

Wiktor Osiatynski

**UWAGI DO REFERATU J. GITTERA
"KRAKOWSKI PROGRAM BADAŃ NAD ALKOHOLIZMEM"**

Doceniając wagę programu krakowskiego i możliwości, jakie on stwarza w dziedzinie rozwoju leczenia odwykowego w naszym kraju, pragnę podzielić się kilkoma uwagami, których przedyskutowanie mogłoby, jak sędzę, przyczynić się do udoskonalenia przedstawionego projektu. Pragnę przy tym zaznaczyć, że uwagi poniższe formułuję z punktu widzenia tzw. Modelu Minnesota, który uważam za najskuteczniejszą w praktyce metodę leczenia alkoholików. Uwagi moje odnoszą się zatem raczej do terapeutycznej niż czysto "badawczej" części programu krakowskiego.

Najpowaźniejsze obawy budzi stosowanie wobec objętych badaniami pacjentów metody, co do której wiadomo, że nie daje najlepszych wyników terapeutycznych. W szczególności mam tu na myśli disulfiram, ale dotyczy to również sposobów oddziaływania na środowisko pacjenta, na których opiera się metoda Azrina. O ile oddziaływania te są bardzo przydatne w późniejszych fazach umacniania trzeźwości, to najczęściej przynoszą słabe wyniki w decydującej fazie kuracji, czyli przy przełamywaniu systemu zaprzeczeń i uczeniu się trzeźwego życia. Rozumiejąc potrzebę badań empirycznych nad różnymi modelami leczenia, wyrażam obawę, że w przypadku alkoholizmu, który jest progresywna, śmiertelna choroba, stosowanie niezbyt skutecznych metod może budzić wątpliwości natury etycznej.

Podobne wątpliwości budzi wykorzystanie Anonimowych Alkoholików do prowadzenia badań krakowskich. Model Azrina w swej istocie (zmiana środowiska, a nie alkoholik); stosowanie disulfiramu bez jednoczesnej pracy nad sobą) jest sprzeczny z Krokami i Tradycjami AA. O ile w USA, gdzie ruch AA liczy sobie ponad 50 lat i ma ogromną siłę, wykorzystanie kilku lub kilkunastu trzeźwych alkoholików do tego rodzaju badań jest ich prywatną sprawą, o tyle w Polsce, a zwłaszcza w Krakowie, gdzie ruch AA jest bardzo młody, słaby i niedoświadczony - wykorzystanie do tego rodzaju badań uczestników AA o najdłuższym stażu, na których patrzą z nadzieją nowo przybywający do AA zdrowiejący alkoholicy, grozi poważnym zniekształceniem ruchu.

Referat dr Gittera budzi także kilka bardziej szczegółowych wątpliwości:

1. Stwierdzenie, że *"praktycznie nie istnieje żaden sposób leczenia"*, a *"jedyne wyjątek"* stanowi opisywana przez autora metoda zastosowana w Krakowie - w jaskrawy sposób mijają się z prawdą. Sposób leczenia oparty na Modelu Minnesota, sposób leczenia oparty na modelu AA oraz na rozwojowym modelu choroby - wszystkie te sposoby od kilkudziesięciu lat rozwijają się z powodzeniem na świecie, w tym, od niedawna także w Polsce.

2. Zmiana warunków środowiskowych jako główny element leczenia od dawna jest odrzucona lub przynajmniej poddana w wątpliwość przez większość metod leczenia opartych na rozwojowym modelu choroby. W istocie zmiana warunków środowiskowych bywa stosowana jedynie po leczeniu, gdy powrót do dawnych warunków zagrażałby trzeźwości. Wtedy stosuje się dłuższą terapię albo tzw. *"domy przejściowe"* (half-way houses). Zmiana warunków zamiast leczenia albo jako leczenie - jest natomiast niemal zupełnie nieskuteczna i nawet nosi specjalną nazwę: *"ucieczka geograficzna"*. Terapia wdająca się nadmiernie w warunki sprzyjające picciu w praktyce wzmacnia system zaprzeczeń i utrudnia wyzdrowienie. W istocie wdawanie się w dyskusje na temat powodów picia jest jednym z najczęstszych błędów profesjonalistów w postępowaniu z alkoholikami.

3. Wprowadzenie do terapii trzeźwiejącego kolegi w celu *"zapobiegania nawrotom picia"* mijają się z istotą pomocy, jaką może zaferować zdrowiejącemu niepijącemu alkoholik. Drugi alkoholik najlepiej spełnia swoją funkcję konfrontując alkoholika, oferując mu empatię oraz będąc przede wszystkim wzorem do naśladowania w przyjmowaniu nowego sposobu życia i myślenia oraz w dalszej pracy nad sobą.

4. Z uwagą powyższą wiąże się fakt, że w całym referacie dr Gittera w ogóle nie ma mowy o zmianie samego siebie i pracy chorego nad sobą. Wygląda to tak, jakby uzależnienie od alkoholu sprowadzało się wyłącznie do picia i znikало po jego zaprzestaniu.

5. Porównanie z chorymi leczonymi metodą szpitalną nie jest poparte żadnymi liczbami. Nie mówi się też o wielkości grupy ani o czasie leczenia. Nie uwzględnia żadnych samodzielnych elementów oceny. Nie porównuje z wynikami osiąganymi metodą Hazelden, Caron czy innymi odmianami Modelu Minnesota. Porównanie powoływane przez dr Gittera dotyczy danych amerykańskich, a tam akurat istnieją takie porównania, które wykazują większą skuteczność Modelu Minnesota.

Co więcej, sobotnia dyskusja między doktorem Gitterem a doktorem Allenem ujawniła, że - wbrew zapewnieniom dr Gittera - proponowana przezeń metoda nie ma żadnego solidnego oparcia empirycznego, które przemawiałoby za jakkolwiek skutecznoscia modelu. Jedyną bowiem empiryczną podstawę modelu, na którym oparte są badania krakowskie, stanowią próbne badania 4 do 6 grup, obejmujących od 60 do 200 osób. Dopiero wraz z programem krakowskim metoda Azrina będzie testowana na Uniwersytecie stanu Nowy Meksyk w Albuquerque; tam "królikami doświadczalnymi" będą najubożsi Indianie i Latynosi, których nie stać na skorzystanie z jakiegokolwiek innej formy pomocy.

6. W celu stworzenia motywacji do leczenia prezentowany program sugeruje, by "uczyc członków rodziny" m.in. "sposobów ograniczania picia przez alkoholika". W istocie podejmowane przez rodzinę alkoholika próby kontrolowania picia chorego nie tylko są nieskuteczne, są one istotą koalkoholizmu, definiowanego obecnie w DSM III jako samodzielna jednostka chorobowa.

Wszystkie powyższe uwagi - zaledwie do trzystronicowego streszczenia referatu J. Gittera - poddają w wątpliwość merytoryczną jakość oraz praktyczną przydatność opisanego przezeń przedsięwzięcia w takiej formie, w jakiej zostało ono przedstawione. Wydaje mi się, że cały program powinien zostać dokładnie przemyślany, a jego autorzy i realizatorzy powinni uznać staranne przeszkolenie jeszcze przed przystąpieniem do realizacji tego projektu.

Na zakończenie chciałbym sformułować pewną uwagę ogólniejszej natury. Otóż burzliwa kontrowersja wokół referatu dr Gittera i programu krakowskiego, jaka wywiązała się szczególnie podczas sobotniego posiedzenia Sekcji Uzależnień Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wydaje mi się zjawiskiem niezwykle zdrowym i obiecującym. Ujawniła ona bowiem konflikt między dwoma sposobami podejścia do uzależnień. Konfliktem tego nie sposób uniknąć i nie należy go wcale unikać czy tłumić. Występuje on bowiem nie tylko w Polsce, również w USA, w Szwecji i w ZSRR - wszędzie, gdzie wprowadzane są nowe metody leczenia uzależnień.

Jest to konflikt między dwiema wizjami choroby i leczenia uzależnień. W myśl jednej, którą określiam mianem "scjenzystycznej", zazwyczaj poszukuje się jakiegos "dlaczego?", jakiejś przaprzyczyny, jakichs źródeł choroby, których usunięcie spowoduje ozdrowienie. Metody terapii sprowadzają się zatem do poszukiwania środków lub technik, których zastosowanie pomogłoby zmienić to - rzekomo powodujące chorobę - zjawisko na zewnątrz pacjenta lub w jego chemiczno-fizycznym organizmie. W gruncie rzeczy nie ma znaczenia czy jest to

środek budzący wstępną do alkoholu, czy anticol, czy też techniki zmiany warunków społecznych - w każdym przypadku chodzi o skuteczną manipulację, której przedmiotem jest pacjent. Podejście to określiłem jako "scjentystyczne", ponieważ istotą nauki jest właśnie poszukiwanie jak najdłuższych ciągów przyczynowych, a jednocześnie nauka jest najskuteczniejsza w manipulowaniu czynnikami zewnętrznymi wobec człowieka i jego pozabiologicznej istoty. Nic więc dziwnego, że wizja ta jest tak bliska nauce akademickiej, a ośrodki badawcze bronią jej szczególnie silnie.

Druga wizja choroby traktuje pacjenta jako podmiot. Dostrzega główne źródło choroby wewnątrz pacjenta, w jego systemie wartości, sposobie myślenia, w jego uczuciach. Istotą terapii w tej wizji jest dopomożenie pacjentowi w zmianie samego siebie. Bez takiej zmiany wewnętrznej - zmiany zachowań, postaw, sposobu myślenia, a nawet odczuwania - wszelkie techniki manipulacyjne okazują się bezskuteczne. W podejściu tym niewiele jest więc miejsca na takie techniki, niemal zupełnie nie ma w nim miejsca na farmakologię i inne oddziaływania biochemiczne. Ta wizja jest dużo bliższa praktyce terapeutycznej, budząc jednocześnie zrozumiały opór ze strony zwolenników tradycyjnych metod leczenia, a także ze strony przedstawicieli nauki akademickiej. I nic dziwnego: w wizji tej nie ma niemal w ogóle potrzeby tradycyjnych badań naukowych.

Mamy więc tu do czynienia z szerszym konfliktem między dwoma paradygmatami: "scjentystycznym" i "holistycznym", który przebiega w całym zachodnim świecie i we wszystkich dziedzinach współczesnej nauki i kultury. Dobrze się więc stało, że sobotnia dyskusja tak wyraźnie ujawniła istnienie nurtu "holistycznego" wśród ludzi pracujących na co dzień z osobami uzależnionymi. Zwłaszcza, że wypływające z tego nurtu metody terapeutyczne zdają się dużo lepiej służyć pacjentom niż tradycyjne badania naukowe i "scjentystyczne" metody leczenia.