

Tomasz Głowik

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej [tomaszglowik@op.pl]

Zmiana paradygmatów w terapii uzależnień

Abstrakt: Paradygmaty stanowią modelowy opis problemów i rozwiązań. Są ważne, ponieważ wynikają z nich konkretne metody pracy, pomysły na interpretację np. zachowań osób, które wymagają pomocy, kryteria sukcesu lub porażki. W ostatnich latach w leczeniu odwykowym zaczęła się i nadal trwa istotna zmiana dotychczas obowiązujących w nim paradygmatów w obszarze rozumienia osób uzależnionych i samego zjawiska uzależnienia. Ma ona wpływ na pojawienie się nowych programów terapeutycznych, które nie są ukierunkowane jedynie na abstynencję, ale także na programy ograniczania picia oraz programy redukcji szkód. Warto jednak także podkreślić, że nie są to programy dla wszystkich, a każdy z nich jest adresowany do ściśle zdefiniowanej grupy osób z szeroko rozumianym problemem uzależnień.

Słowa kluczowe: Paradygmat, uzależnienie, motywacja, programy ograniczania picia, programy redukcji szkód.

Pojęcie paradygmatu

W pomaganiu innym ludziom, w tym w zawodzie kuratora, kluczowa jest osobowość pomagającego, na którą składają się nie tylko jej cechy, ale także jej postawy i przekonania na temat źródeł ludzkich problemów i możliwych pomysłów na ich rozwiązanie oraz kompetencje związane z rozumieniem i umiejętnością wpływania na proces zmiany. Wszystko zaczyna się od tego, w jaki sposób rozumiemy rzeczywistość, tzn. za pomocą jakich konstruktywów i schematów myślenia dokonujemy interpretacji informacji i faktów. To banalne zdanie jest odbiciem tego, co w nauce nazywamy konceptualizacją problemu lub też inaczej

paradygmatem. To ostatnie pojęcie wprowadził do filozofii Thomas Kuhn (Kuhn 2001), a oznacza ono pewien modelowy opis problemów i rozwiązań, sposób widzenia zjawisk i ich interpretacji. Paradygmaty są swoistym oprogramowaniem, za pomocą którego przetwarzamy zebrane dane.

Jeśli się czegoś uczymy w danej dziedzinie naukowej, to uczymy się właśnie paradygmatów, czyli pewnego sposobu myślenia, za pomocą którego interpretujemy pojawiające się fakty. W rozumieniu i interpretacji przez nas różnorodnych zjawisk tkwi źródło metod pracy, sposobów ich oceny, sukcesów i porażek. Dlatego tak ważne jest to, aby w nauce widzieć rzeczy i zjawiska takimi, jakie są, a nie takimi, jakimi byśmy chcieli, aby wyglądały. To o tyle ciekawe i odpowiedzialne zadanie i wyzwanie jednocześnie, że obliuguje nas do tego, aby cały czas poszerzać swoją wiedzę oraz zapoznawać się z nowymi odkryciami i wynikami badań, ponieważ w nauce nic nie jest stałe. Paradygmaty nie są dogmatami, które są niezienne, ale ewoluującymi interpretacjami otaczającego nas świata i zjawisk. Nauka rozwija się na gruncie badań i wypływających z nich teoretycznych koncepcji, które czasami stoją w sprzeczności do przyjętego wcześniej sposobu myślenia na dany temat. W ten sposób nowa wiedza prowadzi często albo do weryfikacji dotychczasowych poglądów, albo też do przyjęcia zupełnie nowego paradygmatu, a czasami do współistnienia obok siebie różnych interpretacji rzeczywistości. Doświadczamy tego, ponieważ na naszą wiedzę nie składają się jedynie fakty, ale także różnorodne i zmieniające się w czasie sposoby ich interpretacji, które mają na celu porządkować nasze doświadczenia. We współczesnym świecie nie istnieje jedna prawdziwa koncepcja, która posiada monopol na prawdę. Bardzo ciekawie w kontekście psychoterapii pisze o tym de Barbaro, nazywając ten myślowy konstrukt „filtrem teorii” (de Barbaro 2007). Pomaganie innym ludziom zawsze wiąże się z przyjęciem określonego „filtra”, czyli paradygmatu myślenia. Zawierają się w nim przekonania na temat tego, jaki jest człowiek, co jest źródłem jego trudności, czym jest np. uzależnienie, jaką ma naturę, tzn. czy jest chorobą uleczalną, czy też nieuleczalną i wiele innych. Niektóre z nich stają się z czasem ‘ograniczeniem’, ponieważ narzucają określoną interpretację rzeczywistości na długie lata i decydują np. o treści leczenia odwykowego, programach resocjalizacyjnych i innych.

Z humanizmem, ale także z ponowoczesnością, związane jest bardzo mocno akcentowanie podmiotowości klienta. W terapii oznacza ona, że pomagający przestaje być ekspertem, nie proponuje gotowych rozwiązań, ale wspólnie z klientem poszukuje tej interpretacji i metody, które dla klienta są najbardziej użyteczne, a to oznacza, że uwzględnia on motywacyjne aspekty zmiany i predyspozycje klienta, które są niespecyficznymi czynnikami leczącymi w terapii. Taki sposób terapeutycznego postępowania jest związany z dwoma jego aspektami: z przyjęciem po stronie terapeuty założenia o podmiotowości klienta jako pewnego fundamentu dla terapeutycznych interwencji, oraz z doświadczeniem klienta, który w takiej relacji może rozwijać swoje poczucie podmiotowości.

Oznacza ona ponadto to, że klient:

- może mieć wątpliwości co do konieczności dokonania zmian w swoim życiu,
- chce o sobie decydować, i ma do tego prawo,
- może dokonywać wyborów dla siebie niekorzystnych,
- nie chce gotowych recept i odpowiedzi,
- w sytuacji ograniczania jego wolności wyboru może się buntować i in. (Głowik 2017a).

Podmiotowość zakłada również, że powyższych stanów i zachowań klienta nie traktujemy jako przejawów patologii, ale jako ‘normalne’ reakcje. Zakłada ona również to, że w przypadku złych wyborów klient będzie ponosił wynikające z nich konsekwencje.

Opór przed zmianą może być traktowany zatem jako konsekwencja uprzedmiotowienia klienta i odebranie mu możliwości współdecydowania o jego losie. Wyrazem naszego podmiotowego nastawienia jest np. ukierunkowanie na jakość a nie na ilość relacji, bronienie się przed wkładaniem kolejnego klienta do szuflady z napisem: ‘bez szans’, ‘zaburzony’ oraz wzbudzanie w sobie potrzeby rozumienia jego świata i tego, co nań wpłynęło.

Powyższe myśli to jedynie próba zwrócenia uwagi na to, jak ważne są nasze fundamentalne przekonania i postawy w obszarze kurateli sądowej, terapii i pomagania, i jak ważna jest ich świadomość. W różnych okresach naszego życia te postawy ewoluują, przy czym trudno jest określić, w jakim kierunku. Wpływ na to mają nasze przekonania na temat ludzi, doświadczenia z klientami, nasze osobiste historie życiowe, sukcesy i porażki.

W swojej pracy kuratorzy spotykają się bardzo często z kobietami i mężczyznami, w przypadku których problem uzależnienia od alkoholu lub innych substancji jest głównym objawem lub też manifestacją innych życiowych problemów i/lub trudności. Niespójne metody wychowawcze, rozpad wewnątrzrodzinnych relacji, atmosfera zagrożenia i niepewności, FAS, przemoc, przestępczość, agresja interpersonalna – to tylko niektóre z przykładów, których źródłem jest lub może być nadużywanie alkoholu i/lub innych substancji przez osoby dozorowane lub nadzorowane. Dlatego tak ważne jest, aby zrozumieć, co zmienia się w naszym myśleniu na temat osób uzależnionych i ich terapii, ponieważ może to w znaczący sposób wpłynąć na pracę kuratorów.

Kierunki zmian

Zmiany w terapii uzależnień dotyczą trzech ważnych kierunków:

- różnicowania zjawisk,
- ‘demityzacji’ przekonań na temat tego, jaka jest osoba z problemem alkoholowym i jakie atrybuty przypisujemy zjawisku uzależnienia, oraz
- wprowadzenia i integracji nowych metod pracy.

W ogólnej populacji osoby uzależnione stanowią ok. 2–3% naszego społeczeństwa, ale osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie jest już kilkakrotnie więcej, i z tego właśnie powodu generują one znacznie więcej szkód zdrowotnych, materialnych i finansowych niż osoby uzależnione. W populacjach klinicznych ten odsetek jest znacznie większy. Przykładowo w populacji osób pozbawionych wolności, z którymi przed lub po wyroku spotykają się kuratorzy w swojej pracy, odsetek uzależnionych wynosi ok. 23–24%, a problem z alkoholem i narkotykami dostrzega u siebie ok. 48% skazanych¹. Nie wszyscy z nich są uzależnieni, a co za tym idzie, nie wszyscy potrzebują długoterminowych interwencji, takich jak terapia uzależnień w stacjonarnym lub ambulatoryjnym ośrodku leczenia uzależnień. Pierwsza istotna zmiana w terapii uzależnień to właśnie zwrócenie uwagi i adresowanie metod pracy terapeutycznej i profilaktycznej także do osób jeszcze nieuzależnionych, których wzór picia jest zagrażający ze względów zdrowotnych i społecznych dla nich samych oraz ich bliskich. To różnicowanie wzorów picia pozwala także na odmienne cele pracy terapeutycznej.

W klasyfikacji chorób od wielu lat rewiduje się kryteria diagnostyczne, próbując stworzyć jak najbardziej obiektywne symptomy uzależnienia, których identyfikacja pozwoliłaby oddzielić osoby uzależnione od nieuzależnionych. Przy występowaniu wszystkich objawów, czyli tzw. pełnoobjawowym zespole zależności np. alkoholowej nie wydaje się to być problemem, ale gdy ważą się losy trzeciego objawu, który miałby przechylić szalę diagnozy w kierunku uzależnienia, zaczynamy sobie uświadamiać wagę takiego modelu. Uzależnienie jest jednak zjawiskiem heterogenicznym i nie u wszystkich przebiega tak samo. Tacy badacze jak Jellinek, Clonninger, Lesch i in. różnicują uzależnienie, tworząc typologie osób uzależnionych, i biorą pod uwagę takie kryteria, jak: wiek, płeć, cechy osobowości, współwystępujące problemy, wzór picia oraz np. nasilenie objawów uzależnienia. W często wypowiedzanym przekonaniu, że „wszyscy uzależnieni są do siebie podobni” zawiera się coś nieprawdziwego, a to dlatego, że nie istnieje jedno prawdziwe kryterium diagnostyczne uzależnienia (Hughes 2007). Kiedy porównamy ze sobą takie klasyfikacje diagnostyczne jak DSM IV i ICD 10 dostrzeżemy pomiędzy nimi istotne różnice w identyfikacji uzależnienia, np. co do ilości objawów diagnostycznych i ich odmienności (np. głód). Nowa amerykańska klasyfikacja DSM 5 proponuje, aby np. na uzależnienie od alkoholu patrzeć jako na „zaburzenia związane z używaniem alkoholu”, a jego głębokość uzależnienia od ilości wstępujących objawów. Zaburzenia te mogą mieć charakter:

- łagodny – 2–3 objawy,
- umiarkowany – 4–5 objawów,
- ciężki – 6 i więcej.

.....

¹ Dane pochodzą z niepublikowanych dotychczas badań autora artykułu realizowanych w ramach projektu badawczego.

Skoro jest tak, że u niektórych osób zaburzenia związane z używaniem alkoholu mogą mieć łagodny przebieg, a u niektórych ciężki, to może oznaczać, że dla jednej i drugiej grupy powinniśmy różnicować cele pracy terapeutyczne, że nie dla wszystkich musi nim być np. zupełna abstynencja.

Do dzisiaj funkcjonuje wiele nieprawdziwych stereotypów i mitów o cechach osobowości uzależnionych osób, o oporze i zaprzeczeniu jako atrybutach uzależnienia, w myśl których osoby uzależnione nie dostrzegają potrzeby zmiany i najczęściej jej nie chcą (Miller 2009). Wiele z nich wydaje się być zdroworozsądkowym odzwierciedleniem działań kuratorskich i terapeutycznych. Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006), odwołując się do zniekształceń poznawczych i emocjonalnego funkcjonowania człowieka, stara się wyjaśnić tę 'cechę' osób uzależnionych oraz atrybuty uzależnienia. Tymczasem deficyty motywacyjne nie dotyczą tylko, lub nawet głównie, osób uzależnionych od alkoholu albo narkotyków. Odnoszą się one do bardzo wielu grup osób z szeroko rozumianymi problemami zdrowotnymi, w tym psychicznymi. Zawężanie braku motywacji głównie do osób uzależnionych i tworzenie ich obrazu jako osób niepodatnych na wszelkie oddziaływania jest niczym innym, jak tworzeniem kolejnego mitu na ich temat w stylu: 'alkoholik musi pić codziennie'. Z deficytami w obszarze motywacji mamy do czynienia w bardzo wielu grupach osób (np. cierpiących na nadciśnienie, zawałowców, osób borykających się z problemami natury psychicznej i in.). Poza tym motywację kształtują różne czynniki, a nie tylko ten, który nazywamy 'chęcią zmiany'. Miller i Rollnick (2010) różnicują zmienne mające wpływ na motywację do zmiany i proponują zerwanie z zerojedynkowym na nią patrzeniem. To nie jest tak, że są ci, którzy mają, i którzy nie mają motywacji do zmiany. W ich opinii na motywację wpływają trzy zmienne. Są to: ważność zmiany, gotowość do niej oraz ufność, czyli poczucie samoskuteczności klienta/pacjenta. Nikt z nas nie podejmie decyzji o zmianie, jeśli jej cel nie stanie się dla nas ważny. Dla innych cel jest ważny, ale dają sobie jeszcze czas na zmianę, tzn. uważają, że nie jest to jeszcze ten moment, aby coś zmienić, nie są 'gotowi'. W tej ostatniej zmiennej chodzi o to, czy pacjent ufa, że sobie podoła, jeśli podejmie decyzję o zmianie. Ten ostatni element motywacji jest istotny w szczególności u osób mających poczucie 'bycia przegranym(a)'. Dotyczy licznej grupy recydywistów penitencjarnych, osób, które wielokrotnie próbowały bezskutecznie dokonać w swoim życiu zmian, które się poddały, bo nie wierzą w swoje poczucie wpływu na własne życie. To proste rozróżnienie czynników mających wpływ na motywację pozwala na normalizację tego zjawiska a nie jego patologizację, bo ów opis dotyczy określonej grupy osób, ale jest właściwy dla wszystkich, którzy mają trudność w zmianie destrukcyjnych zachowań. Dlatego też obecne programy terapeutyczne zrywają z minnesockim rozumieniem procesu kształtowania się motywacji (Dodziuk 1993). W latach 40.–50. ubiegłego stulecia uważano, że motywacja na początku leczenia nie jest niezbędna dla skuteczności terapii, i zakładano, że motywacja pojawi się sama w trakcie trwania terapii. To

m.in. w takim rozumieniu ma swoje źródło sądowe zobowiązanie do leczenia dla osób uzależnionych. W przeciwieństwie do 'kiedys' kształtowanie motywacji do zmiany stało się 'dzisiaj' elementem procesu terapii i procesu zmiany, a badania pokazują zależność pomiędzy skutecznością terapii a poziomem motywacji klienta/pacjenta (Miller, Rollnick 2010). Nieocenioną pomocą w rozumieniu zmiany jako procesu stał się transteoretyczny model zmiany zachowań (Prochaska i in. 2008). Wynika z niego bardzo prosta prawda, że wszyscy ludzie zmieniają się w podobny sposób, niezależnie od tego, czy zmieniają się sami, czy też na skutek różnorodnych interwencji z zewnątrz. Zmieniając się, przechodzimy przez różne stadia zmiany, a naturalnym elementem procesu zmiany są wątpliwości dotyczące tego, czy warto się zmienić, ponieważ każdy z nas musi odnaleźć własne powody do zmiany. Te wątpliwości są wyrazem ambiwalencji, która wynika z rozdarcia pomiędzy tym, jakich korzyści i jakich strat doświadczała osoba z powodu swojego picia lub zażywania narkotyków. Ambivalencja jest stanem normalnym, z którym można i należy pracować. Dla praktyki pracy kuratorskiej i terapeutycznej istotny jest także jeszcze inny wniosek, że określone metody interwencji oraz pracy terapeutycznej działają tylko w określonych stadiach zmiany, a zatem należy dostosować metody i techniki pracy kuratorskiej i terapeutycznej do miejsca, w jakim jest klient/pacjent. W innym przypadku nasze interwencje, np. przekonywanie człowieka do zmiany w stadium prekontemplacji lub kontemplacji (bo tak nazywają się dwa pierwsze stadia zmiany) może okazać się przeciwnie skuteczne i zamknąć go na zmianę. W tym znaczeniu określenie, że czasami 'pomaganie szkodzi' wydaje się być jak najbardziej na miejscu. Interwencje nieadekwatne do miejsca, w jakim jest klient/pacjent, mogą go jeszcze bardziej zamykać na zmianę.

W psychologii znane jest zjawisko reaktancji (Brehm, Brehm 1981). Oznacza ono dążenie człowieka do przywracania wolności wyboru z jednoczesną niechęcią do źródła jej braku/ograniczenia. To zjawisko właściwe jest dla wszystkich instytucji, miejsc i sytuacji, w których odbiera się lub ogranicza człowiekowi możliwość dokonywania wyborów. Roberts (2003) przeprowadził badanie skuteczności akredytowanego programu resocjalizacyjnego „Think First” dla sprawców przestępstw. Wykazał w nim, że osadzeni, których nakłoniono do wzięcia udziału w nim wbrew ich woli, wracali częściej do popełniania przestępstw niż te osoby, które nie brały udziału w żadnym programie resocjalizacyjnym. Jest to typowy przykład rozciągniętego w czasie zjawiska reaktancji, przedmiotowego traktowania odbiorców działań resocjalizacyjnych i pomijania tak ważnych kwestii, jak poziom motywacji w procesie zmiany.

W literaturze dotyczącej skuteczności terapii znana jest 'reguła Emricka' (1974). Na podstawie metaanalizy 113 badań stworzył on zasadę „jednej trzeciej”, która oznacza, że po terapii:

- 1/3 klientów/pacjentów wraca do picia i pije tak samo, jak przed podjęciem leczenia,
- 1/3 klientów/pacjentów utrzymuje abstynencję,

— 1/3 klientów/pacjentów pije mniej niż przed terapią ('wykazują poprawę w sposobie picia i funkcjonowania').

Z kolei Süß (1995) zauważył, że liczba osób zachowujących zupełną abstynencję maleje w czasie, ale jednocześnie rośnie liczba osób, które doświadczyły poprawy w swoim funkcjonowaniu.

Osoby, które po terapii piły mniej, to także osoby uzależnione. Dla wielu osób pojawia się oczywiście bardzo ważne pytanie o to kto, pomimo diagnozy uzależnienia, ma szanse na ograniczenie picia, a kto nie? Czy terapeuta może lub nawet powinien zgodzić się na taki cel wiedząc, że ma do czynienia z pacjentem uzależnionym? Czy kurator może tę wiedzę wykorzystać do budowania motywacji swojego podopiecznego do zmiany?

Powyższe wyniki badań wskazują ponownie na fakt, że uzależnienie jest zjawiskiem heterogenicznym, i że w grupie osób uzależnionych, być może w zależności od typu uzależnienia, są osoby, które nigdy nie będą w stanie ograniczyć swojego picia, jak i osoby, które mogą to zrobić, a to zmienia nasze dotychczasowe patrzanie na uzależnienie jako na chorobę nieuleczalną.

Osoby spotykające się w swojej pracy ze zjawiskiem uzależnienia żywią niejednokrotnie przekonanie, że 'osoba uzależniona nie poradzi sobie bez terapii'. Istnieje jednak wiele badań (Blomquist 1998; Klingemann, Klingemann 2013), których autorzy opisują zjawisko samowyleczenia, czyli tzw. remisję samoistną. Jednym z możliwych i udokumentowanych efektów takiej zmiany jest ograniczenie picia do niskiego poziomu ryzyka i ma ono miejsce częściej w grupie uzależnionych 'samowyleczonych' niż w grupie osób, które ukończyły terapię uzależnień. Wyniki tych badań stawiają przed nami bardzo ciekawe pytanie: Czy terapia, narzucając klientom/pacjentom paradygmat uzależnienia jako choroby nieuleczalnej, może utrudniać zmianę w kierunku ograniczenia picia?

Programy ograniczania picia

Zdecydowana większość z nas podziela opinię, że abstynencja jest celem optymalnym i najbardziej pożądanym dla osób uzależnionych. Nie musi być jednak celem jedynym. Lilienfeld i in. (2011) przytaczają wyniki badań, które wskazują, że umiarkowane picie jako cel terapii jest właściwe dla osób pijących szkodliwie lub uzależnionych z mniej nasilonymi objawami uzależnienia oraz dla tych, którzy odrzucają abstynencję jako cel pracy terapeutycznej i związane z tym rozpoznanie bycia 'alkoholikiem'. Autorzy publikacji uważają przekonanie o tym, że abstynencja jest jedynym właściwym celem w pracy z osobami uzależnionymi jako jedno z tych nieprawdziwych przekonań, które nie znajduje swojego empirycznego potwierdzenia w nauce. Wiele badań potwierdza bowiem fakt, że programy ograniczania picia/zażywania lub behawioralny trening samokontroli są skutecznymi metodami w pracy z osobami z szeroko rozumianym problemem

uzależnienia. Treść tych programów jest zróżnicowana. Niektóre z nich koncentrują się na zwiększeniu samokontroli w kontakcie z alkoholem, inne zwracają uwagę na naukę panowania nad negatywnymi emocjami, a jeszcze inne kształtują umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których ktoś sięgał po alkohol/narkotyki. Programy te rodzą i zapewne nadal będą rodziły sporo emocji, jednak swoim przesłaniem wpisują się w potrzebę, aby spotkać się z klientem/pacjentem w miejscu, w jakim on jest (Głowik 2017a).

Programy ograniczania picia nie są czymś nadzwyczaj trudnym w swojej konstrukcji. Są jednak ważnym krokiem w naszym myśleniu o osobach z problemem alkoholowym. Jeśli je uznajemy, to uważamy, że ograniczenie picia jest celem możliwym do osiągnięcia w grupie osób z problemem alkoholowym. W polskim lecnictwie odwykowym powstały wytyczne do tworzenia programów ograniczania picia (POP)², które są zamieszczone na stronie PARPA.

Odnoszą się one do koncepcji zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu zgodnego z wcześniej ustalonym planem picia. Warto przy ustalaniu celu uzgodnić i określić z klientem/pacjentem:

- częstotliwość picia,
- rodzaj i ilość alkoholu,
- picie w sytuacjach wyjątkowych,
- sytuacje, w których klient zachowa abstynencję.

Ich uzgodnienie nie ma związku z kontrolowaniem klienta/pacjenta, ale z urealnieniem celu. Dla klientów/pacjentów nie są to absolutnie programy mniej wymagające, ale wręcz przeciwnie. Dla wielu z nich udział w tych programach jest naturalnym etapem przechodzenia do decyzji o zupełnej abstynencji. Badania pokazują, że wielu klientów/pacjentów decyduje się z czasem na zupełną abstynencję ponieważ jej realizacja jest dla nich łatwiejsza, niż trzymanie się zaleceń (stworzonych przez siebie samych) wynikających z decyzji o ograniczaniu picia. Do ich prowadzenia potrzeba kilku podstawowych i przydatnych w życiu informacji i umiejętności:

- wiedzy na temat porcji standardowych,
- wiedzy na temat możliwych skutków zdrowotnych picia alkoholu,
- wiedzy oraz umiejętności różnicowania wzorów używania alkoholu,
- umiejętności uzgadniania i konkretyzowania celu pracy terapeutycznej,
- umiejętności korzystania z narzędzi przesiewowych, jeśli byłaby taka potrzeba w procesie terapii.

W literaturze przedmiotu funkcjonuje pojęcie porcji standardowej. Jest to mierzalna porcja czystego alkoholu, która wynosi 10 g. Taka ilość czystego alkoholu mieści się w 30 ml wódki, 100 ml wina albo w 250 ml piwa, tzn. że wypijając 30 ml wódki ktoś wypija taką samą dawkę czystego alkoholu jak ten, kto wypija 100 ml wina albo 250 ml piwa. Istnieje także sporo dobrze opisanych badań, które mó-

² www.parpa.pl/index.php/lecnictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia.

wią np. o tym, że określona liczba porcji alkoholu wypijana w ciągu jednego dnia lub też w ciągu tygodnia niesie ze sobą niskie lub duże ryzyko powstania szkód zdrowotnych lub też jest po prostu szkodliwa (Głownik 2017b).

Porcje standardowe są także pomocne przy różnicowaniu wzorów zażywania. Wykorzystuje się je na przykład w zalecanym przez WHO teście przesiewowym AUDIT. Te wzory to: picie o niskim poziomie ryzyka, ryzykowne, szkodliwe i uzależnienie.

Warto jednak ponownie podkreślić, że programy ograniczania picia nie są dla wszystkich pacjentów. To bardzo ważne, gdyż u niektórych osób uzależnionych, a w szczególności w przypadku ciężkich zaburzeń związanych z zażywaniem alkoholu, osiągnięcie tego celu może nie być możliwe, ponieważ każdy człowiek zmienia się na miarę swoich możliwości, które wyznacza m.in. stopień zaawansowania choroby, a co za tym idzie neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia. Nie chodzi też o to, aby terapeuta podejmował za pacjenta decyzje, ale o to, aby mądrze podzielił się z nim swoją fachową wiedzą. Istotnym elementem wpływającym na skuteczność programów terapeutycznych jest adresowanie ich do odpowiednich grup odbiorców. I tak jest także w tym przypadku. Zgoda na pracę nad ograniczeniem picia w pracy z pacjentem uzależnionym, który ma za sobą kilkanaście lat destrukcyjnego picia i wiele prób jego ograniczania nie będzie raczej dobrym pomysłem, a praca na tzw. wyjątkach może okazać się pułapką dla terapeuty i dla pacjenta. Podobną pułapką może być praca nad ograniczeniem picia w przypadku pacjenta, któremu odwieszenie wyroku sąd uzależnił od zachowania zupełnej abstynencji a nie tylko od ograniczenia picia, lub też praca z pacjentem, który ma przeciwwskazania zdrowotne do udziału w takim programie (poważne zaburzenia funkcji wątroby, układu krążenia, neurologiczne, psychiczne, układu pokarmowego i in). Dlatego też programy ograniczania picia, o czym warto pamiętać, są dedykowane:

- osobom pijącym alkohol szkodliwie,
- osobom uzależnionym od alkoholu, szczególnie:
- bez przeciwwskazań zdrowotnych dla używania alkoholu,
- w początkowej fazie uzależnienia,
- lepiej funkcjonujących społecznie,
- z mniejszym nasileniem objawów uzależnienia,
- nieakceptującym trwałej abstynencji jako celu terapii,
- doświadczających mniejszej ilości problemów związanych z piciem,
- młodszym.

Redukcja szkód

Programy redukcji szkód (*harm reduction*) mają już swoją stuletnią tradycję (Gaś 2002). W zdecydowanej większości ich adresatami są osoby ciężko uzależ-

nione, w przypadku których ograniczenie picia lub abstynencja są celami bardzo odległymi, jeśli nie nierealnymi. Redukcja szkód jest w tym przypadku działaniem w obszarze zdrowia publicznego, ukierunkowanym przede wszystkim na redukcję szkodliwych skutków używania środków psychoaktywnych, a nie na redukcję używania tych środków. Ich celem jest między innymi zmniejszenie ryzyka śmierci, ciężkich powikłań zdrowotnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w środowisku lokalnym. Często bardziej właściwym miejscem dla takich programów będzie opieka społeczna czy też organizacje pozarządowe (dożywianie, utrzymywanie schronisk czy noclegowni dla bezdomnych, aktywizacja życiowa, pomoc medyczna, ratowanie przed zamrażaniem osób nietrzeźwych i in.), bo też pomoc społeczna może nagradzać udział w takich programach różnymi świadczeniami. Jednak leczenie odwykowe może stwarzać przestrzeń do spotkań mających na celu rozwiązywanie bieżących problemów zdrowotnych, socjalnych i in., motywować osoby ciężko uzależnione do picia alkoholu w sposób mniej szkodliwy, np. poprzez rezygnację z picia alkoholi niespożywczych, szukanie pomocy w ciężkich zespołach abstynencyjnych, niemieszanie alkoholu z lekami.

Zmiana paradygmatów w terapii uzależnień skutkuje i nadal będzie skutkowała rozszerzeniem grupy odbiorców o osoby pijące szkodliwie, pojawieniem się nowych propozycji pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi, kształtowaniem się odmiennych metod pracy terapeutycznej oraz innej roli terapeuty w procesie zmiany. Coraz więcej badań wskazuje na przykład na dużą skuteczność krótkich interwencji motywujących, treningów umiejętności, terapii par, w których jedna osoba nadużywa alkoholu, lub też programów zmiany realizowanych za pomocą internetu. Ta zmiana myślenia staje się także wyzwaniem dla pracy kuratora, ponieważ skłania do postawienia sobie pytań o rozumienie uzależnienia i całego procesu zmiany, metody pracy terapeutycznej, własne przekonania na temat osób uzależnionych i wiele innych.

Abstract: Change in paradigms in addiction therapy

Paradigms constitute a model description of the problems and their solutions. They are important as certain methods of work, ideas for interpreting e.g. behaviour of people, in need for help, criteria for success or failure come from them. Recent years have brought an important change, which can still be seen happening, of paradigms in therapeutic rehabilitation in the area of understanding addicts as well as the understanding of addiction itself. The change influences the occurrences of new therapeutic programs, which are no longer focused on sobriety itself, but it also has a huge influence on programs limiting alcohol abuse and reducing its negative consequences and damage. It must be emphasized that these are programs which are not designed for everyone and each of them is dedicated to strictly defined group of people with an addiction in a broad sense.

Key words: Paradigms, addiction, motivation, alcohol abuse programs, programs of reducing the damage.

Bibliografia

- [1] Blomquist J., 1998, *Beyond treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*, Departament of Social Works, Stockholm Univeristy, Stockholm.
- [2] Brehm S.S., Brehm J.W., 1981, *Psychological Reactance*, New York.
- [3] De Barbaro B., 2007, *Po co psychoterapii postmodernizm*, „Psychoterapia”, 3(142).
- [4] Dodziuk A. (red.), 1993, *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*, IPZiT, Warszawa.
- [5] Emrick C.D., 1974, *A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment*, „Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, 35.
- [6] Gaś Z.B., 2002, *Redukcja szkód a profilaktyka uzależnień*, „Remedium”, lipiec-sierpień.
- [7] Głowik T., 2017a, *O podmiotowości pacjenta, psychoterapii w terapii uzależnień i innych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2.
- [8] Głowik T., 2017b, *Zmiany w leczeniu osób uzależnionych w Polsce*, „Świat Problemów”, listopad.
- [9] Hughes J.R., 2007, *Defining dependence: Describing symptom clusters versus central constructs*, „Addiction”, 102(10), 1531–1532.
- [10] Klingemann H., Klingemann J., 2013, *Czy terapia jest koniecznością? Samowyleczenia a system lecznictwa*, [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, (red.) Miller M. Peter, Warszawa.
- [11] Kuhn T., 2001, *Struktura rewolucji naukowych*, wyd. 2, Warszawa.
- [12] Lilienfeld S.O., Lynn S.J., Ruscio J., Beyerstein B.L., 2011, *50 wielkich mitów psychologii popularnej. Półprawdy, ćwierćprawdy i kompletne bzdury*, Warszawa–Stare Groszki.
- [13] Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., 2006, *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- [14] Miller M.P. (red.), 2013, *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Warszawa.
- [15] Miller W.R., Rollnick S., 2010, *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, Kraków.
- [16] Miller W.T., 2009, *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*, Warszawa.
- [17] Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C., 2008, *Zmiana na dobre*, Warszawa.
- [18] Roberts C., 2003, *The emerging what works evidence and its implications for practice in the National Probation Service*, National Probation Service What Works Conference 2003 pack. A whole service approach to delivering intervention 8–10 December, Nottingham.
- [19] Süß H.M., 1995, *Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse*, „Psychologische Rundschau”, 46.