**Mirosława Straburzyńska**

Psychoterapeutka, analityczka grupowa

**Syzyfowa praca- czyli o doświadczaniu choroby i zdrowienia u osób nadużywających i uzależnionych od substancji psychoaktywnych w rozumieniu analityka grupowego**

W teoretycznych opracowaniach przypadków z analitycznej praktyki klinicznej stało się niepisanym zwyczajem, a nawet szlachetną tradycją iść tropem Zygmunta Freuda, który tworząc swoją teorię, czerpał pełnymi garściami z symboliki i archetypów tkwiących głęboko w naszej europejskiej cywilizacji, których nośnikiem były starożytne mity greckie.

Przyszło mi do głowy, że w swojej przeszło 20- letniej pracy z osobami dotkniętymi uzależnieniem od narkotyków, leków, alkoholu najlepszym mitem ilustrującym doświadczanie procesu terapii przez pacjentów jest mit o Syzyfie - początkowo ulubieńcu bogów, który za to, że próbował ich przechytrzyć, a tym samym los z jego nieuchronnością śmierci, skazany był na cierpienie daremnego wysiłku bez końca. Inspiracją do sięgnięcia po symbolikę tego mitu był artykuł z 2010 roku zawarty w marcowym numerze „Group Analysis” poświęcony pracy w grupach z osobami nadużywającymi narkotyków, który, choć w innym kontekście, także do niego nawiązuje. Zanim jednak przejdę do tego opisu i zawartych w nim spostrzeżeń współgrających z moim doświadczeniem najpierw terapeutki uzależnień, a potem analityczki grupowej, chcę się podzielić osobistą refleksją dotyczącą mojej pracy w obszarze uzależnień, którą dzisiaj traktuję jako „skok na głęboką wodę” dzięki wyjątkowo trudnym i wieloczynnikowym aspektom choroby pacjentów, z którymi przyszło mi się borykać na samym jej wstępie, a patrząc z perspektywy przeszło 20 lat, okazało się „krokiem milowym” w rozwoju tożsamości zawodowej terapeuty.

Praktyka oddziałów odwykowych, ośrodków leczenia uzależnień w tamtym czasie, zdawała się odzwierciedlać centralną myśl zawartą w micie. Pracowały one w większości przypadków na podstawie programu Minnesota lub jego zmodyfikowanych formach, zakładających, że uzależnienie jest chorobą samoistną, nieuleczalną i nawrotową, i tylko powstrzymywanie się od przyjmowania środków psychoaktywnych może gwarantować powrót do zdrowia. Zatem podstawowym celem terapii było działanie na rzecz utrwalania abstynencji i na tym głównie koncentrowaliśmy się w pracy z pacjentami. Znajdowało to potwierdzenie w doświadczeniu daremności ogromnego wysiłku zarówno ze strony pacjentów, jak i terapeutów przy każdym, wpisanym, niejako w przebieg uzależnienia, nawrocie. Statystyki bowiem były nieubłagane: nieliczni („wybrańcy bogów”) pośród ogromnej i wciąż zwiększającej się populacji osób nadużywających i uzależnionych od substancji psychoaktywnych, decydujących się na podjęcie leczenia doświadczali stale na naszych oczach poczucia ogromnego wysiłku w pokonywaniu zarówno fizycznych, czy jeszcze bardziej dokuczliwych, psychicznych objawów abstynencyjnych, który spełza na niczym przy każdym, nieuniknionym nawrocie choroby.

 Na domiar złego, system lecznictwa odwykowego, przynajmniej w obszarze uzależnień od narkotyków, w którym pracowałam, był nastawiony głównie na długoterminową terapię stacjonarną i był tak zorganizowany, że pacjent, który, zeń wypadał na skutek złamania abstynencji, musiał podjąć swój wysiłek od „zera” przy każdej następnej próbie leczenia.

Ten kamień Syzyfa ( abstynencja), który za każdym razem wyślizguje się z rąk sprawiał, że coraz trudniej było utrzymywać w pacjentach , jak i w sobie nadzieję na pokonanie choroby, jeśli podstawowy wskaźnik sukcesu terapeutycznego był dla większości z nich nieosiągalny. „Klątwa bogów” zatem dopełniała się, tym bardziej, że restrykcyjność większości ówczesnych programów polegała też na tym, że za wiele nieakceptowanych zachowań , które nazywano łamaniem regulaminu, groziło wykluczenie, co także wpisywało w sens narracji o syzyfowej pracy jako kary za łamanie zasad ustalanych przez „wyższą instancję”, w tym przypadku społeczność terapeutyczną. Granice między terapią, wychowaniem czy resocjalizacją w jednej placówce były nieostre, co sprawiało dodatkowy problem w postaci konfliktu ról, który na przykład był moim udziałem i zakończył się odejściem z miejsca, które z wdzięcznością wspominam jako placówkę zdobywania pierwszych „szlifów” zawodowych, ale też przysparzającej wielu problemów i dylematów wynikających z tego konfliktu.

W psychoanalitycznym rozumieniu uzależnienia chemicznego, wiązanego na ogół z charakterem oralno- zależnym jednostki, na szczególną uwagę zasługuje widzenie nadużywania substancji psychoaktywnych z perspektywy teorii relacji z obiektem oraz modelu psychologii Ego.

 David Rosenfeld bazując na swym bogatym doświadczeniu klinicznym z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków zwraca uwagę na etiologię nałogu swoich pacjentów mającego swe źródło we wczesnodziecięcych, dramatycznie frustrujących relacjach z opiekunami. Centralnym problem większości z nich jest doświadczenie braku kontenerowania ich nastrojów, przeżyć i emocji wynikających z kontaktów z obiektem macierzyńskim, co w konsekwencji prowadzi do uwewnętrznienia obiektu, całkowicie niezdolnego do pomieszczania ich uczuć.

W wyniku tego procesu tworzy się w jednostce potrzeba wypełnienia tego wewnętrznego braku wyrażającego się w poszukiwaniu na zewnątrz substytutu tego kontenera. Doświadczenie kontaktu z substancją psychoaktywną, która natychmiast przynosi ulgę uwalniając od napięcia wynikającego z frustracji i i trudnych emocji, utwierdza jednostkę w przekonaniu, że jest to jedyne rozwiązanie uporania się z nimi. Narkotyk czy alkohol pełni zatem rolę substytutu opiekuna w celu skontrolowania lub złagodzenia lęku i frustracji, w związku z czym osoba nadużywająca je atakuje poprzez odrzucenie lub dewaluację wszelkie inne relacje, w tym relację terapeutyczną traktując je jako prześladowcze, złe obiekty konkurujące z substancją obsadzaną w przeżyciu jako dobry, karmiący obiekt.

Z czasem jednak substancja uzależniająca nieuchronnie traci swą efektywność i przez co staje się reprezentacją opiekuna niezdolnego do pomieszczania dziecięcych nastrojów. Osoba uzależniona ponownie przeżywa frustracje, z powodu której cierpiała w dzieciństwie w relacji z nie wystarczająco dobrym opiekunem i decydując się na podjęcie terapii, odtwarza z terapeutą doświadczenie bycia zależnym od obiektu niezdolnego do pomocy w zmaganiu się z lękiem, co często kończy się rozczarowaniem prowadzącym do porzucenia terapii.

Zatem pierwszym zadaniem stojącym przed terapeutą jest komunikowanie pacjentowi uzależnionemu, że terapeuta może służyć jako kontener do pomieszczania lęku, będącego konsekwencją różnych trudnych przeżyć i związanych z nimi emocji, a nie „kontrolerem” jego trzeźwości, czy wytrwałości w utrzymywaniu abstynencji.

Rosenfeld rozumiejąc specyfikę niektórych efektów przyjmowania narkotyków (np. odczucie ciepła i mrowienia) jako odtwarzanie pierwotnego wrażenia kontaktu ze skórą matki i doświadczanie własnej skóry w stanie intoksykacji, jako kontenera nastrojów i fantazji sugeruje, iż sytuacja przeniesieniowa często zaczyna się od tego, że interpretacje terapeuty traktowane są jak substancja odurzająca.

Dlatego zaleca, szczególnie w początkowych fazach pracy terapeutycznej z pacjentem, stosowanie tzw. stylu komplementarnego pozwalającego w sposób empatyczny „dostrajać się” do pacjenta w celu ustalenia i utrzymania ram terapeutycznych. Zważywszy na zdolność pacjentów uzależnionych do prezentowania poważnego, destrukcyjnego oporu do leczenia oraz umiejętności skutecznego wzbudzania poczucia winy w terapeucie za zaniedbania rodziców, co może uniemożliwić leczenie, terapeuta będzie musiał ostatecznie zająć neutralną pozycję, gdy tylko ramy terapeutyczne będą zabezpieczone. Styl komplementarny bowiem nie będzie w stanie zmienić uwewnętrznionego związku z obiektem, aby zatem mógł on zostać skutecznie przepracowany, musi wyrazić się w przeniesieniu i umożliwić terapeucie interpretowanie go.

Drugim, równie pomocnym podejściem w psychoanalitycznym rozumieniu problemu uzależnienia należy także uznać model psychologii Ego, który zakłada, że zażywanie substancji psychoaktywnych jest próbą samoleczenia osłabionego w swej strukturze self. Przyczyną tej słabości jest niedostateczne wsparcie w fazie rozwoju Ego, zwłaszcza jego funkcji adaptacyjnych, wyrazem których jest zdolność do badania rzeczywistości i kontroli impulsów, zrównoważony afekt, realistyczna samoocena. Deficyty rozwojowe struktury Ja prowadzą do takich stanów emocjonalnych jak poczucie niskiej wartości, izolacji, pustki wewnętrznej, stanów depresyjnych i lęku przeżywanych jako podstawowe zagrożenie całkowitą dezintegracją osobowości. W wyniku przeżywania takich emocji, odczuwanych bardziej jako cierpienie fizyczne niż psychiczne, tworzy się w jednostce stan trudnego do zniesienia napięcia, które, jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej, znika w momencie zażycia narkotyku lub wypicia dostatecznej ilości alkoholu, aby wprowadzić się w stan odurzenia. Osoba nadużywająca substancji psychoaktywnej szybko odkrywa ten mechanizm natychmiastowego doznawania ulgi służący raczej obronie i unikaniu cierpienia niż zaspokojeniu przyjemności, jak sugerowałaby rozumienie tej zależności teoria popędów wywodząca się wprost z klasycznej psychoanalizy Zygmunta Freuda.

 Niestety, takie pojmowanie sytuacji osoby uzależnionej jako „ślepo” podążającej za swym instynktem w celu jego zaspokojenia i poczucia ulgi za wszelką cenę, kosztem lekceważenia norm społecznych i przeżyć bliskich, rzucił cień zarówno na rozumienie uzależnienia jako zespołu objawów, wynikających z trudnych doświadczeń i predyspozycji psychobiologicznych, jak i na psychoanalizę jako metodę leczenia tego syndromu. Postrzegana była i jest do tej pory, jako mało skuteczna metoda leczenia , bo zbyt skoncentrowana na aktualnych ,a co więcej, na przeszłych przeżyciach pacjenta oraz zbyt długotrwała, więc ekonomicznie nie uzasadniona w obliczu kosztów społecznych jakie ze sobą niesie alkoholizm czy narkomania. Do tej pory upowszechniany jest pogląd, że podejście psychodynamiczne do problemów osoby uzależnionej oraz neutralna, pełna zrozumienia postawa terapeuty podtrzymują w pacjencie bierność i poczucie braku odpowiedzialności za konsekwencje swej choroby.

Poszukiwania skutecznej metody leczenia uzależnień ewoluowało od koncentrowania się wyłącznie na „wygaszaniu” objawu poprzez stosowanie metod wywodzących się wprost z teorii uczenia się (behawioryzm) poprzez metody kognitywne rozwijając w nich przede wszystkim narzędzia służące pacjentowi do skutecznego radzenia sobie z objawami choroby i ich zapobiegania oraz z problemami wynikającymi raczej ze skutków niż przyczyn uzależnienia. Ważnym elementem procesu terapeutycznego jest także ocena postępów leczenia wyrażająca się w hierarchizacji pacjentów pod tym względem, oraz wymiar duchowy, czy moralny zdrowienia jako wyraz powrotu do ustalonych, a naruszonych przez nałóg norm społecznych.

Ze względu na obserwowaną na całym świecie, stosunkowo niską skuteczność leczenia uzależnień dopuszczono w wielu systemach leczniczych do integrowania różnych podejść widząc w tym szansę na zwiększenie efektywności i podniesienie jakości terapii z punktu widzenia dobra pacjenta i jego indywidualnych potrzeb czy możliwości. Idąc tym tropem zaobserwowano, że podejście psychodynamiczne jako metoda skoncentrowana na badaniu raczej źródeł, problemów adaptacyjnych pacjentów, może, jak każde postępowanie przyczynowe, dawać trwalsze rezultaty terapeutyczne. Neutralna pod względem aksjologicznym postawa terapeuty, dostosowywanie tempa i celów terapii do pacjenta daje podejściu psychoanalitycznemu bardzo indywidualny i autonomiczny wymiar oraz zdejmuje zeń odium „pokuty” czy odrabiania strat oraz zadośćuczynienia krzywdom wyrządzonym w trakcie trwania czynnego nałogu.

 W niemieckim systemie lecznictwa odwykowego praktyka integrowania podejść, w zależności od stopnia, czy etapu zaangażowania pacjenta w terapię jest stosowana od dawna, przy czym podejście psychoanalityczne stanowi tradycyjnie poczesne miejsce w tym systemie, szczególnie na tym etapie leczenia, gdy można mówić o świadomej decyzji pacjenta o podjęciu terapii, rozumianej nie tyle jako sposób na zaprzestanie odurzania się, ile jako gotowość zmierzenia się z prawdą o sobie, o psychologicznych źródłach swojej choroby w celu uporania się z nią i problemami wynikającymi z tego destrukcyjnego rozwiązania .

Moje rozważania, jak w praktyce klinicznej integrować różne podejścia bez szkody dla tożsamości analityka grupowego, aby nie były wyważaniem otwartych już drzwi, zacznę od przedstawienia doświadczeń pracy grupowej z osobami nadużywającymi narkotyków i alkoholu. Artykuł autorstwa pary analityków grupowych: Martina Weegmanna i Christine English zatytułowany: „ Wyjść poza cień narkotyków: Grupy z osobami nadużywającymi substancji (psychoaktywnych)” dokonuje krótkiego przeglądu różnych stylów i kultur grupowych, których procesy i dynamikę autorzy rozumieją i opisują na sposób grupowo-analityczny.

Mit o Syzyfie jawi się w rozumieniu autorów jako ilustracja rozdzierającego, niekończącego się cyklu ulgi i cierpienia, który stanowi centralny problem w uzależnieniu. Używanie substancji psychoaktywnych rzuca ich zdaniem długi cień na życie użytkowników powodując całkowite zawładnięcie ich osobowością w ten sposób, że zdrowsze aspekty ego są tłumione przez „ kuszącą, „ niewolę” intoksykacji. Opisując dynamikę procesu grup dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych, autorzy zwracają uwagę na szczególną dbałość o zachowanie granic i stworzenie w obrębie grupy bezpiecznej przestrzeni dla odzwierciedlania i reflektowania przeżyć, a zarazem pilnując, aby nie stała się ona miejscem dla niekontrolowanych, impulsywnych odreagowań (acting-out),czy przestrzenią, gdzie zamiast „trzeźwego” dialogu panuje chaotyczny, „słowny haj”, szczególnie w nieuniknionych, bo wynikających z procesu grupowego fazach regresywnych pracy grupy. Terapeuta w takich grupach, staje się bardziej aktywny i stanowczy w podtrzymywaniu rozwojowej funkcji grupy, sprzyjającej myśleniu, tworzeniu połączeń między „tu i teraz”, a „tam i wtedy”, nie bojąc się czerpać z doświadczeń grup opartych na strukturze takich jak grupy funkcjonujące w ramach stacjonarnych ośrodków odwykowych, czy ambulatoryjnych grupach zapobiegania nawrotom), albo samopomocowych grup wsparcia (AA, NA) cały czas dążąc do budowania w uczestnikach zdolności do refleksji w duchu pracy grupowo-analitycznej.

Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych leczące się w grupach żyją w ciągłej ambiwalencji i rozdzierającym konflikcie między konkurującymi ze sobą celami terapii jakim jest potrzeba życia w pełnej abstynencji, a możliwością okazjonalnego, kontrolowanego przyjmowania narkotyków, czy picia alkoholu w sytuacjach towarzyskich, pragnieniem zmiany, a lękiem przed zmianą, destrukcją, a rozwojem. Ten proces doświadczany, zarówno na poziomie przeżyć jednostkowych jak i w grupie autorzy porównują z „ wojną pozycyjną”, w której toczy się walka na śmierć i życie między siłami broniącymi wartości związanych z trzeźwieniem, a „wrogimi” siłami związanymi z trwaniem w nałogu. Jak powiedział cytowany w artykule członek wspólnoty AA, jest to wojna, gdzie nie bierze się zakładników. Motyw walki z nałogiem i innych, „militarnych” skojarzeń związanych z wychodzeniem z uzależnienia, wpisał się na trwałe w umysłach pacjentów, terapeutów uzależnień, ośrodków odwykowych oraz wszedł na stałe do popularnego języka znaczeń w tym obszarze. Czyniąc w tym miejscu dygresję na temat moich osobistych doświadczeń w terapii indywidualnej z pacjentami uzależnionymi, przekonanymi o słuszności podtrzymywania w sobie takiej wewnętrznej wojny, proponuję na początku „zawieszenie broni”, interpretując to jako okazję do refleksji, że na wojnie straty są zawsze po obu stronach barykady i w wojennej pożodze zniszczeniu mogą ulec wartościowe zasoby pacjenta, w wyniku czego nie będzie już na czym budować.

Przekładając to na doświadczenie pracy analitycznej z grupami, których członkowie nie mają problemów z uzależnieniem zjawisko procesu grupowego balansującego między siłami rozwojowymi grupy, a jej tendencjami destrukcyjnymi, między refleksją i pracą, a rozgrywaniem nieświadomych, grupowych założeń i impulsywnych acting-outów jest uniwersalne. Różnica polega jedynie na tym, szczególnie w grupach homogenicznych, że nad każdą sesją unosi się odium substancji jako potężnego przedmiotu pożądania, komfortu i nostalgii. Utrzymanie właściwego balansu między przestrzenią do omawiania stanów emocjonalnych wywołanych przez tę nostalgię w celu ich przepracowania, kojarzących się z przeżyciem żałoby, a regresją zmierzającą do „zanurzania się” w melancholii blokującej świadome konfrontowanie ze stratą i ostatecznym pożegnaniem się z substancją odurzającą jest niezbędne w celu uniknięcia przewagi sił destrukcyjnych w grupie, która groziłaby realnym nawrotem choroby, a tym samym „wypadnięciom” poszczególnych członków, czy rozpadem całej grupy. Terapeuta musi być uważny na to, żeby grupa nie stała się substytutem narkotyków czy alkoholu, lecz stanowiła zdrowy, dający nadzieję obiekt, gdzie pokusa natychmiastowego efektu, poprzez rozładowanie, drogi na skróty, żeby zmienić samopoczucie, nie wytrzymuje konkurencji z etosem grupy, która reprezentuje całkowicie inne wartości, takie jak: stopniowa odbudowa tożsamości, bolesne przepracowanie problemów i powolny postęp w kierunku integracji psychicznej. W myśleniu analityka grupowego powyższa dynamika nasuwa skojarzenie z podstawowym konfliktem rozgrywającym się w grupie między grupą pracującą, a anty- grupą, który pomyślnie rozwiązany stanowi siłę popychającą grupę na wyższy etap rozwoju ku pełnej dojrzałości.

Ilustracją tego procesu był następujący przykład kliniczny:

W pracującej kilka lat grupie osób, których członkowie od kilku tygodni borykali się z depresyjnymi przeżyciami związanymi z wychodzeniem z uzależnienia, jeden z jej uczestników rozwinął myśl: „a może byśmy wszyscy w tej grupie weszli na ten wieżowiec (pokazując budowlę za oknem) i skoczyli… przynajmniej by się to skończyło” i uśmiechnął się na myśl o końcu trudu terapii. Terapeuta skomentował, że w tej fantazji grupa zostaje zabita i cały ból, który pomieszcza ustępuje, ale zostaje żywy i moralnie zniszczony terapeuta. Autor tej fantazji zaśmiał się triumfująco, a komentarze poruszonych nią członków grupy nasuwały skojarzenia z przywódcami różnych kultów, którzy ubezwłasnowolniali członków swoich sekt. Tylko jedna osoba, borykająca się z własnymi myślami samobójczymi sprzeciwiła się pomysłodawcy tego szalonego rozwiązania mówiąc: „ jak chcesz, to skacz, ale mnie w to nie mieszaj”, co spowodowało zmianę nastroju grupy na bardziej refleksyjną, pełną smutku i zadumy, łącznie z autorem tej myśli. Zdarzenie to zrodziło w terapeucie pytania, kiedy destrukcyjność niszczy komunikację, a kiedy jest tylko próbą zwrócenia uwagi, żeby zostać wysłuchanym, odciążonym i powstrzymanym? Czy można przetrwać trudności życiowe, czy ból istnienia staje się tak nieznośny, że musi zostać przerwany przez śmierć? Czy chodzi o unicestwienie przestrzeni refleksyjnej, czy o przetarcie drogi do otwartej komunikacji? Czy to jest dialog, czy anty-dialog? I wreszcie czy jest to moment skłaniający do myślenia czy blokujący myślenie? Odpowiedzi, choć nie tak łatwo przychodzące do głowy, zawierają refleksję, że czasem destrukcja jest wyrazicielem rozpaczy i chęci zniszczenia wszystkiego, co dobre i stanowi podstawę zdrowienia, ale jednocześnie będąc ostatecznym testem dla terapeuty i grupy na wytrzymałość tego ogromu niszczącego bólu pozwala mieć nadzieję na to, że terapeuta i grupa go zniesie i przetrwa po to, aby móc iść dalej. Znalazło to potwierdzenie w późniejszym materiale tej samej grupy, gdzie pojawił wątek związany z filmem „Pokój syna” o przeżyciach ojca rodziny, nota- bene, psychoanalityka, po śmierci dziecka. Było jasne, że jest to kontynuacja pracy grupowej związana z przeżyciami wokół utraty i fantazji o śmierci grupy, jako „dziecka terapeuty”. Sprowadzała się ona do badania, na ile ciężar tych przeżyć jest w stanie unieść terapeuta, dając tym przykład grupie na pomieszczanie tego wszystkiego, co niegdyś dało się znosić wyłącznie w stanie odurzenia. Otworzyło to drogę do przepracowania przeżyć różnych strat w życiu członków grupy i zajęcia się pracą nad żałobą po narkotykach, pełniących dla większości z nich tak ważną, kompensacyjną rolę w obliczu ich deficytów rozwojowych.

 Warto by przytoczyć jeszcze inne, niezwykle ciekawe i inspirujące opisy destrukcji związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, które w ostatecznym bilansie okazywały się pomocne w rozwoju opisywanych grup, oświetlając zawarty w tytule artykułu długi cień, jaki uzależnienie rzuca na życie użytkowników. Chociażby ten, który opisuje zachowanie jednej z uczestniczek grupy, narkomankę wzrastająca w rodzinie, pełnej przemocy i lęku spowodowanego alkoholizmem jej ojca, która sama mając problemy z samokontrolą, zaatakowała grupę, dewaluując ją w ten sposób, że na gest wyrażający chęć zrozumienia i pomocy odpowiedziała pogardą wykrzykując, iż problemy poszczególnych członków grupy, wydają się błahe w stosunku do ogromu jej problemów i cierpienia, odrzucając w tym momencie szansę na korzystanie z potencjału i wsparcia grupy. Przykład ten będzie znakomitą klamrą łączącą opisane przypadki z moim doświadczeniem pracy grupowej, gdzie miało miejsce podobne zdarzenie.

Na wstępie tych rozważań podzielę się następującym przekonaniem, że osoby nadużywające czy uzależnione od substancji psychoaktywnych skuteczniej leczą się w grupach heterogenicznych. Sprzyja to myśleniu, tworzeniu połączeń i reflektowaniu swoich przeżyć w oderwaniu od stale narzucającego się schematu kojarzenia swych stanów psychicznych z uzależnieniem i etapem wyzwalania się z nałogu. Szczególnie osoby korzystające już z różnych form terapii uzależnienia mają „wyuczoną” tendencję do sprowadzania każdego przeżycia, emocji, czy zachowania do kontekstu związanego z chorobą. W grupie, którą trzeci rok prowadzę w ko terapii, jeden z jej członków- pan C , uzależniony od narkotyków i alkoholu, który dzięki leczeniu odwykowemu zachowuje od wielu lat abstynencję powtarza często zdanie :” wszyscy tu jesteśmy chorzy”, co w chwilach bezradności czy pomieszania, lub regresji przywraca mu równowagę, a także zwalnia od wysiłku w aktywnym poszukiwaniu źródeł swojego samopoczucia, wrzucając je do „worka” z napisem choroba. Osoby w grupie, które jeżeli nawet solidarnie „czują się także chore”, ale na inną niż pan C chorobę, skutecznie prowokują wymianę z perspektywy osobistych przeżyć i otwierają możliwość rozumienia ich w wymiarze ludzkiego doświadczenia i trudności, a nie objawów tak, czy inaczej nazwanego zaburzenia.

Innym razem, w sytuacji, gdy pan B uzależniony od narkotyków, tłumaczył swą nieobecność „wpadką” czyli jednorazowym przyjęciem substancji :( „zarzuciłem kwasa”, bo nie wytrzymałem), pan C przybierając moralizatorski ton powiedział: „No, chłopie, to tak nie może być, że sobie pozwalasz na takie wyskoki, złamałeś abstynencję, a wiesz, że dla nas abstynencja jest najważniejsza!”. Odpowiedź pana B brzmiała tak: „Wiem, że głupio zrobiłem i już przemyślałem sprawę, że to żadne rozwiązanie. Po tym czułem się dużo gorzej, miałem poczucie winy, ale przecież nie będę się biczował! Przemyślałem i koniec na tym!” Pan C jeszcze chciał odwetowo doprowadzić jednak to tego publicznego ” biczowania”, ale grupa zainteresowana była raczej przeżyciami pana B, które stały za decyzją o wzięciu narkotyku i poszła raczej w stronę refleksji badającej, co się stało z członkiem grupy, który naraził siebie i grupę na konfrontację zagrożenia „wypadnięciem”.

Idąc tropem rozumienia procesu grupowego jako stale ścierających się tendencji do rozwoju, i destrukcyjnej regresji w omawianej grupie pojawiła się fantazja o „białym pokoju”, która dla poszczególnych jej członków stanowiła symboliczny powrót do stanu „błogiego” spokoju, zanurzenia się w idealnej zależności, chroniącej przed jakąkolwiek konfrontacją z bolesnymi przeżyciami i pojawiała się zawsze wtedy, gdy w grupie działo się coś trudnego np. wypadnięcia, nieobecności, czy przerwy w spotkaniach. Przy czym ten biały pokój kojarzony był przez poszczególnych członków z czymś innym. Wspomnianemu panu C i panu B, uzależnionym od narkotyków ze stanem odurzenia, lub doświadczaniem troski i opieki w szpitalu na detoksie (pan B). Pani D biały pokój utożsamiała z pragnieniem i podtrzymywaniem iluzji o idealnej rodzinie, a dla pana A, który ostatecznie wypadł z grupy, biały pokój to jego, z uporem podtrzymywane przekonanie dotyczące jego idealnego związku z żoną nie dopuszczającego do jakiegokolwiek konfliktu. Pan A zrezygnował z grupy i ostatecznie udał się do swojego białego pokoju, godząc się na ponoszenie dość wysokich kosztów osobistych w postaci nasilenia objawów nerwicowych, z którymi zgłosił się do leczenia.

Jednym z ostatnich trudnych przeżyć w historii tej grupy było krótkie, i burzliwe pojawienie się pani E, pokazującej dobitnie, że destrukcja w postaci agresywnych, wyższościowych rozegrań, dewaluujących grupę, ale jednocześnie odsłaniających obszary niewyobrażalnego cierpienia z powodu krzywdy nadużycia, skłoniła grupę do wyjścia z bezmyślnego trwania w „białym pokoju” i uruchomiła potrzebę badania w sobie obszarów cierpienia oraz refleksji nad poczuciem krzywdy i szukania sposobów uporania się z nim. I choć podobnie rozegrało się, jak w cytowanym przykładzie z artykułu, to jednak dla pani E i grupy nie skończyło się to dobrze, to znaczy możliwością wspólnego przepracowania. Pani E wypadła z grupy, zostawiając ją z tym przeżyciem, które powraca na każdej sesji, gdy tylko jej członkowie poczują się jakoś zagrożeni materiałem pojawiającym się na sesji.

Wniosek wyłaniający się z powyższych przykładów sprowadza się do mojego najgłębszego przekonania, iż nie tracąc z oczu pewnych specyficznych problemów osób uzależnionych, otwierających drogę do integrowania różnych podejść w ich rozumieniu i skutecznym rozwiązywaniu, należy przyjąć, iż w swej istocie zespół objawów zwany uzależnieniem jest tylko pewnym odzwierciedleniem, problemów, czy zaburzeń dotykających wszystkich tych pacjentów, którzy cierpiąc, zgłaszają się do nas psychoterapeutów czy analityków grupowych po pomoc z nadzieją, że psychoterapia jest skuteczną metodą na ich wyleczenie. Podejmując się tego zadania dajemy tylko świadectwo, że analiza grupowa jest dla wszystkich tych, którzy mają odwagę i determinację w dążeniu do zmiany oraz zdolność do tolerowania frustracji, których grupa analityczna szczególnie dostarcza. Spełnienie powyższych warunków powinno wyłącznie wyznaczać kryteria przyjęcia do leczenia, a nie przesąd, który czasem bezrefleksyjnie przyjmujemy, że jakieś zaburzenia nadają się do terapii analitycznej, a inne nie.

Bibliografia:

1. Małgorzata Szmalec - artykuł: „Ujęcie psychoanalityczne naużywania substancji psychoaktywnych w perspektywie teorii relacji z obiektem”
2. Martin Weegmann, Christine English –„Beyond the Shadow of Drugs: Groups with Substance Misures. Group Analysis , March 2010
3. Mattias Brecklighaus – „Psychodynamiczny model leczenia uzależnień w Niemczech”. Terapia. Uzależnienia. Współuzależnienia 3/9