

## Rozdział III

# FORMY POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU

„Część pacjentów mimo pozytywnej motywacji do leczenia, szybko powraca do nałogu. Inni znowu wracają do picia po wielu miesiącach, a nawet latach całkowitej abstynencji [...] Ale bywają i inne przypadki, kiedy pacjent, który przez wiele lat ma ogromne trudności z zachowaniem abstynencji, przestaje pić. [...] Co w takich wypadkach decyduje o postawie pacjenta, pozostaje na razie jeszcze tajemnicą” (Kulisiewicz, 1969, s. 110–111).

Od ponad 100 lat trwają starania w obszarze opracowania profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym od alkoholu. Jedną z pierwszych osób podchodzących fachowo do leczenia osób uzależnionych od alkoholu był A. Forel – szwajcarski psychiatra, który sformułował podstawowe zasady leczenia (Woronowicz, 2009). Uważano, iż uzależnienie można zatrzymać tylko w przypadku utrzymania pełnej abstynencji, a osoba uzależniona nigdy nie będzie w stanie pić w sposób umiarkowany. Zakładano minimum roczny czas leczenia, w którym terapią powinni się zajmować wyłącznie sami abstynenci. Pierwszy „przysłupek dla pijaków” został założony w Lindorfie, w okolicach Düsseldorfu, natomiast początkowe zakłady leczące uzależnionych od alkoholu powstały cztery lata później w USA. W 1870 roku na zjeździe *Inebriates American Association for Cure of Inebriates* alkoholizm został zaklasyfikowany jako choroba. W tym okresie terapia opierała się na trzech celach leczenia farmakologicznego, a mianowicie: łagodzenia objawów abstynencyjnych, leczenia substytucyjnego i leczenia awersyjnego.

Niniejszy rozdział prezentuje zróżnicowanie celów w podejściach terapeutycznych na gruncie terapii uzależnień. Opisany w nim również zostanie powszechny w Polsce model terapii uzależnienia od alkoholu.

## 1. Realizacja celów terapii uzależnienia alkoholowego w Polsce

Paradygmat leczenia osób uzależnionych w Polsce był uwarunkowany zarówno postępami wiedzy medycznej, psychologicznej, jak i zmieniającą się ogólną atmosferą społeczną i polityczną. Wzrost świadomości społecznej powodował coraz większe zainteresowanie wokół zjawiska uzależnienia od alkoholu. Postęp wiedzy psychologicznej i medycznej stopniowo wpływał na zmianę sposobów leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Od połowy XX wieku dominującym podejściem wobec uzależnienia od alkoholu była strategia całkowitej abstynencji. W przypadku uzależnienia rozpatrywanego w kontekście ICD-10 postawienie celu całkowitej abstynencji jest jak najbardziej uzasadnione. W ostatnich latach jednak coraz częściej podnosi się kwestię zasadności traktowania uzależnienia od alkoholu jako choroby przewlekłej i nieuleczalnej (Cunningham, McCambridge, 2012). W obliczu niesatysfakcjonującej efektywności klasycznych form leczenia zaczęto coraz częściej przeformułowywać cele terapii w kierunku podnoszenia jakości życia pacjentów. Podejście terapeutyczne, nazwane redukcją szkód, początkowo pomyślane było jako metoda skierowana do osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach dożylnych i zakażonych wirusem HIV. Podejście to nie zakłada zatem całkowitej abstynencji, a jedynie ograniczenie ilości spożywanego alkoholu. Oferuje alternatywę dla tradycyjnego podejścia do leczenia uzależnień i stwarza możliwość indywidualnego dostosowania postępowania terapeutycznego w zależności od potrzeb i aktualnej kondycji pacjenta (Jakubczyk, Wojnar, 2012).

W Polsce, jeszcze w drugiej połowie XX wieku, rozpowszechniona była głównie ergoterapia, czyli tzw. leczenie pracą. Pacjenci często pomagali np. przy żniwach lub doglądali bydła (Buxakowski, 1974). Silny głos w ówczesnym podejściu do terapii uzależnień miał rozwijający się nurt terapii behawioralnej. Aby pacjent „odwykł” od picia, należało go behawioralnie uwarunkować na bodziec, jakim jest picie alkoholu. W tym celu stosowano wiele substancji powodujących nieprzyjemne objawy. Podawano anticol, antabus bądź wszywano esperal i przeprowadzano pogadanki umoralniające (Kulisiewicz, 1969).

„W rzeczywistości w szpitalu każdego rana ustawiano pacjentów w szeregu wzdłuż korytarza, każdy z nich dostawał wiaderko i antabus, wypił dawkę wódki, zwymiotował w wiaderko i szedł grabić szpitalne trawniki” – stwierdza Jagoda Fudała, kierownik działu lecznictwa odwykowego i programów medycznych w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w wywiadzie dla tygodnika „Polityka” (Kołodziejczyk, 2000). O tym, kto jest uzależniony, decydowały komisje społeczno-lekarskie, w skład których wchodził lekarz, milicjant

i czynnik społeczny, np. dyrektor szkoły. Pod uwagę brano częstość odbywanych libacji, liczbę awantur w domu obywatela i interwencje milicyjne (Kołodziejczyk, 2000). Badania skuteczności terapii stacjonarnej przeprowadzone w latach 70. wskazywały, iż po roku 11% pacjentów utrzymywało pełną abstynencję, natomiast po upływie trzech lat odsetek tych pacjentów wynosił zaledwie 4% (Woronowicz, 1998). Terapia uzależnień w latach 80. również nie napawała optymizmem. Ponad 80% personelu zajmującego się terapią nie wierzyło, że można pomóc osobom uzależnionym od alkoholu. Dopiero z początkiem lat 90. wyklarował się nowy model leczenia o „korzeniach amerykańskich”. Oparty na tzw. modelu Minnesota, który w zbliżonej formie obowiązuje do dnia dzisiejszego (Kołodziejczyk, 2000). Była to swoista rewolucja w podejściu do terapii uzależnień.

Standardowy program psychoterapii uzależnienia od alkoholu realizowany w polskich placówkach odwykowych powstał na bazie: amerykańskich programów terapeutycznych funkcjonujących w tzw. modelu Minnesota, z doświadczeń nurtu behawioralno-poznawczego oraz koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia J. Mellibrudy (2006). Podejście to nazywa się strategiczno-strukturalną psychoterapią uzależnienia, ponieważ obejmuje zarówno zalecenia dotyczące planu działania terapeuty w kolejnych etapach procesu terapii, jak i wskazuje na procedury kształtujące strukturę różnych sytuacji terapeutycznych, które są niezbędne do realizacji wyznaczonej strategii terapeutycznej.

Formą pomocy w placówkach terapii uzależnień od alkoholu w Polsce jest psychoterapia zajmująca się mechanizmami tworzącymi chorobę. Program psychoterapeutyczny został tak skonstruowany, aby na jego poszczególnych etapach umożliwić pacjentowi osiągnięcie konstruktywnej poprawy psychospołecznego funkcjonowania. Zmiany zachodzące w czasie podjętej psychoterapii są długim procesem i wymagają dostosowania odpowiednich metod i interwencji terapeutycznych do okresu dochodzenia organizmu osoby uzależnionej do równowagi. Cały program terapeutyczny składa się z dwóch faz: intensywnej oraz pogłębionej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Woronowicz, 2009).

**Faza intensywna** jest nastawiona na realizację takich celów, jak:

- zwiększenie zdolności pacjenta do rozpoznawania i uznawania faktu własnego uzależnienia (praca nad bezsilnością wobec alkoholu i destrukcją alkoholową) oraz jego gotowości do pracy nad sobą;
- nauka konstruktywnego radzenia sobie z emocjami;
- poprawa komunikacji z innymi ludźmi;
- zapobieganie nawrotom picia (uzyskanie wiedzy o naturze procesu nawrotu, uczenie się rozpoznawania sygnałów zbliżającego się nawrotu i radzenia sobie w tej sytuacji);
- uczenie się umiejętności ważnych dla trzeźwego życia.

W tej fazie pacjenci realizują zwykle zajęcia w grupie terapeutycznej i edukacyjnej, Indywidualny Program Terapii, uczestniczą w sesjach zapobiegania nawrotom picia, w treningu asertywnych zachowań abstynenckich (TAZA) i w realizacji elementów treningu interpersonalnego. Przez cały czas terapii, a zatem także w fazie intensywnej pracy nad uzależnieniem, korzystają z rozmów indywidualnych z psychoterapeutą oraz uczestniczą w mitingach AA.

**Faza pogłębiona**, czyli program zaawansowany, różni się od etapu intensywnej terapii mniejszym obciążeniem czasowym i głębszym poziomem pracy z pacjentem. Ten okres leczenia charakteryzuje większa koncentracja na osobowościowych problemach pacjenta, niekoniecznie bezpośrednio związanych z piciem. Realizowane są w niej następujące cele (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Woronowicz, 2009; Chodkiewicz, 2012):

- praca nad uszkodzeniami życia emocjonalnego;
- rozwijanie zdolności pacjenta do rozumienia samego siebie i innych oraz do konstruktywnej wizji swojego życia;
- praca nad zdeorganizowanym obrazem Ja oraz nad brakiem oparcia w sobie;
- poprawa kontaktów z otoczeniem społecznym pacjenta.

Długość terapii (etap intensywny) to około 6–8 tygodni w placówkach stacjonarnych i dziennych oraz około 6–9 miesięcy w placówkach ambulatoryjnych. Kontynuowanie terapii ambulatoryjnej na etapie pogłębionym trwa kolejne 6–12 miesięcy. Łącznie cały proces terapeutyczny trwa około 24 miesięcy. Poszczególne etapy terapii, które zostaną opisane poniżej, różnią się od siebie czasem trwania, zadaniami, stawianymi celami i stosowanymi strategiami terapeutycznymi (Mellibruda 1997; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Kołodziejczyk, 2000; Woronowicz, 1998; Woronowicz, 2009).

Realizacja celów terapeutycznych podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu w Polsce składa się z wielu oddziaływań psychoterapeutycznych, do których można zaliczyć najczęściej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Woronowicz, 2009):

- **Instrumentalne oddziaływania poznawcze**

Jest to zorganizowany system działań edukacyjnych dostarczających wiedzę o sprawach ważnych dla procesu terapii. Oddziaływania te mogą być prowadzone w postaci mikroedukacji, indywidualnych lektur, nagrań audiowizualnych, plakatów i ćwiczeń. Wiedzę tę pacjent powinien na bieżąco odnosić do samego siebie i do swojego życia, gdyż ma ona przyczyniać się do zmiany jego myślenia i postępowania.

- **Autoanaliza zdarzeń, osobistych schematów postępowania i myślenia**  
W programie terapii jest wiele specjalnie zaplanowanych okazji do autoanalizy konkretnych elementów własnego życia. Dostarczają one pacjentowi materiału do lepszego poznawania swojego sposobu życia i myślenia oraz do rozwijania umiejętności rozpoznawania zjawisk, które będą zagrażać jego abstynencji. W odróżnieniu od spontanicznego i skojarzeniowego samopoznania w psychoterapii zaburzeń nerwicowych, autoanaliza w terapii uzależnienia jest prowadzona w sposób ustrukturalizowany i koncentruje się na określonych przez terapeuta obszarach.
- **Dostarczanie przykładów i wzorów postępowania**  
Częścią programu terapii uzależnienia jest wykorzystywanie jednej z najbardziej skutecznych metod uczenia społecznego, jaką jest modelowanie. Podstawowym rodzajem treści, które docierają tą drogą do pacjentów, są wzory konstruktywnego postępowania, służącego trzeźwemu życiu. Można to osiągnąć np. przez udział w programie osób, które same kiedyś patologicznie piły, ale odniosły sukces w prowadzeniu trzeźwego życia.
- **Wpływ interpersonalny – indywidualny i grupowy**  
W terapii ważną rolę odgrywają bezpośrednie i uniwersalne oddziaływania interpersonalne, dokonujące się pomiędzy wszystkimi uczestnikami sytuacji terapeutycznych, a zwłaszcza bezpośrednie konfrontowanie pacjenta z realiami jego zachowań i sytuacji, w których się znajduje.
- **Ćwiczenie umiejętności**  
Dla utrwalania abstynencji i budowania nowego sposobu życia bez alkoholu potrzebne jest rozwijanie konstruktywnych wzorów zachowania i myślenia, czyli trenowanie umiejętności. Służą temu zarówno drobne, czasem doraźnie improwizowane ćwiczenia dostosowane do konkretnych umiejętności, jak i systematycznie zorganizowane procedury, np. trening zapobiegania nawrotom picia, trening asertywności, trening interpersonalny.
- **Przygotowanie do uczestnictwa w środowiskach wzajemnej pomocy**  
Dotyczy to przede wszystkim zachęcania pacjentów do uczestnictwa w spotkaniach AA oraz zapoznawania ich z wybranymi treściami programu Dwunastu Kroków.

Aktualnie PARPA rekomenduje włączanie do programu terapii osób uzależnionych inne formy pomocy, np. Program Ograniczania Picia czy Krótkoterminowa Terapia Par ([ww.parpa.pl](http://www.parpa.pl)).

## 2. Cele wsparcia w różnych modelach pomocy

Pacjent uzależniony od alkoholu trafiający do ośrodka chciałby wybrać najlepszą dla siebie metodę terapii. Nie jest on jednak świadomy wielości podejść terapeutycznych stosowanych w leczeniu uzależnień. Zależy mu na tym, aby się wyleczyć. To na terapeutach spoczywa odpowiedzialność wyboru rodzaju terapii i sposobu jej prowadzenia. Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ wśród przedstawicieli różnych szkół toczy się spór o to, które z podejść jest najbardziej skuteczne w aspekcie utrzymywania abstynencji. Poniżej zaprezentowano dostępną ofertę terapeutyczną dla osób uzależnionych od alkoholu w aspekcie realizowanych celów.

### 2.1. Cele stosowania farmakoterapii

Głównym celem podejścia farmakologicznego w terapii uzależnień jest zaprzestanie używania alkoholu. Wyodrębnia się dwa etapy leczenia, którego pierwszym krokiem jest osiągnięcie abstynencji. Odbywa się to wskutek detoksykacji organizmu. Celem drugiego etapu jest wydłużenie okresu abstynencji i zapobieganie nawrotom. Biologiczne mechanizmy odpowiedzialne za kontynuację picia tuż po odstawieniu alkoholu różnią się od tych warunkujących ewentualny nawrót choroby. W praktyce odbywa się to przez zastosowanie odmiennych rodzajów leków w zależności od upływu czasu od zaprzestania picia (Woronowicz, 2009; Habrat, 2013).

Detoksykacja dotyczy etapu terapeutycznego, w którym leczy się objawy zespołu abstynencyjnego. Jej podstawowymi celami są (Bieńkowski, 2013):

- ograniczenie/eliminacja objawów abstynencyjnych i towarzyszącego dyskomfortu;
- zaangażowanie pacjenta w proces leczenia.

Pacjenci niejednokrotnie w tym okresie przeżywają wzmożoną potrzebę spożycia alkoholu, występuje drażliwość, niepokój psychoruchowy oraz częste wahania ciśnienia tętniczego krwi. W niektórych przypadkach pojawiają się objawy napadów padaczkowych czy majaczenia drżennego. W leczeniu zespołów abstynencyjnych spośród leków najczęściej stosowane są pochodne benzodwuzepiny. Spośród wielu leków uspokajających i nasennych można wyróżnić: diazepam, klorazepat, lorazepam. Ryzyko stosowania tych leków polega na ich silnym działaniu uzależniającym. Przy długotrwałym ich stosowaniu (codziennie, przez

około 3–4 tygodnie) rozwija się **tolerancja na dany lek** – czyli spadek skuteczności działania danej dawki i konieczność jej podwyższenia w celu osiągnięcia podobnego efektu, dlatego też podawane są przez krótki okres (Bisaga, Wojnar, 2012; Habrat, 2013; Woronowicz, 2009).

Zdecydowana większość osób, które poddają się wyłącznie detoksykacji, nie są w stanie utrzymać trwałej abstynencji. Dlatego zazwyczaj jest ona traktowana jako pierwszy etap leczenia uzależnień. Farmakoterapia w procesie zdrowienia za główny cel stawia sobie (Bisaga, Wojnar, 2012):

- całkowitą lub długotrwałą abstynencję;
- wydłużenie okresu abstynencji;
- zmniejszenie liczby dni, w których spożywany jest alkohol;
- zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu.

Najbardziej skuteczne jest stosowanie leków powodujących efekt uniemożliwiający doświadczenie euforyzującego działania alkoholu. Do tej grupy leków zaliczane są substancje określane jako antagoniści receptora opioidowego (naltrekson, nalmefen) oraz disulfiram. Efektem stosowania antagonistów jest zablokowanie receptora odpowiedzialnego za doświadczenie przyjemności. Disulfiram blokuje metabolizm alkoholu, co prowadzi do nagromadzenia się aldehydu octowego, czego konsekwencją są odczuwalne przez osobę nieprzyjemne doznania po wypiciu kolejnej dawki substancji (Bieńkowski, 2013; Bisaga, Wojnar, 2012).

Warto podkreślić rolę, jaką odgrywają leki z grupy selektywnych inhibitorów presynaptycznego wychwytu zwrotnego serotoniny w farmakologicznym wspomaganie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. Badania kliniczne potwierdzają, iż przyjmowanie tych leków zmniejsza częstość występowania nawrotów picia (Habras, 2001).

Wśród innych leków stosowanych w procesie terapii osób uzależnionych od alkoholu można wyróżnić również (Zweben, 2001; Enoch, 2006; Szczygieł, 2008; Foroud i in., 2010; Bisaga, Wojnar, 2012):

- Topiramát – skutecznie wpływa na zmniejszenie odczucia „głodu alkoholowego”; lek blokuje aktywność kwasu  $\gamma$ -aminomasłowego – GABA oraz wykazuje antagonizm wobec kwasu glutaminowego.
- Akamprozát – jest antagonistą aminokwasów działających pobudzająco na OUN; zwiększa stężenie serotoniny oraz nasila neuronalny wychwyt GABA, czego efektem jest zmniejszenie odczuwanej potrzeby wypicia alkoholu.
- Baklofen – agonista receptorów GABA; stosowany jest w celu zmniejszenia napięcia mięśniowego w stwardnieniu rozsianym. Dokładny mechanizm działania baklofenu nie został jeszcze poznany. Pobudza on receptory GABA<sub>S</sub>, zwiększając tym samym blokady bodźców mających początek w rdzeniu

kręgowym i prowadzi do osłabienia ich przebiegu. Wykazuje oddziaływanie hamujące na ośrodkowy układ nerwowy, wywołując uspokojenie w sytuacjach wzrostu napięcia emocjonalnego.

## 2.2. Cele zawarte w tzw. modelu Minnesota

Na przełomie lat 40. i 50. XX w. w szpitalu Willmar, w Minnesocie psychiatra i psycholog zainicjowali nowy model leczenia uzależnień, opierający się na połączeniu wiedzy profesjonalnej z doświadczeniami wspólnoty AA. Był to intensywny 28-dniowy program, uwzględniający indywidualność pacjenta, wsparcie grupy i udział rodziny w procesie zdrowienia. Do podstawowych założeń modelu Minnesota należą następujące (Finney, 2000; Kooyman, 2002; Huebner, Kantor, 2011):

- Alkoholizm jest chorobą znacząco różniącą się od innych zaburzeń psychicznych i emocjonalnych.
- Jest to choroba pierwotna, która nie wynika z innej choroby.
- Alkoholizm jest chorobą przewlekłą, postępującą, może być śmiertelną; jest niezawiniony, a na jego powstanie złożyło się wiele czynników.
- Osoby, które cierpią na tę chorobę, należy traktować z szacunkiem, zwracać uwagę na ich godność.
- Wstępna motywacja nie decyduje o wynikach leczenia.
- Jednym z podstawowych objawów choroby jest zaprzeczanie. Alkoholizm to choroba zaprzeczeń i nawrotów.
- Należy dążyć do utożsamiania zachowań i dolegliwości pacjenta z objawami choroby, taka identyfikacja może wywołać potrzebę zmian.
- Dożywotnia abstynencja jest celem długofalowym.
- Proces zdrowienia wspomaga współdziałanie osób najbliższych.
- Terapia odbywa się w małych grupach z uwzględnieniem problemów indywidualnych.
- Leczenie prowadzą zespoły interdyscyplinarne, w ich składzie są trzeźwiejący alkoholicy i narkomani.
- W terapii korzysta się z doświadczeń grupy Anonimowych Alkoholików i stworzonego programu Dwunastu Kroków (zbioru zaleceń dla osoby uzależnionej, które systematycznie stosowane mają pomóc uczestnikowi wspólnoty).

Zespół interdyscyplinarny ustala indywidualną formę pomocy osobie uzależnionej. Podstawowym krokiem w kierunku zmiany jest uznanie bezsilności wobec alkoholu oraz wprowadzania zaleceń trzeźwego stylu życia. Zdrowienie to zmiana stylu życia, myślenia, zachowania i sposobu reagowania. To uporządkowanie spraw osobistych, zadośćuczynienie innym, rozwój duchowy. Program AA



okazał się realnym i praktycznym urzeczywistnieniem zintegrowanej pomocy, stworzonej przez osoby uzależnione i dał potężny bodziec do rozwoju różnorodnych grup samopomocowych. Specjaliści zajmujący się terapią uzależnienia od alkoholu często zalecają udział w tych grupach jako czynnik wspierający proces zdrowienia (Kooyman, 2002; Vaillant, 2005; Chodkiewicz, 2012).

### 2.3. Cele modelu strategiczno-strukturalnego

W polskim leczeniu osób uzależnionych od alkoholu stosowane są oddziaływania terapeutyczne oparte na stworzonym przez J. Mellibrudę (1997b) modelu psychoterapii strategiczno-strukturalnej. Ten projekt jest konsekwencją przyjęcia zasad zawartych w bio-psycho-społecznej koncepcji uzależnienia. Elementem centralnym tej koncepcji są trzy podstawowe mechanizmy psychologiczne: mechanizm nałogowej regulacji emocji, mechanizm iluzji i zaprzeczania oraz mechanizm rozproszenia i rozdwojenia Ja (Mellibruda, 1997). Zadania terapeutyczne przyjęte w tym modelu są ściśle podporządkowane danemu etapowi leczenia, w którym znajduje się osoba uzależniona.

Etap pierwszy obejmuje pracę nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymaniem się od picia. Dotyczy zrozumienia uzależnienia i zasad terapii, rozpoznania własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu, wspierania wczesnej abstynencji oraz zmiany tożsamości alkoholowej pacjenta. Etap drugi to praca nad rozbiciem procesów uzależnienia: nałogowej regulacji uczuć, iluzji i zaprzeczania oraz rozpraszania i rozdwojania Ja. Etap trzeci opiera się na pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznej pacjenta w postaci wycofania się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawiania szkód spowodowanych przez picie oraz uczenia się umiejętności zapobiegania nawrotom. Etap czwarty dotyczy pracy nad rozwiązywaniem problemów osobistych związanych z naprawianiem szkód spowodowanych przez picie, zanikiem tendencji autodestrukcyjnych, zmian niszczących form relacji z otoczeniem oraz budowania pozytywnej wizji własnej osoby i życia (Mellibruda, 1997b). J. Mellibruda założył, iż strategia postępowania z pacjentem powinna być ukierunkowana na następujące cele (Mellibruda 1997; Woronowicz, 1998; Woronowicz, 2009):

- zwiększenie zdolności do trwałego utrzymywania abstynencji;
- wyuczenie umiejętnego rozwiązywania problemów osobistych;
- budowanie motywacji do prowadzenia zdrowego i konstruktywnego życia;
- usuwanie zaburzeń somatycznych i psychicznych;
- naprawienie negatywnych relacji z życia rodzinnego spowodowanych nadużywaniem alkoholu.

Cele te zajmują się przede wszystkim funkcjonowaniem psychospołecznym pacjenta i utrzymaniem abstynencji. Ich realizacja odgrywa zasadniczą rolę w całym systemie pomocy, ponieważ ma decydujący wpływ na to, czy pacjent będzie dalej pił oraz czy będzie zdolny do rozwiązywania problemów osobistych. W pracy terapeutycznej wykorzystywane są odmienne formy pomocy (Kołodziejczyk, 2000; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Głównym założeniem tego podejścia jest integrowanie różnych modeli teoretycznych i poszukiwanie wspólnych czynników leczących. Głównymi tematami pracy terapeutycznej w tym podejściu są (Mellibruda, 1997; Mellibruda, 1997b; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006):

- Rozpoczynanie procesu zmiany – ten temat pojawia się na początku pracy terapeutycznej, jego zadaniem jest nawiązanie relacji terapeutycznej i wzbudzenie motywacji do leczenia.
- Uznanie własnego uzależnienia i powstrzymanie się od picia – treścią zajęć jest rozpoznanie własnego uzależnienia i rozpoczęcie pracy nad radzeniem sobie z pragnieniem alkoholu.
- Rozbrajanie mechanizmów uzależnienia – oznacza to dążenie do korygowania dysfunkcjonalnego funkcjonowania osoby w sferze poznawczo-emocjonalnej.
- Radzenie sobie z nawrotami – pomoc osobie uzależnionej dotyczy zwiększania jego umiejętności rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych oraz skutecznego radzenia sobie z czynnikami ryzyka.
- Rozwiązywanie problemów osobistych pacjenta – etap ten wykracza poza obszar, na którym koncentruje się psychoterapia uzależnienia i związany jest z pomaganiem pacjentowi w rozwiązywaniu problemów oraz wspieraniu jego osobistych zasobów.

Przedstawiony szkic modelu strategiczno-strukturalnego podejścia do psychoterapii uzależnienia nie pokazuje gotowej i zamkniętej koncepcji postępowania terapeutycznego. Nie oznacza to oczywiście, że we wszystkich ośrodkach leczenia uzależnień terapia prowadzona jest w ten sam sposób i zawiera ona wierne odwzorowania ukazanych strategii i procedur strukturalizujących sytuacje terapeutyczne. W zaprezentowanym modelu terapii współwystępują elementy wchodzące w skład różnych podejść terapeutycznych. Ich rola i znaczenie w procesie psychoterapii poszczególnych pacjentów może być zróżnicowana w zależności od specyfiki indywidualnego przypadku.

## 2.4. Cele modelu samopomocy

Filozofia samopomocy opiera się na poszukiwaniu i wyzwaniu zasobów wspierających proces zdrowienia. Proces wsparcia uzyskiwany jest przez identyfikację z podobnymi trudnościami doświadczanymi przez inne osoby uzależnione. Celem tych grup jest umożliwienie uczestnikom (Vaillant, 2005; McKay, 2011; Hodge, Hiller-Sturmhöfel, 2011):

- uzyskania oparcia i zrozumienia;
- rozładowania emocji;
- poszerzenia wiedzy na temat wspólnego problemu;
- tworzenia konstruktywnych relacji interpersonalnych;
- budowania konstruktywnej wizji życia.

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych grup samopomocy w Polsce jest wspólnota Anonimowych Alkoholików. Zaletą tej grupy jest program rozwoju duchowego oraz specyfika warsztatu pracy i organizacji działania. Idea programu Dwunastu Kroków oraz sponsoringu wspiera osobę uzależnioną w sytuacjach trudnych. Daje nadzieję, udziela konkretnych rad, jak również modeluje konstruktywny sposób myślenia i zachowania. Uczestnictwo w grupie AA pomaga przezwyciężyć osamotnienie oraz zbudować zdrowe relacje z innymi. W 1994 roku na świecie było już 90 tys. grup, a w 2007 roku aż 113 tys. w 150 krajach. Ruch ten często wskazywany jest jako element wspierający profesjonalną formę pomocy osobom uzależnionym od alkoholu (Riessman, Carroll, 2000). Kiedy rozpatrujemy związek programu Dwunastu Kroków z psychoterapią, to możemy przedstawić uzależnienie od alkoholu jako chorobę biopsychospołeczną, naruszającą funkcjonowanie osoby we wszystkich obszarach życia. Poszczególne etapy programu AA mogą być efektywnie stosowane w metodach i technikach psychoterapii poznawczo-behawioralnej (dzienniki, ankiety, własne sprawozdania). W grupach AA inna osoba uzależniona lub sponsor stwarzają warunki dla wprowadzania zmian dzięki życzliwej i pełnej wsparcia relacji. To podstawowa funkcja sponsora w grupach AA katalizuje i ukierunkowuje proces zdrowienia (Finski, 2000).

## 2.5. Cele modelu redukcji szkód

Redukcja szkód ma na celu zminimalizowanie konsekwencji związanych z nadużywaniem przez pacjenta alkoholu. Jest to program dla pacjentów, którzy chcą pić alkohol, a jednocześnie poddać się psychoterapii. A. Tatarsky (2012) odchodzi od modelu leczenia opartego na całkowitej abstynencji. Nie przychyła się

do terapii opartej na 12 krokach AA i traktowaniu omawianego problemu jako choroby. Uważa, że uzależnienie jest kombinacją wielu czynników biologicznych i psychospołecznych. Cechy te mają wielki wpływ na picie. Alkohol czy narkotyk jest „lekarstwem” na problemy, z którymi pacjent sobie nie radzi. Strategie stosowane przez terapeutę powinny być oparte na całościowym rozumieniu pacjenta i jego problemów. Sięga się po nie w zgodzie z tym, czego chce i oczekuje pacjent. Podstawą skutecznej terapii jest porozumienie terapeutyczne zawarte pomiędzy terapeutą a pacjentem wokół wspólnych celów. Sojusz należy budować dla zrozumienia motywów, z jakimi pacjent się zgłosił. Wyróżnia się następujące zasady oddziaływań terapeutycznych (Sempruch-Malinowska, Zygałło, 2012; Jakubczyk, Wojnar, 2012; Tatarsky, 2012):

- Pragmatyzm – picie alkoholu, mimo wynikających z tego zagrożeń, wiąże się również z przyjemnymi doznaniem. Wymaga to przeniesienia punktu ciężkości z dążenia do osiągnięcia idealistycznego celu, jakim jest pełna abstynencja, na działania zmierzające do realizacji wytycznych zwiększających jakość życia.
- Wartości humanistyczne – podejście to powstrzymuje się od wszelkich ocen. Decyzja osoby o tym, by dalej pić alkohol nie podlega jakimkolwiek wartościowaniu.
- Koncentrowanie się na szkodach związanych z piciem alkoholu – programy terapeutyczne skupiają się na szkodach związanych z piciem. Minimalizacja ryzyka wystąpienia tych szkód jest podstawowym, nadrzędnym celem programów i strategii redukcji szkód. Dopiero na drugim miejscu znajduje się cel w postaci abstynencji.
- Wyważenie zysków i kosztów – praca terapeutyczna polega na identyfikacji i szacowaniu wagi problemów związanych z uzależnieniem oraz wynikających z niego szkód.
- Pierwszeństwo celów natychmiastowych – programy redukcji szkód są efektem zidentyfikowania celów, które mają zostać osiągnięte i uporządkowania ich w odpowiedniej hierarchii.

Po stronie terapeuty ważne są jego zaangażowanie, zainteresowanie, szacunek i zrozumienie w stosunku do pacjenta. Uwaga skierowana jest na aktualne potrzeby pacjenta, który opracowuje styl życia sprzyjający umiarkowanemu spożywaniu alkoholu, a jednocześnie uczy się alternatywnych sposobów rozwiązywania problemów. Praktycy redukcji szkód uznają doniosłość każdej pozytywnej zmiany osiągniętej przez pacjenta.

Ponadto w paradygmacie pomniejszania strat wyróżnić można instytucjonalne, kontrolowane wydawanie alkoholu. Wiąże się ono z udostępnianiem

alkoholu w ściśle określonych warunkach, w przygotowanych ku temu placówkach. Nie jest to jeszcze praktykowane w Polsce. Istnieją jednak ośrodki, które w ramach strategii redukcji szkód oferują pacjentom program oparty na monitorowaniu spożywanego alkoholu (np. PLUiW – Przychodnia Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia w Śremie, woj. wielkopolskie). Zasady tych programów odnoszą się do sprecyzowania następujących ustaleń: postaci wypijanego alkoholu, jego ilości (wyznaczenie górnych granic spożycia alkoholu jednorazowo), prędkości picia (wytyczenia długości i tempa picia), częstotliwości (określenia, ile razy w ciągu tygodnia/miesiąca można spożyć alkohol), czasu (kiedy będzie się piło), miejsca (ustalenie, w jakim miejscu będzie się piło), otoczenia (wskazanie towarzystwa, w jakim będzie się piło), samopoczucia (zdecydowanie, w jakim stanie emocjonalnym dopuszczalne jest spożycie alkoholu). Przedstawione ustalenia służą zmianie dawnych nawyków sprzyjających szkodliwemu używaniu alkoholu i konsekwencji z tego wynikających (Napierała, 2013).

Dominujący model uzależnienia rozumianego jako przewlekłe zaburzenie oraz oparta na nim strategia uznająca abstynencję za główny cel terapeutyczny nie stoją w sprzeczności z założeniami proponowanymi w ramach strategii redukcji szkód. Podejście to nie wymaga od pacjenta całkowitej abstynencji, a jedynie ograniczenie ilości spożywanego alkoholu czy zażywane narkotyku. Założenia strategii redukcji szkód nie wykluczają terapii nastawionej na uzyskanie pełnej abstynencji, przy czym realizacja tego celu uwarunkowana jest od aktualnych potrzeb i możliwości pacjenta. Ocena systemu leczenia opartego na pełnej abstynencji osób uzależnionych w Polsce wskazuje, iż średnio 20% pacjentów wypada zaraz po podjęciu leczenia. We wszystkich typach placówek program kończy średnio ok. 40% pacjentów. Wskaźnik efektywności kosztowej, czyli średni wydatek na jednego pacjenta kończącego program w lecznictwie ambulatoryjnym, zbliża się do 1,5 tys. złotych (Moskalewicz i in., 2006). Dane statystyczne wskazują na ogrom nakładów finansowych przeznaczanych na leczenie osób uzależnionych od alkoholu bądź niwelowania konsekwencji społecznych z tym związanych (Bogucki i in., 2013). Dopuszczenie możliwości ograniczania picia u części pacjentów, którzy nie chcą lub nie mogą osiągnąć celu leczenia, jakim jest całkowita i długotrwała abstynencja, staje się wyjątkowo pożądaną strategią, która w komplementarny sposób może uzupełniać obecnie obowiązujący model terapii uzależnienia od alkoholu.

### 3. Czynniki wspomagające zdrowienie w różnych formach pomocy

Pacjent trafiający do ośrodka chciałby wybrać najlepszą dla siebie metodę leczenia. Nie jest on jednak świadomy wielości podejść terapeutycznych. Zależy mu na tym, aby się wyleczyć. To na terapeutach spoczywa odpowiedzialność wyboru terapii i sposobu jej prowadzenia. Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ wśród przedstawicieli różnych szkół toczy się spór o to, które podejście do leczenia jest najbardziej skuteczne. Jednak trudno się odnaleźć wśród licznych pozycji w literaturze przedmiotu poświęconej badaniom nad skutecznością różnych programów terapeutycznych. Nierzadkim zjawiskiem jest prezentowanie przez autorów własnej metody jako najlepszej. Z tego właśnie powodu istnieje potrzeba takiego przeglądu literatury, który uporządkuje te badania nie tyle pod kątem wyboru najlepszej formy terapii, ile pozwoli skoncentrować się na poszczególnych czynnikach terapeutycznych wpływających na zmianę wśród osób uzależnionych od alkoholu.

Poniżej zaprezentowano dostępną ofertę terapeutyczną dla osób uzależnionych od alkoholu. Uwagę skupiono na skuteczności opisywanej metody oraz na tym, co leczy w danym podejściu, czyli jakie czynniki terapeutyczne odgrywają rolę wspomagającą w procesie zdrowienia osób uzależnionych od alkoholu. Skuteczność leczenia w prezentowanych badaniach rozumiana jest głównie jako ograniczenie ilości spożywanego alkoholu oraz wydłużenie okresu abstynencji.

#### 3.1. Grupy wsparcia

Od wielu lat zastanawiano się nad czynnikami wpływającymi na proces zdrowienia wśród członków grup samopomocowych. Do dnia dzisiejszego leczenie oparte na Dwunastu Krokach w ramach grupy Anonimowych Alkoholików jest dominującą formą pomocy osobom uzależnionym w USA (McKay, Hiller-Sturmhöfel, 2011). Nierzadko również bywa jedyną opcją terapii w danej miejscowości. Co do skuteczności i potrzeby istnienia tych grup nikt nie ma wątpliwości, natomiast badań katamnesticznych jest niewiele. G.E. Vaillant (2005) w swojej pracy na temat Anonimowych Alkoholików wyróżnia cztery elementy zapobiegające nawrotom picia wśród osób uzależnionych od alkoholu.

- Zewnętrzna superwizja (kontrola) – członkowie AA są zachęceni do szukania sponsora, kontaktu z nim w sytuacjach kryzysowych oraz uczestnictwa w pracy nad poszczególnymi krokami. Możliwość przeprowadzenia rozmowy

bądź pozostawanie w kontakcie telefonicznym sprawia, iż każdego dnia osoba przypomina sobie o ciągłej pracy nad sobą. Istotne jest, aby poddanie się tej kontroli płynęło z własnego wyboru. Chęć takiego kontaktu musi wpływać od osoby uzależnionej.

- Alternatywne zachowania – wywodzi się to z założenia, iż nie można porzucić nałogu, nie mając nic w zamian. Grupa AA zapewnia wiele różnych aktywności, szczególnie w okresach wysokiego ryzyka sięgnięcia po alkohol, np. w czasie wakacji. Poprzez organizowanie wyjazdów lub okolicznościowych imprez osoba uzależniona ma okazję doświadczyć nowych form spędzania wolnego czasu.
- Nowe, bliskie relacje – ważne, aby osoba uzależniona nawiązywała nowe relacje, zwłaszcza z osobami, których nie skrzywdziła w przeszłości, dlatego bardziej korzystnym rozwiązaniem jest wtedy poszukanie sponsora. W sytuacji trudnej bądź konfliktowej osoba skrzywdzona w przeszłości może wycofać swoje wsparcie, często rozpamiętując zdarzenia z okresu nadużywania alkoholu. Wsparcie zbudowane na nowej relacji może być stabilniejsze.
- Pogłębianie duchowości – włączenie przekonań oraz praktyk religijnych do terapii zwiększa jej skuteczność. Duchowość porównywana jest do zjawiska przywiązania, które w pośredni sposób może zastępować uzależnienie.

Obszary wyszczególnione przez G.E. Vaillanta (2005) znajdują potwierdzenie w innych, niezależnych badaniach (Hodge, 2011; Vaillant, 1988). Autorzy podkreślają, iż sukces terapeutyczny owych czynników, prowadzących do abstynencji, leży w tym, że nie odwołują się do bezpośredniej pracy nad zaprzestaniem lub ograniczeniem picia, lecz koncentrują się wokół ważnych obszarów poprawy jakości życia osób uzależnionych. Badanie w ramach projektu MATCH nie wykazało istotnych różnic między grupami biorącymi udział w programie zachęcającym do uczestnictwa w AA a pozostałymi formami leczenia (Burtscheidt i in., 2001; IPZ, 2000). Przemawia to za skutecznością grup opartych na filozofii Dwunastu Kroków.

Wielu osobom grupa AA kojarzy się z sektą bądź organizacją przykościelną. Te stereotypowe wyobrażenia zniechęcają wiele osób do podjęcia leczenia. Ciekawą propozycję grupy wsparcia o charakterze readaptacyjnym wysunęli F. Folghera-iter i A. Pasini. Podjęli temat wykluczenia społecznego jako konsekwencji uzależnienia. Wskazują na potrzebę tworzenia grup wsparcia skierowanych na powrót do społeczności. Zajęcia traktowane są jako „sala gimnastyczna aktywnego obywatelstwa”. Praca nad uzależnieniem w celu uzyskania abstynencji odbywa się przez realizację celów pośrednich. Wyniki badań potwierdzają, iż długoterminowe zaangażowanie się w taką formę pracy nad sobą wzmacnia swoisty kapitał

społeczny osoby. Czynniki prowadzące do zmiany, których wspieranie okazało się istotne w readaptacji osób uzależnionych od alkoholu, to przede wszystkim zaangażowanie w lokalną społeczność, a także relacje sąsiedzkie, rodzinne, z przyjaciółmi, w pracy oraz jakość życia, poczucie zaufania i bezpieczeństwa (Folgheraiter, Pasini, 2009).

### 3.2. Terapia poznawczo-behawioralna

Uznaje się, że A. Bandura, prezentując teorię społecznego uczenia się, zapoczątkował rozwój metod poznawczych w terapii uzależnień. Leczenie w modelu poznawczym koncentruje się na procesach myślowych i przekształceniu ich na bardziej konstruktywne. W modelach poznawczych istotna jest motywacja osoby uzależnionej do wprowadzenia nowych nawyków. Zmiana jest procesem uwzględniającym opór pacjenta, indywidualność, nakierowanym na problem pacjenta, bazującym na jego potrzebach, zasobach i pragnieniach (Beck i in., 2007; Beck, 2012).

W paradygmacie poznawczym dominującym motywem rozpoczęcia picia jest chęć przeżycia przyjemności oraz oczekiwanie poprawy kompetencji społecznych bądź wzrostu kreatywności. Do uzależnienia dochodzi, gdy osoba przyjmująca substancje psychoaktywne ma duże korzyści z ich przyjmowania, szczególnie w trudnych sytuacjach. Z czasem picie alkoholu i zachowania z nim związane przejmują kontrolę na życiem takiej osoby. Postrzega się, iż osoby uzależnione mają pewne cechy osobowościowe predysponujące je do uzależnienia – np. niska samoocena, niewielka tolerancja na frustrację, niepewność w sytuacjach społecznych, obniżona kontrola impulsów. Proces zdrowienia utrudniają: pozytywne spostrzeganie wartości przyjmowania substancji, brak motywacji do zmiany, lęk przed tym, co będzie, gdy zabraknie środka, strach przed zespołami abstynencyjnymi oraz wiele dysfunkcyjnych przekonań (np. „nie umiem, nie wyobrażam sobie, nie dam rady, nie można, nie warto itd.”) (Miller, 2009; Zweben, 2001).

Zwolennicy modeli poznawczych w niektórych przypadkach akceptują zmniejszenie konsumpcji alkoholu (w rozumieniu „picia kontrolowanego”) jako możliwy cel terapeutyczny. Modele poznawcze w dłuższej perspektywie wspierają jednak pacjentów do zachowania całkowitej abstynencji. Czynnikiem terapeutycznym tych metod prowadzących do zmiany funkcjonowania osoby uzależnionej okazują się być elementy zwiększającego się wglądu oraz treningu umiejętności związanych z kontrolą automatycznych myśli oraz praca nad zachowaniami konstruktywnymi. Szansę na utrzymanie abstynencji zwiększają



oddziaływania terapeutyczne uwzględniające (Beck i in., 2007; Miller, Rollnick, 2010; Berking i in., 2011):

- identyfikację i modyfikację przekonań związanych z piciem i działaniem alkoholu;
- identyfikację myśli automatycznych, które wzmacniają pragnienie picia;
- zmianę negatywnych stanów emocjonalnych, które często prowadzą do picia alkoholu;
- naukę sposobów radzenia sobie z myślami i kontrolę zachowań pomagających w utrzymaniu abstynencji;
- wprowadzenie zmian w postrzeganiu siebie oraz budowanie nowego stylu życia.

Obecnie powszechnie stosowanym podejściem jest terapia poznawczo-behawioralna. Polega ona na identyfikacji dysfunkcyjnych przekonań, postaw oraz sytuacji odgrywających istotną rolę w procesie uzależnienia. Czynnikiem terapeutycznym jest zmiana dotychczasowego sposobu myślenia oraz nauka niezbędnych umiejętności społecznych. Obowiązujący program psychoterapii uzależnienia od alkoholu w Polsce w dużej mierze opiera się na tym modelu. Polskie badania katanestyczne osób uzależnionych, którzy ukończyli podstawowy program terapii uzależnienia od alkoholu, dają zbliżone rezultaty – po dwóch latach od opuszczenia placówki 33,4% pacjentów utrzymywało pełną abstynencję (IPZ, 2000; Kucińska, 1997; Kucińska, 1997b; Kurza, 2005; Maisto i in., 2000; O'Farrell i in., 1998; Riahi, 2004). W publikacjach często podkreśla się nadrzędność tej formy terapii w stosunku do innych metod stosowanych w terapii uzależnień. Uzyskane wyniki projektu MATCH podważyły ten pogląd. Interwencje oparte na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej okazały się na równi skuteczne z programem Dwunastu Kroków bądź terapii ukierunkowanej na wzmocnienie motywacji (Kurza, 2004; Marlatt, 1996; Miller, 2009; Zweben, 2001). Powyższą tezę potwierdzają również inne badania (Finney, 2000; Burtscheidt i in., 2001; Burtscheidt i in., 2002).

Ważną rolę w ramach tego podejścia odgrywa czynnik związany z regulacją emocji. Osoby uzależnione często tłumaczą powrót do picia nieporadzeniem sobie z uczuciami. Wśród najczęściej pojawiających się czynników ryzyka nawrotu wymieniane są takie konstrukty poznawcze jak negatywne emocje oraz pojawiające się oczekiwania dotyczące ulgi (Marlatt, 1996; Pettinati i in., 1999; Rahill i in., 2009). Marlatt (1996) w swojej koncepcji twierdzi, iż nawrót pojawia się wtedy, kiedy zaistnieje sytuacja wysokiego ryzyka przyjęcia substancji oraz brak umiejętności poradzenia sobie z nią. Badania nad nawrotem wskazują, że negatywny afekt jest jednym z predyktorów złamania abstynencji. Interwencje terapeutyczne skoncentrowane na wzmocnianiu regulacji emocji zmniejszają istotnie późniejsze spożycie alkoholu. W badaniach M. Berkinga i współpracowników wzięło udział

116 pacjentów leczonych stacjonarnie. Terapia opierała się na poznawczo-behawioralnych interwencjach zapobiegania nawrotom w oparciu o koncepcję A. Marlatta. Każdy pacjent dodatkowo uczestniczył w sesjach edukacyjnych, motywujących oraz w treningu umiejętności psychospołecznych. Po trzech miesiącach abstynencję utrzymywało 50% uczestników (Berking i in., 2011). Włączenie tego typu interwencji uwzględniających aspekt regulacji emocji zwiększa znacząco szansę utrzymywania później abstynencji.

### 3.3. Terapia motywująca

Terapia motywująca to skoncentrowana na współpracy forma prowadzenia klienta w kierunku wydobywania i wzmocnienia motywacji do zmiany. Jej podstawą są cztery zasady: wyrażanie empatii, rozwijanie rozbieżności, podążanie za oporem oraz wspieranie poczucia sprawczości (Miller, Rollnick, 2010; Miller, Berg, 2000; DiClemente, 1999). Czynniki terapeutyczne, które biorą udział w procesie trzeźwienia, to:

- Empatyczna relacja terapeutyczna oparta na akceptacji i szacunku. W pracy z klientem unika się bezpośredniej konfrontacji. Opór oznacza, że omawiane kwestie są dla klienta ważne i należy zmienić kierunek działania. Głównym narzędziem pracy terapeuty są różnego rodzaju odzwierciedlenia, pytania otwierające oraz podsumowania.
- Ambiwalecja – motorem zmiany jest rozbieżność między stanem obecnym a pożądanym. Terapeuta aktywnie słuchając i odzwierciedlając wypowiedzi klienta, pomaga dostrzec negatywne konsekwencje bieżącej sytuacji, które są w konflikcie z jego osobistymi celami.
- Poczucie własnej skuteczności – w wielu teoriach traktowane jako podstawowy wyznacznik zmiany. Jest to przekonanie, że człowiek potrafi zachować się w określony sposób lub wykonać określone zadanie (Willenbring, 2010).

Nierzadko uznaje się terapię motywującą jako wiodącą w odniesieniu do skuteczności leczenia uzależnienia od alkoholu. Najnowsze badania podważają jednak ten jednostronny kierunek myślenia. Wiele projektów badawczych z zastosowaniem elementów terapii motywującej wykazuje różną skuteczność w ograniczaniu ilości spożywanego alkoholu (Finney, 2000; UKATT, 2008; Epler i in., 2009; Feldstein, Forcehimes, 2007). Stosowanie terapii motywującej jako jedynej metody leczenia nie zawsze odnosi pożądaną efekt. Projekt badawczy porównujący terapię motywującą z pozostałymi metodami poradnictwa psychologicznego potwierdził większą skuteczność w ograniczaniu spożywanego alkoholu jedynie w odniesieniu do kobiet (Montgomery i in., 2011).

### 3.4. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu

Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu skupia się na ustalaniu celów, jakie klient chce osiągnąć po terapii. Wykazuje wiele podobieństw z podejściem motywującym. Istotą oddziaływań terapeutycznych jest pomoc w identyfikacji zasobów do osiągnięcia celów, takich jak np. zachowania, relacje, myśli (Nikodemka, 2000). Ewaluacja programu terapeutycznego opartego na tej formie terapii w Bruges informuje, iż po czterech latach od zakończenia leczenia 84% pacjentów stacjonarnych i 81% leczonych ambulatoryjnie podczas wywiadów telefonicznych deklarowało osiągnięcie zamierzonych celów w postaci abstynencji bądź picia kontrolowanego (Shazer, Isebaert, 2003). Pacjenci podczas przyjęcia do ośrodka sami decydowali, w jakiej grupie chcą uczestniczyć – zorientowanej na abstynencję czy też na picie kontrolowane. Rodzina była aktywnie włączana w proces terapii. Raz w tygodniu odbywały się sesje rodzinne oraz była prowadzona terapia par.

### 3.5. Terapia skoncentrowana na wzmacnianiu relacji i sieci wsparcia

Wśród metod nastawionych na zwiększanie wsparcia społecznego, stabilizację i umocnienie więzi możemy wyróżnić terapię skoncentrowaną na wzmacnianiu relacji i sieci wsparcia (*Relationship Enhancement Therapy, Social and Behavior Network Therapy*) (Zweben, 2001; UKATT, 2008). Warty uwagi jest terapia nastawiona na pogłębianie relacji, która łączy różne podejścia – m.in. takie jak terapię rodzinną, uczestnictwo w AA, terapię skoncentrowaną na Dwunastu Krokach oraz wzmacnianie wsparcia. W badaniach katamnesticznych wskazuje się na jej przewagę nad podejściami skupionymi wyłącznie na nauce umiejętności społecznych. U osób, których środowisko było bardziej wspierające, odnotowano znaczne ograniczenie picia. Różnica między grupami badawczymi, mierzona łączną liczbą dni abstynencji, po trzech latach wyniosła 16% *in plus* osób korzystających z pomocy specjalistów nastawianych w swej pracy na zwiększanie wsparcia społecznego (Zweben, 2001).

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na taki czynnik terapeutyczny jak wsparcie społeczne. Przegląd studiów nad nawrotami pozwala wyodrębnić jego znaczące elementy, mające udział w procesie trzeźwienia (Vaillant, 1988; O'Farrell i in., 1998; Blum i in., 1998; Brady, Sonne, 1999; Humphreys i in., 2005; Hunter-Reel i in., 2009):

- Dostępność najbardziej wspierającej osoby z siatki wsparcia; liczba wspierających relacji, w tym osób niepijących – wsparcie specyficznie ukierunkowane

w utrzymanie abstynencji jest silniejszym predyktorem ewentualnego powrotu do picia aniżeli wsparcie ogólne.

- Zaangażowanie rodziny oraz przyjaciół – większe wsparcie rodziny, przyjaciół nakierowane na utrzymanie abstynencji zmniejsza ryzyko nawrotu. Wystarczy jedna osoba nadużywająca alkoholu z grona przyjaciół, aby znacząco zwiększyć prawdopodobieństwo nawrotu. Niemalże znaczenie odgrywa również zaangażowanie współpracowników bądź pracodawcy w działania wspierające abstynencję.
- Status małżeński – fakt posiadania rodziny, w tym dzieci, jest jednym z najsilniejszych warunków skutecznego leczenia.
- Styl związku intymnego, alkoholizm w rodzinie, picie przez partnera – osoba, która wykazuje złośliwą i krytyczną postawę wobec uzależnionego partnera, jak np. rozpamiętywanie wyrządzonych krzywd, negatywna ekspresja emocjonalna, znacząco obniża jego szanse na trzeźwienie.
- Nowa relacja/związek – interesująca jest informacja, iż czynnikiem bardziej podtrzymującym abstynencję jest wejście w nowy związek, aniżeli naprawianie związku wypełnionego poczuciem winy i trudnymi sytuacjami związanymi z piciem.
- Postawy i stereotypy społeczne – szczególne znaczenie ma to w przypadku kobiet. Autorzy krytykują terapię uzależnienia za zbyt „męsko zorientowaną”, a podkreślają brak rozwiązań dotyczących m.in. opieki nad dziećmi w trakcie trwania terapii. Presja społeczna i stygmatyzacja obniżają odsetek kobiet kończących terapię.
- Inspirujące członkostwo w grupie – poznanie nowych osób, niezależnie od charakteru danej grupy, daje możliwość zbudowania nowej i nieobciążonej stygmatyzacją tożsamości.

### 3.6. Behawioralna terapia par

W behawioralnej terapii par główny nacisk jest położony na zmianę negatywnych uczuć oraz interakcji między partnerami. Terapeuta stara się zbudować między nimi system wsparcia wzmacniający abstynencję. Interwencje skierowane są na zwiększenie poziomu pozytywnych uczuć, wspólnych aktywności oraz konstruktywnej komunikacji (Klostermann i in., 2005; Walitzer, Dermen, 2004). Wyniki badań wskazują, iż włączenie behawioralnej terapii par do programu leczenia owocuje lepszymi rezultatami w utrzymywaniu abstynencji. Rok po ukończeniu standardowego programu abstynencję utrzymywało 35% badanych. Dzięki włączeniu terapii par w ten proces odsetek osób utrzymujących abstynencję zwiększył się do 65%. Oprócz metod behawioralnej terapii par opisywany

program zawierał interwencje mające na celu ograniczenie picia, jak np. liczenie drinków, ocenę sytuacji ryzyka oraz naukę umiejętności odmawiania. Działania te sprawiły, że osoby uzależnione stały się bardziej zadowolone ze swojej relacji małżeńskiej, co sprzyjało ograniczeniu zachowań noszących znamiona przemocy (Schumm i in., 2009).

Terapia par jest jedną z bardziej skutecznych form oddziaływania wspierających leczenie uzależnień. Prowadzona we wczesnych etapach terapii uzależnienia ma na celu wspierać dokonywane zmiany oraz wzmacniać pozytywną afektywność i redukować mechanizmy podtrzymujące trwanie w uzależnieniu. W Polsce powstał model Krótkoterminowej Terapii Par, proponowany parom, w których jeden z małżonków lub obydwoje są osobami uzależnionymi (Bętkowska-Korpała i in., 2016).

### 3.7. Terapia rodzinna

Rodzina stanowi najsilniejszy kontekst rozwoju i zmiany człowieka. Podczas terapii rodzinnej uzależnienie od alkoholu rozpatrywane jest przez pryzmat choroby całego systemu rodzinnego. Zmiana relacji oraz wzmocnienie pozytywnych zasobów w systemie rodzinnym pociągają za sobą ograniczenie spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w granicach od 54% do 75% (Briones i in., 2008; Copello i in., 2010; Rowe, Liddle, 2008; Steinglass, 2008). Cele, jakie wypracowano w badaniach ewaluacyjnych skuteczności terapii rodzinnej, to: zwiększenie znaczenia roli rodzica i więzi rodzinnych, bardziej efektywne rodzicielstwo, w tym zwiększenie kontroli rodzicielskiej, zwiększenie współpracy w rodzinie, budowanie komunikacji i umiejętności rozwiązywania konfliktów. Wśród uzależnionej młodzieży znaczenie odgrywało promowanie relacji rówieśniczych, właściwa identyfikacja z grupą, zaangażowanie w szkole i inne zachowania prospołeczne.

### 3.8. E-terapia

Dla znacznej części osób z problemem alkoholowym, które nie są zainteresowane tradycyjnymi formami leczenia, ciekawym rozwiązaniem jest e-terapia. Internet oferuje nowe możliwości w aspekcie pomocy osobom nadużywającym alkohol. Istotnym czynnikiem terapeutycznym okazuje się forma terapii oraz jej dostępność. Nowatorski projekt oddziaływań terapeutycznych przeprowadził M.G. Postel i wsp. (2010). Kontakt terapeuty z osobą nadużywającą alkohol nastawiony był na zmotywowanie go do zmiany nawyków picia. Na początku terapeuta

wysyłał e-mailem informacje zwrotne na temat zalet i wad picia, prowadzenia dziennika picia, sytuacji sięgania po alkohol. Następnie skupiano się na zmianie zachowania przez ustalenie celów, jakie osoba chciałaby wprowadzić w swoim funkcjonowaniu. Wyniki wskazują na obniżenie spożycia alkoholu przez badanych. Po sześciu miesiącach 58% osób deklarowało utrzymywanie ustalonych wcześniej własnych celów.

Inna odmiana tej metody nie wymaga udziału terapeuty. Informacja zwrotna udzielana jest za pomocą tabel i wykresów odnoszących styl picia danej osoby do ogółu populacji (Blankers i in., 2011). Spotkać można również programy komputerowe, które automatycznie kontaktują się z osobą i proszą o udzielenie informacji na temat spożycia alkoholu. Program automonitoringu wykazał spadek spożycia o 20% (McKay, Hiller-Sturmhöfel, 2011). Testowano go na osobach uzależnionych od alkoholu, u których standardowe metody leczenia nie przynosiły efektów – proszono je, esemesem bądź e-mailowo, o zapisywanie dziennej ilości wypitego alkoholu.

Nowym podejściem jest rozszerzenie działań w ramach terapii behawioralnej opartej na większej kontroli (*Extended Behavioral Treatment Models*). J.R. McKay i S. Hiller-Sturmhöfel przytaczają długofalowe badania na grupie uzależnionych, pracujących w służbie zdrowia pacjentów (McKay, Hiller-Sturmhöfel, 2011). Aby utrzymać prawo do wykonywania zawodu, badani byli zobligowani do uczestniczenia w kilkuletnim programie pod ścisłą kontrolą, uwzględniającą sprawdzanie abstynencji oraz realizację osobistego planu terapii. W grupie 904 osób objętych programem jego efektywność po pięciu latach wynosiła 81%. Działania terapeutyczne oparte na kontroli znajdują potwierdzenie w aktualnej literaturze. Uczęszczanie na comiesięczne wizyty lekarskie, podczas których pacjent otrzymuje informację zwrotną na temat swojego zdrowia oraz podtrzymywanie kontaktu telefonicznego po ukończeniu podstawowego programu terapii sprawiają, że ma on szansę na większą liczbę dni abstynencji (Huebner, Kantor, 2011; Witkiewicz, Marlatt, 2011; Czabała, 2012; Czabała, Kluczyńska, 2015).

Podsumowując badania nad skutecznością różnych podejść terapeutycznych, można zauważyć, iż większość z nich osiąga podobne rezultaty. Może zatem zamiast poszukiwać najlepszej metody terapii osób uzależnionych od alkoholu, warto skupić się na czynnikach prowadzących do zmiany funkcjonowania psychospołecznego.