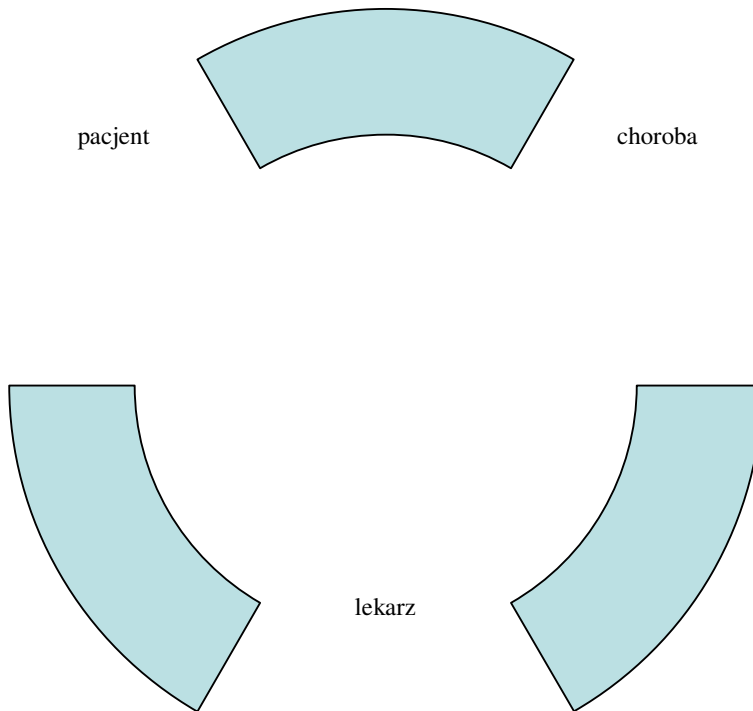


Trójkątna terapia (artykuł w rozbudowie) Damian Zdrada

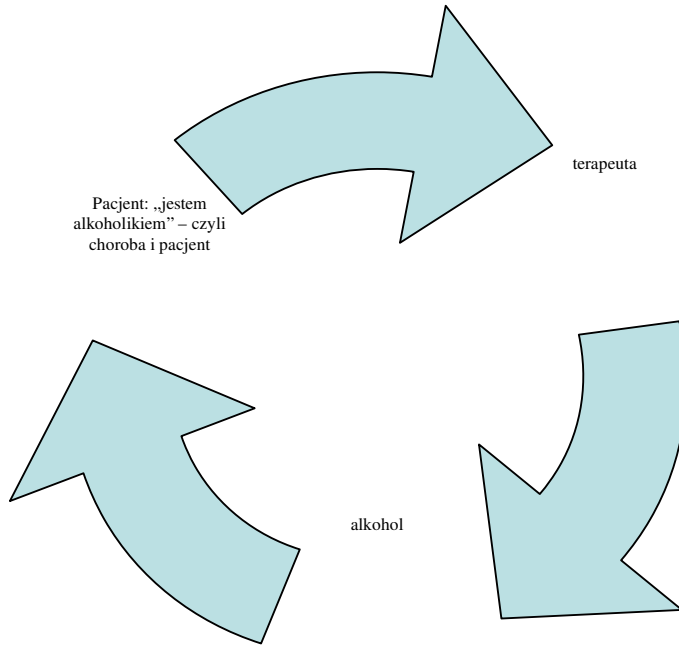
Wstęp teoretyczny (Bowen – triangulacja, później analiza transakcyjna)

W tradycyjnym modelu medycznym mamy do czynienia z relacją trójkątną:



Pacjent ma chorobę, którą pomaga mu zwalczyć lekarz. Nie bez racji dominuje w tym podejściu słownictwo wojenne: walka, walczyć itp. W tradycyjnym modelu medycznym lekarz toczy walkę z chorobą. Jest ratownikiem dla pacjenta – ofiary, którego prześladowuje choroba.

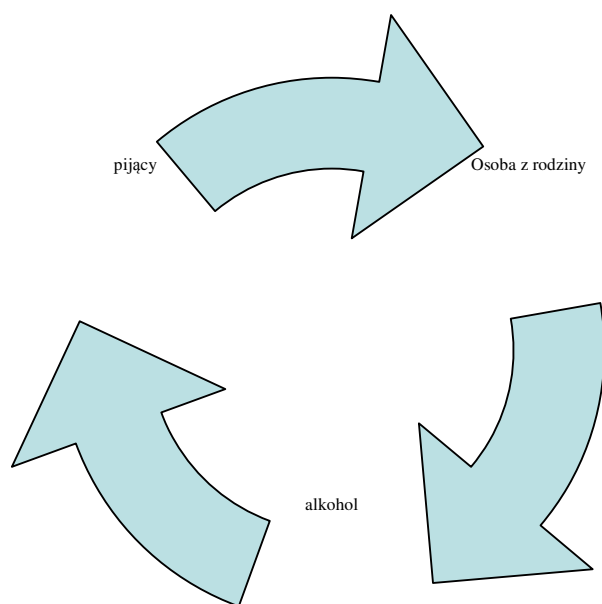
W klasycznej terapii uzależnień (czyli terapii w wersji odwykowej) mamy do czynienia z sytuacją występowania terapeuty, pacjenta oraz alkoholu. Terapeuta jest tutaj ratownikiem, pacjent – prześladowaną ofiarą a alkohol – prześladowcą. Efekt ten uzyskuje się w prosty sposób - łączy się pacjenta z jego chorobą. Mówi on: „jestem alkoholikiem”. W miejscu, gdzie w trójkącie znajduje się miejsce dla ofiary, mamy więc do czynienia z dwoma postaciami: pacjentem i jego chorobą. Obrazuje to rysunek poniżej



W takim układzie terapeuta uwikłany jest w relację z alkoholem. Wzmacnia postawę pacjenta typu: „to nie ja, to alkohol”, „jestem porządnym człowiekiem, ale jak się napiję, to wariuję”, „gdyby nie alkohol, moje życie wyglądałoby inaczej”, „to nie byłem ja, to alkohol”. Terapeuta stara się przekonać pacjenta, że źródłem jego problemów jest picie alkoholu i jeśli tylko przestanie używać alkoholu, jego życie znacznie się polepszy. Kryje się za tym model teoretyczny, w którym uznaje się, że źródłem uzależnienia jest nadużywanie alkoholu, z kolei to nadużywanie jest powodem różnorodnych zaburzeń zachowania, myślenia i emocji. Pacjent w takim układzie nie powinien uznać, że ma chorobę, ale przyjąć tożsamość alkoholika (jestem chory). Oznacza to dla niego przyjęcie pewnej postawy życiowej - powinien unikać alkoholu, interpretować pewne swoje myśli, zachowania – jako przejaw choroby i kiedy je zauważy, umieć zastosować odpowiednią strategię radzenia sobie, w celu utrzymania abstynencji. Porównuje się to do bycia cukrzykiem, który powinien unikać słodkich potraw.

Oczywiście cytowane powyżej stwierdzenia pacjenta, wskazują na poważne zaburzenia tożsamości i struktury ja pacjenta (brak ciągłości, spójności ja). Są też projekcją odszczepionych części swojej osobowości na złowrogi i niebezpieczny obiekt o nazwie „alkohol”. Nawet, jeśli terapeuta rozumie te opisane tutaj mechanizmy, może dalej funkcjonować uwikłany w ten wzorzec, gdyż brakować mu może pomysłu (wiedzy), co w zamian, jeśli zrezygnuje z teorii zakładającej, że początek uzależnienia leży w używaniu alkoholu. Nawet jeśli posiada tę wiedzę, może dalej pozostać w tym wzorcu przekonany, że jego pacjent nie będzie gotów przyjąć innych założeń terapii i storpeduje jej efekty nadal nagminnie nadużywając.

Istotnym elementem tej relacji jest założenie wzięte z ruchu Anonimowych Alkoholików, mówiące o poddaniu się wobec alkoholu. W ruchu AA mówi się o „bezsilności wobec alkoholu”. Oznacza to, że alkoholik może przestać być ofiarą alkoholu, jeśli przestanie z nim walczyć. W ten sposób ten trójkąt zostanie rozmontowany, a pacjent uwolniony z obsesji walki z alkoholem. Widać tutaj, że zbudowanie relacji, w której jednym z wierzchołków jest terapeuta, jest niezwykle istotne. Pozwala na zdemontowanie starej triady. Wcześniej przecież, na ogół trójkąt ten wyglądał tak:

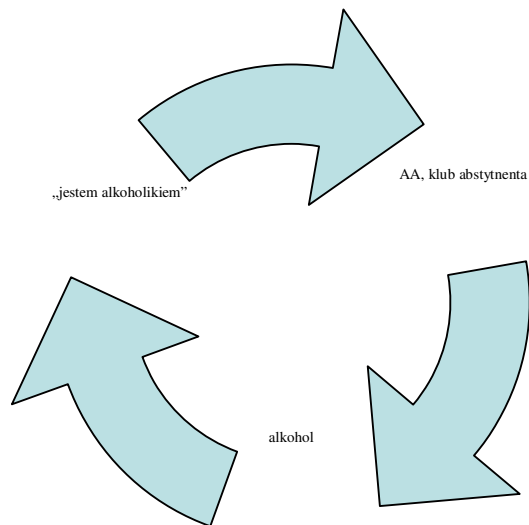


W tym układzie osoba z rodziny (tzw. współzależniona) na ogół jest ratownikiem, który ratuje alkoholika przed alkoholem (możliwe są również inne warianty – np. alkohol ratuje alkoholika przed osobą z rodziny, a na dodatek nawet jedna sytuacja może zostać rozłożona na czynniki pokazujące, że dana postać występuje w trzech rolach, w zależności od punktu widzenia lub sytuacji).

Terapeuta buduje więc tożsamość alkoholika za pomocą przekazywania wiedzy o uzależnieniu, próbuje ujawnić sposób myślenia, zachowania, przeżywania emocji alkoholika pokazując, że są tam obecne elementy choroby, która jest nieuleczalna. Stąd jedynie przyjęcie tożsamości alkoholowej pozwala na życie z tą nieuleczalną chorobą.

Wydaje się, że to proste założenie. Jednak niewiele to zmienia w sytuacji pacjenta: co prawda rodzina jest odciążona z problemu, ale niewiele zmienia się w sposobie funkcjonowania pacjenta (to dlatego rodziny wysyłają na leczenie alkoholika: oczekują od terapii, że sobie odpoczną od picia). Dalej sytuacja zaczyna się komplikować. Jest jasne, że relacja dwójkowa jest niemożliwa. Potrzebny jest trzeci element. I co się okazuje? Oto kilka wariantów możliwej przyszłości kogoś, kto stara się przyjąć tożsamość alkoholika.

1. Alkoholik przyjął tożsamość alkoholika, zobaczył, że jednym z jej elementów jest zaangażowanie w ruch AA, kluby abstynenta.



Czasem, gdy brakuje działań organizacji wzajemnej pomocy, pacjent co jakiś czas zapija, żeby stale mógł korzystać z terapii instytucjonalnej. Jest to lepsze, niż pogrążanie się w obsesję picia bez żadnej kontroli. Za pomocą zapijania okazjonalnego (w praktyce terapii uzależnień nazwano to nawrotami, sankcjonując w ten sposób możliwość korzystania z tej formy wsparcia przez całe życie), może stale korzystać z instytucjonalnej formy wsparcia i utrzymywać przez większość czasu abstynencję.

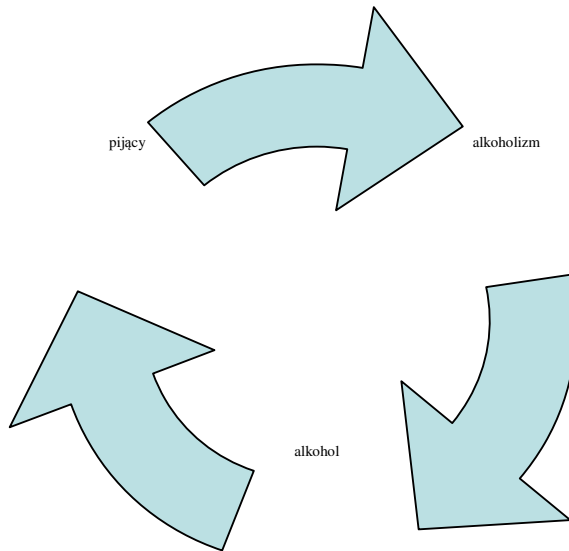
Jak widać na przykładzie powyższych diagramów, w przebiegu takiej formy oddziaływań istotne są dwa elementy:

- po pierwsze – alkoholik przyjmuje tożsamość alkoholika, co pomaga mu zrezygnować z obsesyjnej walki z alkoholem (połączenie pacjenta z jego chorobą);
- po drugie – zamiana rodziny pacjenta na instytucję, z którą buduje trwałą relację, dzięki czemu rodzina jest zwolniona z funkcji ochrony przed alkoholem

2. Alkoholik przyjął tożsamość alkoholika, jednak nie wprowadził w swoją sytuację na stałe elementu terapii lub oddziaływań samopomocowych.

W takiej sytuacji możliwe są dwie możliwości:

- rodzina dalej pełni funkcje strażnika, jednak alkoholik poddaje się temu, gdyż jego tożsamość alkoholika nie pozwala mu się buntować wobec takiego rozwiązania
- tworzy się nowy rodzaj triangulacji:



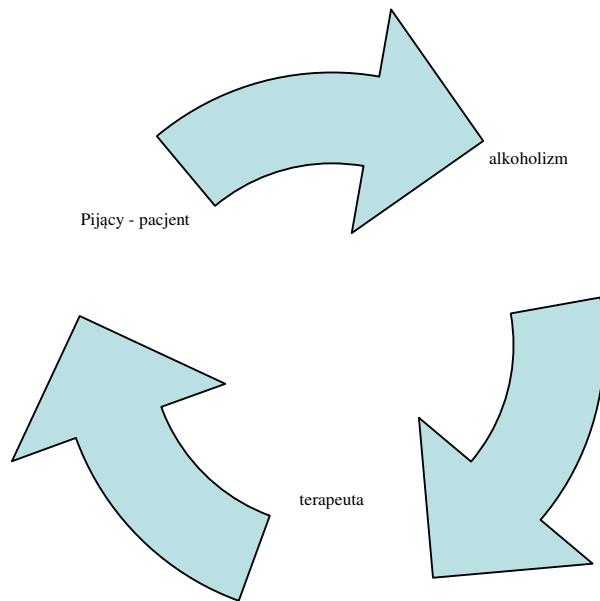
W takim układzie nastąpiło rozdzielenie pacjenta od jego choroby. Pojawia się wówczas pewien dysonans: „chciałbym się napić, ale nie mogę, bo jestem alkoholikiem”. Tak więc alkoholik jest ofiarą swojej choroby, a uratować go może alkohol. Czasem pojawia się inne rozwiązanie: skoro jestem alkoholikiem, muszę się napić (ponownie alkoholik jest ofiarą swojej choroby).

W tradycyjnej terapii odwykowej sytuacja taka jest niepożądana. Mówi się w tedy o tym, że pacjent nie przyjął tożsamości alkoholowej. Czasem sytuacja taka jest obecna na początku terapii, czasem po jej zakończeniu. Za każdym razem postrzegana jest jednak jako niewłaściwa.

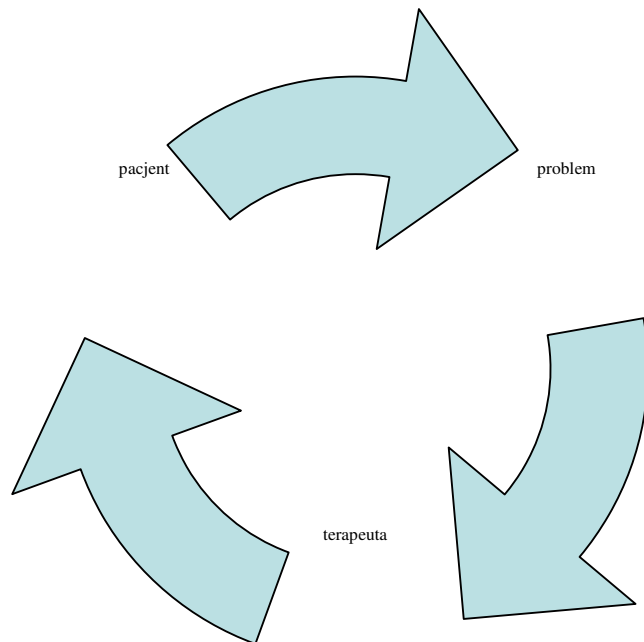
3.

Co by się jednak stało, gdyby w taki trójkąt włączyć terapeutę? W którym miejscu powinien stanąć?

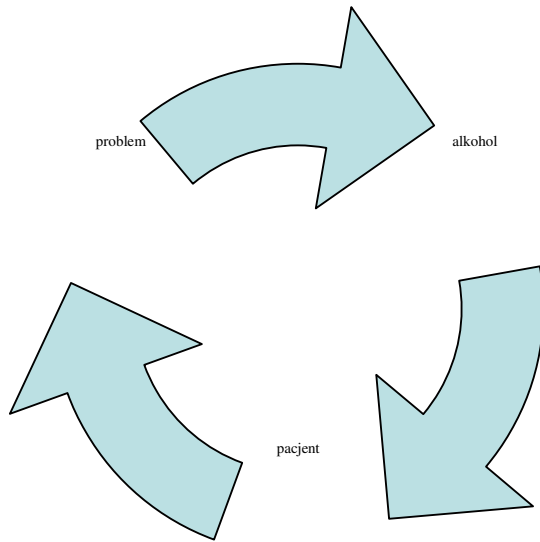
Gdyby uznać model typowo medyczny, że leczymy chorobę, wówczas zamiast alkoholu staje w trójkącie terapeuta. Istnieje wówczas ryzyko, że terapeuta zacznie zwalczać alkoholizm, nie będzie już – co prawda - widział zagrożenia w alkoholu, ale jako niebezpieczeństwo zacznie jednak spozstrzegać alkoholizm. Jest to więc analogiczne do przedstawionej na początku tradycyjnej koncepcji medycznej.



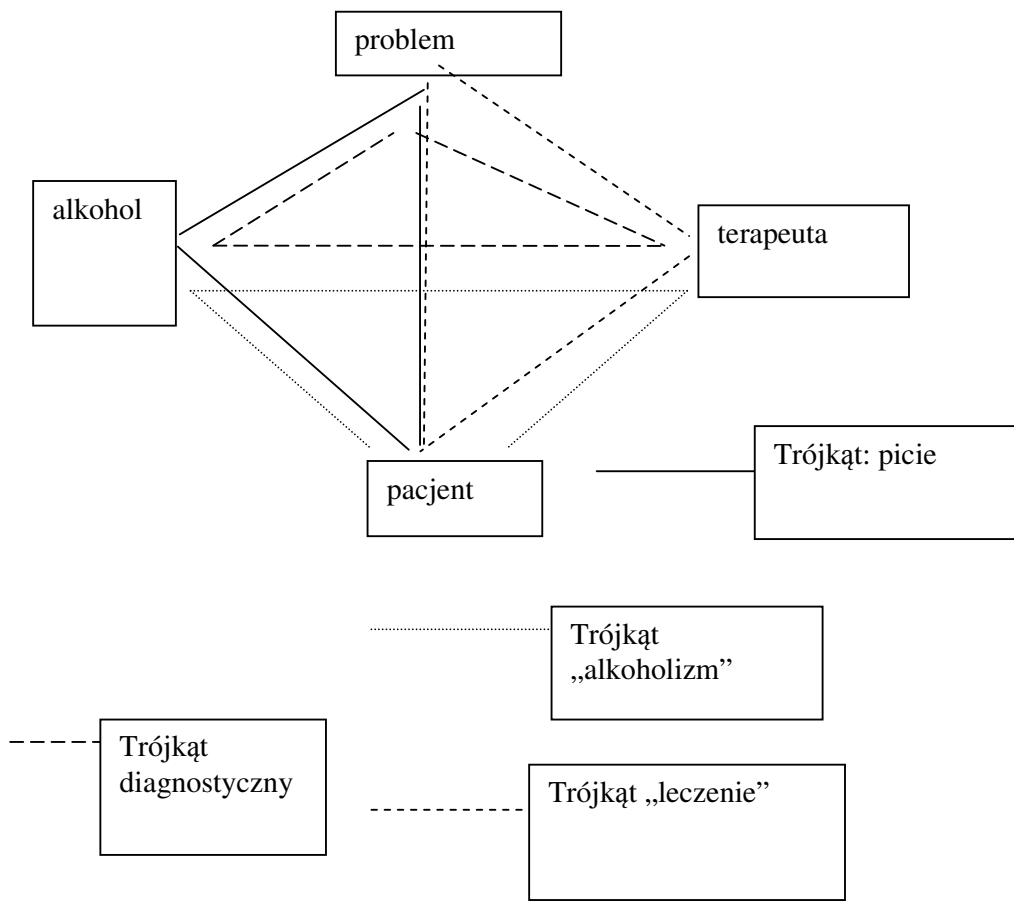
Po tej analizie pora przejść do nowego spojrzenia. W tym rozwiązaniu proponuję przestać myśleć o alkoholizmie jako chorobie. Nie chodzi mi tu jednak o to, aby odrzucić kryteria diagnostyczne i uznać, że zjawisko określonego wzorca nadmiernego picia nie istnieje. Proponuję pamiętać o tym, ale zajmować się czym innym.



Pacjent funkcjonuje w dwóch diagramach: powyższym i poniższym.



Terapeuta ma dostęp do systemu alkoholu tylko poprzez dwa czynniki: pacjenta i problem. Rezygnuje więc z bezpośredniego oddziaływania na relację pacjenta do alkoholu - alkohol występuje tutaj tylko w trójkącie: problem, alkohol, pacjent. Patrząc szerzej, całość wygląda tak:



Omówienie trójkątów:

- trójkąt „picie” – składa się z pacjenta, alkoholu i problemu;
- trójkąt: „alkoholizm” terapeuty, pacjenta i alkoholu. Niezwykle odkrywczy trójkąt. Oznacza bowiem, że bez terapeuty nie ma alkoholizmu!
- trójkąt „leczenie” – składa się z terapeuty, pacjenta i problemu
- trójkąt diagnostyczny – składa się terapeuty, alkoholu i problemu

Pozostaje jeszcze ustalić, czym jest problem. Krótko mówiąc, jest to właśnie to, co pacjentowi dolega. Np. pacjent zgłasza: nie radzę sobie z wybuchami złości. Jednym z czynników, który jest z tym związany, może być użycie alkoholu. Jednak nie można na tej podstawie przeformułować ten problem na zdanie: „nie radzę sobie ze złością, bo piję” – sugerowałoby to bowiem, że jeśli przestanie pić, miną problemy ze złością. Pozostawienie go w tej pierwotnej formie daje gwarancję, że nawet jeśli pacjent zacznie używać alkoholu w trakcie terapii, może pomyśleć: „jeśli przerwę terapię, to dalej nie będę sobie radzić ze złością”. Jeśli natomiast przyjąłby tylko założenie o abstynencji, wtedy mógłby pomyśleć: „zapilem, to znaczy że już nigdy nie poradzę sobie ze swoją złością”.

Takie założenie niesie oczywiście ze sobą wniosek, że w psychoterapii uzależnień nie leczymy alkoholizmu, zajmujemy się natomiast problemami pacjenta.

Na zakończenie pozostawiam pytanie: Co daje więcej możliwości? Co rzeczywiście daje szansę rozwoju terapeucie, a więc i pacjentowi?