

Dorota Zaworska-Nikoniuk

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie [mail ?]

ORCID ?

Alkoholicy wysokofunkcjonujący – trudności diagnostyczne, charakterystyka i modele leczenia

Abstrakt: Artykuł prezentuje trudności diagnostyczne związane z nietypowym przebiegiem problemowego picia alkoholu wśród osób wysokofunkcjonujących (HFA – ang. *High Functioning Alcoholics*), które nie spełniają często przez kilkanaście lat kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), choć cierpią z powodu symptomów nadmiernego picia. Korzystając z koncepcji Sarah Alen Benton wskazuje na typologię cech charakterystycznych dla tej grupy osób oraz czynniki ryzyka picia problemowego, uwidaczniających się w poszczególnych okresach życia, umożliwiające wczesną identyfikację symptomów rozwoju uzależnienia. Wskazuje przy tym na zmianę paradygmatów medycznych w podejściu do picia problemowego: z paradygmatu abstyrencji zakładającego nieuleczalność choroby alkoholowej opierającej terapię na dożywotnim zaprzestaniu picia alkohol inspirowanym modelem ruchu Anonimowych Alkoholików, na paradygmat redukcji szkód ukazujący progresywny i przewlekły charakter wspomnianej choroby opierający terapię na nauczaniu picia kontrolowanego. W podejściu terapeutycznym proponowanym pijącym problemowo osobom wysokofunkcjonującym stosowane są oba podejścia.

Słowa kluczowe: alkoholicy wysokofunkcjonujący, paradygmat abstyrencji i redukcji szkód, nauka picia kontrolowanego, grupy Anonimowych Alkoholików.

Trudności diagnostyczne: uzależnieni poza klasyfikacją? – uwagi wprowadzające

Osoby wykazujące zaburzenia związane ze spożywaniem alkoholu to grupa niejednorodna różniąca się zarówno: predyspozycjami genetycznymi, wewnętrznymi czynnikami osobowościowymi oraz uwarunkowaniami środowiskowymi. W medycynie i naukach społecznych od kilkudziesięciu lat próbowano tworzyć typologię osób uzależnionych od alkoholu różnicując je w oparciu, np. o przyczyny choroby alkoholowej, jej przebieg, fazy rozwoju i konsekwencje (por. Clonninger 1997; Lesch, Walter 1996; Zucker 1987; Babor 2000; Gasior 2006; Hauser, Zakrzewska 1996; Schwoon, Saake 1997; Cloninger, Sigvardsson, Bohman 2000; Morawska, Chodkiewicz 2020). Pomimo licznie prowadzonych prac badawczych poruszających problematykę uzależnienia od środków psychoaktywnych na świecie i w Polsce uwidaczniają się w nich niezbadane obszary, a jednym z nich są odmienności w sposobie funkcjonowania na płaszczyźnie życia prywatnego i publicznego kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu; choć perspektywa różnicowania przebiegu choroby alkoholowej w zależności od sposobu picia oraz płci biologicznej użytkownika napojów alkoholowych została zainicjowana przez E. M. Jellinka w latach sześćdziesiątych XX wieku (Jellinek 1960, 1967, 1987) i znalazła odzwierciedlenie w proponowanych przez niego narzędziach diagnostycznych tzw. Kartach Jellinka dla kobiet oraz Kartach Jellinka dla mężczyzn (1960), to została ona porzucona. Dążenie do ujednoczenia teorii uzależnień zaowocowało w późniejszym okresie poszukiwaniem wspólnych mechanizmów chorobowych i cech znamiennej wszystkim alkoholikom, niezależnie od różnic indywidualnych oraz społecznych (Cierpiątkowska, Chodkiewicz 2020). Choć wyróżnione zostały fazy przebiegu uzależnienia, niezależnie od stanu zaawansowania choroby, ujednoczono oddziaływania lecznicze oraz terapeutyczne. Taka „homogenizacja” w podejściu do uzależnień utrudniała nie tylko diagnozę pewnych grup osób nie mieszczących się z różnych przyczyn w klasycznej typologii, lecz również rozwój oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych (tu: trzeciorzędowych) wobec osób ze specyficznymi potrzebami, których niezaspokojenie stawało się często przyczyną ryzyka choroby (np. kobiet, osób homoseksualnych, mniejszości etnicznych, osób o obniżonym intelekcie) (Miller, Forcehimes, Zweben 2014). Ważnym, niewystarczająco eksplorowanym obszarem pozostają przy tym badania nad picciem problemowym, rozwojem zaburzeń związanych z uzależnieniem od alkoholu wśród osób pracujących, robiących szybkie kariery i awansujących zawodowo, określanych przez S. Benton (2015) mianem „alkoholików wysokofunkcjonujących” (HFA – ang. *High Functioning Alcoholics*).

Próba wyodrębnienia nowego typu alkoholizmu– koncepcja Sarah Alen Benton

Diagnoza problemowego picia – trudności i cechy wspólne HFA

Pionerką badań nad nowym typem alkoholizmu była psycholog Sarah Alen Benton (2015), która zaprezentowała biografię osób wykazujących cechy charakterystyczne dla choroby alkoholowej, a przy tym zaangażowanych w pracę zawodową, robiących dynamiczne kariery, mających udane życie rodzinne i wysoką pozycję społeczną. Szukając wspólnego określenia stylu życia tych osób nadała im nazwę „alkoholików wysokofunkcjonujących” (wyróżniając przy tym na zasadzie opozycji „alkoholików niskofunkcjonujących”). Alkoholicy wysokofunkcjonujący to specyficzna grupa osób: kobiet i mężczyzn o nietypowym przebiegu uzależnienia. Pomimo pogrążania się w chorobie alkoholowej funkcjonują oni efektywnie na płaszczyźnie życia prywatnego (w rolach rodzinnych i towarzyskich) oraz publicznego (role zawodowe, społeczne, publiczne). Odbiegają tym samym od stereotypowego wizerunku alkoholika/alkoholiczki tak mocno, iż choroba pozostaje niewidoczna nawet dla osób najbliższych). W pełni odpowiadają kryteriom życiowym tzw. „człowieka sukcesu”, pomimo dopadającego ich cierpienia o nieznanym rodowodzie, pojawiającego się po spożyciu alkoholu. Poszukują pomocy lecz specjaliści nie dostrzegają ich problemu wynikającego z nadmiernego spożywania alkoholu, oni zaś pogrążając się w mechanizmach iluzji i zaprzeczeń nie upatrują ich źródeł w konsumpcji napojów alkoholowych, rzadko otrzymują pomoc adekwatną do źródła problemu. Nie zawsze spełniają kryteria diagnostyczne uzależnień określone w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), choć klasyfikacja ta umożliwiła skuteczniejszą identyfikację problemów alkoholowych w stosunku do poprzedniej (DSM-IV), uwzględniając różne stopnie nasilenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, wyodrębniając zarówno: „nadużywanie alkoholu” oraz „uzależnienie od alkoholu”, umożliwiając efektywniejszą diagnozę problemowego picia alkoholu¹ (Samochowicz i inni 2015). Alkoholicy

¹ O problemowym wzorze picia alkoholu można mówić, gdy spełnione są dwa spośród jedenastu kryteriów, utrzymujących się przez 12 miesięcy: 1) częste spożywanie alkoholu, w większych ilościach lub przez czas dłuższy niż pierwotnie zamierzano; 2) uporczywe pragnienie picia alkoholu lub nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia; 3) poświęcanie coraz większej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, pićm lub niwelowaniem skutków picia; 4) pojawiający się głód alkoholowy lub występująca silna potrzeba picia; 5) nawracające spożywanie alkoholu, które powoduje zaniedbywanie głównych obowiązków domowych, szkolnych czy zawodowych; 6) spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów interpersonalnych, rodzinnych i społecznych spowodowanych własnym pićm; 7) ograniczanie albo porzucanie z powodu picia alkoholu ważnych dotychczas aktywności życiowych; 8) powracanie do picia (nawroty) w sytuacjach odczuwalnych jako

wysokofunkcjonujący bardzo długo nie ponoszą wymienionych w niej konsekwencji własnego picia, ograniczają dawki używanego alkoholu, planują własne ciągi alkoholowe i samodzielnie je przerywają. Bardzo długo nie spełniają kryteriów diagnostycznych wymienionych w DSM-V. Przyczyn tego stanu rzeczy terapeuci upatrują w sposobie konstruowania przytoczonej klasyfikacji, tworzą ją psychiatrzy, pozyskując dane pochodzące z badań nad uzależnieniem od osób przechodzących kurację odwykową. Z badań *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions* wynika zaś, iż kuracji takiej poddaje się zaledwie 25% osób nadużywających alkoholu (Benton 2015, s. 36); pozostałe zaś próbują radzić sobie samodzielnie, wykorzystując inne dostępne metody oraz środki. Howard B. Moss, Chiung M. Chen, Hsiao-ye Yi (2007) podjęli rozległe badania na próbie 1484 respondentów leczonych w *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)* z powodu problemów alkoholowych. Celem prowadzonych przez zespół badawczy diagnoz było wyodrębnienie jednorodnych podtypów pacjentów uzależnionych od alkoholu (AD), uwzględniając charakterystykę kliniczną badanych, ich sytuację rodzinną oraz zawodową oraz współistniejące schorzenia. Rezultatem zaś wyróżnienie pięciu podtypów osób uzależnionych tj. a) „młody dorosły” – obejmujący około 31,5% uzależnionych w USA, rzadko podejmują oni leczenie, nie korzystają z innych środków psychoaktywnych; b) „młody antyspołeczny” – około 21% alkoholików, charakteryzujących się również antyspołecznymi zaburzeniami osobowości oraz zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami od innych substancji psychoaktywnych (co trzeci z nich podejmuje próby leczenia); c) „funkcjonalny” – dotyczący 19,5% nadużywających alkoholu, zwłaszcza osób dobrze wykształconych, znajdujących się w tzw. wieku średnim (po 40 roku życia), o wysokim statusie materialnym i udanym życiu rodzinnym oraz zawodowym; d) „średni podtyp rodzinny” – obejmujący 19% alkoholików najczęściej znajdujących się w wieku średnim i cierpiących na schorzenia psychiczne (co czwarty podejmuje leczenie); e) „ciężki podtyp chroniczny” – ta populacja obejmuje 9% uzależnionych odpowiadających stereotypowemu wizerunkowi alkoholika: osoby w średnim wieku, mające zaburzenia osobowości, notowane przez policję z powodu naruszania prawa (większość podejmuje próby leczenia a 80% wywodzi się z rodzin alkoholowych).

Odnosząc wyróżnione podtypy do przytoczonej wyżej klasyfikacji DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) można zauważyć, iż nie wszystkie podtypy osób nadużywających alkoholu spełniają kryteria diagnostyczne (np. podtyp funkcjonalny ich nie spełnia). Szacuje się przy tym, iż około 18 milionów

.....

zagrożające; 9) spożywanie alkoholu pomimo problemów psychicznych oraz fizycznych spowodowanych picciem alkoholu lub pogłębiających się po jego picciu; 10) występowaniu tolerancji na alkohol związanej z potrzebą picia coraz większej jego ilości dla osiągnięcia pożądanego efektu; 11) występowanie zespołu abstynencyjnego wraz z ujawnieniem się charakterystycznych objawów (Samochowicz, Chęć, Kołodziej, Samochowicz 2015)

Amerykanów spełnia kryteria diagnostyczne nadużywania alkoholu lub jest od niego uzależniona, z czego 20% – stanowią osoby starannie wykształcone, mające wysokie dochody i pozycje społeczną mieszczące się w grupie HFA (Benton 2015). Nie wiadomo nic o rozmiarach zjawiska w Polsce, gdzie nikt nie prowadził do tej pory takich analiz, choć spożycie alkoholu wzrasta (w 2019 roku wynosi 9,78 litra 100% alkoholu na osobę), a po trunek sięgają osoby coraz młodsze (już 11–12-letnie), zacierają się przy tym różnice między płciami w sposobie picia (dziewczęta zaczynają pić na równi z chłopcami) (PARPA 2020). Według danych Ministerstwa Zdrowia w Polsce żyje około 700 tysięcy osób nadużywających alkoholu (spożywających rocznie ponad 10 litrów czystego alkoholu), co stanowi 12% – populacji osób dorosłych. Do problemowego picia alkoholu przyznaje się także coraz więcej osób publicznych, znanych z estrady: aktorów, piosenkarek czy modelek. Jako przykłady wymienić można m.in. Macieja Maleńczuka, Michała Wiśniewskiego, Ilonę Felicjańską, Stanisławę Celińską, Agnieszkę Kotlulanę, którym pograżanie się w nałogu, nie przeszkodziło w konstruowaniu dynamicznych zawodowych karier oraz udanym życiu rodzinnym (Zaworska-Nikoniuk 2020). Różnice pomiędzy osobami pijącymi w sposób problemowy wywodzącymi się z niższych warstw społecznych a osobami dobrze sytuowanymi robiącymi zawodowe kariery, są znaczne. Po pierwsze tzw. alkoholicy niskofunkcjonujący są widoczni w przestrzeni publicznej, przystają do stereotypowego obrazu alkoholika a ich choroba zakłóca funkcjonowanie społeczne i obciąża budżet państwa kosztami leczenia (Barczak 1993; Bogucki, Gierczyński, Grygielewicz 2013; Frąckowiak, Motyka 2015). Odnoszący sukcesy, społecznie szanowani ludzie sukcesu, nawet przy podejrzeniu nadmiernego spożywania alkoholu rzadziej poszukują terapii, brakuje dla nich skutecznej oferty, toteż czas pomiędzy intensywnym piciem a rozpoznaniem jego destrukcyjnego modelu i działania na różne osoby środowiska oraz samego siebie, wynosi często kilkanaście lat. Doprowadza to do intensywnego rozwoju choroby i dopiero wówczas osoby wysokofunkcjonujące zaczynają spełniać kryteria diagnostyczne zawarte w DSM-V (Morawska, Chodkiewicz 2020). Pewne cechy charakterystyczne dla tej grupy osób uwidaczniają się znacznie wcześniej (tab. 1).

Tabela 1. Lista cech znamienych HFA w ujęciu S. Benton

| Typ zachowania | Charakterystyka zachowania |
|--------------------------------|---|
| Związane z wypieraniem choroby | Nie postrzega siebie jako alkoholika, gdyż odbiega od stereotypowego jego obrazu. Uważa, że nie jest uzależniony ze względu na odnoszone zawodowe sukcesy. Unika pomocy terapeutycznej do momentu doświadczenia sytuacji kryzysowej, a własne picie postrzega jako: „wadę”, „niedoskonałość”, „kłopot”. Traktują picie alkoholu jako nagrodę za ciężką pracę. Spożywa drogie wyrafinowane trunki na spotkaniach towarzyskich z tzw. „osobami znaczącymi” oraz podobnymi sobie (kręgi towarzyskie HFA). Jego choroba pozostaje niedostrzegana nawet przez najbliższych, ze względu na wysoki stopień funkcjonowania społecznego. |

| Typ zachowania | Charakterystyka zachowania |
|--|--|
| Prowadzenie „podwójnego życia” | Robi wrażenie człowieka doskonale radzącego sobie w życiu. Cechuje go wprawa w bezkolizyjnym prowadzeniu wielotorowego życia. Unika negatywnych sygnałów związanych z piciem, ze strony osób bliskich. Nienagannie prezentuje się zewnątrz (modne ubrania i fryzury, drogie kosmetyki, atrakcyjność fizyczna, stosowanie diet) a jego prezencja fizyczna nie przystaje do stereotypu alkoholika. Ukrywa przed otoczeniem spożywanie alkoholu, często nie piję na spotkaniach lub pije niewielkie ilości alkoholu, najczęściej pije przed spotkaniem lub bezpośrednio po nim. |
| Specyficzne zwyczaje i zachowania związane z piciem. | Jego poziom tolerancji na alkohol jest wysoki, doznaje głodu fizycznego i odczuwa fizyczne konsekwencje picia alkoholu. Doświadcza przelotnych epizodów tzw. urwanego filmu. Ma skrupuły oraz poczucie winy związane z własnym zachowaniem po wypiciu alkoholu. Wielokrotnie podejmuje próby samodzielnego zapanowania nad piciem, które często się udają. Może przez miesiące oraz lata zachowywać abstynencję. Nie potrafi pić w sposób umiarkowany. Oszukuje siebie i bliskich w zakresie ilości wypijanych jednorazowo drinków. |
| Styl nauki i pracy | Spożywanie alkoholu intensywnie wzrasta w okresie studiów, choć otrzymuje podczas ich trwania bardzo dobre oceny, terminowo wykonuje wszystkie prace, angażuje się w życie studenckie i łatwo nawiązuje kontakty interpersonalne, ma ponadprzeciętną frekwencję. Zawsze stawia się do pracy, osiągając w niej znakomite efekty, co zapewnia mu szybki awans. Często podejmuje dodatkowe wyzwania zawodowe, nieustannie się dokształca oraz podnosi kwalifikacje. |
| Związane ze statusem finansowym | Terminowo reguluje wszelkie rachunki (opłaca czynsze, spłaca kredyty), nie bywa zadłużony. Unika kłopotów finansowych, utrzymuje siebie i innych z własnej pracy, miewa ponadprzeciętne dochody oraz oszczędności finansowe. Chętnie podkreśla atrybuty akcentujące wysoki status materialny (drogi samochód, kosztowny dom, luksusowe wczasy). |
| Relacje międzyludzkie | Pielęguje przyjaźnie, jest życzliwy, utrzymuje liczne kontakty rodzinne, satysfakcjonujące relacje w związkach intymnych. Dobrze i kulturalnie zachowuje się w towarzystwie. Stara się angażować w życie społeczności. Często ma trudności w życiu seksualnym podejmowanym bez alkoholu. |
| Popadanie w kolizję z prawem | Często łamie prawo (jazda pod wpływem alkoholu), przeważnie udaje im się uniknąć konsekwencji, gdyż cieszą się wysokim prestiżem społecznym. Wysoki status finansowy pozwala mu w przypadku konfliktu z prawem na skorzystanie z porad adwokatów. |
| Poziom funkcjonowania społecznego | Jest dobrze przystosowany do życia w społeczeństwie i osiąga sukcesy na płaszczyźnie życia zawodowego, rodzinnego i społecznego. Zachowuje duży stopień dbałości o swą kondycję, zdrowo się odżywia, uprawia sporty, rozwija się intelektualnie, modnie ubiera, uczestniczy w życiu kulturalnym. |
| Sięganie tzw. dna | Może wystąpić po bardzo długim okresie choroby, doznaje mało strat związanych z piciem, rzadko ponosi jego konsekwencje. Zaczyna naruszać swój system wartości, a jego życia oddala się od wyznaczanych standardów moralnych. Nie zauważa degradacji własnego życia, gdyż nie traci w nim wiele w porównaniu z innymi (niskofunkcyjnymi) alkoholikami |

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy literatury S. Benton (2015)

Czynniki ryzyka w picciu problemowym i zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu

W diagnozie wystąpienia „ryzyka picia problemowego” i „rozwoju zaburzeń związanych z używaniem alkoholu” u osób wysokofunkcjonujących (choć nie tylko) istotne jest określenie tzw. „czynników ryzyka”. Termin ten wyjaśnić można w sposób następujący: „jeśli prowadzimy w pewnym okresie (badanie podłużne) obserwację grupy badanych, można z jakąś dokładnością zauważyć, że X jest czynnikiem etiologicznym, który często poprzedza rozwój picia problemowego. Tak X jest nazywany wówczas »czynnikiem ryzyka«” (Lisansky Gomberg 1997). Czynniki ryzyka mogą być stałe (obecne przez całe życie) oraz okresowe (związane z wiekiem oraz etapami życia). Czynniki okresowe nazywane są „markerami” zwiększonej podatności na problemy alkoholowe, mogą one poprzedzać rozwinięcie się picia problemowego lub je nasilać (Lisansky Gomberg 1997). S. Benton (2015) dokonując analizy biografii alkoholików wysokofunkcjonujących wyróżniła w nich czynniki ryzyka uwidaczniające się w poszczególnych okresach życiowych (tab. 2).

Tabela 2. Wzorce spożycia alkoholu oraz cechy osobowości uwidaczniające się w poszczególnych okresach rozwoju

| Okres nauki szkolnej i pracy zawodowej | Czynniki ryzyka |
|--|--|
| Wiek szkolny | <p>Zachowania: stany lękowe i depresyjne, wysoki poziom impulsywności, dążenie do poszukiwania nowych wrażeń, słaby odruch unikania sytuacji potencjalnie groźnych, perfekcjonizm w większości dziedzin życia, wysoka ambicja i dążenie do osiągnięcia sukcesów na wielu polach, osiągnięcie dobrych wyników w nauce, potrzeba przypodobania się innym, dążenie do nieustannych pochwał ze strony otoczenia i motywowanie pochwałami przez otoczenie, uzależnianie samopoczucia od dobrych wyników w nauce i pochwał, wysokie standardy życiowych osiągnięć, umiejętność manipulowania otoczeniem, zaczynają pojawiać się sygnały prowadzenia dwutorowego życia niepasującego do siebie (np. wzorowy uczeń popijający alkohol).</p> <p>Wychowanie rodzinne: rodziny pełne, zamknięte emocjonalnie (czasem z ukrytym problemem alkoholowym), wysokie wymagania i oczekiwania wobec dzieci, wyparcie inicjacji alkoholowej i spożywania środków psychoaktywnych przez dziecko.</p> <p>Presja rówieśnicza: jako motyw inicjacji środków psychoaktywnych, potrzeba „bycia fajnym”, picie ekstremalnie bez konsekwencji picia (syndrom dobrego ucznia).</p> |

| Okres nauki szkolnej i pracy zawodowej | Czynniki ryzyka |
|--|---|
| Studia wyższe | <p>Zmiana intensywności picia w okresie studiów: częstsze spożywanie dużych ilości mocnych trunków, udział w alkoholowych imprezach i zabawach (typu: kto więcej wypije), szukanie okazji do picia, bardzo dobre wyniki w nauce, terminowe osiągnięcie zaliczeń i zdawanie egzaminów, angażowanie się w życie społeczności studenckiej. Naukę ułatwiają pewne wypracowane cechy charakterologiczne kształtowane w dzieciństwie: koncentracja na celu, dobra pamięć, wysokie kwalifikacje intelektualne i motywacja do zdobywania osiągnięć, kojarzenie sukcesu z dobrymi wynikami w nauce, silny mechanizm wyparcia, przebojowość, perfekcjonizm.</p> <p>Pojawiają się pierwsze znamiona choroby alkoholowej tj.: epizody urwanego filmu, utrata kontroli nad piciem, gubienie osobistych rzeczy, poczucie winy i wstydu związane z zachowaniem po alkoholu, obrażanie bliskich osób i przyjaciół, pojawiające się kace, wykonywanie telefonów i odwiedzin pod wpływem upojenia alkoholowego, przypadkowe znajomości zawierane pod wpływem alkoholu, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, codzienne picie alkoholu, wypadki związane z prowadzeniem pojazdów po spożyciu alkoholu, oficjalne upomnienia otrzymywane na uczelni.</p> |
| Początki dorosłości | <p>W początkach dorosłości długo unikają przyjmowania dorosłych ról, by móc spożywać napoje alkoholowe, dobrze funkcjonują na rynku pracy, są nastawieni na szybkie osiągnięcie sukcesu, łatwo nawiązują kontakty, mają duży poziom życiowej energii, chętnie podejmują rywalizację, osiągają liczne zawodowe sukcesy.</p> |
| Praca zawodowa | <p>Silne zaangażowanie w pracę, presja na osiągnięcie sukcesu, dobry status materialny związany z wykonywaną pracą, picie alkoholu jako nagroda za ciężką pracę, z reguły pracuje w wolnym zawodzie albo w zawodzie nie wymagającym ścisłego nadzoru, wysokie zarobki pozwalają unikać problemów finansowych związanych z nałogiem, celebrować sukcesy zawodowe przy alkoholu, niewielu współpracowników zauważa nadużywanie przez nich alkoholu, w przypadku nasilenia problemów alkoholowych nie zwracają się o pomoc, upodobanie ekstremalnego stylu życia.</p> |
| Sięganie dna | <p>Próbują ograniczyć picie i kontrolować samodzielnie ilości wypijanego alkoholu, co długo wychodzi, impulsem do terapii może być traumatyczne wydarzenie pod wpływem alkoholu (np. wypadek samochodowy, strata przyjaciół), jeśli nie nastąpi nie podejmują czasem prób leczenia.</p> |

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy literatury S. Benton (2015).

Sposób funkcjonowania alkoholików wysokofunkcjonujących odróżnia się od pozostałych typów osób uzależnionych od alkoholu. Wysoka pozycja społeczna i dobry status materialny powoduje, iż wielu z nich nie osiągnie tzw. „dna” utożsamianego z kryzysem osobistym, będącym przyczynkiem do zachwiania mechanizmów obronnych uniemożliwiających dostrzeżenie problemu, będącego w tym przypadku istotnym impulsem skłaniającym do terapii uzależnienia (Chodkiewicz 2012; Brown 1990). Uzależnienie to może pozostać niezauważalne nawet dla domowników, wysoki status materialny i społeczny umożliwia skompensowanie

nikłej obecności w przestrzeni rodzinnej i brak zaangażowania w funkcjonowanie rodziny. Odrzucając deterministyczne teorie psychopatologii rozwojowej² i skłaniając się ku badaniom probabilistycznym (zwłaszcza modelowi interakcyjnemu³) (Grzegorzewska 2011, 2013; Gąsior 2012) można zauważyć, iż alkoholizm wysokofunkcjonujący może być czynnikiem chroniącym rodzinę alkoholika przed powstaniem typowych znamienych ról rodzinnych u dzieci (tj. bohater rodziny, maskotka, błazen, kozioł ofiarny, wspomagacz) (Ciepiąłkowska, Grzegorzewska 2016; Steinglass 1992), transmitowanych na dorosłe życie w postaci tzw. Syndromu Dorosłych Dzieci Alkoholików (Woititz 2000; Brown 1988; Cermak 1984; Gąsior 2012) oraz niwelować ryzyko powstania mechanizmów współuzależnienia wych w partnerów życiowych (Steinglass 1992, Wegscheider-Cruse 2006).

Trudności w terapii osób wysokofunkcjonujących – picie kontrolowane i grupy samopomocy

Zmiana paradygmatów w teorii uzależnień

W latach 50. XX wieku w myśl koncepcji medycznych, tworzonych m.in. przez E. M. Jellinka (1960), uznano uzależnienie od alkoholu za chorobę nieuleczalną. Takie podejście obowiązywało w naukach medycznych przez wiele lat (Cierpiąłkowska, Chodkiewicz 2020), zaowocowało ono powstaniem paradygmatu utrzymania trwałej abstynencji: jako jedynej metody leczenia choroby alkoholowej, w oparciu o który konstruowano większość koncepcji terapeutycznych (Dubiel 2016; Klingermann, Klingermann 2017), w tym samopomocy (Zaworska-Nikoniuk 2001a, b; 2005). Nie zawsze był on skuteczny, budził także wiele kontrowersji. Pod koniec lat 80. XX wieku zauważono zaś, iż istnieje pewna grupa osób nadużywających alkoholu, która potrafi planować swe picie i czasowo je kontrolować; pomimo wykazywanych cech uzależnienia. Były to przeważnie osoby młode, często wykształcone i dobrze sytuowane, które nie zamierzały rezygnować dogonnie

.....

² Na gruncie psychopatologii rozwojowej opracowano dwa podstawowe modele badań nad określeniem wpływu czynników zagrażających rozwojowi dzieci z rodzin alkoholowych i chroniących je: a) deterministyczny model psychopatologii rozwojowej oraz b) model interakcyjny (probabilistyczny). Model deterministyczny (od determinować) zakłada, że wychowanie w rodzinie alkoholowej przyczynia się do wystąpienia problemów w rozwoju i zaburzeń u dzieci, jest on kompatybilny z zawężonymi ujęciami współuzależnienia i koncepcjami ról społecznych przybieranych przez dzieci. Badania podejmowane w ramach tego modelu wskazują na dwie ścieżki rozwoju problemów: ciągłości homotypowej (symptomy utrzymują się w takiej samej kategorii zaburzeń w różnych okresach życia) oraz heterotypowej (w różnych okresach życia występują inne problemy i zaburzenia) (Ciepiąłkowska, Grzegorzewska 2016).

³ Model interakcyjny (probabilistyczny), oparty jest na przyjęciu interdeterministycznych (interakcyjnych) założeń co do rozwoju dzieci z rodzin alkoholowych i występujących w ich życiu problemów czy zaburzeń (Ciepiąłkowska, Grzegorzewska 2016).

z używania alkoholu. Zapoczątkowało to nowy dyskurs w teorii uzależnień odnosząc się do humanistycznej koncepcji pomagania przyjęto, iż „pomaganie innym ludziom zawsze wiąże się z przyjęciem określonego filtra, czyli paradygmatu myślenia” (Głowik 2019, s. 92). W paradygmacie tym – jak zauważa Tomasz Głowik (2019, s. 92): „zawierają się 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 nieuleczalną”. Odnosząc się do humanistycznych koncepcji współpracy z klientem, poszanowania jego podmiotowości i zaangażowania w proces zmiany własnego życia, poszukiwać zaczęto nowych sposobów i form prowadzenia terapii. Poszukując alternatywnych wobec obowiązujących możliwości terapeutycznych sięgano do rozwiązań znamienych terapii osób uzależnionych od narkotyków, a konkretniej rozwiązań inspirowanych metodą redukcji szkód. Założono zatem, że lepiej jest zredukować szkody (tu nauczyć picia kontrolowanego osobę uzależnioną), niż próbować nakłonić ją (często wbrew jej woli) do zachowania abstynencji (Napierała 2013). W latach 90. XX wieku powstał najbardziej znany „Ambulatoryjny program grupowy picia kontrolowanego” (*AkT Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken*), prowadzony Joachima Korela, jego skuteczność po roku oceniono na 58% (Napierała 2013). Rozpoczęła się debata na temat picia kontrolowanego jako alternatywy wobec całkowitej abstynencji (Napierała 2013). Zmiana kryteriów diagnostycznych zgodnie z klasyfikacją DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) uwzględniająca „problemowe picie alkoholu” umożliwiła poszukiwanie nowych metod terapeutycznych adresowanych do szerokiej grupy osób nadużywających alkoholu w sposób: „łagodny” (przy posiadaniu 2–3 objawów), ukazując różnice w głębokości i intensywności rozwoju zaburzenia, pozwalając tym samym różnicować odnoszące się do nich cele terapeutyczne (Głowik 2019). Wskazuje także na różnice pomiędzy sposobem funkcjonowania osób uzależnionych, przyczyniając się do osłabienia stereotypowego obrazu alkoholika dominującego w społeczeństwie, który znamieny był podtypowi „ciężkiemu chronicznego” lub „młodego antyspołecznego” (Moss, Chen, Hsiao-ye Yi 2007), odnosząc się do ciężkiego stadium choroby.

Modele teoretyczne picia kontrolowanego i paradygmat redukcji szkód

Modele teoretyczne na których bazują teorie powrotu do picia kontrolowanego to: behawioralny, zachowań zautomatyzowanych, poznawczy, zintegrowany (poznawczo-behawioralny) oraz psychoanalityczny.

Pierwszy z nich – behawioralny – oparto na zasadach uczenia się, nadużywanie alkoholu traktowane jest w nim dwojako: jako wzmocnienie pozytywne (poprzez nasilenie pożądanego stanu emocjonalnego) oraz negatywne (redukcja niepożądanych stanów emocjonalnych). Wzmocnienie pozytywne ma związek z doznawaniem przyjemnych skojarzeń związanych z piciem dużych ilości alko-

holu, są to np. zachowania uprzednio nagradzane w środowisku życia (picie towarzyskie pacjenta) lub stanowiące nagrodę przyznaną samemu sobie (np. picie po ciężkiej pracy charakterystyczne dla HFA lub po ukończeniu projektu). Negatywne – natomiast polega na redukcji stresu oraz objawów zmęczenia związanych z wykonywaniem ciężkiej pracy (Rosenberg 2007). Z tej perspektywy praca nad redukcją stresu, rozładowywaniem negatywnych emocji, uwolnieniem się od natrętnych myśli spowoduje usunięcie przyczyny nadmiernego picia. Zmiana sposobu funkcjonowania HFA, nabycie innych umiejętności nagradzania siebie i relaksu oraz zmiana otoczenia na osoby używające sporadycznie alkoholu (będące osobami znaczącymi lub wzorcotwórczymi) przyczynić się może do eliminacji problemu.

W modelu zachowań zautomatyzowanych używanie substancji psychoaktywnych traktowane jest jako zachowanie wyuczone (*over-learned behaviors*). Zakłada on, że człowiek uczy się względnie złożonego zachowania i odtwarza je w powtarzalnych warunkach, wykorzystując w nikłym stopniu swoje zasoby poznawcze. Jedną z jego implikacji stanowi uznanie, że osoby nadużywające alkoholu są w stanie przełamać wyuczony „zautomatyzowany” wzór picia i zastąpić go „wyuczeniem innego wzoru” (spożywania małych ilości alkoholu). Wymagać będzie to od HFA wysiłku, zanim nowy wzór picia minimalnego zostanie przyjęty jako „wyuczony oraz zautomatyzowany”.

Modele poznawcze zakładają, że zarówno inicjacja alkoholowa i późniejsze spożywanie alkoholu, uwarunkowane są pozytywnymi przekonaniami danej osoby na temat rezultatów spożycia (redukcja stresu, potrzeba odprężenia itp.). Nabranie realistycznych (zamiast wyolbrzymionych) przekonań odnoszących się do picia umiarkowanego oraz uświadomienie sobie negatywnych konsekwencji picia nadmiernego przyczyniają się do minimalizowania dawek spożytego alkoholu. W modelu poznawczym zwraca się dużą uwagę na podejście do roli społecznej kształtującej tzw. „własne Ja”, jeżeli osoba pijąca przyjmie rolę „pijącej umiarkowanie” a przy tym zaangażuje się w rolę innego typu (tj. rodzinne, macierzyńskie, zawodowe) łatwiej będzie jej kontrolować ilość spożywanego alkoholu (Rosenberg 2007).

Podejście zintegrowane łączy model behawioralny z poznawczym oraz modelem nawrotu (Marlatt, Gordon 1985; Rosenberg 2007). Model Marlatta opisuje dwa procesy: trwanie w abstynencji lub utrzymywanie umiarkowanego spożycia alkoholu oraz doświadczanie nawrotu powrotu do picia szkodliwego. Zgodnie z nim uruchomienie mechanizmu radzenia sobie w sytuacji wysokiego ryzyka u osoby pijącej w sposób szkodliwy (np. obecności na uroczystościach towarzyskich z dużą ilością alkoholu) zwiększa poczucie własnej skuteczności u osoby uprzednio pijącej nadmiernie. Buduje ona w sobie przekonanie, iż uda jej się zachować w sposób odmienny niż dotychczas (np. nie wypić alkoholu lub zaprzestać picia po jednym kieliszku) (Marlatt, Gordon 1985; Rosenberg 2007).

Z kolei w podejściu psychologicznym (psychoanalitycznym) rozpatrującym uzależnienie jako: zjawisko samoookaleczania emocji (*self-medication of emotions*) lub przypadek nerwicy natręctw (*compulsion neurosis*), czy nieświadomego wysił-

ku zapanowania nad bezradnością, nadmierne picie jest przeciwwagą dla negatywnych doświadczeń z dzieciństwa i sposobem na odzyskanie nad nimi kontroli. Proces zmiany wzorów związanych z używaniem alkoholu jest powrotem do picia kontrolowanego. Rozpoczyna się w momencie, gdy dana osoba uświadamia sobie przyczyny picia i zaczyna realistycznie postrzegać konsekwencje idealizowanych uprzednio wzorów zachowań związanych z używaniem alkoholu (Rosenberg 2007).

Na modelach picia kontrolowanego oparty jest pradygmat redukcji szkód. Niektóre z prowadzonych badań (m.in. Dawson 1996; Sobell, Sobell 2009) wykazują, iż istnieje pewna grupa osób, która pomimo osiągnięcia stadium picia szkodliwego potrafi w sposób planowy zachowywać abstynencję przez pewien okres czasu. Do nabycia takiej umiejętności przyczyniają się próby uprzednio podejmowanej terapii (m.in. interwencje terapeutyczne, behawioralny trening samokontroli, terapia ekspozycji na sygnał) (Rosenberg 2007). Próby wyodrębnienia czynników zwiększających efektywność terapii u osób pijących nadmiernie wykazały, iż są to: mniejsze zaawansowanie uzależnienia, dobre funkcjonowanie psychospołeczne, przekonanie o możliwości kontrolowania własnej konsumpcji alkoholu oraz świadoma decyzja o podjęciu takiego wyzwania (Elal-Lawrence, Slade, Dewey 1986; Rosenberg 1993, 2007). W Polsce „Program ograniczania picia” został opracowany w 2016 roku przez Zespół Doradców Dyrektora Państwowej Agencji do spraw Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do spraw leczenia odwykowego⁴, zgodnie z zaleceniami Europejskiej Deklaracji w Sprawie Alkoholizmu, w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną. Podstawową przesłanką powstania programu jest założenie, że klienci procesu terapeutycznego mają większe szansę na osiągnięcie sukcesu, gdy realizują cele wybrane samodzielnie. Terapeuci w poszanowaniu autonomii pacjenta starają się wzbudzić w nim motywację do zmiany zachowań nałogowych, szanując ich wybory i ukazując płynące z nich konsekwencje. Program ograniczania picia odnosi się do kompleksowych oddziaływań indywidualnych i/lub grupowych, przeważnie krótkotrwałych (od 8 do 12 tygodni), obejmujących sesję z pacjentem oraz osobami bliskimi (minimum dwie godziny tygodniowo), by stworzyć środowisko sprzyjające procesowi terapeutycznemu. Dopuszczalne jest równoczesne stosowanie farmakoterapii przy wykorzystaniu środków tj.: naltrekson (Adepend, Naltrexone Hydrochloride Accord) oraz nalmefen (Selincro); nie zaleca się korzystania z innych środków ze względu na brak wymogu abstynencji (disulfiram, akamprozat) (<http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>, plik pobrano 27.04.2021). Schemat postępowania terapeutycznego w programie ograniczania picia zawiera tabela 3.

.....

⁴ Zespół ten tworzą osoby tj. Anna Bakuła, Barbara Bętkowska-Korpała, Jadwiga Fundała, Tomasz Głowik, Jacek Kasprzak, Justyna Klingeman, Paweł Kotakowski, Dorota Reguła, Jolanta Ryniak, Marcin Wojnar, Stanisław Wolny, Bohdan Woronowicz.

Tabela 3. Schemat postępowania terapeutycznego w programie ograniczania picia

| Cele pacjenta | Rodzaj postępowania |
|---|---|
| Ustalenie aktualnego wzoru picia według wskaźników: ilość, częstotliwość, kontekst, konsekwencje, czas | Diagnoza nozologiczna oraz ocena stanu zdrowia pacjenta. Dokonanie rozpoznania wzoru spożywania alkoholu. Ocena nasilenia objawów uzależnienia przy wykorzystaniu skali diagnostycznych pozwalających określić stopień zaawansowania choroby (np. DSM-5; SRUA, SADD). Ocena konsekwencji i korzyści związanych z piciem |
| Wybór celu do pracy terapeutycznej | Dokonanie analizy oczekiwań, potrzeb oraz motywacji klienta do zmiany wzoru picia. Rozpoznanie oraz ocena ewentualnych przeciwwskazań do wdrożenia metody. Dokonanie analizy szans powodzenia udziału w programie za pomocą narzędzi diagnostycznych (np. testu ADS Millera). Podjęcie decyzji o zakwalifikowaniu do programu lub zalecenie podjęcia terapii w innym programie. Wspólne ustalenie kontraktu oraz zasad współpracy w programie. |
| Zaplanowanie zmiany | Opracowanie zasad dotyczących picia limitowanego. Ustalenie: a) ilości spożywanego alkoholu (maksymalnej liczby porcji standardowych wypijanych jednorazowo: w ciągu dnia, w ciągu tygodnia, okazjonalnie, w wyjątkowych sytuacjach), z określeniem granicy „nie do przekroczenia”; b) częstotliwości picia (maksymalnej liczby picia w tygodniu przy założeniu o dwu dniowej abstynencji); c) wyboru rodzaju spożywanego alkoholu (preferowane alkohole niskoprocentowe); d) ustalenie tempa picia (opóźnienie momentu wypicia pierwszej porcji, picie powoli, przeplatanie picia napojów alkoholowych oraz bezalkoholowych); e) zasad dotyczących czasu, miejsca i okoliczności picia (bez picia rano, w samotności itp.); f) zasad wymagających zachowania bezwzględnej abstynencji (np. prowadzenie pojazdów, opieka nad dzieckiem); g) sytuacji związanej z wysokim ryzykiem picia; h) omawianie i nauka technik behawioralnych zwiększających możliwość powstrzymania się od picia (np. zatrzymaj się i pomyśl); i) możliwość zastosowania farmakoterapii (po konsultacji z lekarzem psychiatrą). |
| Monitorowanie sytuacji związanych z piciem i zmianą oraz wzmacnianie samoskuteczności procesu terapeutycznego | Nauka obserwowania samego siebie przez klienta, rozpoznawania oraz analizowania sytuacji związanych uprzednio z piciem. Rozpoznawanie własnych sukcesów. Wprowadzenie planowanego i kontrolowanego nagradzania się. Wprowadzenie i ustalenie metod nagradzania się. |
| Zapobieganie powrotom do destrukcyjnych modeli picia. | Przeprowadzenie analizy sytuacji ryzykownych. Sporządzenie strategii radzenia sobie z niepowodzeniami w realizacji planów picia. Nauka umiejętności radzenia sobie w sytuacjach ryzykownych. Wprowadzenie i wypracowanie alternatywnych (wobec związanych ze spożywaniem alkoholu) sposobów spędzania czasu wolnego. |
| Utrwalanie i monitorowanie wprowadzonych przy realizacji programu zmian | Opracowanie planu na „wyjście”. Stosowanie monitoringu po realizacji programu (spotkania raz na kwartał, rozmowa telefoniczna przynajmniej jedna na miesiąc). Korzystanie z różnorodnych form terapeutycznych redukujących stres, lęk i poprawiających komunikację. Opcjonalne kontynuowanie w razie potrzeby opieki lekarskiej oraz terapeutycznych |

Źródło: <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>, plik pobrano 27.04.2021).

Model teoretyczny „nieuleczalności choroby” i zdrowienie w grupach samopomocy

Pierwsza grupa samopomocy założona została 10 czerwca 1935 roku przez dwoje osób uzależnionych Billa W oraz Boba S., którzy postanowili nie pić nigdy więcej alkoholu. Prosta formuła spotkań (mityngi), oparta na całkowitej abstynencji i dzieleniu się własnym doświadczeniem w celu jej utrzymania oraz pomocy innym „cierpiącym uzależnionym”, oraz napisany później program „Dwunastu Kroków-Dwunastu Tradycji”, przyczynił się do dynamicznego rozwoju ruchu, wzmagając jego efektywność (Woronowicz 2020). Wywarł wpływ na powstanie paradygmatu nieuleczalności choroby alkoholowej obowiązującego w medycynie (Woronowicz, 2020). Uznana została ona za chorobę śmiertelną, zagrożoną nawrotem po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu, a dozgonne utrzymanie abstynencji za jedyną drogę prowadzącą do zdrowego życia. Umożliwiła przy tym wykluczanie z terapii osób, które nie utrzymywały abstynencji (Harbat, 2019). Model samopomocy AA wywarł wpływ na cały system profesjonalnego leczenia odwykowego zarówno w Stanach Zjednoczonych (opartego przez lata na modelu Minnesota czerpiącym program terapeutyczny ze zmodyfikowanej wersji programu AA) oraz w Polsce (Harbat 2019), gdzie inicjatorami zakładanych grup samopomocy byli lekarze i psychologowie skupieni wokół klubów abstyenta, z których wywodziły się pierwsze grupy AA (Zaworska-Nikoniuk 2001a, b). Dynamiczny rozwój ruchu Anonimowych Alkoholików we wszystkich niemal krajach Europy Zachodniej i Polski począwszy od końca lat 30. XX wieku do chwili obecnej, zaowocował wypracowaniem profesjonalnych struktur organizacyjnych opartych na współpracy grup, intergrup, regionów i Biura Krajowych Służb AA, ułatwiających komunikację pomiędzy poszczególnymi ogniwami (Zaworska-Nikoniuk 2001b, s. 139), lecz nieco biurokratyzując jego struktury. Na przestrzeni 90 lat przeobrażaniu uległy mityngi (spotkania) uczestników grup, możliwe stało się wyróżnianie nowych i typów oraz ich sprofilowanie w zależności od potrzeb klientów (mityngi otwarte, zamknięte, dla nowicjuszy, dla zaawansowanych, zapobiegające nawrotom choroby, dla osadzonych, dla kobiet, itp.) (Zaworska-Nikoniuk 2000b). Elastyczność formy umożliwiła przy tym organizację mityngów dla tzw. osób wysokofunkcjonujących, których doświadczenia z zakresu picia i zdrowienia różnią się od innych typów osób uzależnionych, a potrzeba anonimowości jest znacznie większa. Skupienie ich w odrębną grupę umożliwia pełniejsze zaspokojenie potrzeb poprzez zindywidualizowaną formę mityngów, opartą na specyficznym dyskursie nad programem trzeźwości i rozwiązywaniu innych (niż w pozostałych przypadkach) problemów (Zaworska-Nikoniuk 2001a, b). Badania nad skutecznością ruchu AA wykazały, że gromadzi on obecnie 2 mln. członków w 150 krajach na całym świecie oraz na mityngach internetowych. Są to osoby o różnym pochodzeniu, statusie społecznym i zawodowym oraz strukturze rodziny. Badania pilotażowe prowadzone w Stanach

Zjednoczonych a cytowane przez S. Benton (2015) wykazały, że 33% członków AA zachowuje trzeźwość od ponad 10 lat, 12% – od 5 do 10 lat, 24% – od roku do 5 lat, a 31% – poniżej roku, średni okres trzeźwości członków ruchu wynosił 8 lat. Wśród członków ruchu dominowali mężczyźni – 65%, rzadziej uczestniczyły w nim kobiety – 35%. Były to osoby wykształcone: 10% – stanowiła kadra zarządzająca i administracja, 10% – kadra techniczna i samozatrudnieni, 5% – pracownicy służby zdrowia, 3% – nauczyciele i wychowawcy, 4% – studenci. (Benton 2015). Na spotkaniach grup samopomocy realizowany jest program „Dwunastu Kroków-Dwunastu Tradycji” niezmienny od początku istnienia ruchu, oparty na psychologii Carla Gustawa Junga, zinterpretowany zgodnie z filozofią uniwersalistyczną (aby przekaz był przystępny dla osób różnych wyznań i ateistów) przez F. B. Skinera (zob. tab. 4).

Tabela 4. Interpretacja programu „Dwunście Kroków”

| Nr | Tradycyjna wersja | Wersja proponowana przez F.B. Skinera |
|----|---|---|
| 1 | Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem. | Przyznajemy, że wszystkie nasze wysiłki, aby przestać pić alkohol, zawiodły. |
| 2 | Uwierzyliśmy, że siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie | Doszliśmy do przekonania, że musimy się zwrócić do kogoś o pomoc. |
| 3 | Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy. | Poprosiliśmy o pomoc inne osoby, zarówno kobiety, jak i mężczyzn, szczególnie te, które borykają się z tym samym problemem. |
| 4 | Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny. | Sporządziliśmy listę sytuacji, w których picie alkoholu jest najbardziej prawdopodobne. |
| 5 | Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów. | Poprosiliśmy naszych przyjaciół, aby pomogli nam unikać takich sytuacji. |
| 6 | Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru. | Jesteśmy gotowi przyjąć pomoc, którą nam ofiarują. |
| 7 | Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki. | Szczerze wierzymy, że oni nam pomogą. |
| 8 | Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim. | Sporządziliśmy listę wszystkich osób, wobec których zawiniliśmy i którym mamy zamiar zadośćuczynić. |
| 9 | Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych. | Zrobimy wszystko, aby zadośćuczynić tym osobom w taki sposób, aby ich nie zranić. |
| 10 | Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów. | Nadal będziemy sporządzać listy skrzywdzonych osób i uaktualniać je w miarę potrzeby. |
| 11 | Dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia. | Jesteśmy głęboko wdzięczni za to, co nasi przyjaciele zrobili i nadal dla nas robią. |

| Nr | Tradycyjna wersja | Wersja proponowana przez F.B. Skinnera |
|----|--|--|
| 12 | Przebudzeni duchowo w rezultacie tych kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach. | My sami, z kolei, jesteśmy gotowi pomóc innym, którzy zwrócą się do nas, w taki sam sposób |

Źródło: http://pl.wikipedia.org/wiki/Program_12_krok%C3%B3w. Plik pobrano 29 lutego 2012 r.

Podsumowanie i wnioski

Osoby pijące problemowo, których styl życia nie przystaje do stereotypu alkoholika, pozostając bliższy stylowi „człowieka sukcesu”, pozostają często niezauważalne w systemie lecznictwa odwykowego, nie spełniając części kryteriów diagnostycznych choroby alkoholowej. Obowiązujący w naukach medycznych od lat 50. XX wieku paradygmat dozgonnej abstynencji jako warunek leczenia choroby alkoholowej i ponoszenie sankcji dyscyplinarnych za jej złamanie (wykluczenie z terapii), czasowo pozbawiały pacjentów dostępu do systemu profesjonalnej pomocy. Stawianie klientów w sytuacji zero-jedynkowej: „albo się leczysz w programach zakładających osiągnięcie całkowitej abstynencji, albo pozostajesz bez pomocy” (Harbat 2019, s. 11), sprawiało, iż uczestniczyli w nich pacjenci nie mający motywacji do długotrwałego utrzymania abstynencji. Rozwój wiedzy o uzależnieniach nie potwierdzał przyjętej w modelu samopomocowym tezy, iż jednorazowe złamanie abstynencji owocuje nawrotem choroby (ang. *relapse*) – czyli powrotem do intensywnego długotrwałego picia codziennego. W przypadku dużej grupy alkoholików sporadyczne użycie alkoholu traktowane jako: wpadki (ang. *lapes*), nie prowadziło do tego typu konsekwencji. Zmiana podejścia medycznego do problemowego picia alkoholu, w kierunku traktowania alkoholizmu jako choroby przewlekłej, progresywnej, wymagającej powtarzalnej terapii (często również farmakologicznej), zapoczątkowała poszukiwanie nowej oferty rozwiązań terapeutycznych. U podłoża jej poszukiwań tkwiła zasada, że niezależnie od zachowania, nie można zaprzestać leczenia objawowego, uznając uzależnienie za chorobę (Harbat 2019). Zapoczątkowało to rozwój paradygmatu redukcji szkód i powstanie nowych metod terapii uzależnień. Jedną z nich stanowi metoda nauki kontrolowanego spożywania alkoholu, choć budzi ona jeszcze dużą nieufność nie tylko profesjonalistów pracujących z uzależnionymi (Klingermann, Klingermann 2017), lecz także osób zainteresowanych problemem (Bathje, Pillersdorf, DuBois 2019), to prowadzone badania naukowe wykazują jej wysoką skuteczność w procesie terapii (Lilienfield i in. 2011) osób z mniej nasilonymi objawami uzależnienia. Osoby wysokofunkcjonujące nadużywające alkoholu (HFA), często długo nie ponoszą konsekwencji picia alkoholu, starają się minimalizować jego dawki, samodzielnie ograniczając spożycie. W ich przypadku paradygmat redukcji szkód

i metoda nauki kontrolowanego spożywania alkoholu może być znacznie bardziej efektywna, niż w przypadku tzw. alkoholików niskofunkcjonujących. Wzorce spożycia alkoholu oraz cechy osobowości uwidaczniające się w poszczególnych okresach życia tych osób, wskazują na wysoko rozwiniętą umiejętność stawiania sobie życiowych celów i konsekwentne dążenie do ich realizacji, co zdają się być szczególnie pożądane dla realizacji postępowania terapeutycznego w programie ograniczania picia. Programy te mogą być realizowane samoistnie lub stanowić początek drogi do zdrowienia w grupach samopomocy Anonimowych Alkoholików oraz dalszego zachowywania całkowitej abstynencji. Istotna w przypadku alkoholików wysokofunkcjonujących jest możliwość samodzielnego dokonania wyboru metody leczenia, co akcentują trajektorie ich życia (Zaworska-Nikoniuk 2020).

Abstract: **High-functioning alcoholics – diagnostic difficulties, characteristics and treatment models**

The article presents diagnostic difficulties related to the atypical course of problem alcohol consumption among highly functioning alcoholics (HFA), who often do not meet the diagnostic criteria of the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) classification for several years, although they suffer from because of symptoms of excessive drinking. Using Sarah Alen's concept, Benton indicates the typology of features characteristic for this group of people and the risk factors of problem drinking, which are manifested in particular periods of life, enabling early identification of the symptoms of addiction development. At the same time, he points to a change in medical paradigms in the approach to problem drinking: from the paradigm of abstinence assuming the incurability of alcoholism based on lifetime cessation of alcohol drinking, inspired by the Alcoholics Anonymous movement model, to the harm reduction paradigm showing the progressive and chronic nature of the disease based on controlled drinking. Both approaches are used in the therapeutic approach for problem drinkers.

Key words: High Functioning Alcoholics, The paradigm of abstention and harm reduction, learning to drink controlled, Alcoholics Anonymous group.

Bibliografia

- [1] Babor T.F., 2000, *Klasyfikacja alkoholików. Teorie typologiczne od XIX wieku do współczesności* [w:] *Typologia alkoholizmu*, (red.) A. Bartosik, tłum. A. Tabaczyńska, Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- [2] Barczak A., 1993, *Ekonomiczne aspekty picia i nadużywania alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr1.
- [3] Benton S.A., 2015, *Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej*, tłum. D. Rossowski. Łódź 2015. JK-Wydawnictwo Feeria.
- [4] Bogucki M., Gierczyński J., Grylewicz J., 2013, *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Warszawa 2013, Wydawnictwo Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

- [5] Brown S., 1988, *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*, New York, John Wiley & Sons.
- [6] Cermak T.L., 1984, *Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of codependency*, „Alcohol Health and Research World”, 8(4).
- [7] Cermak T.L., 1986, *Diagnosing and treating co-dependence. A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses, and children*, Minneapolis, Johnson Institute Books.
- [8] Chodkiewicz J., 2012, *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Łódź, Łódź. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- [9] Chodkiewicz J., 2010, *Wysokofunkcjonujący alkoholicy. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”*, nr 2/2010.
- [10] Cierpiąkowska L., Chodkiewicz J., 2020, *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- [11] Cierpiąkowska L., Grzegorzewska I., 2016, *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- [12] Cloninger C.R., 1997, *A psychobiological model of personality and psychopathology*, „Journal of Psychosomatic Medicine”, nr 3.
- [13] Cloninger C.R., Sigvardsson S., Bohman M., 2000, *Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań*, [w:] *Typologia Alkoholizmu*, (red.) A. Bartosik, tłum. A. Tabaczyńska., Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- [14] Cybal-Michalska A., 2020, *Rozpatrywanie problemów natury tożsamościowej przez studentów polskich uczelni a zjawisko problemowego picia alkoholu*, „Resocjalizacja Polska”, nr 19.
- [15] Dawson D.A, 1992, *Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence*, „Alcoholism, Clinical and Experimental Research”, 20.
- [16] DiClemente C.C., 2003, *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*, New York, Guilford Press.
- [17] Denning P., Little J., 2019, *Pokonać nałóg. Metoda redukcji szkód w terapii uzależnień od alkoholu i narkotyków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [18] Dubiel E., 2016, *Strategia redukcji szkód w pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków i alkoholu*, „Resocjalizacja Polska” nr 11.
- [19] Elal-Lawrence G., Slade P.D., Dewey M.E., 1986, *Predictors of outcome type in treated problem drinkers*, „Journal of Studies on Alcohol”, nr, 47.
- [20] Frąckowiak M., Motyka M., 2015, *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*, „Hygeia Public Health”, nr 50(2).
- [21] Gąsior K., 2012, *Funkcjonowanie noo-psycho społeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*, Warszawa, Wydawnictwo „Difin”.
- [10] Gąsior K., 2006, *Typy alkoholizmu kobiet. Badania, interpretacja psychologiczna, psychoterapia*, Kielce, Zakład Poligraficzny „Kaligraf”.
- [22] Głowik T., 2019, *Zmiana paradygmatów w terapii uzależnień*. „Resocjalizacja Polska”, nr 17.
- [23] Grzegorzewska I., 2011, *Dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa 2011, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- [24] Grzegorzewska I., 2013, *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.

- [25] Hauser J., 1996, *Analiza typologiczna mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, Wydawnictwa Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań.
- [26] Hauser J., Zakrzewska M., 1996, *Ocena typologiczna mężczyzn uzależnionych od alkoholu w oparciu o wyniki kwestionariusza MMPI*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2.
- [27] Heather N., Robertson I., 1981, *Controlled drinking*, New York, Methuen.
- [28] Heather N., 2006, *Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems*, „Addict Res Theory”, nr14.
- [29] Harbat B., 2019, *Wprowadzenie do wydania polskiego*, [w:] Denning P., Little J., *Pokonać nałóg. Metoda redukcji szkód w terapii uzależnień od alkoholu i narkotyków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [30] Jakubczyk A., Wojnar M., 2012, *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnień od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria Polska”, 46.
- [31] Jellinek E.M., 1960, *Alcohol Addiction and Chronic Alcoholism* Hillhouse, New Haven.
- [32] Jellinek E.M., 1962, *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillibronse Press. New Brunswick.
- [33] Jellinek E.M., 1987, *Stadia nałogu alkoholowego*, „Nowiny Psychologiczne” nr 3/1987.
- [34] Kierszkowska A., 2017, *Wartość grup samopomocowych w wychodzeniu z uzależnienia i trwaniu w trzeźwości osób karanych – propozycje uspołecznienia*, „Resocjalizacja Polska”, nr 14.
- [35] Klingermann J., 2013, *Programy nauki picia kontrolowanego – kontekst, percepcja, przykład*. „Świat Problemów” nr 242(8).
- [36] Klingermann J., Klingermann H., 2017, *Percepcja programów redukcji szkód skierowanych do osób uzależnionych od alkoholu. Wyniki badania jakościowego wśród terapeutów alkoholowego leczenia ambulatoryjnego w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 30.
- [37] 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.
- [38] Lesch O.M., Walter H., 1996, *Subtypes of alcoholism and their role in therapy*, „Alcohol and Alcoholism”, nr 31.
- [39] Lisansky Gomberg E.S., 1997, *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety* [w:] *Kobiety i alkohol*, (red.) M. Ślósarska, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- [40] Marlatt G.A., Gordon J.R., 1985, *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Guilford, New York.
- [41] Miller W.R., Forcehimes A., Zweben A., 2014, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- [42] Modrzyński R., 2020, *Zaburzenia używania alkoholu według DSM – 5. Możliwości i ograniczenia wynikające ze zmiany kryteriów diagnostycznych*, „Resocjalizacja Polska”, nr 19.
- [43] Morawska K., Chodkiewicz J., 2020, *Alkoholicy wysokofunkcjonujący – odrębny typ? Poszukiwanie wspólnych cech w istniejących typologiach alkoholizmu*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” nr 1.

- [44] Moss H.B., Chen Ch., Yi Hsiao-ye, 2008, *DSM – IV Criteria Endorsement Patterns in Alcohol Dependence: Relations hip to severinty*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 32 (2).
- [45] Moss H.B., 2013, *The Impact of Alcohol on Society: A Brief Oveviev*, „Social Work in Public Health”, Vol. 28
- [46] Moss H.B., Chen Ch. M., Yi Hsiao-ye, 2007, *Subtypes of alcohol dependence in nationally representative sample*, „Drug and Alcohol Dependence” nr 91.
- [47] Napierała M., 2013, *Redukcja szkód i strategia picia kontrolowanego – nowy paradygmat w leczeniu uzależnień od alkoholu*, „Hygeia Public Health”, nr 49(2).
- [48] Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Statystyki, <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (dostęp: 6.04.2020).
- [49] Rosenberg H., 1993, *Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers*. Psychological Bulletin, Vol. 113.
- [50] Rosenberg H., 2007, *Teoretyczne wyjaśnienie picia kontrolowanego*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 20(1).
- [51] Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J., 2015, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* „Alkoholizm i Narkomania”, nr 28.
- [52] Sartor C.E., Jacob T., Bucholz K.K., 2003, *Drinking course in alcohol-dependent men from adolescence to midlife*, „Journal of Studies on Alcohol”, nr 64.
- [53] Schwoon D.R., Saake G., 1997, *Female Alcoholism: Approaches Towards a Differential Diagnosis*, „European Addiction Research” nr 3.
- [54] Sobell M., Sobell L., 2009, *Picie kontrolowane – zagadnienia kliniczne*, „Alkohol i Narkomania”, nr 22.
- [55] Steinglass P., 1992, *Family systems approaches to the alcoholic family: Research findings and their clinical applications*, [w:] *Alcoholism and the family*, (red.) S. Saitoh, P. Steinglass, M.A. Schuckit, Seiwa Shoten – Brunner/Mazel, Tokyo.
- [56] Tatarsky A., 2012, *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- [57] Valiant G.D., 1983, *The Natural History of Alcoholism*, Cambridge, MA Harvard University Press.
- [58] Wegscheider-Cruse S., 2006, *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, tłum. M. Ślósarska, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- [59] Witkiewitz K., Marlatt G.A., 2006, *Overview of harm reduction treatments for alcohol problems*, „Int J Drug Policy”, Vol. 17(4).
- [60] Woititz J., 2000, *Dorośle dzieci alkoholików*, tłum. M. Winkler, Wydawnictwo „Akuracik”, Warszawa.
- [61] Woronowicz B.T., 2020, *Dziedzictwo psychiatrii i psychologii w programie wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 30.
- [62] Zaworska-Nikoniuik D., 2001a, *Ruch samopomocy osób uzależnionych. Stany Zjednoczone. Polska, Województwo warmińsko-mazurskie*, Wyd. Glob.
- [63] Zaworska-Nikoniuik D., 2001b, *Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach*, Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń

- [64] Zaworska-Nikoniuk D., 2005, *Diagnoza, profilaktyka i terapia uzależnień*, Olsztyn, Wyd. Epistheme.
- [65] Zaworska-Nikoniuk D., 2020, *Kobiety uzależnione od alkoholu – w gąszczu ról i oczekiwań społecznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [66] Zucker R.A., 1987, *The four alcoholism. A developmental account of the etiologic process*, [w:] *Alcohol and Addictive Behaviour*, P.C. Rivers (red.), Lincoln NE, University of Nebraska Press.