

Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy

Abstract: Understanding the problems caused by the use and abuse of alcohol and the approach to people who fell into this “alcohol trap” changed (and changes) slowly and with difficulty. Just as the paradigms of thinking about alcohol problems and people with these problems have changed, so too the practice of support for this category of people (its assumptions, organization and implementation of the concept).

Key words: alcohol problems, addiction therapy, support

Postrzeganie i definiowanie problemów alkoholowych – nigdy i obecnie

Spółeczno-kulturowa historia obecności alkoholu w Polsce wprawdzie nie jest tak odległa, jak dowodzą archeolodzy badający różne zakątki świata – czyli sięgająca paleolitu¹, lecz z pewnością jest bogata². Przez wieki tolerowano obecność alkoholu w codziennym życiu, sporadycznie podnosząc głosy domagające się akcentowania jej szkodliwości i sprzeciwiające się swobodnej dostępności alkoholu, a zwykle lekceważąc jej niebezpieczne skutki, tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Także i współcześnie w niektórych społeczeństwach bądź ich segmentach alkohol towarzyszy człowiekowi jako legalna, oswojona substancja psychoaktywna, niebudząca ani respektu, ani niepokoju³.

Raczej zatem powolnie i opornie zmieniało się (i nadal zmienia) rozumienie problemów, jakie generuje używanie i nadużywanie alkoholu oraz podejście do

¹ Za: A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986, s. 11.

² Patrz. np. ibidem; M. Dampz, *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Toruń 2005; K. Bockenheimer, *Przy polskim stole*, Wrocław 1998; *Alkohol w kulturze i obyczaju*, red. J. Górski, K. Moczarski, Warszawa 1972; K. Kosiński, *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologie*, Warszawa 2008.

³ J. Fudała, *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa 2008, s. 13

osób, które wpadły w tę „alkoholową pułapkę”. Jeszcze w ubiegłym wieku znajdowali się zwolennicy ujmowania ich w kategoriach moralnych i obyczajowych: jako dowód upadku moralnego, słabości woli czy słabości charakteru; prekursorów takiego myślenia, choć słabo rozwiniętego koncepcyjnie, można było odnaleźć już nawet w XVIII w.⁴ Z biegiem czasu pojawiali się popularyzatorzy odmiennego spojrzenia na alkoholizm (bo takiej kategorii pojęciowej używano) w kategoriach medycznych: jako choroby przewlekłej, dotykającej i ciało i umysł, będącej rezultatem zachodzących w organizmie anomalii, na które chory nie ma wpływu⁵.

Elvin Morton Jellinek to najczęściej przywoływana postać, gdy mowa jest o zasługach w obszarze zmiany myślenia o uzależnieniu od alkoholu⁶. To on, na bazie swoich licznych, kilkuletnich badań (obserwacji pijących i trzeźwych alkoholików), w pionierskim dziele z 1952 r. zatytułowanym *The Disease Concept of Alcoholism* (*Koncepcja alkoholizmu jako choroby*) podkreślał chorobowy charakter alkoholizmu, upodmiotawiając tym samym osoby uzależnione, zdejmując z nich odium pogardy i czyniąc ich pacjentami potrzebującymi pomocy, co zainicjowało proces zmiany stosunku do alkoholizmu ze strony medycyny, społeczeństwa i samych alkoholików⁷. Przewlekłość stanu alkoholizmu znalazła potwierdzenie w oświadczeniu Komitetu ds. Alkoholizmu przy ONZ (1955 r.)⁸.

W Polsce świeże spojrzenie na osoby uwikłane w problemy alkoholowe pojawiło się w połowie lat 70. XX w., gdy pracę z nimi wzbogacono psychoterapią⁹ (znaczną tu rolę Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, pierwszego w Polsce i w tej części Europy oddziału leczenia alkoholików, wykorzystującego ją jako metodę leczenia¹⁰). Jak nietrudno się domyślić,

⁴ Za: P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol a człowiek. Perspektywy zdrowia publicznego*, tłum. K. Mazurek, Warszawa 2007, s. 8.

⁵ Takie poglądy pojawiły się już w XIX w., a głosili je m.in.: Thomas Trotter, Jakub Szymkiewicz, Ludwik Bergman, Huss Magnus czy William D. Silkworth. Współcześnie w literaturze przedmiotu nadal odnaleźć można spory pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami takiego ujęcia.

⁶ J. Kinney i G. Leaton (J. Kinney, G. Lepton, *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Basaj, A. Bielasik, Warszawa 1996, s. 35) w historii kształtowania tego nowego sposobu rozumienia alkoholizmu wpisują także takie postacie jak: Y. Henderson, H. Haggard i L. Greenberg, związanych z Yale, którzy założyli pismo zatytułowane „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” ukazujące się później pod tytułem „Journal of Studies on Alcohol”, w którym zamieszczano aktualny stan wiedzy na temat problemów alkoholowych, poparty badaniami naukowymi.

⁷ Za: E. Woydyłło, *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwalaniu się z uzależnień*, Warszawa 1991, s. 15.

⁸ Za: A.A. Portnow, I.N. Piatnickaja, *Klinika alkoholizmu*, przekł. W. Moczulski, Warszawa 1977, s. 15.

⁹ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza terapii, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, zwłaszcza rozdz. 19.

¹⁰ Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju lecznictwa odwykowego w Polsce (dotychczasowe osiągnięcia i zadania na przyszłość)*, [w:] *Masz wybór. Materiały pokonferencyjne poświęcone problematyce uzależnień*, Poznań 2008, s. 12.

(d)ziałania w kierunku zmiany takiego stanu rzeczy podejmowano jednak głównie w miastach i większych aglomeracjach, gdzie najłatwiej było pozyskać kadre czy zreorganizować placówki. W tym okresie powstawały pierwsze ośrodki z eksperymentalnymi programami terapeutycznymi, w ramach których leczono osoby zgłaszające się dobrowolnie¹¹.

Ważkie znaczenie dla tych przemian miało sfinalizowanie prac nad ustawą z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ta wielokrotnie nowelizowana i uzupełniana kolejnymi rozporządzeniami ustawa zmieniła nazewnictwo diagnostyczne oraz ujmowanie alkoholu i alkoholizmu, nadając mu znaczenie wymagającej leczenia choroby, a także zreorganizowała kształt i ofertę lecznictwa odwykowego w Polsce, wprowadziła przełomową zasadę dobrowolnego leczenia, a stopniowo, z biegiem lat uruchomiła proces profesjonalizacji kadry oraz poprawy jakości, specjalizacji, skuteczności i dostępności świadczonych usług.

Dla lepszego zrozumienia wachlarza problemów alkoholowych warto przywołać robocze definicje stworzone przez Światową Organizację Zdrowia, które stanowią podpowiedź jak należy rozumieć trzy terminy: picie okazjonalne, picie ryzykowne oraz picie szkodliwe. Mianem okazjonalnego upijania się (lub także terminem „picie dla upicia” – ang. *binge drinking*) określono spożycie alkoholu w ilości co najmniej 60 g alkoholu podczas jednej okazji; picie ryzykowne zdefiniowane zostało jako taki poziom spożycia alkoholu lub taki wzorzec picia, przy którym prawdopodobne staje się doznanie szkód przy regularnym dziennym spożywaniu 20-40 g alkoholu przez kobiety i 40-60 g alkoholu przez mężczyzn; picie szkodliwe określono natomiast jako wzorzec picia, który powoduje szkody zdrowotne i psychiczne, przy regularnym spożywaniu alkoholu w dziennej dawce przekraczającej 40g – przez kobiety i w dawce przekraczającej 60 g alkoholu – przez mężczyzn¹².

Warto również przypomnieć i o tym, że stopniowo zmieniała się koncepcja uzależnienia od alkoholu i jego kryteria diagnostyczne zawarte w powszechnie stosowanych międzynarodowych klasyfikacjach schorzeń kształtujących myślenie nie tylko medyków w wielu krajach, w których klasyfikacje te obowiązują. Modyfikowano w nich definicyjne ujęcia, dokonywano w kolejnych edycjach zmian obowiązujących terminów i ich zakresów.

W świetle jednej z nich, tworzonej przez Światową Organizację Zdrowia, Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Pro-*

¹¹ E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 4, s. 367.

¹² Za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, tłum. K. Pacholik, Warszawa 2007, s. 20-21

blems – ICD), obecnie obowiązującej – tj. ICD 10, zaburzenia związane z alkoholem umieszczone są w dziale wszystkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zależnych od używania substancji chemicznych (grupa oznaczona literą F), pod symbolem F10. Szkodliwe picie alkoholu (F10.1) określono tu jako sposób jego picia niekorzystnie wpływający na zdrowie, przy czym owo szkodliwe działanie może mieć charakter somatyczny lub psychiczny. Uzależnienie od alkoholu (F10.2) natomiast stwierdzone jest, gdy u osoby występują trzy lub więcej z poniżej wskazanych objawów przez co najmniej miesiąc lub utrzymujących się krócej niż jeden miesiąc, ale powtarzających się w ciągu ostatnich 12 miesięcy: silna, natrętna potrzeba spożywania alkoholu (głód alkoholu); upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu; objawy abstynencyjne; picie alkoholu w celu złagodzenia albo zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu; zmieniona tolerancja alkoholu; zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem alkoholu do 1-2 wzorców; postępujące zaniedbywanie alternatywnych do picia przyjemności, zachowań i zainteresowań; picie alkoholu pomimo wiedzy o jego szkodliwości dla zdrowia pijącego. Z zainteresowaniem oczekuje się jedenastej wersji (która będzie stosowana najprawdopodobniej od 2022 r.) i sposobu ujęcia w niej problemów alkoholowych. Zapowiadane ujednoczenie i zbliżenie światowych kryteriów diagnostycznych do klasyfikacji amerykańskiej ma ułatwić komunikację między specjalistami oraz umożliwić replikowanie badań nad opisywanymi zaburzeniami¹³.

Druga z powszechnie znanych i stosowanych klasyfikacji – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – jest częściowo zbieżna z propozycjami kryteriów diagnostycznych proponowanych przez ekspertów WHO. Nie ma tu już kategorii diagnostycznych „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu” (wyróżnionych w DSM-IV-TR), zastąpionych nową, pojemniejszą kategorią *alcohol use disorders* tłumaczoną na język polski jako „zaburzenia związane z używaniem alkoholu” albo „zaburzenia używania alkoholu”, co zalicza je do tej jednej kategorii diagnostycznej charakteryzowanej różnym stopniem nasilenia zaburzeń¹⁴. To zupełnie nowe myślenie, w którym problemy związane z alkoholem rozciągnąć można na „pewnym kontinuum nasilających się problemów, które stają się wskaźnikami diagnostycznymi”¹⁵. Kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (a zatem nie wąsko jak dotychczas: kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu)

¹³ A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, tom 28, s. 61.

¹⁴ A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, op. cit., s. 56.

¹⁵ R. Modrzyński, M. Ziębińska, „Alkoholizm” – zaburzenie czy nieuleczalna choroba?, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2018, nr 6, s. 21.

są tu następujące: 1) częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano; 2) uporczywe, trwałe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia; 3) poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, picciem i niwelowaniem skutków picia; 4) silne pragnienie, przymus lub potrzeba picia; 5) powtarzające się spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie podstawowych obowiązków w pracy, w szkole, w domu; 6) spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu; 7) ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych, rekreacyjnych; 8) powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa; 9) spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu; 10) ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą spożycia zwiększonej ilości alkoholu dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu; 11) występowanie zespołu abstynencyjnego. Nowością jest tu także i to, że w zależności od liczby stwierdzonych objawów występujących łącznie w ciągu ostatnich 12 miesięcy wyróżnia się tu stopnie nasilenia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (*alcohol use disorders* – AUD): łagodny – gdy stwierdzi się dwa lub trzy wyżej wymienione kryteria, umiarkowany – w przypadku zdiagnozowania czterech lub pięciu kryteriów, lub ciężki – do którego zdiagnozowania potrzeba stwierdzenia zaistnienia sześciu i więcej kryteriów. Jak objaśnia Ryszard Poprawa, obecne w DSM-5 podejście hybrydowe stara się integrować kategoriale i dymensjonalne ujmowanie psychopatologii¹⁶. Zaburzenia używania alkoholu nie są już tu więc tylko sprowadzone wyłącznie do uzależnienia od alkoholu – chronicznej choroby, lecz podkreśla się, że mogą potencjalnie rozwijać się oraz cofać, zatem upośledzenie kontroli używania alkoholu nie ma więc nieodwracalnego charakteru¹⁷. Ten nowy sposób myślenia wymusza zmiany w praktyce terapeutycznej: celem terapii nie może być już jedynie trwała abstynencja, lecz również praca nad kontrolowanym używaniem alkoholu, związanym z tym ograniczaniem jego spożywania, co w konsekwencji ma zredukować negatywne następstwa jego spożywania; wiąże się to z koniecznością opracowania i wprowadzenia nowych kompatybilnych z tym myśleniem programów terapeutycznych, mniej dyrektywnych niż dotychczasowe, w których więcej swobody w określaniu celów pozostawi

¹⁶ R. Poprawa, „Skazani” na problemy. W poszukiwaniu osobowościowych uwarunkowań angażowania się mężczyzn w picie alkoholu, Warszawa 2015, s. 28

¹⁷ R. Modrzyński, M. Ziębińska, „Alkoholizm” – zaburzenie czy nieuleczalna choroba?, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2018, nr 6, s. 22.

się pacjentom¹⁸. Ponieważ osłabi to ciężar stygmatyzacji, jakim zawsze dla pacjenta jest diagnoza, być może zwiększy to liczbę osób, które zechcą sięgnąć po tę formę pomocy¹⁹.

Co warto wiedzieć o uzależniającej sile alkoholu?

Od lat podejmowane są próby poszukiwania odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie wpadają w sidła uzależnienia. Ich źródeł należy szukać w uwarunkowaniach biologicznych, psychicznych oraz społeczno-kulturowych. Pojawiające się w literaturze teorie uzależnień można więc posortować w takie trzy grupy wyjaśnień. Proponowane podejścia znacznie się różnią się między sobą, ale można też skonstruować, że nie wykluczają się nawzajem. Obecnie postuluje się, aby przyczyn problemów alkoholowych upatrywać w splocie i wzajemnych interakcjach czynników trojaczego rodzaju: genetycznych, osobowościowych i środowiskowych, ponieważ trudno jest bez żadnych wątpliwości rozdzielić te wpływy. Samej etiologii uzależnień poświęcić można osobny tekst (a może nawet i dzieło), zwłaszcza jeśli postawiłoby sobie ambitny cel przywołania także wyników bogactwa badań prowadzonych przez genetyków, psychologów, socjologów czy badaczy sytuujących się wewnątrz lub na pograniczach innych nauk, dlatego jedynie zasygnalizuję podstawowe informacje.

Podejście biologiczne koncentruje uwagę na neurobiologicznych skutkach działania substancji i wyjaśnia uzależnienie za pomocą pojęć biologicznych. Dzięki wykorzystaniu wiedzy o układzie nerwowym i efektach działania różnych substancji na mózg człowieka za najistotniejsze dla wyjaśnień uznano dopaminowy układ nagrody (jako szlak o podstawowym znaczeniu dla nagradzania mózgu) oraz endogenne układy opioidowe (wiążące się z nasyceniem i poczuciem odprężenia, błogostanu, uspokojenia)²⁰. W podejściu biologicznym usytuowane są także poszukiwania różnic podatności na uzależnianie się wynikających z cech genetycznych oraz poszukiwania markerów, które służyłyby wykrywaniu zagrożenia uzależnieniem od alkoholu. Ocenie poddawany jest wpływ czynników genetycznych na picie problemowe oraz wzory dziedziczenia skłonności do picia problemowego i przenoszenia podatności na uzależnienie od alkoholu. Badania zmierzają także w kierunku zlokalizowania obszarów ochronnych i zwiększających ryzyko uzależnienia od alkoholu umiejscowionych w chromosomach²¹. Należy zaznaczyć w tym

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, tłum. Z. Pelc, Gdańsk 2005, s. 43-46.

²¹ Patrz. np. P. Anderson, A. Gual, J. Colom, op. cit., s. 55.

miejscu, że dziedziczeniu podlega raczej biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może się rozwinąć uzależnienie, a więc pewne predyspozycje do uzależnienia, a nie sama skłonność do uzależnienia. Czynniki genetyczne są więc raczej odpowiedzialne za zwiększenie podatności lub wrażliwości na działanie środka psychoaktywnego (np. niskie dawki alkoholu mogą silniej pobudzać niektórych ludzi w wyniku dziedziczenia różnic w szlaku dopaminowym²²).

Drugie z podejść do wyjaśnienia genezy uzależnień wykorzystuje koncepcje i modele psychologiczne, wywodzące się z założeń czterech podstawowych kierunków, zwanych też orientacjami teoretycznymi w psychologii, tj. psychoanalizy, psychologii humanistyczno-egzystencjalnej, teorii behawioralno-poznawczej oraz teorii strategiczno-strukturalnej²³. W każdym z tych paradygmatów tworzy się modele empiryczne wyjaśniające genezę oraz mechanizmy utrzymywania się zaburzeń związanych z alkoholem²⁴.

Trzecie z podejść – społeczno-kulturowe – ogniskuje swoje zainteresowania wokół czynników o charakterze środowiskowym – społecznym i kulturowym, które zwiększają lub zmniejszają prawdopodobieństwo uzależnienia się. Przyczyn rozpowszechniania się problemów związanych z alkoholem upatruje się m.in. w: tradycjach, obyczajowości, postawach społecznych wobec picia alkoholu, wpływie najbliższego środowiska (rodzinnego, rówieśniczego, lokalnego i zawodowego), uwolnieniu od mechanizmów kontroli społecznej, wpływie mody, postawach konsumpcyjnych, liberalnym rynku napojów alkoholowych czy w sile reklamy napojów alkoholowych²⁵.

Nie sposób wyczerpująco i zadowalająco stworzyć komplet czynników z tych trzech grup, zwłaszcza że zwykle współwystępują oraz mają różne znaczenie i siłę wpływu w przypadku różnych osób. Dominacja uwarunkowań o charakterze indywidualnym (biologicznym bądź psychologicznym) lub społecznym (tła społeczno-kulturowego), nierzadko ich splot i interakcje, implikują kształt i dynamikę jednostkowych doświadczeń alkoholowych. Analizując uwarunkowania i ścieżki przebiegu powstawania problemów z używaniem alkoholu, należy mieć na względzie regułę ekwifinalności, oznaczającą, że różnorodne warunki początkowe i procesy mogą prowadzić do wspólnych ostatecznych rezultatów, jak i regułę multifinalności, oznaczającą, że pomimo podobieństwa wstępnych warunków początkowych, osiągnięte skutki mogą być skrajnie różne²⁶.

²² Za: J. M. Lieberman, S. J. Cooper, *The Neuropharmacological Basis of Reward*, New York 1989.

²³ L. Cierpiąłkowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa 2010, s. 116.

²⁴ Więcej patrz np. L. Cierpiąłkowska, M. Ziarko, op. cit.; M. Teesson., L. Degenhardt, W. Hall, op. cit.

²⁵ Analiza tych czynników ujęta np. w: E. Włodarczyk, *Społeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet. Obraz i instytucjonalne reakcje środowiska wielkomińskiego*, Poznań 2017, s. 159-173.

²⁶ R. Poprawa, op. cit., s. 36-38.

Aдекватnie do akcentowanych grup czynników wywołujących i wzmagających niekontrolowane picie alkoholu istnieje kilka modeli uzależnienia, w których odpowiedzialność za jego wywołanie i utrwalanie przypisuje się czynnikom o różnym charakterze (biologicznym, środowiskowym czy psychologicznym). Nie ma jednak modelu uzależnienia, który byłby „jedynie słusznym” i który miałby jakąś przewagę nad innymi. Debata nad nimi i ich przydatnością wciąż trwa i (niestety) służy raczej definiowaniu konkurujących szkół myślenia niż ułatwianiu porozumienia pomiędzy ich zwolennikami²⁷.

Na drodze od picia kontrolowanego do picia patologicznego wyróżnić można pewne stadia. Znajomość symptomów charakterystycznych dla każdego z nich pozwala na wykrycie niepokojących objawów. Takiego wyszczególnienia faz choroby alkoholowej²⁸ podjął się ponad pół wieku temu Elvin M. Jellinek²⁹, który wyróżnił cztery fazy jej przebiegu:

1. Faza wstępna (inaczej: „przedalkoholiczna”; objawowa; tzw. picie towarzyskie) – alkohol jest spożywany przez osobę, ponieważ dostarcza jej przyjemności, łagodzi napięcia psychiczne, usmierza lub usuwa przykre stany emocjonalne oraz ułatwia nawiązywanie kontaktu z innymi ludźmi. W tej fazie następuje powolny wzrost tolerancji na wypijany alkohol, a także tworzy się związek pomiędzy napięciem a alkoholem, aż jego używanie staje się zwyczajowym zachowaniem w sytuacji napięcia (w wyniku powtarzanego doświadczenia łagodzenia napięć psychicznych wywoływanego po spożyciu alkoholu). Uruchamia to proces obniżania się poziomu odporności na napięcia psychiczne, wzmacnia nieumiejętne radzenie sobie ze zdarzeniami stresowymi w sposób inny niż spożycie wówczas alkoholu oraz wygaszanie dotąd nabytych i stosowanych, a także potencjalnie możliwych do wykształcenia jeszcze innych strategii radzenia sobie ze stresem. Szacuje się, że faza ta trwa od kilku miesięcy do około dwóch lat.
2. Faza ostrzegawcza (inaczej: zwiastunowa, wstępna) – coraz silniejszej koncentracji na alkoholu (picie łapczywe, pośpieszne, po kryjomu, ciągłe, natrętne myślenie o alkoholu, organizowanie okazji do wypicia) towarzyszy dalszy wzrost ilości wypijanego alkoholu, wzrost tolerancji. Pojawia się poczucie winy w związku z piciem, unikanie rozmów na ten temat oraz rozwój psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Faza ta trwa od sześciu miesięcy do 4-5 lat.

²⁷ R.K. James, B.E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa 2004, s. 428.

²⁸ Jego propozycja pochodzi z lat 60. XX w., a zatem z okresu, gdy w powszechnym użyciu było określenie „choroba alkoholowa”.

²⁹ Tę propozycję w oryginale można prześledzić w: E.M. Jellinek, *The Disease Concept of Alcoholism*, New Brunswick 1962. Opis np. w: J. Kinney, G. Leaton, op. cit., s. 70-71; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko, op. cit., s. 72-79; B.T. Woronowicz, op. cit., s. 139-140.

3. Faza krytyczna (inaczej: ostra, krzyżowa) – człowiek w tej fazie utracił już bezpowrotnie kontrolę nad swoim piciem alkoholu, często doświadcza objawów głodu alkoholowego, koncentruje całe swoje życie na alkoholu i wokół niego, zawężając zainteresowanie otaczającym światem i zaniedbując różne sfery swojego życia, co prowadzi do ich degradacji. Podejmuje próby zaprzestania picia, ale mimo że może zachować okresową abstynencję, to w dalszej perspektywie czasowej okazują się one nieskuteczne. Rozbudowuje system racjonalizacji usprawiedliwień swojego picia i coraz bardziej nieracjonalnych zachowań. Relacje z innymi ludźmi cechuje wrogość, agresja, pretensje, poczucie bycia ofiarą. Pojawiają się ciągi alkoholowe oraz regularne poranne picie, które sygnalizują wejście w czwartą fazę.
4. Faza przewlekła (inaczej: chroniczna) – stan nietrzeźwości staje się niemal codziennym i całodobowym, silnie spada tolerancja na alkohol, tj. wypicie nawet niewielkiej ilości powoduje stan upojenia (przy czym zdarza się, że osoba pije nawet alkohole niekonsumpcyjne). Następuje osłabienie zasad moralnych osoby, poważne uszkodzenie jej sprawności funkcji intelektualnych (procesów myślenia i zdolności do oceny faktów) oraz wyniszczenie somatyczne. Na tym etapie jest prawdopodobne, że system racjonalizacji i zaprzeczeń załamie się, a wówczas jest szansa, że osoba podejmie leczenie. W sytuacji gdy to nie nastąpi, postępuje proces wieloaspektowej degradacji człowieka.

Chociaż propozycja Jellinka sięga początku lat 60. XX w., to nadal nie traci na popularności. Trzeba oczywiście przy tym pamiętać, że indywidualne ścieżki wklania się w problemy alkoholowe są zróżnicowane, heterogeniczne i niepowtarzalne oraz że nie każdy człowiek dociera do ostatniej fazy wytyczonej przez Jellinka.

Warto w tym miejscu zaakcentować różnice dotyczące procesu uzależniania się od alkoholu przez kobiety i mężczyzn. Wyniki różnorodnych badań potwierdzają, że kobiety – w stosunku do mężczyzn – uzależniają się w krótszym czasie i przy niższym spożyciu, intensywniej doświadczają negatywnych skutków jednorazowego i długotrwałego spożywania alkoholu, szybciej następuje u nich psycho-degradacja alkoholowa³⁰. Wiąże się to z tzw. teleskopowym rozwojem uzależnienia

³⁰ S. Nolen-Hoeksema, *Gender Differences in Risk Factors and Consequences for Alcohol Use and Problems*, „Clinical Psychology Review” 2004, t. 24, s. 981-1010; M.Y. Morgan, S. Sherlock, *Sex-related Differences Among 100 Patients with Alcoholic Liver Disease*, „British Medical Journal” 1977, nr 1(6066), s. 939-941; S.Y. Hill, *Vulnerability to the Biomedical Consequences of Alcoholism and Alcohol-Related Problems Among Women*, w: *Alcohol Problems in Women. Antecedents, Consequences, and Intervention*, S.C. Wilsnack, red. L.J. Beckman, New York 1984, s. 121-154; M. Wojnar, D. Wasilewski, H. Matsumoto, A. Cedro, *Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 1, s. 21-32; J. Fiutowski, *Obyczaj, nawyk czy choroba?*, Warszawa 1978, s. 23.

u kobiet, oznaczającym szybkie (w ciągu kilku miesięcy) przejście od picia bezproblemowego do zaawansowanego³¹.

Konsekwencje niekontrolowanego używania alkoholu, jego nadużywania i uzależnienia od niego mają różnorodny charakter i zakres. Można rozpatrywać je jako indywidualne – gdy dotyczą jednostek i ich najbliższego otoczenia, oraz szerzej – w perspektywie całego społeczeństwa. Skutki te są demaskowane w różnych obszarach i sferach:

- 1) sfera ekonomiczna (przede wszystkim: jednostkowe problemy finansowe, pauperyzacja osoby i jej rodziny, straty makroekonomiczne państwa spowodowane wydatkami z budżetu państwa na bezpośrednie i pośrednie koszty ponoszone przez państwo w związku z konsekwencjami niekontrolowanego używania i nadużywania napojów alkoholowych przez obywateli);
- 2) sfera zdrowia (obejmująca: zaburzenia będące bezpośrednim następstwem spożycia alkoholu, zaburzenia będące skutkiem przewlekłego spożywania alkoholu oraz trwałe uszkodzenia będące efektem długotrwałego nadużywania alkoholu; spożycie alkoholu prowadzi do zmian na poziomie komórkowym, tkankowym i narządowym, w konsekwencji upośledzają działanie wszystkich układów);
- 3) sfera zawodowa (głównie: spadek wydajności i jakości pracy, utrata pracy i pozycji zawodowej, długotrwałe bezrobocie, obniżona skuteczność w poszukiwaniu pracy);
- 4) sfera prawna (powiązana z wiktymogennym oraz kryminogennym wpływem alkoholu);
- 5) sfera demografii (ujawniająca bezpośrednie i pośrednie skutki toksycznego wpływu spożywanego alkoholu, przekładając się na dane statystyczne dotyczące zwłaszcza zgonów);
- 6) sfera społeczna (szczególnie: zaburzone relacje społeczne, zrywanie kontaktów, więzi społecznych, poczucie izolacji społecznej, zaburzenia w realizacji podstawowych ról społecznych i wynikających z nich zadań, utrata kompetencji społecznych, atrofia uczestnictwa społecznego jednostki);
- 7) sfera rodzinna (konflikty w relacjach małżeńskich, rozpad związków małżeńskich/ partnerskich, mierne sprawowanie lub rażące zaniedbywanie funkcji rodzicielskich, negatywne skutki funkcjonowania w bliskiej relacji z osobą z utraconą kontrolą spożywania alkoholu)³².

³¹ E.M. Jellinek, op. cit., za: S. Brown, *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa 1992, s. 96.

³² Szczegółowo konsekwencje te zostały omówione w: E. Włodarczyk, *Społeczny wymiar...*, s. 37-52.

Zwykle dzieje się tak, że zasygnalizowane wyżej konsekwencje – tu posegregowane dla przejrzystszego ich pokazania – współwystępują, niekiedy generując inne i wzmacniając się nawzajem.

Pomoc dla osób uwikłanych w problemy alkoholowe – rozwiązania przyjęte w Polsce

Z założeniami, organizacją i praktyką terapii dla osób z problemem alkoholowym sprzężone są: paradygmaty myślenia o problemach alkoholowych i osobach ich doświadczających, obowiązujący w Polsce od wielu lat określony system kształcenia terapeutów oraz obligatoryjne wytyczne Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie wiadomo czy i kiedy posługiwanie się kryteriami ICD-10 zostanie realnie zastąpione odmiennym, szerszym rozumieniem zaburzeń używania alkoholu ujętym w DSM-5 (dotąd niewiele zmienia się w tym względzie, choć obowiązuje ono już od 2013 r.); prawdopodobnie czasu będzie wymagać również projektowane wdrożenie ICD-11, wraz ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Bazowym w polskiej psychoterapii uzależnień jest psycho-bio-społeczny model uzależnienia (PBS) i zawarta w nim koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia, opracowane przez Jerzego Mellibrudę oraz pracowników i współpracowników Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Owe mechanizmy uzależnienia nie działają oddzielnie, lecz tworzą wspólnie całościowy system kontrolujący funkcjonowanie osoby uzależnionej związane z piciem alkoholu i odgrywają fundamentalną rolę w powstawaniu, przebiegu oraz utrzymywaniu się uzależnienia³³. Lokują się one w trzech obszarach funkcjonowania psychologicznego: 1) w sferze doświadczania stanów emocjonalnych (mechanizm nałogowego regulowania uczuć, związany z tym, że oddziaływanie alkoholu, pozytywne dla regulacji uczuć, pewnej homeostazy oraz powodowania uczucia uspokojenia i ulgi, wywołuje dążenie do ponawiania odczuwania tego stanu, gdy samopoczucie się pogorszy, tak, że alkohol z czasem staje się stałym i jedynym narzędziem regulacji stanów psychicznych), 2) w sferze aktywności umysłowej tworzącej system orientacji poznawczej (mechanizm iluzji i zaprzeczania, związany z tym, że nieadekwatne postrzeganie siebie i otaczającej rzeczywistości spowodowane ścięramiem się negatywnych informacji o szkodach powodowanych piciem ze sygnałami wskazującymi na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia, a następnie uruchomieniem mechanizmu redukcji dysonansu poznawczego powoduje zniekształcenie odbioru i interpretacji świata) oraz 3) w centrum oso-

³³ J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3, s. 302-303.

bowości określającym tożsamość i poczucie wartości i rodzącym decyzje sterujące postępowaniem (mechanizm rozdwojonego „ja”, związany z tym, że doświadczenia alkoholowe doprowadzają do utworzenia się biegunowych wersji „ja” i że w wyniku huśtawki emocjonalnej w uzależnionym człowieku następuje stopniowa dysocjacja osobowości tak, że jakby zaczynają w nim funkcjonować dwie osoby)³⁴.

W Polsce najpopularniejszym modelem terapii, stopniowo wdrażanym od końca lat 80. XX w., jest strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia, nazywana również integracyjną psychoterapią uzależnień, zawierająca zarówno wskazania określające strategie planowania i ukierunkowania całego procesu psychoterapii, jak też i dostarczająca zaleceń kształtujących strukturę kolejnych sytuacji terapeutycznych oraz działań pacjenta i terapeuty w tych sytuacjach³⁵. Teoretyczne podstawy tego podejścia stanowi psycho-bio-społeczny model uzależnienia (PBS) i zawarta w nim koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia, opracowana i rozwijana przez J. Mellibrudę oraz pracowników i współpracowników Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Zadania terapeutyczne określone są tu adekwatnie do podstawowych etapów i tematów pracy psychoterapeutycznej, a należą do nich: etap rozpoczynania procesu zdrowienia (nawiązanie wstępnego kontaktu, rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z piciem, wzbudzenie motywacji do zmiany i leczenia); etap pracy nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymywaniem się od picia (zrozumienie uzależnienia i zasad terapii, rozpoznanie własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu, wspieranie wczesnej abstynencji, zmiana tożsamości alkoholowej pacjenta); etap pracy nad rozbieraniem mechanizmów uzależnienia (nałogowej regulacji emocji, iluzji i zaprzeczania oraz rozpraszania i rozdawiania „ja”) oraz zapobieganiem nawrotom; etap pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznych pacjenta (wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawianie szkód spowodowanych przez picie, uczenie się umiejętności zapobiegania nawrotom); etap pracy nad rozwiązywaniem problemów osobistych (rozwijanie umiejętności intrapersonalnych, interpersonalnych i zadaniowych; naprawianie szkód spowodowanych przez picie, zmiana tendencji autodestrukcyjnych, zmiana destrukcyjnych form relacji z otoczeniem, budowanie pozytywnej wizji własnej osoby i życia)³⁶.

³⁴ Istota tego modelu i jego opis poniżej w oparciu o: J.K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Psychopatologia zjawisk społecznych*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, tom 3, Gdańsk 2007, s. 700-708; komentarz za: R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych, wybrane zagadnienia*, red. J. Miluska, Poznań 1998, s. 270-272; I. Kaczmarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, Alkoholowe dni i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa 2008, s. 46-47.

³⁵ J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczny model...*, s. 277.

³⁶ J. Mellibruda, *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3, s. 309-310.

System pomocy osobom zdiagnozowanym jako uzależnione od alkoholu opiera się na kilku aktach prawnych, spośród których wskazać należy przede wszystkim ustawę z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244).

Już w art. 1 tej ustawy znajdujemy zapewnienie o zobowiązaniu organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy.

Ciężar prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu spoczywa na gminach – należy to do ich zadań własnych³⁷. W szczególności obejmują one: 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie; 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; 4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych; 5) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego; 6) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej. Konkretyzacją tych zadań są gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiące część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalane corocznie przez rady gminy, uwzględniające cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Ponadto wójtowie/burmistrzowie/prezydenci miast powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, w skład których wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych³⁸. Owe

³⁷ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2137, 2244), art. 4¹.1

³⁸ Ibidem, art. 4¹.3.

komisje (właściwe według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy) kierują na badanie przez biegłego osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny – w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego³⁹. Osoby te, jeżeli są uzależnione od alkoholu, można zobowiązać do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego. O zastosowaniu takiego obowiązku orzeka sąd rejonowy, właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, który wcześniej wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora i orzeka, biorąc za podstawę dołączoną, zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego lub wynikami odpowiednich badań oraz po wysłuchaniu osoby, której dotyczy postępowanie⁴⁰. Może przy tym ustanowić na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora sądowego wykonującego orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich⁴¹. Osoba, w stosunku do której został orzeczony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, jest zobowiązana do stawienia się dobrowolnie w oznaczonym dniu, we wskazanym zakładzie lecznictwa odwykowego, w celu poddania się leczeniu⁴². Jeśli uchyla się od tego obowiązku, sąd zarządza przymusowe doprowadzenie do wyznaczonego zakładu leczniczego⁴³. Ów obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż dwa lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu⁴⁴. W związku z istnieniem tej procedury w Polsce nie ustają polemiki dotyczące tego, czy osoba uzależniona od alkoholu powinna mieć pozostawioną możliwość decydowania o tym, czy podejmie leczenie, czy raczej – ze względu na to, że konsekwencje jej uzależnienia dotyczą inne osoby – powinna być poddana przymusowemu leczeniu, a jeśli tak, to czy godzi to w jej prawo do wolności osobistej. Ponadto osoby przymuszone do podjęcia terapii, bez wewnętrznej motywacji, są trudniejszymi pacjentami i gorzej rokują, jeśli chodzi o efekty terapii⁴⁵.

³⁹ Ibidem, art. 24 i 25.

⁴⁰ Ibidem, art. 26, 27.

⁴¹ O jego zadaniach mowa jest w: *ibidem*, art. 30a, 31.

⁴² Ibidem, art. 31.1.

⁴³ Ibidem, art. 32.3.

⁴⁴ Ibidem, art. 34.1.

⁴⁵ Zainteresowanych tą kwestią odsyłam do zapoznania się z wnioskami kontroli NIK dotyczącej procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, zawartymi w: K. Łukowska, *Zobowiązanie do leczenia odwykowego – kontrola NIK. Praktyczne wskazówki dla samorządów gminnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 9.

Poza tym wyjątkiem poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne⁴⁶. Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane przez zakłady lecznicze⁴⁷. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach lecznictwa odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu są udzielane ubezpieczonemu bez skierowania lekarza i ubezpieczenia zdrowotnego⁴⁸.

Na obszarze każdego województwa działają podmioty lecznicze tworzone i prowadzone przez samorządy województw, wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej⁴⁹. W Polsce w ramach leczenia uzależnień świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach trojakiemu typu:

- 1) stacjonarnych (w tym: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin);
- 2) dziennych (w tym: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie i działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin);
- 3) ambulatoryjnych (w tym: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin)⁵⁰.

Świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu realizowane są przez podmioty lecznicze w następujących ośmiu formach:

1. Działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej. Polegają na rozpoznaniu: zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych; zaburzeń nawyków i popędów oraz zaburzeń występujących u członków rodziny w następstwie spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych lub zaburzeń nawyków i popędów u osób bliskich; niezbędnych do skonstruowania planu terapii aktualnych problemów pacjenta, a także przyczyn i mechanizmów będących ich podłożem.

⁴⁶ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu..., art. 21.2.

⁴⁷ Ibidem, art. 21.3

⁴⁸ Zapewnienie w art. 57.2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135).

⁴⁹ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu..., art. 22.1.

⁵⁰ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych...*, par. 3.1., 6, 7, 8.

2. Programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów.
Obejmują indywidualne lub grupowe oddziaływania psychologiczne zmierzające do ograniczenia spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych u osób nieuzależnionych lub do ograniczenia szkód wynikających z zachowań impulsywnych u osób z zaburzeniami nawyków i popędów.
3. Programy psychoterapii uzależnień.
Obejmują indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na poprawę stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu przez redukcję objawów i mechanizmów uzależnień oraz uczenie umiejętności potrzebnych do podtrzymania pozytywnej zmiany.
4. Programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie, zwane dalej „programami psychoterapii członków rodzin”
Obejmują oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na usunięcie lub złagodzenie zaburzeń powstałych w wyniku przewlekłego stresu u członków rodziny, spowodowanego spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych przez osobę bliską.
5. Indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin.
Obejmują: leczenie stanów występujących w przebiegu uzależnienia od alkoholu, w szczególności leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych; leczenie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu u osób przystępujących do psychoterapii uzależnienia od alkoholu; psychofarmakoterapię ułatwiającą osiągnięcie celów terapii uzależnienia od alkoholu; psychofarmakoterapię współwystępujących zaburzeń psychicznych.
6. Indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin.
Obejmują oddziaływania psychospołeczne i pomocnicze medyczne, ukierunkowane na przywrócenie zdolności funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin.
7. Działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu.
Obejmują grupowe lub indywidualne poradnictwo ukierunkowane na zwiększenie rozumienia uzależnienia, problemów rodziny osób uzależnio-

nych od alkoholu oraz poznanie ofert leczenia osób spożywających alkohol szkodliwie oraz uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin⁵¹.

Wspomniane podmioty lecznicze, wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu, prowadzą placówki leczenia uzależnienia od alkoholu zróżnicowane pod względem celów działania, zadań, organizacji i konkretnych działań. Placówkami tymi są:

- 1) poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- 2) poradnie leczenia uzależnień,
- 3) całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu,
- 4) całodobowe oddziały leczenia uzależnień,
- 5) dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu,;
- 6) dzienne oddziały leczenia uzależnień,
- 7) oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
- 8) hostele dla osób uzależnionych od alkoholu⁵².

Dodatkowo dla osób uzależnionych może być realizowany turnus rehabilitacyjny, z którego można skorzystać nie częściej niż raz na 12 miesięcy⁵³.

Organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień (przy czym jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć taką placówkę lub zlecić wykonywanie zadań izby wytrzeźwień innej placówce). Zadaniom i zasadom funkcjonowania tego typu placówek poświęcone zostały art. od 39 do 42³ ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1850).

W niektórych miastach działają również punkty konsultacyjne, organizowane przez samorządy gminne, ośrodki pomocy społecznej, stowarzyszenia abstynencje czy kościoły i związki wyznaniowe. Powinny być one miejscem pierwszego kontaktu, łatwo dostępnym dla osób z problemem alkoholowym potrzebujących pomocy, z którego odpowiednio motywowani i właściwie pokierowani trafią do instytucji świadczących wyspecjalizowaną pomoc⁵⁴.

⁵¹ Ich charakterystyka zawarta jest w § 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 2018 r., poz. 2410)

⁵² Ibidem, § 4, uszczegółowienie ich zadań znajduje się w § 5-9.

⁵³ Więcej patrz. § 9 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych...*,

⁵⁴ W Polsce działa ich ok. 2 tys. Za: J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2014, s. 77.

Również w części naszego kraju do dyspozycji osób borykających się z własnym i cudzym problemem alkoholowym są telefony zaufania. Osoby, które przeżywają różnorodne kryzysy i trudności, w tym związane z własnym i cudzym nadużywaniem alkoholu, mogą uzyskać, podczas rozmowy prowadzonej z zachowaniem anonimowości, doraźną pomoc: redukcję napięcia, porady i wsparcie psychologiczne, informacje o dostępnych, konkretnych możliwościach leczenia, wzmocnienie motywacji do podjęcia działania⁵⁵.

Zarysowując kształt sieci wsparcia dla osób z problemem alkoholowym, należy także wskazać na rolę organizacji pozarządowych. Stowarzyszenia abstynenckie podejmują aktywności ukierunkowane na: wspieranie abstynencji i trzeźwienia, pomoc w rozwiązywaniu różnorodnych problemów, nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi, motywowanie ich do leczenia odwykowego, podejmują interwencje wobec osób z problemem alkoholowym. Organizują różnego rodzaju zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin, uczące umiejętności zarówno psychologicznych, jak i praktycznych. Oddziaływania te są niezwykle istotne w procesie zdrowienia, zapobiegają wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym.

[...] Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle cenne działania z zakresu zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, ale także młodzieży i dzieci. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie „dni trzeźwości”, festynów czy wspólnych wieczorów tematycznych. Różnorodne aktywności mają na celu nie tylko propagowanie trzeźwości, ale również spełniają ważną funkcję promocji działań samych stowarzyszeń. Kolejnym ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, poprzez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów planowanych działań. Po drugie, poprzez nawiązanie i utrzymywanie stałej współpracy m.in. z samorządami, lecznictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi⁵⁶.

Niestety w niektórych środowiskach lokalnych dzieje się tak, na co wskazuje Agnieszka Czerkawska, że

samorządy i organizacje pozarządowe stają po dwóch przeciwległych stronach, sprawiając wrażenie, jakby realizowały działania przeciwstawne. Zapominając, że cel jest wspólny, wspólny jest również adresat działań. Warto mieć na względzie to, że przedstawiciele in-

⁵⁵ J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, op. cit., s. 78-79; A. Gnich, *Klasyczny model pomocy w poradnictwie telefonicznym*, „Świat Problemów” 2016, nr 2, s. 8.

⁵⁶ A. Czerkawska, *Miejsce organizacji abstynenckich w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2011, nr 8, s. 7.

stytucji czy organizacji pozarządowych winni być dla siebie partnerami, co oznacza prawa, ale i obowiązki dla obu stron – jest to równoznaczne z poszanowaniem autonomiczności każdego z nich⁵⁷.

Aby dopełnić obrazu możliwości poszukiwania pomocy przez osoby uzależnione od alkoholu, należy dodać, że w Polsce funkcjonuje także wiele grup o charakterze samopomocowym. Mowa tu o ruchu Anonimowych Alkoholików, klubach abstynenta oraz organizacjach pozarządowych nastawionych w swych celach statutowych na działania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemu alkoholowego oraz jego konsekwencji. Grupy samopomocowe nie zastąpią fachowej opieki medycznej czy psychoterapeutycznej, mogą ją jednak efektywnie uzupełnić lub wesprzeć⁵⁸.

Wspomnieć tu należy także o roli internetu. Zarówno blogi, jak i fora (zwłaszcza gdy komunikacja jest dynamiczna, a użytkowników charakteryzuje duża otwartość), przynoszą korzyści dla wszystkich angażujących się w nie osób, ponieważ mają tu szansę zaistnieć takimi, jakie są, nawet w nieakceptowanej społecznie roli osoby uzależnionej od alkoholu, otwarcie mówić o sobie i swojej destrukcji alkoholowej, przeżyć swoiste *katharsis*, nauczyć się pozytywnego radzenia sobie z uzależnieniem, zidentyfikować się z osobami z podobnymi problemami, zweryfikować wyobrażenia na swój temat, otrzymać wyrazy sympatii, wsparcia, nawet podziwu, a także mieć okazję, by pomóc sobie, ale i zatroszczyć się o innych⁵⁹.

W związku z tym, że internet staje się nieodłączną częścią życia współczesnego człowieka (w najmniejszym stopniu dotyczy to seniorów), terapeuci również coraz częściej spotykają się z pytaniami o możliwość konsultacji udzielanych przez internet (np. przez osoby wyjeżdżające za granicę lub niepotrafiące przełamać wstydu przed przyjściem do poradni)⁶⁰. Ze świadomością zalet i wad terapii online⁶¹ eksperci wypowiadają się na ten temat w różnoraki sposób: bądź entuzjastycznie, bądź sceptycznie, bądź ambiwalentnie i warunkują swoje bycie zwolennikiem tej formy kontaktu od wielu czynników⁶². Analiza dostępnych obecnie portali rodzi

⁵⁷ Ibidem, s. 5.

⁵⁸ E. Włodarczyk, *Grupy samopomocowe w doświadczaniu abstynencji alkoholowej*, w: *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, red. nauk. M. Piorunek, Poznań, 2010, s. 564.

⁵⁹ B. Wojewódzka, *Babinec. Jak wspierają się uzależnione kobiety?*, „Świat Problemów” 2014, nr 3, s. 16-17.

⁶⁰ *Terapia przez Internet – czy to nasza przyszłość? (sonda redakcyjna)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 6, s. 32.

⁶¹ R. Modrzyński, J. Malinowska, *Nowe wyzwanie dla systemu leczenia uzależnień. Zastosowanie Internetu do pomocy osobom z problemem alkoholowym*, „Alkoholizm i Narkomania” 2014, nr 27.

⁶² *Terapia przez Internet...*, op. cit., s. 32-33.

refleksję nad korzyściami, szansami, ograniczeniami i zagrożeniami udzielania pomocy drogą online⁶³.

Nie tylko osoby borykające się z własnym problemem alkoholowym mogą szukać dla siebie pomocy, lecz także członkowie rodzin osób uzależnionych od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania przez nie alkoholu, mogą uzyskać uzyskują bezpłatne świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki⁶⁴. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, uzyskują bezpłatnie pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w podmiotach określonych w art. 22 ust.1 i poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych, przy czym niesiona im przez osoby lub instytucje pomoc może być udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym⁶⁵.

Działaniami w sytuacjach, gdy już pojawił się problem alkoholowy, powinny współtowarzyszyć działania o charakterze profilaktycznym. Art. 2.1. wcześniej przywoływanej ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244) stanowi odniesienie do profilaktyki w obszarze problemów alkoholowych – mowa jest w nim o (deklarowanych) zadaniach w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, realizowanych z wykorzystaniem odpowiednio kształtowanej polityki społecznej. W szczególności jest to osiem grup następujących zadań, realizowanych zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia: tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu; działalność wychowawcza informacyjna: ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju; ograniczanie dostępności alkoholu; leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych od alkoholu; zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie; przeciwdziałanie przemocy w rodzinie; wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej. Skuteczna profilaktyka powinna jednak opierać się na sieci działań realizowanych na trzech poziomach, różniących się charakterem, celami i zadaniami:

- centralnym – ogólnokrajowym: tu działania powinny mieć charakter rozwiązań systemowych, przygotowujących warunki do realizacji skutecznych przedsięwzięć profilaktycznych na niższych poziomach;

⁶³ R. Modrzyński, J. Kotowska, „Potrzebuję pomocy, ale chcę spróbować sam” – rola Internetu w łamaniu społecznych stereotypów i docierania do większej grupy osób pijących szkodliwie, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2015 nr 1, s. 20-22

⁶⁴ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości..., art. 23.1

⁶⁵ Ibidem, art. 23.1 i 23.2.

- wojewódzkim – regionalnym: tu działania powinny koncentrować się głównie na transmisji rozwiązań systemowych, uwzględniających specyfikę danego regionu;
- gminnym – lokalnym: tu działania powinny obejmować przedsięwzięcia adresowane bezpośrednio do lokalnego odbiorcy, uzupełnianie o strategie eliminowania czynników ryzyka i wprowadzanie czynników sprzyjających rozwojowi⁶⁶.

Przy projektowaniu działań o charakterze zapobiegawczym, ze względu na złożoność uzależnień, wskazane jest, aby ujmować je holistycznie i uwzględniać różnorodność sfery ludzkiej aktywności oraz interdyscyplinarnie (korzystając ze stanu wiedzy zwłaszcza z zakresu medycyny, biologii, socjologii, psychologii i pedagogiki)⁶⁷. W sytuacji, gdy problem alkoholowy zostanie rozpoznany w konkretnej społeczności, warto zadbać o realizację profilaktyki trojako rodzaju: uniwersalną (adresowaną do całej populacji), selektywną (adresowaną do osób z grupy podwyższonego ryzyka) oraz wskazującą (ukierunkowaną na osoby wykazujące objawy zaburzeń)⁶⁸.

Skuteczność pomocy osobom z problemami alkoholowymi w polskiej rzeczywistości – uwarunkowania i pola do reorganizacji

Czy tak zorganizowany sposób pomagania osobom uwikłanym w problemy alkoholowe jest skuteczny? Z pewnością jakiejś części tych osób, dzięki ich tytanicznemu wysiłkowi oraz znakomitej pracy terapeutów uzależnień, udaje się „oswobodzić z tej alkoholowej pułapki” i nigdy ponownie do niej nie wpaść. Niestety nie zawsze i nie wszystkim się to udaje, i to z różnych powodów.

Mocną stroną polskiego leczenia uzależnień są z pewnością spójne założenia zarysowanego powyżej modelu psychoterapii uzależnienia od alkoholu oparte na podejściu strategiczno-strukturalnym i wypracowana praktyka oddziaływań terapeutycznych, szczególnie wraz ze wzrostem ich profesjonalizacji. Jednak w miarę poprawy jakości ujednoczonych dla wszystkich oddziaływań terapeutycz-

⁶⁶ Z. Gaś, *Rodzina wobec uzależnienia*, Warszawa 1993.

⁶⁷ A. Glińska-Lachowicz, *Zapobieganie uzależnieniom wśród młodzieży – ujęcie interdyscyplinarne*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, red. S. Badora, I. Mudrecka, Opole 2006, s. 156-158.

⁶⁸ P.J. Mrazek, R. J. Haggert, *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington 1994.

nych wzrasta potrzeba ich dywersyfikacji⁶⁹. Jak zauważa Tomasz Głowik (z całym szacunkiem dla twórców tej koncepcji i doceniając jej wartość):

w imię dobra pacjenta i zwiększenia skuteczności terapii wobec całej różnorodności grupy pacjentów nie można przyjąć tylko i wyłącznie jednego modelu terapii uzależnień. Koncepcja strategiczno-strukturalna jest bardzo cennym wkładem w kształtowanie myślenia o uzależnieniach i cenną propozycją pracy terapeutycznej. Zawiera jednak wiele elementów, które w pracy terapeutycznej stwarzają szereg trudności, ponieważ: 1. bardzo mocno koncentruje się na problemie, a nie na osobie; 2. jest dyrektywna w swojej strukturze i strategii pracy z pacjentem w takim znaczeniu, że nie pozostawia mu wyboru co do celu terapii; 3. patologizuje wiele zjawisk w terapii, np. brak motywacji czy też opór; 4. nie interesuje się zasobami pacjenta, który ten wnosi do terapii; 5. budzi nieufność pacjenta do samego siebie; 6. stawia terapeutę w roli eksperta, którego zadaniem jest „wyleczyć” pacjenta. [...] Potrzeba nam większej otwartości i uznania dla innych koncepcji pracy terapeutycznej⁷⁰.

Podobnego zdania jest Piotr Jabłoński, który zauważa, że w Polsce mamy do czynienia z systemem pomocy mocno skoncentrowanym na działaniach psychospołecznych, który wprawdzie nie odrzuca zupełnie wsparcia farmakoterapii, jednak oddziaływania psychospołeczne uznaje za kluczowe; warto więc zastanowić się, czy farmakoterapia i medycyna, które w ostatnich 30 latach znacznie się rozwinęły, nie powinny odgrywać współcześnie większej roli w kompleksowej ofercie kierowanej do uzależnionych⁷¹ (w uzasadnionych przypadkach).

Podobnie Bogusław Habrat zauważył, że mimo postępów wiedzy medycznej, efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest ciągle niezadowolająca, a jako najważniejsze przyczyny jej niewielkiej efektywności wskazał małą atrakcyjność całkowitej, długotrwałej abstynencji jako celu leczenia (zdecydowana większość ośrodków i terapeutów oferuje tylko tę opcję), jak i ograniczone możliwości jej osiągnięcia (nawet pacjenci z dużą inicjalną motywacją wewnętrzną lub motywacją zmienioną z zewnętrznej na wewnętrzną często nie mogą osiągnąć tak zakładanego celu, co skutkuje ich obniżoną samooceną i zniechęceniem oraz frustracją ich i terapeutów)⁷². Z doświadczenia terapeutów wynika, że brak akceptacji dla faktu bezpowrotnej utraty kontroli nad piciem często bywa przyczyną

⁶⁹ J. Mikuła, *Wyzwania stojące przed lecznictwem odwykowym okiem praktyka*, „Świat Problemów” 2012, nr 11, s. 10.

⁷⁰ T. Głowik, *Pacjenci mają różny numer butów, czyli o pułapkach integracyjnej terapii uzależnień (Podejście strategiczno-strukturalne)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 3, s. 13.

⁷¹ *W poszukiwaniu porozumienia. Rozmowa z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 6, s. 3.

⁷² B. Habrat, *Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2013, nr 1, s. 29. Potwierdza to J. Fudała, [w:] eadem, *Efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2007, nr 4, s. 25.

niepowodzeń w terapii, w tym powrotów do destrukcyjnego picia⁷³, dlatego dla tej grupy pacjentów alternatywą mogłyby być programy ograniczania picia alkoholu, których podstawową przesłanką jest założenie, że pacjenci, którym oferuje się możliwość wyboru celu terapii, mają większe szanse na sukces terapeutyczny⁷⁴. Jeśli w trakcie trwania programu ograniczania picia⁷⁵ pacjent nie byłby w stanie realizować zakładanego planu picia bądź sam zdecydowałby się na abstynencję, zostałby mu zaproponowany udział w terapii ukierunkowanej na abstynencję⁷⁶. Jeśli natomiast pacjent nie zostałby zakwalifikowany do programu ograniczania picia, mógłby zostać skierowany do programu ukierunkowanego na abstynencję bądź programu redukcji szkód⁷⁷. Programy nakierowane na redukcję szkód obejmują całokształt działań mających na celu ograniczenie szerokiego spektrum negatywnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem substancji przez osoby uzależnione i nieuzależnione (np. z otoczenia osoby uzależnionej⁷⁸ i mogą być pomocne w przypadku: osób wielokrotnie nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję, osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych (np. mających uszkodzenia organiczne mózgu, upośledzonych umysłowo) oraz osób mających zbyt małe zasoby osobiste i społeczne, aby utrzymać abstynencję⁷⁹. Wskazane tu propozycje stanowiłyby odpowiedź na zapotrzebowanie i wymogi zróżnicowanej oferty pomagania związane z różnorodnością zaburzeń wynikających ze spożywania alko-

⁷³ P. Szczukiewicz, *Abstynencja i picie kontrolowane jako cel terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014 nr 1-2, s. 12.

⁷⁴ *Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 5, s. 32.

⁷⁵ Program ten stanowi oddziaływanie indywidualne i/lub grupowe nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce) – za: ibidem.

⁷⁶ Ibidem, s. 34. Jak jednak pokazują wyniki badania „Nowe cele terapeutyczne w polskim leczeniu uzależnień”, diagnozującego poziom akceptacji dla idei ograniczania picia jako celu terapii w placówkach ambulatoryjnych (dane ilościowe zbierano na przełomie 2014 i 2015 r., uzyskując informacje z 246 placówek ambulatoryjnych zajmujących się leczeniem uzależnienia od alkoholu), co dziewięć badany terapeuta zdecydowanie odrzucił ten cel w przypadku osób nadużywających alkoholu, a co trzeci – w przypadku osób uzależnionych od niego, zyskując nieco wyższą akceptację, gdyby wykorzystano tę strategię jako cel pośredni na drodze do abstynencji oraz w sytuacji, gdyby beneficjentami były osoby nadużywające, a nie uzależnione od alkoholu – zatem poziom akceptacji tej idei jest niski. Więcej o tym badaniu w: J. Klingemann, *Poziom akceptacji dla idei ograniczania picia jako celu terapii w polskich placówkach ambulatoryjnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 7.

⁷⁷ *Zalecenia do tworzenia i realizowania...*, op. cit., s. 33.

⁷⁸ J. Fudała, *Redukcja szkód jako cel leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Świat Problemów” 2014, nr 4, s. 9.

⁷⁹ *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2014 roku*, Warszawa 2013, s. 11.

holu⁸⁰ oraz niejednorodnością pacjentów, wymagającą poszerzenia dla nich oferty. Takie próby są już podejmowane w Polsce, choć w wielu zespołach terapeutów uzależnień budzą liczne wątpliwości, w tym etyczne⁸¹.

W efekcie opisanej wyżej integracyjnej psychoterapii uzależnienia zaczynają (jeszcze nieśmiało) współtowarzyszyć w polskiej rzeczywistości inne nurty terapeutyczne⁸² i choć wymagają one (zarówno te, które są już praktykowane, np. w innych krajach, jak i te, które dopiero są w „fazie prób i błędów”) szerokiej konsultacji i przedyskutowania towarzyszących jej wątpliwych kwestii, to jednocześnie takie rozszerzenie „zwiększa dostępność, atrakcyjność i zróżnicowanie oferty terapeutycznej oraz wychodzi naprzeciw coraz silniej akcentowanej konieczności indywidualizacji terapii, dostosowując ją zarówno do charakterystyki klinicznej, jak i potrzeb oraz możliwości pacjenta”⁸³. Polaryzację stanowisk winno zastąpić leczenie integracyjne, uwzględniające trzy rodzaje oddziaływań: medyczny, psychologiczny i społeczny⁸⁴. Ożywczy byłoby także dodanie w stałej ofercie pomocowej zróżnicowanych strategii pomocy, opartych na innych niż dotąd paradygmatach.

Z pewnością potrzeba rozszerzenia perspektywy w postrzeganiu różnorodności zaburzeń używania alkoholu, znacznie wykraczającej poza silnie zakorzeniony w Polsce „dogmat” o postępującym i nieuleczalnym charakterze choroby alkoholowej. Nie podważa to przecież dotychczasowych sukcesów terapeutycznych i doceniania zasług zwolenników takiego myślenia, rzetelnie je uzasadniających, ani nie stanowi wyrzutu wobec terapeutów szkolonych w tym paradygmacie i nasiąkniętych takim myśleniem. Warto wskazać korzyści, które potencjalnie płyną ze zmiany percepcji, przeorientowania rozumowania i przeorganizowania systemu pomocy dla osób z problemami alkoholowymi. Jak każda zmiana, i ta narusza pewne ustabilizowanie, rodzi obawy, niepokój, opór, wymusza wysiłek. Z pewnością zmiany będą tu miały charakter procesu stopniowego „odrywania się” od tego, co znane, sprawdzone i oswojone. Takim zresztą jest również proces „ucieczki z alkoholowej pułapki” – niełatwy, bo stanowiący życiowy przewrót, począwszy od podjęcia decyzji poprzez pierwsze i kolejne kroki aż do ustawicznej czujności, by nie wpaść w nią ponownie.

⁸⁰ J. Fudała, *Redukcja szkód jako cel...*, s. 14.

⁸¹ Więcej na ten temat patrz. P. Szczukiewicz, op. cit.; J. Fudała, *Redukcja szkód jako...*; J. Klingemann, op. cit.

⁸² Prezentację różnych nurtów terapeutycznych w obrębie terapii uzależnień proponuje np. R. Modrzyński, *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 4.

⁸³ B. Habrat, op. cit., s. 34.

⁸⁴ *W poszukiwaniu porozumienia...*, op. cit., s. 3.

BIBLIOGRAFIA

- Alkohol w kulturze i obyczaju*, red. J. Górski, K. Moczarski, Warszawa 1972.
- Anderson P., Baumberg B., *Alkohol a człowiek. Perspektywy zdrowia publicznego*, tłum. K. Mazurek, Warszawa 2007.
- Anderson P., Gual A., Colom J., *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, tłum. K. Pacholik, Warszawa 2007.
- Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, w: *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986.
- Bockenheim K., *Przy polskim stole*, Wrocław 1998.
- Brown S., *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, tłum. E. Woydyło, Warszawa 1992.
- Cierpiąkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa 2010
- Czerkawska A., *Miejsce organizacji abstynenckich w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2011, nr 8.
- Dampz M., *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Toruń 2005.
- Fiutowski J., *Obyczaj, nawyk czy choroba?*, Warszawa 1978.
- Fudała J., *Efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2007, nr 4.
- Fudała J., *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa 2008
- Fudała J., *Redukcja szkód jako cel leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Świat Problemów” 2014, nr 4.
- Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K., *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2014.
- Gaś Z., *Rodzina wobec uzależnienia*, Warszawa 1993
- Gierowski J. K., Lew-Starowicz Z., Mellibruda J., *Psychopatologia zjawisk społecznych*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, tom 3, Gdańsk 2007
- Glińska-Lachowicz A., *Zapobieganie uzależnieniom wśród młodzieży – ujęcie interdyscyplinarne*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, red. S. Badora, I. Mudrecka, Opole 2006
- Głowiak T., *Pacjenci mają różny numer butów, czyli o pułapkach integracyjnej terapii uzależnień (Podejście strategiczno-strukturalne)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 3.
- Gnich A., *Klasyczny model pomocy w poradnictwie telefonicznym*, „Świat Problemów” 2016, nr 2.
- Habrat B., *Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2013, nr 1.
- James R.K., Gilliland B.E., *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa 2004.
- Jellinek E.M., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Brunswick 1962.
- Hill S.Y., *Vulnerability to the Biomedical Consequences of Alcoholism and Alcohol-Related Problems Among Women*, w: *Alcohol Problems in Women. Antecedents, Consequences, and Intervention*, red. S.C. Wilsnack, L.J. Beckman, New York 1984.
- Kaczmarczyk I., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, Alkoholowe dni i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa 2008.
- Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Basaj, A. Bielasik, Warszawa 1996.
- Klingemann J., *Poziom akceptacji dla idei ograniczania picia jako celu terapii w polskich placówkach ambulatoryjnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 7.
- Kosiński K., *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologie*, Warszawa 2008.

- Liebman J. M., Cooper S. J., *The Neuropharmacological Basis of Reward*, New York 1989.
- Łukowska K., *Zobowiązanie do leczenia odwykowego – kontrola NIK. Praktyczne wskazówki dla samorządów gminnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 9.
- Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3.
- Mellibruda J., *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3.
- Mikuła J., *Wyzwania stojące przed leczeniem odwykowym okiem praktyka*, „Świat Problemów” 2012, nr 11.
- Miturska E., Dąbrowska K., *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 4.
- Modrzyński R., *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 4.
- Modrzyński R., Kotowska J., *„Potrzebuję pomocy, ale chcę spróbować sam” – rola Internetu w łamaniu społecznych stereotypów i docierania do większej grupy osób pijących szkodliwie*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015 nr 1.
- Modrzyński R., Malinowska J., *Nowe wyzwanie dla systemu leczenia uzależnień. Zastosowanie Internetu do pomocy osobom z problemem alkoholowym*, „Alkoholizm i Narkomania” 2014, nr 27.
- Modrzyński R., Ziębińska M., *„Alkoholizm” – zaburzenie czy nieuleczalna choroba?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2018, nr 6.
- Morgan M.Y., Sherlock S., *Sex-related Differences Among 100 Patients with Alcoholic Liver Disease*, „British Medical Journal” 1977, nr 1 (6066).
- Mrazek P. J., Haggert R. J., *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington 1994.
- Nolen-Hoeksema S., *Gender Differences in Risk Factors and Consequences for Alcohol Use and Problems*, „Clinical Psychology Review” 2004, t. 24.
- Pomianowski R., *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, w: *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych, wybrane zagadnienia*, red. J. Miluska, Poznań 1998.
- Poprawa R., *„Skazani” na problemy. W poszukiwaniu osobowościowych uwarunkowań angażowania się mężczyzn w picie alkoholu*, Warszawa 2015.
- Portnow A. A., Piatnickaja I. N., *Klinika alkoholizmu*, przekł. W. Moczulski, Warszawa 1977.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2014 roku*, Warszawa 2013.
- Samochowicz A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowicz J., *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, tom 28.
- Szczukiewicz P., *Abstynencja i picie kontrolowane jako cel terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014 nr 1-2.
- Teesson M., Degenhardt L., Hall W., *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, tłum. Z. Pelc, Gdańsk 2005.
- Terapia przez Internet – czy to nasza przyszłość? (sonda redakcyjna)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2014, nr 6.
- W poszukiwaniu porozumienia. Rozmowa z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 6.

- Włodarczyk E., *Grupy samopomocowe w doświadczaniu abstynencji alkoholowej*, w: *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, red. nauk. M. Piorunek, Poznań 2010.
- Włodarczyk E., *Społeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet. Obraz i instytucjonalne reakcje środowiska wielkomiejskiego*, Poznań 2017.
- Wojewódzka B., *Babinec. Jak wspierają się uzależnione kobiety?*, „Świat Problemów” 2014, nr 3.
- Wojnar M., Wasilewski D., Matsumoto H., A. Cedro, *Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 1.
- Woronowicz B. T., *Kierunki rozwoju leczenia odwykowego w Polsce (dotychczasowe osiągnięcia i zadania na przyszłość)*, [w:] *Masz wybór. Materiały pokonferencyjne poświęcone problematyce uzależnień*, Poznań 2008.
- Woronowicz B. T., *Uzależnienia. Geneza terapii, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.
- Woydyłło E., *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Warszawa 1991.
- Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 5.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 2018 r., poz. 2410).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r. poz. 1386).

Streszczenie: Powolnie i z trudem zmieniało się (i nadal zmienia) rozumienie problemów, jakie generuje używanie i nadużywanie alkoholu oraz podejście do osób, które wpadły w tę „alkoholową pułapkę”. Wraz ze zmianą paradygmatów myślenia o problemach alkoholowych i osobach ich doświadczających, stopniowej przemianie ulega także praktyka wsparcia dla tej kategorii osób (jej założenia, organizacja oraz realizacja koncepcji).

Słowa kluczowe: problemy alkoholowe, terapia uzależnień, wsparcie