

Sławomir Grab



Pacjenci uzależnieni zgłaszający się na terapię wskazują na wiele powodów, które zmusiły ich do podjęcia leczenia. Zazwyczaj są to przyczyny zewnętrzne – nieporozumienia rodzinne, trudności w znalezieniu lub utrzymaniu pracy, brak środków do życia, kłopoty zdrowotne i tym podobne, niezliczone problemy. Mają one tłumaczyć panujący chaos, a ich rozwiązanie ma wprowadzić do życia jakiś porządek. Potrzeba zmiany wynika z kryzysu, jednak w świadomości przeciętnego pacjenta rzadko oznacza to zmianę siebie, budowanie relacji, uczenie się nowych zachowań – chodzi głównie o zapanowanie nad piciem i zmniejszenie jego konsekwencji. Kiedy próby samodzielnego radzenia sobie zawodzą, pojawia się konieczność korzystania z pomocy. Żaden z pacjentów nie zdaje sobie jednak sprawy, jak daleko pomoc ta wiąże się ze zmianą tego, co myślał o sobie lub robił w swoim życiu.

JAKA ZMIANA?

Pacjentom odpowiedź na to pytanie nie sprawia specjalnych kłopotów. Jedni koncentrują się na samym fakcie używania alkoholu – „chciałbym przestać pić”, „pragnę poradzić sobie z nałogiem”; inna grupa to osoby zrezygnowane, które doświadczyły wielu strat i mają za sobą wiele prób ograniczania picia – „chcę zacząć żyć jak człowiek”, „przepiłem młodość”; dla części zmiana oznacza poprawę sytuacji rodzinnej – „chcę być ojcem dla swoich dzieci”, „straciłem rodzinę”; są też tacy, którzy oczekują jedynie chwilowej stabilizacji – „jak nie będę pił, to się wszystko ułoży”, „nie było ze mną jeszcze tak źle”. Niezależnie od motywacji do podjęcia leczenia, pacjenci

Kiedy próby samodzielnego radzenia sobie zawodzą, pojawia się konieczność korzystania z pomocy. Żaden z pacjentów nie zdaje sobie jednak sprawy, jak daleko pomoc ta wiąże się ze zmianą tego, co myślał o sobie lub robił w swoim życiu

CO LECZY W PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ

określają jedynie, czego chcieliby dla siebie, w związku ze sprawami przynoszącymi w życiu największe problemów. Dla terapeutów przekłada się to na konkretne obszary zmian, które mogą zaistnieć tylko wtedy, gdy realizowany jest program uwzględniający specyfikę choroby oraz indywidualność pacjenta.

Jakich zmian oczekujemy w psychoterapii uzależnień

Można je podzielić na kilka grup:

1. Zmiany zachowania

– to najbardziej elementarny i sprawdzalny poziom zmian. Możemy je zaobserwować już w początkach terapii, kiedy pacjent stosując się do „Zaleceń” czy Programu „HALT”, powstrzymuje się od picia. To oczywiście nie wystarczy do zdrowienia, ale jest podstawą jakichkolwiek postępów i przejawem świadomego uczestniczenia w terapii. Oczywiście, czasem podyktowane jest strachem przed konsekwencjami – ale mimo wszystko wiąże się z decyzją o niepicciu. Jej stabilność jest najczęściej niewielka – pojawiający się głód czy napięcia, z którymi pacjent nie potrafi sobie efektywnie radzić, przekładają się na potrzebę natychmiastowej ulgi i zafałszowania w interpretacji siebie i swoich zachowań. To jeden z trudniejszych etapów terapii, ale jego uważne prowadzenie ugruntowuje pacjenta w uczestnictwie i realizacji programu. Postępy w terapii wyznaczane są poprzez pojawianie się i utrwalanie nowych zachowań związanych ze wzro-

stem zdolności do samokontroli – jest tu zarówno powstrzymanie się od zachowań nałogowych, jak i własna kreatywność w rozwiązywaniu problemów i realizacji stawianych sobie celów.

2. Zmiany procesów poznawczych

– uświadomienie sobie rozmiarów szkód psychicznych, fizycznych i społecznych powstałych w wyniku picia oraz odkrycie roli alkoholu w dotychczasowym życiu – to jeden z ważnych celów terapeutycznych. Jego realizacja ma z jednej strony walor motywujący do zmiany, a z drugiej pomaga w odkrywaniu dotychczasowych sposobów radzenia sobie ze stratami. Nie chodzi tu jedynie o samo picie – uważny terapeuta pomaga pacjentom odkryć i nazwać również inne źródła problemów. Po pierwsze są to straty wynikające z nałogowych zachowań, które naprzemiennie towarzyszyły picciu, a po drugie to niekonstruktywne sposoby radzenia sobie, które miały równie destrukcyjne działanie co straty wynikające bezpośrednio z picia. Odkrywanie zaprzeczania i innych sposobów fałszowania rzeczywistości zwiększa „samoświadomość” pacjentów, początkowo służy lepszemu rozumieniu swojej sytuacji, a potem wykorzystane jest do uczenia nowych umiejętności i budowania oparcia w sobie.

3. Zmiany w sferze uczuciowej

– pod względem umiejętności rozpoznawania i wyrażania uczuć alkoholicy pewnie niewiele odbiegają od przeciętnej populacji – jednak w przy-

padku osób uzależnionych deficyt ten zagraża nie tylko jakości życia, ale czasem uniemożliwia wprowadzanie konstruktywnych zmian, od których zależy utrzymanie abstynencji. Porządkowanie uczuć jest ważnym celem psychoterapii realizowanym stopniowo. Na początku najważniejsze jest rozpoznawanie przejawów głodu, potem dochodzą kolejne cele związane z umiejętnością rozpoznawania coraz większej gamy uczuć i adekwatnym reagowaniem. Ogromną rolę w dalszych etapach terapii odgrywa praca nad nałogowymi schematami przeżywania – problem dotyczy większości naszych pacjentów, nawet tych z długą abstynencją. Najogólniej – podstawowym celem pracy nad tym obszarem jest nie tylko zdobycie umiejętności refleksowania swoich uczuć, lecz także łączenia ich z konkretnymi przyczynami zewnętrznymi. Wzmacnia to procesy samoregulacji, a punkt ciężkości przesuwają się z przeżywania uczuć na informację o skutkach własnego działania, jakie one niosą. Dopiero wtedy możliwe jest świadome podejmowanie pozytywnych celów i skuteczne realizowanie swojego planu trzeźwienia.

4. Zmiany w strukturze Ja

– zmiany w tej sferze mają odzwierciedlenie we wszystkich trzech wcześniej opisanych obszarach. Stabilny obraz siebie, świadomość swoich granic i adekwatna samoocena przekłada-

ją się na porządkowanie zachowań, procesów poznawczych i emocjonalnych. W początkowym okresie terapii słaba struktura JA tylko w niewielkim stopniu spełnia swoją integracyjną rolę. Funkcjonowanie pacjentów oparte jest bardziej o zewnętrzny porządek. Jest to czas poszukiwania nowych norm i prób realizowania ich w życiu. W miarę postępów w terapii zwiększa się świadomość ograniczeń i możliwości wywierania wpływu – te elementy samooceń sprzyjają budowaniu adekwatnego obrazu siebie i umacnianiu struktury Ja. Jednak możliwość dokonania tych zmian związana jest nie tylko z pracą nad samym uzależnieniem. Osobowość przedchorobowa i wynikające stąd problemy kliniczne oraz rozmiary uszkodzeń zdrowia, a zwłaszcza centralnego układu nerwowego, to istotne czynniki warunkujące jakość trzeźwienia.

5. Zmiany w sferze duchowej

– przemiana duchowa jest mocno akcentowanym i jednocześnie słabo opisanym zagadnieniem związanym z leczeniem alkoholików. Chcę zwrócić uwagę na dwa – moim zdaniem – ważne aspekty rozwoju duchowego. Pierwszym z nich jest przywrócenie zdolności do samorozwoju poprzez realizację wartości. Napotykamy tu podstawową trudność dotyczącą czasu, kiedy powinniśmy pracować nad tą problematyką. Wartościami zajmujemy się od początku, ale właściwie jedynie z perspekty-

wy destrukcji. Ten poziom służy jedynie do autodiagnozy i daje możliwość uświadomienia strat, ale nie mówi wiele o aktualnym postrzeganiu wartości. Etap terapii pogłębionej daje nam z kolei ogólny obraz hierarchii wartości, ale musimy być uważni na przeżywane przez pacjenta poczucie winy, które bardzo wpływa na jego przekonania o tym, co jest dla niego ważne. Zapewne dopiero praca nad problemami osobistymi daje możliwość szerszego spojrzenia i konsekwentnego zajmowania się wartościami, a związana jest bezpośrednio ze zmianami jakości życia.

Drugim aspektem rozwoju duchowego jest możliwość (umiejętność?) nadawania swojemu życiu sensu. To coś więcej niż realizacja wartości. „Można pracować nad uznawaniem bezsilności, tylko po co?” – mówi jedna z pacjentek, która wraca do picia po kilku latach abstynencji (klinicznie: depresja została wykluczona). Być może to, co powiedziała owa pacjentka, jest racjonalizacją i przejawem nawrotu, ale z całą pewnością mówiła to osoba, która przez lata nie potrafiła nadać swojemu życiu głębszego sensu i nie znalazła źródła energii do zmiany.

Trudno jest wskazać jasne wyznaczniki zmian sfery duchowej – aby je opisać, trzeba zapewne odwołać się również do porządku innego niż psychologiczny.

CO LECZY?

W myśleniu o psychoterapii uzależnień zaczyna się powoli przyjmować podział na etapy, różniące się od siebie czasem trwania, zadaniami terapeutycznymi, celami i stosowanymi strategiami. Co szczególnie wpływa na zdrowienie pacjentów i sprzyja pożądanym zmianom? Odpowiedź na to pytanie zależy zapewne od wyznawanej szkoły, doświadczeń zawodowych, czasem osobistych doświadczeń – w pracy nad własnym uzależnieniem. Przedstawiona tu propozycja nie wyczerpuje oczywiście problemu, jest jedynie próbą opisu czynników mających znaczenie dla przebiegu psychoterapii i procedur, które nadają programowi określoną strukturę.

1. Stabilizacja

– problemy zdrowotne, brak oparcia zewnętrznego i wewnętrznego, trudno-



ści w jasnym określeniu siebie i niesatysfakcjonujące związki to pobieżny obraz przeciętnego alkoholika trafiającego na leczenie. Stworzenie warunków stabilizacji psychologicznej, społecznej i fizycznej wydaje się być celem, którego realizacja daje podstawę do dalszej pracy terapeutycznej.

Dla wielu pacjentów pobyt w oddziale lub wizyty w poradni są pierwszą od wielu lat okazją do wykonania badań laboratoryjnych i lekarskich. Czasem okazuje się wprawdzie, że stan somatyczny jest niezrozumiale poprawny, jednak normą są kłopoty zdrowotne wynikające z wieloletnich zaniedbań, „rabunkowego” trybu życia i braku nawyków zdrowotnych. Powszechne są zaburzenia nastroju, problemy w koncentracji i kłopoty z pamięcią. Pacjenci z jednej strony przeżywają przejmujący wstyd, poczucie winy i bezwartościowości, z drugiej zaś są pełni buntu, gniewu, pretensji, czasem wrogości. Nakładają się na to konsekwencje chaotycznego trybu życia, przypadkowych decyzji lub zaniechania działań, dezorganizacja w funkcjonowaniu rodziny, utrata wiarygodności i osłabienie więzi z otoczeniem. Porządkowanie życia zacząć trzeba od najbardziej podstawowych elementów. W przypadku placówek stacjonarnych niewątpliwym walorem jest możliwość **stabilizacji rytmu dobowego**. Wymagania zawarte w regulaminie i normy współżycia w grupie, konieczność **planowania dnia** czy tygodnia i systematyczność w realizacji programu, siłą rzeczy wprowadzają jakiś ład. Wyznaczają ramy funkcjonowania, będąc jednocześnie elementem systemu zewnętrznego oparcia. W przypadku placówek ambulatoryjnych znacznie trudniej o ten rodzaj stabilizacji – dlatego tak ważna jest struktura programu, jego odpowiednia intensywność, jasne normy i konsekwentny, czytelny kontrakt. Ten ostatni jest oczywiście równie ważny w oddziale całodobowym. Oznacza to, że nie tylko treści programowe mają walor leczniczy – **uporządkowana struktura programu i czytelne zasady** są elementem modelującym zachowania pacjentów. Treści, nawet najmądrzejsze, ale podawane przypadkowo raczej utrwalają dotychczasowy, destrukcyjny sposób funkcjonowania pacjentów.

2. Kontakt

– z reguły pacjenci trafiający do placówek odwykowych są przekonani, że otoczenie nie rozumie ich problemów. Terapeuta jest pierwszym człowiekiem, któremu alkoholik opowiada o swoim życiu, przedstawiając oczywiście swoją wizję rzeczywistości. Subiektywnie jest to opowieść prawdziwa, pełna problemów, za które odpowiedzialni – w dużej mierze – są inni ludzie. Zazwyczaj terapeuci od razu rozpoznają zaprzeczanie, obwinianie, minimalizowanie i tym podobne przejawy mechanizmu iluzji i zaprzeczeń. Wyrabiają sobie pogląd o stanie, w jakim znajduje się pacjent. Podejmowane interwencje terapeutyczne mają na celu pokazanie omawianych zdarzeń z innej perspektywy i zwrócenie uwagi pacjenta na te elementy rzeczywistości, których dostrzeganie jest zagrażające. Podstawową techniką, która to umożliwia, jest w terapii uzależnień konfrontacja. Chociaż jej użyteczność jest bezsporna, to warto pamiętać, że konfrontacja będzie skuteczna jeśli będzie przygotowana. Oznacza to stopniową pracę nad uświadamianiem sobie problemów oraz budowanie gotowości pacjenta do zajmowania się nimi. Jeśli zaprzecza on oczywistym faktom, a każda próba konfrontacji wzmacnia jedynie chęć walki, to sygnał, że sytuacja jest zbyt zagrażająca, aby pacjent był w stanie przyjąć inny punkt widzenia. Będzie to możliwe dopiero wtedy, gdy rozpozna kolejne fakty dotyczące problemu i otrzyma od terapeuty sygnały, że jest akceptowany bez względu na wydarzenia ze swojego życia. Ważnym elementem tego kontaktu jest również to, że im bardziej bolesne są treści wynikające z konfrontacji, tym bardziej musimy zapewnić pacjentowi wsparcie. Istotnym elementem kontaktu jest uważność na osobę, która odkrywając w krótkim czasie zupełnie inną prawdę o swoim życiu, przeżywa wiele przykrych uczuć. Kontakt ma z jednej strony tworzyć w pacjentach **poczucie zrozumienia**, a z drugiej budować **zaufanie** do stosowanych metod. Tworzy to płaszczyznę, na której będzie można zajmować się bardzo bolesnymi sprawami bez obawy, że pacjent zrezygnuje z terapii.

3. Więzy i poczucie przynależności

– charakterystyczne dla alkoholików jest stopniowe wycofywanie się z kontaktów, rosnące poczucie osamotnienia i niezrozumienia. W związku z konsekwencjami picia, środowisko izoluje alkoholika, a on sam w obronie przed poczuciem winy i wstydem nie robi niczego, co miałyby tę izolację zmniejszać. Staje się ona zresztą doskonałym pretekstem do oskarżania środowiska jako przyczyny wszelkich problemów. Praca nad budowaniem więzi zaczyna się od przerwania izolacji. Pierwsze możliwości dla realizacji tego celu pojawiają się na grupie terapeutycznej lub we wspólnocie AA. Pacjent zaczyna kontaktować się z osobami, które podobnie jak on mają problemy wynikające z picia alkoholu – przynajmniej na początku tak to postrzega. Wzajemne porównywanie siebie oraz swoich historii życia pomaga odnaleźć prawidłowości rządzące uzależnieniem i ułatwia **identyfikację**. Ułatwia także akceptację norm, których przestrzeganie jest w interesie całej grupy – presja położona na zachowywanie abstynencji staje się nie tylko elementem kontraktu, ale jest normą grupową, a osoby pod wpływem alkoholu przychodzące na zajęcia czy meeting narażają się na negatywną ocenę pozostałych uczestników. Wprawdzie traktowanie osób nietrzeźwych różni się w AA i terapii, jednak fakt używania jest oceniany krytycznie. **Wpływ grupowy, przynależność** do leczących się alkoholików i możliwość utożsamiania się z osobami z dłuższą abstynencją daje pacjentom **nadzieję** na zatrzymanie choroby i porządkowanie swojego życia. Poczucie więzi i porównywanie się z innymi jest niezbędne do budowania tożsamości osoby uzależnionej i staje się czynnikiem motywującym do kontynuowania terapii.

4. Wiedza

– jak dużo alkoholik powinien wiedzieć o swojej chorobie, na ile wiedza teoretyczna przedstawiana przez terapeutów jest przez pacjentów uwewnętrzniana, jak dalece dokonana auto-diagnoza może pomóc w zmianie niepożądanych zachowań? Takie pytania stawiamy coraz częściej starając się, aby proponowany program terapeutyczny przekładany był na efektywne

zmiany dokonywane w życiu pacjentów. Aby wiedza była narzędziem do zmiany, musi być dostosowana do możliwości pacjenta. Oznacza to nie tylko **odpowiednie treści**, podawane „ludzkim” językiem, oznacza to także **dobór odpowiednich tematów** w określonym etapie leczenia, **ustrukturalizowanie** samego przekazywania wiedzy i, według mnie, kardynalną sprawę: każdy pacjent musi wiedzieć, w **jaki sposób przekazywane treści przydadzą mu się w życiu**. Pacjenci nabywają wiedzę nie tylko w czasie zajęć, na własną rękę czytają książki, oglądają programy, rozmawiają między sobą, słyszą wypowiedzi na mitingach. Czasem informacje, jakie tym sposobem zdobywają, wspomagają proces leczenia, czasem szkodzą mu (przykładem takich szkodliwych treści mogą być afirmacje albo pozytywne myślenie – u pacjentów przed terapią albo na jej początku afirmacje mają charakter myślenia życzeniowego, a pozytywne myślenie to myślenie magiczne). Dla terapeuty oznacza to konieczność indywidualnej diagnozy – jaka wiedza, w jakiej podawana formie, jakiemu celowi ma służyć i jakie będą możliwości jej zastosowania. W szczególności chodzi o to, aby obraz kliniczny choroby danego pacjenta, a nie grafik wykładów decydował o treściach edukacji.

5. Wgląd

– zmiana dotychczasowych sposobów interpretacji własnych zachowań, myślenia i schematów reagowania emocjonalnego jest rodzajem wiedzy, pozwalającej na wprowadzanie nowego, satysfakcjonującego sposobu funkcjonowania. W pierwszym etapie leczenia zajmujemy się głównie obrazem rzeczywistości związanej z używaniem alkoholu. Pacjenci **odkrywają sposoby, jakimi posługiwali się, aby zminimalizować konsekwencje picia** i utrzymać przekonanie o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem. Jest to etap konfrontacji, pracy nad zaprzeczaniem – informacje uzyskane od terapeutów i członków grupy stanowią podstawę **zrozumienia swojego dotychczasowego życia**, a także **obecnego sposobu funkcjonowania**. Oczywiście, wiąże się to ze zmianą obrazu siebie, a w związku z tym również z obroną tego obrazu. Wiele ener-



gii koncentruje się na utrzymaniu poczucia swojej wartości i szacunku do siebie. Niekiedy odkrywanie prawdy jest zbyt bolesne – przejmująca wizja strat czy braku osiągnięć albo niezgoda na „bycie alkoholikiem” paradoksalnie umacniają przekonania o swojej wyjątkowości i możliwościach samodzielnego zapobieżenia dalszemu pogarszaniu się jakości życia. Należy zaznaczyć, że postawa taka nie wynika tylko z samego obrazu uzależnienia, czasem większą rolę odgrywają tu doświadczenia związane z rodziną, grupą rówieśniczą i innymi czynnikami kształtującymi osobowość. „Nie jestem alkoholikiem” znaczy czasami „udowodnię, że jestem wart więcej, niż się komukolwiek wydaje”. Dzia-

łanie mechanizmów uzależnienia nakłada się na problemy osobiste, których źródła sięgają do czasów przed rozpoczęciem picia. Uzyskiwanie wglądu w takich przypadkach jest znacznie trudniejsze.

W dalszych etapach terapii zależy nam, aby pacjenci stawali się świadomi natury życia psychicznego – zwiększali swoje umiejętności w **rozpoznawaniu nałogowych schematów** i własnych **sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych**. Dotyczy to wszystkich – nie tylko alkoholowych zachowań. Właściwie zachowania alkoholowe bardzo się z czasem marginalizują, a mimo to funkcjonowanie w życiu nie daje satysfakcji. Jeśli popatrzymy na to z perspektywy zachowań za-

stępczych i nałogowych schematów, jasnym staje się, skąd bierze się problem: „nie piję od roku i nic się nie zmieniło”.

6. Ćwiczenie umiejętności

– programy odwykowe są pełne różnych treści, odnoszących się do wszystkich praktycznie sfer życia. Przeciętny pacjent w trakcie ich realizacji otrzymuje wiedzę, odkrywa, w jaki sposób poznawane zjawiska występują u niego i dowiaduje się, jak jest to ważne dla trzeźwienia. Jednak sama wiedza i zdolność do autodiagnozy, niepoparte umiejętnościami, rodzą jedynie frustrację. Dlatego ważnym elementem psychoterapii uzależnień jest możliwość **ćwiczenia nowych zachowań**, które stanowią alternatywę dla dotychczasowego sposobu funkcjonowania. Zadaniem terapeutów jest zadbanie o stworzenie warunków, aby uzyskane informacje mogły być wykorzystane w praktyce. Służą temu coraz powszechniej stosowane treningi umiejętności, praktyczne zadania w osobistych planach terapii, ale także znane już dobrze dzienniczki uczuć, incydentów złości itp. Charakter treningu uzależniony jest od celu, jaki ma realizować; osób, do których jest adresowany i okoliczności, w jakich się odbywa. Niezależnie czy ćwiczone są proste umiejętności, czy zaawansowane treningi, powinny być one dostosowane do możliwości i aktualnego stanu pacjenta. Ponadto, jeżeli zajęcia odbywają się w grupie, należy zadbać o jednorodny dobór uczestników – nowe umiejętności powinny być ćwiczone z pacjentami o podobnym poziomie zaawansowania w terapii. Dzięki temu zwiększamy możliwości ich uczenia i zapobiegamy sytuacji, w której dla części pacjentów zadania są zbyt trudne i siłą rzeczy nie są efektywnie realizowane. Skuteczność procedur treningowych oparta jest m.in. na możliwościach powtarzania określonych zachowań i ich modyfikacji – ważne jest także zaplanowanie zajęć, które umożliwi pacjentom nie tylko pojedyncze próby, ale także monitorowanie postępów i wprowadzanie zmian.

Omówione dotychczas czynniki dotyczą bezpośredniego udziału pacjenta uzależnionego w psychoterapii – punkt ciężkości kładziemy tu głównie na specyfikę choroby. Obok nich waż-

ną rolę odgrywają inne czynniki wspomagające (utrudniające) proces leczenia. Mam tu na myśli warunki środowiskowe i właściwości jednostki.

CZYNNIKI WSPOMAGAJĄCE

1. Warunki środowiskowe

– powodzenie psychoterapii zależy nie tylko od motywacji pacjenta, ma ona wprawdzie znaczenie zasadnicze, jednak dla wielu osób możliwości wprowadzania zmian wynikają z uwarunkowań otoczenia.

Po pierwsze dotyczy to rodziny. Nie popieram twierdzenia, że bliscy powinni rozumieć i wspierać alkoholika – takie zobowiązanie członków rodziny uprzedmiotawia ich i sprowadza do roli tła. Zdrowienie alkoholika nie polega jedynie na wspieraniu go w wysiłkach, jest to odbudowywanie więzi, realizacja ról i uczenie nowych zachowań. Właściwie każdy członek rodziny ma w tej sytuacji coś do zrobienia – wzajemna uważność na siebie oraz intencja dokonania zmiany nie tylko nie szkodzi osobom uzależnionym, ale uczy ich nowych postaw i wyznacza nowe ramy dla ich uczestniczenia w rodzinie. Oczywiście, życzliwość i przychylność dla osoby leczącej się jest zwykle bardzo korzystna, przyspiesza niekiedy zmianę i wzmacnia motywację – należy tego życzyć naszym pacjentom. Jednak traktowanie takiej sytuacji jako postulatu dla rodziny, nie sprzyja zdrowieniu alkoholików. Z punktu widzenia celów terapeutycznych – możemy pracować z pacjentem nad zwiększaniem jego umiejętności tworzenia sytuacji sprzyjających zdrowieniu, ale nie możemy do tego wykorzystywać innych ludzi.

Drugi element uwarunkowań zewnętrznych to środowisko społeczne. Rozbudowana „infrastruktura” – dobrze funkcjonujące placówki odwykowe, istnienie grup AA, organizacje samopomocowe i środowisko abstynentów – sprzyjają powrotowi do zdrowia i stanowią silne źródło wzmocnień i oparcia. Brak możliwości korzystania z pomocy i doświadczeń innych, nawet przy nieobecności sytuacji bezpośrednio zagrażających abstynencji, utrudniają proces zdrowienia. Bardziej niebezpieczne są utrwalone obyczaje związane z używaniem alkoholu – na-

wet jeśli respektowane są decyzje pacjenta o niepicciu, narażony jest on na stały kontakt z okolicznościami, gdzie alkohol jest obecny. Wreszcie skrajne sytuacje społeczne – alkoholowe środowisko, funkcjonowanie podkultur, bezdomność, ubóstwo to czynniki zagrażające w oczywisty sposób.

2. Właściwości jednostki

– wśród czynników wpływających na zdrowienie coraz częściej wymieniamy indywidualne właściwości pacjentów. Dotyczą one aspektów związanych z samą chorobą i z tzw. „osobowością przedchorobową”. Pierwszy to wiek inicjacji, zażywane substancje, rozmiary strat fizycznych i psychicznych oraz styl i długość picia (zażywania) – ten aspekt jest już stosunkowo dokładnie poznany i wykorzystywany w planowaniu terapii. Drugi to różnice indywidualne, warunki kształtowania się i typ osobowości, poziom intelektualny oraz stan zdrowia – szczególnie centralnego układu nerwowego. Praktyka wskazuje, że w miarę trwania terapii coraz większą rolę odgrywają osobiste właściwości pacjentów. W pierwszych etapach – nie tracąc z oczu indywidualności – koncentrujemy się bardziej na podobieństwach obrazów klinicznych, później – w terapii pogłębionej, a szczególnie w pracy nad problemami osobistymi – duże znaczenie odgrywają różnice wynikające z odmiennego wyposażenia psychologicznego.



Psychoterapia uzależnień nie jest zbiorem procedur, które podawane w określonej sekwencji wpływają na zmianę myślenia, zachowania czy postaw. Decyzję o tym, kiedy i w jakim zakresie pacjent ma zajmować się określonym problemem, podejmuje terapeuta, a nie kalendarz z rozkładem zajęć. Dokładna diagnoza problemu i uważne monitorowanie przebiegu terapii pozwalają na planowanie interwencji, które służą pacjentowi – pomagają mu w coraz lepszym rozumieniu swojej sytuacji i bezpiecznym przeżywaniu zmian.

Stawomir Grab

Autor jest psychologiem, wykładowcą w STU, pracuje w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Stalowej Woli.