**Na co czekać, udając, że wszystko jest ok…?**

 **rzecz o wysokofunkcjonujących osobach uzależnionych.**

Kim są wysokofunkcjonujące osoby uzależnione? Czym różnią się od tych gorzej lub zupełnie źle funkcjonujących? Jak wygląda ich życie, czy potrzebują pomocy? Czy można powiedzieć, że jest to osobna kategoria osób uzależnionych, wymagająca odmiennego podejścia i traktowania?

Pojęcia „Wysokofunkcjonujący Alkoholik” (WFA) czy też, z angielskiego „High Functioning Alcoholics” (HFA) zaczęły funkcjonować w obiegowym słowniku od 2009 r., kiedy to Sarah Allen Benton użyła ich pierwszy raz w swojej książce „Alkoholicy Wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej”. Termin ten wzbudza wiele kontrowersji w środowisku zajmującym się leczeniem uzależnień, nie tylko z powodu próby pewnego rodzaju zaszufladkowania (mimo, że to jednocześnie próba wyodrębnienia), ale też stygmatyzacji (podobnie jak np. terminy DDA - Dorosłe Dzieci Alkoholików czy DDR - Dorosłe Dzieci z Rodzin Rozwiedzionych). Tym niemniej terminy te zwracają uwagę na problem, który wart jest analizy.

Definicja WFA (za Benton): Wysokofunkcjonująca osoba uzależniona od alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej jest osobą uzależnioną, która pomimo swojej choroby jest w stanie dobrze funkcjonować społecznie: na polu zawodowym i w relacjach towarzyskich. Utrzymuje stałe zarobki, wykonuje odpowiedzialną pracę na średnim lub wysokim stanowisku. Zapewnia byt materialny swojej rodzinie. Jednocześnie rozwijają się u niej mechanizmy psychologiczne występujące u wszystkich innych osób uzależnionych.

Czy utrzymywanie dobrej pracy i relacji towarzyskich jest wystarczającym kryterium do wyodrębnienia osobnej grupy osób uzależnionych? Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest chorobą bardzo heterogeniczną, ma różne przebiegi, często zaskakujące i niestereotypowe, czy możemy zatem określić, jak przebiega ono u WFA? Osoba WFA nie wpisuje się w stereotyp „uzależnionego-menela”, ale jednocześnie sama już podlega stereotypizacji związanej z przypisywaniem jej do pewnych grup zawodowych (np. prawnicy, lekarze, stażyści - szczególnie po studiach medycznych, pielęgniarki, biznesmeni, niektóre służby mundurowe, inne). Uważa się, że rozpoznanie uzależnienia u WFA jest opóźnione o minimum 10-11 lat w porównaniu do „stereotypowych” uzależnionych, co zbiega się z badaniami, które mówią, że np. u lekarzy rozpoznanie choroby jest właśnie o tyle późniejsze.

Benton oraz inne osoby zajmujące się problemem WFA wyróżniają kilka charakterystycznych cech, jakimi można opisać tę grupę uzależnionych. Zanim je przedstawię, warto zaznaczyć, że autorka specyfikuje każdy okres w życiu WFA (dzieciństwo, okres nastoletni, wczesnej dorosłości, studiów, dalsze etapy życia osobistego i zawodowego oraz uwarunkowania osobowościowe, rodzinne, szkolne i warunki organizacji życia studenckiego i zawodowego, które sprzyjają uzależnianiu się). Autorka opisuje również, w jaki sposób poradziła sobie z własnym uzależnieniem. Osoby zainteresowane odsyłam do lektury.

**Cechy WFA**

Jako pierwsza podawana jest cecha, będąca podstawowym mechanizmem każdego uzależnienia – **zaprzeczanie.** „WFA nie postrzegają siebie jako alkoholików, ponieważ nie wpisują się w stereotypowy obraz osoby uzależnionej. Uważają, że nie są alkoholikami, bo: panują nad swoim życiem i odnoszą sukcesy; piją drogie trunki i/lub na ważnych spotkaniach, czują się upoważnieni do picia z racji ciężkiej pracy lub nauki; unikają pomocy terapeutycznej i określają swoje picie jako wadę lub niedoskonałość”. Jednak, jak pokazuje doświadczenie, nawet osoby bardzo nisko funkcjonujące w znakomitej większości nie postrzegają siebie jako uzależnionych czy chorych. Nie spotkałam w moim doświadczeniu zawodowym osoby uzależnionej np. skierowanej przez sąd na leczenie, by powiedziała na pierwszym spotkaniu: „wiem, że mam problem z piciem alkoholu, sąd ma rację, słusznie mnie tu skierował”. Niezależnie więc od wyjaśnień zaprzeczających chorobie, jakim kieruje się uzależniony, zaprzeczanie zazwyczaj towarzyszy uzależnieniu. Różna jest jedynie treść wyjaśnień. W niektórych przypadkach to zaprzeczanie jest bardzo wyrafinowane (przykład z praktyki, deklaracja osoby uzależnionej, jeszcze dobrze funkcjonującej: „świadomy wszelkich powikłań i zagrożeń, wkraczam na drogę alkoholizmu”). Zatem nie tylko WFA zaprzeczają chorobie. To, co wydaje się być o wiele częstsze w przypadku WFA, to zaprzeczanie ich uzależnieniu ze strony najbliższej rodziny, współpracowników i przełożonych. Otoczenie nie widzi problemu lub udaje, że nie widzi, ponieważ widzieć go nie chce. I to jest moim zdaniem różnicujący i bardzo istotny problem, opóźniający rozpoznanie i leczenie uzależnienia u WFA.

Kolejną cechą charakterystyczną dla WFA jest **„podwójne życie”** (niektórzy uważają, że potrójne: zawodowe, osobiste i alkoholowe). Na zewnątrz i wewnątrz (przed najbliższą rodziną i przyjaciółmi, a nade wszystko przed sobą samym), uzależnieni starają się ukrywać problemy z nadużywaniem substancji, maskując się wyglądem i zasobami intelektualno-ekonomicznymi („ich prezencja kłóci się z ze stereotypem modny strój, atrakcyjność fizyczna, elegancja, wyrafinowane maniery- wydają się być bardzo zadbani fizycznie, wręcz nieskazitelni”). „WFA tak układają sobie życie, by unikać negatywnych sygnałów od innych i bezkolizyjnie prowadzić wielotorowe życie”. WFA również, jak większość uzależnionych, „chowają butelki przed rodziną”, lecz czynią to często bardzo sprytnie (jedna z moich pacjentek, wykładowczyni wyższej uczelni, uszyła sobie torbę na zakupy z podwójnym dnem). Osoby uzależnione, wszystkie, z jakimi dotychczas pracowałam, cechowało „rozdwojenie” wewnętrzne. Wynika ono z mechanizmu zaprzeczania, połączonego z wizją siebie i własną tożsamością. Nawet osoby, które jak najbardziej wpisują się w stereotyp osoby uzależnionej, często bezdomne, bez pracy, bez rodziny- ratują swoje poczucie godności rozdwojeniem – „Ja piję bardzo mało, czasami tylko jak koledzy przyjdą. Nie wiem, czemu pani z opieki społecznej się czepia. U mnie wszystko w porządku”. Zarówno u tych osób jak i WFA nie widać tego wewnętrznego rozdwojenia na zewnątrz, jednak obraz funkcjonowania tych pierwszych jest spójny ze stereotypem społecznym, WFA ma natomiast zasoby, by skutecznie (do czasu) to ukrywać. By dłużej móc oszukiwać przede wszystkim samego siebie.

**Określone przyzwyczajenia i styl picia** – tu mówi się o próbach picia kontrolowanego, o zdolności do zachowywania abstynencji przez miesiące/lata, ale również o wewnętrznym przymusie dopijania drinków do końca (nawet cudzych), wywoływaniu przez jedną dawkę alkoholu głodu alkoholowego, obsesje dotyczącą możliwości napicia się. Większość osób uzależnionych ma podobne doświadczenia w przebiegu rozwoju uzależnienia: doświadczają przymusu picia wywoływanego głodem alkoholowym, u każdego nawet minimalna ilość alkoholu może wywołać bardzo silną chęć napicia się, prawie każdy w jakimś okresie życia próbował kontrolować picie, które to próby z czasem przestawały się udawać (pewien prawnik robił sobie co jakiś czas dwutygodniowy urlop, w którym bardzo skrupulatnie planował picie alkoholu. Do urlopu wyrabiał się ze wszystkimi obowiązkami służbowymi, po czym, z poczuciem pełnej kontroli, przystępował do dwutygodniowego ciągu. Ten „ustabilizowany” styl picia zakończył się, gdy prawnik pewnego dnia zasnął na ławce w parku, za poduszkę mając służbowego laptopa. Niestety, laptop został skradziony, a prawnik obudził się w nowej rzeczywistości, ponieważ właśnie stracił bardzo dobrą pracę. Na szczęście przebudził się również do trzeźwego życia). Moim zdaniem te cechy WFA należałoby uznać za pewien etap w przebiegu choroby, który dotyczy większości osób uzależnionych. Różnicą byłby czas trwania - u WFA etap ten zazwyczaj jest stosunkowo długi i może korelować z opóźnieniem rozpoznania choroby.

**Nauka, praca zawodowa i finanse** - „WFA regularnie chodzą do pracy, są w stanie utrzymać zatrudnienie. Regularnie płacą rachunki, zapewniają byt sobie i rodzinie. Są w stanie zawsze stawiać się do pracy/nauki, mogą mieć ponadprzeciętną frekwencję; mogą mieć znakomite wyniki w pracy /nauce, są szanowani za nie oraz odnoszą w nich sukcesy”. Praca jest dla WFA wartością nadrzędną.

Przekonanie „dopóki jest praca, dopóty wszystko jest w porządku”, skutecznie blokuje dostrzeżenie problemu. Dodatkowo WFA uzasadniają picie (przez co wzmacniają rozwój choroby) poprzez przekonania-racjonalizacje, związane z wykonywaniem pracy/nauką: „jestem taki zestresowany (a przy tym świetny w tym co robię), tak ciężko pracuję, tyle się uczę, że należy mi się nagroda” - dodajmy, że osoby uzależnione bardzo często, niezależnie od zajmowanej pozycji naukowej, społecznej i zawodowej, w głębi serca czują się niewiele warte. Ponieważ w wielu przypadkach WFA są głównymi żywicielami rodziny, bliscy nie chcą zobaczyć problemu, lub nie mają odwagi wywierać jakiegokolwiek wpływu na osobę uzależnioną, przez co oczywiście wzmacniają mechanizmy konstytuujące uzależnienie. WFA pod wpływem alkoholu podejmują ryzykowne zachowania, dotyczące podejmowania decyzji, kierowania firmą czy seksualne (np. związane z sytuacjami okołozawodowymi) lecz zazwyczaj znajdują usprawiedliwienie dla nich („każdy ma prawo do błędu”). W wielu opracowaniach mówi się, że pacjenci WFA wybierają prywatne ośrodki, nie chcą leczyć się w „państwowych”. Ponieważ stać ich na to, ponieważ się wstydzą, ponieważ „są lepsi…” oraz mają gwarancję anonimowości. To interesujący argument- tak jakby tylko w towarzystwie „tych lepiej funkcjonujących” czuli się bezpiecznie. A może bardziej wartościowi? A przecież w każdej leczenia uzależnień podstawową zasadą jest anonimowość. Znam przykład, w którym osoba wysokofunkcjonująca zrezygnowała z terapii w placówce prywatnej, ponieważ terapeuta na pierwszym spotkaniu wymieniał z nazwiska, jacy to znani ludzie (niekoniecznie WFA) tam się leczyli. Coraz więcej pacjentów leczących się w ośrodku, w którym pracuję (sektor lecznictwa publicznego), spełnia kryteria WFA, i zastanawiam się, czy to profil osoby uzależnionej obecnie zmienia się w kierunku coraz większego odsetka osób wysokofunkcjonujacych, czy też nasze stereotypy w postrzeganiu, kim jest osoba uzależniona zmieniają się, czy też jest coraz większa świadomość społeczna, czym w istocie jest uzależnienie. Ważne, by pamiętać, że WFA często mają ukryte przekonanie, że dla picia mogą stracić wszystko, oprócz pracy. Jest ona ostatnim bastionem, który chroni ich przed zobaczeniem rzeczywistości położenia, w jakim się znajdują, dając złudne poczucie, że wszystko jest w porządku.

**Relacje interpersonalne**: „WFA utrzymują relacje rodzinne i koleżeńskie, potrafią zachować się w towarzystwie i być zaangażowanymi w życie społeczności”. Tak to może wygląda z zewnątrz (patrz: „podwójne życie”). W życiu rodzinnym WFA często czują się samotni, często sami izolują się od bliskości z drugim człowiekiem na rzecz relacji z alkoholem. Mogą mieć też trudności ze zbliżeniem seksualnym bez alkoholu. W życiu społecznym WFA często dobierają sobie towarzystwo pijące alkohol, gdzie najważniejsze w relacjach jest picie, a nie relacje same w sobie. Daje to poczucie iluzji, że ta sfera ma się bardzo dobrze- relacje są (choć ich jakość pozostawia wiele do życzenia), grupa odniesienia jest („piję jak wszyscy”), akceptacja społeczna („jestem lubiany i ceniony”) również jest. Czasami nawet większa, zwłaszcza jeśli WFA stawia, zaprasza, jest duszą towarzystwa. A jeśli jeszcze do tego jest „znany, sławny”, etc.- to dodatkowo współtowarzysze picia oraz inne osoby z otoczenia tej osoby nie będą chciały zrezygnować z „takiego” kolegi/koleżanki (w kontekście pomocy mu w problemie). Przecież można się nim pochwalić, znajomością z nim podnieść własne poczucie własnej wartości („znam go”) czy wykorzystać do załatwienia spraw nie do załatwienia. Kto będzie chciał zdobyć się na trud dostrzeżenia, że osoba ta ma poważny problem? Dotyczy to również środowiska lekarskiego, podobnie jak każdego innego. Szczególnie, gdy dotyczy np. przełożonych czy wybitnych specjalistów. Inną odsłoną, a raczej zasłoną dla WFA, jest picie w samotności. Niektórzy tak dalece potrafią chronić sekretu swojej „największej tajemnicy”, że nikt z otoczenia, oprócz może najbliższej rodziny, nie domyśla się narastającego problemu z uzależnieniem. Jest to bardzo niekorzystne dla uzależnionej osoby, gdyż pozostaje ona przez długi czas zupełnie sama ze swoimi problemami (z których picie alkoholu jest tylko ich wierzchołkiem), jeszcze bardziej opóźniając możliwość uzyskania pomocy.

**Kwestie prawne**: „ WFA często łamią prawo, ale nie zostają złapani (np. podczas prowadzenia samochodu pod wpływem substancji psychoaktywnej). W przypadku problemów takich jak zatrzymanie przez policję za jazdę po spożyciu alkoholu, dzięki swoim wpływom i znajomościom zwykle nie ponoszą konsekwencji”. W jednym z badań amerykańskich wśród lekarzy „wysokofunkcjonujących” opisano, że „tylko pojedynczy lekarze stracili prawo wykonywania zawodu”. Jeżeli lekarz z powodu konsekwencji uzależnienia traci prawo wykonywania zawodu, czy można nadal uważać go za wysokofunkcjonującego? Czy, jeśli ktoś wykonuje pracę pod wpływem alkoholu (a wielu WFA się do tego przyznaje), to czy nadal pozostaje WFA? To, że nie zostaje przyłapany, lub, że nie ponosi konsekwencji, często wynika ze świadomego lub nieświadomego (zaprzeczanie, minimalizowanie, racjonalizowanie) przyzwolenia otoczenia (w tym odpowiednich służb czy urzędów), współpracowników oraz przełożonych.

Osoba WFA zazwyczaj jest tzw. „człowiekiem sukcesu”. Lecz powodzenie w rozwoju osiąga również uzależnienie tej osoby, ponieważ, jak to określił trzeźwy „były WFA”- „nasza choroba też ma sukcesy, bo jest w nas a WFA podtrzymuje zewnętrzną fasadę życia, wzmacniając opór przed przyznaniem się do problemu”. Lecz konsekwencje mogą przyjść niespodziewanie (choć WFA zmierzają do nich czasem bardzo długo): pozew o rozwód, utrata relacji, wypadek pod wpływem alkoholu, zabranie prawa jazdy, choroba, i najgorsze dla WFA, utrata pracy lub degradacja zawodowa/naukowa (w środowisku lekarskim- zawieszenie lub odebranie prawa wykonywania zawodu). Pamiętajmy, że pierwsze konsekwencje choroby są zazwyczaj subtelne i prawie niedostrzegalne (np. przyjście do pracy na lekkim kacu, niezobowiązujący seks w stanie upojenia, prowadzenie samochodu pod wpływem niewielkiej ilości alkoholu). Zazwyczaj WFA są mistrzami kamuflażu, załatwiania sobie usprawiedliwień oraz zwalniania się z osobistej odpowiedzialności w obszarze związanym z nadużywaniem substancji.

Wysokofunkcjonująca osoba uzależniona, jak każda inna osoba uzależniona, próbuje oszukiwać samą siebie. Jedną z najbardziej wartościowych rzeczy, jaką może dla siebie zrobić, to uznać, że osobą uzależnioną, jak każda inna. Przyznać, że potrzebuje pomocy, zanim jej życie zawodowe i osobiste zamieni się w ruinę. Działając w OIL w Gdańsku jako pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy, mogłam wielokrotnie zaobserwować, jak lekarze, których życie i kariera zawodowa były konsekwentnie niszczone przez nadużywanie substancji psychoaktywnych, brały odpowiedzialność za leczenie swojego uzależnienia i odbudowywały krok po kroku każdą sferę życia. Musiały jednak wcześniej uznać, że są chore. Jeden z lekarzy (chirurg), który przyszedł do mnie pierwszy raz, powiedział: „No, gdyby nie ten złośliwy pacjent, co mnie zgłosił na policję, nie byłoby żadnego problemu. Przecież zawsze pije się na dyżurach, i nic się nie dzieje”. Po zakończonej terapii podziękował za pomoc, i zaznaczył, że również jest wdzięczny pacjentowi, który wtedy powiadomił organy ścigania.

W dodatku do PML nr 04/2016 „Pomagajmy sobie”, autorstwa Bohdana Woronowicza, opisanych jest wiele objawów, po których poznać można kolegę lekarza, który ma problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Tytuł jest kwintesencją tego, co uważam za najważniejsze w kwestii problemu uzależnień wśród lekarzy – jest to wzajemna pomoc, zrozumienie problemu i drugiego człowieka, wyjście mu na spotkanie a nie odwracanie wzroku. Nie chodzi o to, by teraz „tropić” uzależnionych i ich „denuncjować”. Chodzi o wzajemną pomoc, a przy tym o ochronę pacjentów i siebie. Czy warto czekać, aż uzależniony kolega się „stoczy”, by osiągnąć przysłowiowe „dno” (cokolwiek ono dla danej osoby znaczy), czy też możemy pomóc mu się zatrzymać się wcześniej, zanim znajdzie się w miejscu, z którego podźwignąć się będzie już bardzo trudno lub będzie to niemożliwe (np. w przypadku śmierci).

Pewna młoda uzależniona od alkoholu „WFA”, w swoim blogu dyskutuje z mitami, związanymi z terminem „funkcjonującego alkoholika”, zwracając uwagę na to, że „stereotypowy alkoholik” i „funkcjonujący alkoholik”, to nadal alkoholik... czyli osoba chora. Autorka, opisując przechodzenie przez swoje etapy pogłębiania się choroby, podkreśla, że tylko **wydawało się** jej, że dobrze sobie radzi, tymczasem, „pijąc ze stresu i z sukcesu” – dość szybko jedynym sposobem radzenia sobie i nagradzania siebie stał się alkohol. Pyta: jeżeli **myślisz**, że dobrze funkcjonujesz, bo masz pracę, rodzinę, przyjaciół, samochód, etc.- to przyjrzyj się, jak wykonujesz tę pracę, jaka jest twoja prawdziwa obecność w rodzinie, czy twoje relacje nie zmieniły jakości, czy nie prowadzisz samochodu pod wpływem alkoholu, czy twoje życie nie zaczęło obracać się wokół alkoholu, czy nie próbujesz zmienić czegoś w sposobie picia, by dać sobie ułudę, że je kontrolujesz… Na koniec zachęca, by zrezygnować z nabierania siebie, że jest się dobrze funkcjonującym- ponieważ osoby „funkcjonujące” są po prostu osobami uzależnionymi. Apeluje, by dać sobie szansę poradzenia z uzależnieniem, **zanim** ono poczyni spustoszenie w życiu i zdrowiu. (Rebecca Baille, The 4 Stages of Alcoholism for the Functioning Alkoholic). Sarah Benton napisała książkę o sobie, ponieważ “historia alkoholika wysokofunkcjonujacego rzadko wypływa na światło dzienne, bo nie jest to opowieść o bijącej w oczy tragedii, tylko o cichym cierpieniu”.

Epilog

Ostatnio, gdy jechałam pociągiem w poniedziałkowy ranek, wsiadł do wagonu pewien młody, dobrze ubrany mężczyzna, z porządną firmową torbą i laptopem. Z oddali pachniał drogimi perfumami, sposobem bycia prezentował się zarówno elegancko, jak i nieco nonszalancko. Gdy przysiadł się do mnie, zobaczyłam detale świadczące o niezbyt starannej higienie. Najbardziej jednak z wyglądem i prezencją zewnętrzną kolidował zapach, który wyczułam. Był to nie tylko zapach przetrawionego alkoholu, lecz przede wszystkim zapach nie mytego od dłuższego czasu ciała. Pewne symptomy i zachowanie towarzysza podroży mogły świadczyć, że znajduje się prawdopodobnie w zespole odstawienia od alkoholu. Przy tym był niezwykle sympatyczny i szarmancki wobec mnie. Zrobiło mi się smutno, gdyż trudno było mi rozmawiać z nieznajomym na temat jego picia a jednocześnie chciałam powiedzieć: proszę pana, na co czekać, udając, że wszystko jest ok…

Katarzyna Wiśniewska

Tel : 504 894 959 Mail : pelnomocnikzdrowia@oilgdansk.p Uwaga: Egzemplarze książki Sarah A. Benton „Alkoholicy Wysokofunkcjonujacy z perspektywy profesjonalnej i osobistej” są dostępne w siedzibie OIL w Gdańsku. Zainteresowanych ich otrzymaniem proszę są o kontakt telefoniczny lub mailowy. Piśmiennictwo u Autorki