowadzona – przewodnik duchowy, wydają się wskazywać na występowanie w nich w stopniu znaczącym pierwiastka psychologicznego²⁰. Jednak trzeba pamiętać, iż istoty tego związku poszukiwać można tylko w świecie *transcendencji*, który dostępny jest nam jedynie przez negację lub analogię. Zatem oczywistym staje się fakt, że wszelkie próby opisu są skazane na schematyczność, upraszczanie do kategorii psychologicznych nawiązujących do realizacji takich potrzeb jak: potrzeba bycia wysłuchanym w atmosferze akceptacji, bycia zrozumianym, czy też sprzeczających się do stwierdzenia możliwości wystąpienia przeniesienia itd.²¹.

W świetle powyższych rozważań można stwierdzić, iż poszczególne „relacje leczące” w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej są oparte na otwartej świadomości choroby²². Choroba alkoholowa nie jest *terminalną* mimo, że może prowadzić do śmierci. Podjęcie abstynencji przez pacjenta powoduje zatrzymanie procesu chorobowego. Właśnie owa specyfika sprawia, że moralnie uzasadniona jest jedynie postawa pełnej otwartości odnośnie do stanu zdrowia wobec osoby uzależnionej. Brak otwartego mówienia o konsekwencjach patologicznego spożywania al-

¹⁸ A. Cencini, dz. cyt., 50.

¹⁹ A. Louf, *Towarzyszenie duchowe*, Kraków 1994, 111.

²⁰ J. Augustyn S. J. (red), dz. cyt., 96 – 108.

²¹ W. Stinissen OCD, *Terapia duchowa*, Poznań 1998, 32-34.

²² A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991, 133: „...zarówno pacjent jak i otoczenie wie o jego zbliżającej się śmierci i świadomość tę potwierdzają swoim zachowaniem – mamy do czynienia z kontekstem otwartej świadomości.” (to stwierdzenie w książce A. Ostrowskiej odnosi się do chorych *terminalnie*).

koholu byłoby w wielu przypadkach przedłużeniem cierpień, bądź nawet bezpośrednio powodem śmierci. Dlatego też wszystkie przedstawione relacje muszą opierać się na ujawnieniu sprawy uzależnienia: pacjenta, klienta, podopiecznego czy też penitenta. Wydaje się, iż jest to warunek konieczny sensowności ich nawiązywania. Kolejnym warunkiem procesu leczenia jest również włączenie członków rodziny i bliskich osób w proces zdrowienia. Rodzina i najbliżsi stają się niejako „poligonem”, na którym chory może ćwiczyć nowe zachowania, wyuczone w relacji z lekarzem, terapeutą, sponsorem, duszpasterzem. Może tym samym przenościć je na grunt życia codziennego.

Reasumując, leczenie choroby alkoholowej oparte jest m.in. na procesie powrotu do relacji umożliwiających funkcjonowanie w rzeczywistości, powrocie do kontaktu z Bogiem, do prawidłowych związków międzyludzkich opartych na miłości tj. poszukiwaniu dobra osoby i prawdzie tzn. rozeznaniu i umożliwieniu realizacji wyznaczonych jej przez Boga zadań. Dopiero przy tego typu „leczeniu”, opartym na relacji osobowej, można mówić w pełni o podmiotowym traktowaniu pacjenta, o ujmowaniu jego indywidualnych przypadłości²³. W klasycznym rozumieniu w leczeniu chorób obciążonych piętnem społecznym tego typu podejście, wydaje się, nieodzownym.

JACEK ŁAPIŃSKI

WSD, SANDOMIERZ

„PRADZIEJE” HOMO TECHNICUS

Wiele wskazuje na to, iż granica pomiędzy człowiekiem biologicznym a przyrodą to nieostro zarysowana linia. Świat człowieka i świat przyrody wzajemnie się przenikają. Od swoich początków jednostka ludzka uwikłana została w przyrodę. Ta ostatnia stanowiła dla człowieka jedyne w swoim rodzaju naturalne środowisko życia. Możliwe wydaje się przeto stwierdzenie, że człowiek jawi się jako istota wyłaniająca się ze świata przyrody. Proces ten niesie w sobie znamię emergencji. Jak słusznie zauważa Ervin Laszlo człowiek „jest (...) tworem przyrody i mieszkańcem kilku wzajemnie przenikających się światów. Z pochodzenia jest

²³ A. Latawiec, *Wybrane aspekty edukacyjne inspirowane przez filozofie medycyny i ekomedycyny*, w: *Ochrona Środowiska w filozofii i teologii*, J. M. Dołęga, J.W. Czarotaszewski (red), Warszawa 1999, 143: „Innymi słowy, pacjent jest ujmowany w aspekcie podmiotowym, jako byt wyposażony w konkretne, lecz indywidualne przypadłości”.