

Jerzy Mellibruda

STRATEGICZNO-STRUKTURALNA PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIENIA

WSTĘP

W oparciu o koncepcję mechanizmów uzależnienia w końcu lat osiemdziesiątych zespół pracowników i współpracowników Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości pod kierunkiem autora opracował specyficzny model psychoterapii. Został on wdrożony do praktyki klinicznej wielu polskich placówek odwykowych. Przy jego konstruowaniu korzystano wstępnie z doświadczeń amerykańskich programów terapeutycznych funkcjonujących w tzw. modelu Minnesota oraz z doświadczeń nurtu behawioralno-poznawczego i kompetencyjnego (5, 12, 13, 18, 19, 26, 27, 38, 61, 65, 66, 67, 80, 87, 89, 114).

Po kilku latach eksperymentowania i poszukiwania optymalnej technologii terapii integrującej najbardziej wartościowe treści różnych koncepcji został opracowany oryginalny model programu terapii, którego kształt wyłonił się już z polskiej praktyki i został ugruntowany teoretycznie przy pomocy koncepcji mechanizmów uzależnienia (75, 76, 78, 79, 109, 99).

Nazwaliśmy go strategiczno-strukturalną psychoterapią uzależnienia, ponieważ obejmuje zarówno zalecenia dotyczące strategii postępowania terapeuty w kolejnych etapach procesu terapii jak i wskazuje procedury kształtujące strukturę różnych sytuacji terapeutycznych, niezbędnych do realizacji tych strategii. Najważniejsze elementy tego podejścia przedstawione zostaną schematycznie ze względu na ograniczoną ilość miejsca.

Podstawowe cele i formy pomagania osobie uzależnionej

Ze względu na rozległość i złożoność problemów osoby uzależnionej system udzielania jej pomocy musi obejmować wiele elementów. Związane jest to z dążeniem do osiągnięcia kilku różnych celów praktycznych. Należą do nich:

- a) zwiększenie zdolności do trwałego utrzymywania abstynencji

- b) zwiększenie zdolności do rozwiązywania problemów osobistych
- c) zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego i konstruktywnego sposobu życia

d) usuwanie zaburzeń somatycznych i psychicznych

Stosownie do tych różnych celów możemy wyróżnić odmienne formy pomagania osobie uzależnionej. Należą do nich przede wszystkim:

- a) diagnozowanie i leczenie zaburzeń somatycznych i psychicznych
- b) psychoterapia uzależnienia
- c) praca informacyjno-edukacyjna z rodziną
- d) programy i środowiska samopomocowe
- e) konsultacje i poradnictwo przygotowujące do terapii
- f) wsparcie socjalno-bytowe
- g) interwencje społeczno-instytucjonalne

Tak więc psychoterapia uzależnienia stanowi tylko jeden z elementów całego systemu pomocy. Posiada jednak kluczowe znaczenie, ponieważ tylko ona jest ukierunkowana na zmianę mechanizmów decydujących o patologicznym piciu stanowiącym przyczynę pozostałych problemów zdrowotnych. Inne cele praktyczne, które chcemy osiągnąć w pracy klinicznej z osobami uzależnionymi są związane z zaburzeniami somatycznymi i zaburzeniami psychicznymi występującymi u części pacjentów. Należą do nich;

- a) odrzucenie organizmu
- b) usunięcie lub złagodzenie ostrych objawów zespołu odstawienia z powikłaniami
- c) leczenie stanów psychotycznych
- d) usunięcie lub złagodzenie uszkodzeń somatycznych

Miejsce psychoterapii uzależnienia w systemie pomocy można określić w następujący sposób;

a) psychoterapia zajmuje się przede wszystkim celami związanymi z funkcjonowaniem psychospołecznym pacjenta i utrzymaniem abstynencji – powinna odgrywać kluczową rolę w całym systemie pomocy ponieważ ma decydujący wpływ na to czy pacjent będzie dalej pił oraz czy będzie zdolny do rozwiązywania problemów osobistych powodujących zaburzenia emocjonalne i trudności życiowe.

b) cele związane z zaburzeniami somatycznymi i zaburzeniami psychicznymi są osiągane przede wszystkim przy pomocy diagnozy i interwencji biomedycznych

c) przy organizowaniu świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych należy zapewnić wzajemne uzupełnianie się obu typów oddziaływań.

Dynamika destrukcyjnych procesów występujących u osoby uzależnionej wynika ze współwystępowania kilku rodzajów czynników przyczynowych. Oprócz psychopatologicznych mechanizmów uzależnienia w terapii mamy do czynienia z innymi zjawiskami, które same w sobie tworzą zadania dla terapeutów ale przede wszystkim aktywizują te mechanizmy. Należą do nich:

- uszkodzenia organizmu, schorzenia somatyczne i psychiczne,
- destrukcyjna orientacja życiowa,
- deficyt umiejętności życiowych,

– sytuacyjnie uwarunkowane źródła stresu.

Mechanizmy uzależnienia tworzą wewnętrzne i destrukcyjne zaprogramowanie sterujące funkcjonowaniem uzależnionej osoby w stronę przedwczesnej śmierci. W celu powstrzymania i zdemontowania tego wewnętrznego programu uzależnienia konieczne jest uczestnictwo w intensywnym programie terapii. Powinien on stworzyć najpierw zewnętrzną a następnie uwewnętrzną alternatywę nałogowego zaprogramowania.

Podstawowe cele programu terapii zaczynającego się od przerwania kontaktu z alkoholem, to:

- a) utrzymywanie abstynencji,
- b) uczenie się życia w trzeźwości,
- c) usuwanie zaburzeń i rozwiązywanie problemów osobistych.

Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia opiera się na przygotowaniu i realizacji programu psychoterapeutycznego w celu zainicjowania i wspierania procesu zmian u pacjenta. Koncepcja programu psychoterapii obejmuje;

- a) określenie celu i zadań
- b) określenie strategii terapeutycznych
- c) określenie form strukturalizacji sytuacji terapeutycznych
- d) określenie zadań i roli pacjenta
- e) określenie zadań i roli terapeuty

Zadania terapeutyczne określone są w sposób zróżnicowany dla podstawowych etapów i tematów pracy psychoterapeutycznej. Należą do nich;

a. Etap rozpoczynania procesu zdrowienia

- nawiązanie wstępnego kontaktu
- rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z piciem
- wzbudzenie motywacji do zmiany i leczenia

b. Etap pracy nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymaniem się od picia

- zrozumienie uzależnienia i zasad terapii
- rozpoznanie własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu
- wspieranie wczesnej abstynencji

c. Etap pracy nad rozbijaniem mechanizmów uzależnienia i zapobieganiem nawrotom

- zmiana tożsamości alkoholowej pacjenta
- zmiana mechanizmu nałogowej regulacji emocji
- zmiana mechanizmu iluzji i zaprzeczania
- zmiana mechanizmu rozpraszenia i rozdawiania JA
- rozwijanie umiejętności zapobiegania nawrotom

d. Etap pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznych pacjenta;

- wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka
- naprawianie szkód spowodowanych przez picie
- budowa konstruktywnego środowiska osobistego
- rozwijanie umiejętności intrapersonalnych

- rozwijanie umiejętności interpersonalnych
- rozwijanie umiejętności zadaniowych
- e. Etap pracy nad rozwiązywaniem problemów osobistych**
- zmiana tendencji autodestrukcyjnych
- zmiana destrukcyjnych form relacji z otoczeniem
- budowanie pozytywnej wizji własnej osoby i życia

Strategie związane z etapami pracy psychoterapeutycznej

1. Osoby uzależnione różnią się od większości pacjentów, ponieważ negują fakt własnej choroby, obawiają się rozstania z alkoholem i aktywnie bronią się przed leczeniem. Dlatego konieczne jest stosowanie strategii specyficznej dla wstępnego kontaktu. W przypadku większości pacjentów okoliczności ich kontaktu z placówką zawierają elementy nacisku zewnętrznego i wewnętrznego poczucia zagrożenia oraz intensywnego cierpienia. Ponieważ dla osoby uzależnionej alkohol jest jedynym czynnikiem, który może dostarczyć wsparcia i ulgi, perspektywa jego utraty jest bardzo poważnym zagrożeniem. Wyobrażenie sobie życia bez alkoholu, co zapowiada terapia, jest bardzo trudne. Dlatego zaprzeczanie własnej chorobie i unikanie kontaktu z placówką oraz wczesne przerywanie terapii jest naturalną i logiczną konsekwencją obecności mechanizmów tej choroby.

Istotą strategii terapeutycznej w tym etapie jest odwoływanie się do tego, co dla pacjenta jest zrozumiałe i ważne a więc do jego aktualnych kłopotów osobistych oraz towarzyszących mu przykrych stanów emocjonalnych. Następnie pożądane jest rozbudzenie jego nadziei, że kontakt z placówką pomoże mu w uwalnianiu się od tych kłopotów.

Na ogół w chwili pierwszego kontaktu terapeuci powstrzymują się od wywierania silnego nacisku na całkowite rozstanie z alkoholem. Czasami stosowana jest jednak wczesna konfrontacja pacjenta z wymogiem pełnej abstynencji choć może ona przyczynić się do zbyt pośpiesznej selekcji pacjentów i odpadania tych, którzy nie są jeszcze do tego przygotowani. W części przypadków rozmiary destrukcji alkoholowej są tak duże, że wykazanie związku problemów życiowych pacjenta z pić jest stosunkowo łatwe. Czasem wymaga to bardziej złożonej analizy jego aktualnej sytuacji życiowej.

Istotnym elementem strategii pierwszego kontaktu jest pomaganie pacjentowi w dostrzeganiu tych zjawisk i elementów terapii, z którymi może się utożsamiać lub spostrzegać podobieństwa do własnej sytuacji. Dlatego coraz częściej do pracy we wstępnym kontakcie angażuje się nie pijących alkoholików, jako wolontariuszy lub instruktorów terapii. Pożądane jest również usuwanie tych elementów tradycyjnej rutyny postępowania w placówkach służby zdrowia, które tworzą bariery w kontakcie jak np. rejestratorki, numerki, długie oczekiwanie na pierwszą wizytę, konieczność dostarczania na wstępie zaświadczeń i wyników badań itp.

2. Stosunkowo szybko jednak terapeuci starają się docierać do tych zjawisk w życiu pacjenta, które mogą odgrywać kluczową rolę w budowaniu bardziej trwałej motywacji do uczestnictwa w terapii. Są nimi rozmaite przejawy destrukcji alkoholowej czyli zniszczeń i szkód spowodowanych pić. Fakty destrukcji są potencjal-

nie podstawowym źródłem motywacji do terapii – ich rozpoznawanie powinno pomóc pacjentowi w uświadomieniu sobie, że jest uzależniony. Jednak system iluzji i zaprzeczania broni dostępu świadomości do tych faktów, a nawet jeżeli pacjentowi udaje się zobaczyć wszystkie szkody w związku z własnym piciem, to pojawiają się w nim bardzo zagrażające stany emocjonalne, które grożą nawrotem picia. Podstawowy dylemat związany z tym tematem, to jak pomóc pacjentowi w konfrontacji z faktami samozniszczenia, aby mogło to się stać źródłem siły do obrony przed zniszczeniem, a nie powodować załamania wczesnej abstynencji.

Większość pacjentów ma za sobą doświadczenie rozpoznawania szkód spowodowanych przez własne picie oraz spotkania z poczuciem winy, wstydu, lęku, rozpaczki i bezradności. Wynikające z tych doświadczeń próby powstrzymywania się od alkoholu kończyły się nawrotem picia. Świadomość działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania czyni terapeutę uważnym w analizowaniu tych zjawisk. Rozpoznawanie destrukcji alkoholowej nie jest więc wykorzystywane przez niego do wymuszania u pacjenta zobowiązania, że już nigdy nie będzie pić ale przede wszystkim do pokazania jak przebiega i rozwija się proces choroby pacjenta. W drugim etapie bowiem najważniejsze jest by pacjent najpierw poznał chorobę i zrozumiał jej obecność w jego życiu a dopiero następnie przygotował się do powstrzymywania jej działania.

Istotnym elementem tej strategii jest edukacja pacjenta na temat tych zjawisk i procesów chorobowych, których zrozumienie będzie pomocne później do rozwijania zdolności do zapanowania nad nimi. Najważniejsze jednak w tym okresie jest doprowadzenie by pacjent uświadomił sobie fakt własnego uzależnienia oraz zaakceptował go wraz z jego podstawowymi konsekwencjami. Należą do nich konieczność stałego powstrzymywania się od picia oraz uczestniczenia w programie terapii. Szczególną rolę odgrywa tu praca nad tzw. paradoksem bezsilności i na poddaniu się wpływowi zewnętrznych sił oferujących pomoc. Te elementy strategii terapeutycznej są w znacznej mierze przejęte z doświadczeń AA związanych z realizacją programu 12 Kroków.

Rozpoznawanie specyfiki i rozmiarów destrukcji alkoholowej powinno doprowadzić do uświadomienia sobie faktu utraty kontroli nad piciem i nad własnym życiem niszczone przez picie. W ten sposób pacjent mógłby zdać sobie sprawę z tego, że jest uzależniony, pozbyć się złudzeń dotyczących możliwości bezpiecznego korzystania z alkoholu i zwrócić się w stronę terapii. Lecz mechanizm iluzji i zaprzeczania właśnie w tej sprawie działa najsilniej i uniemożliwia zobaczenie tych faktów.

Istnieje również niebezpieczeństwo, że gdy pacjent zacznie zdawać sobie sprawę z tego, że nie kontroluje swego picia, może uznać swoją bezsilność wobec alkoholu w takim znaczeniu, że przestanie podejmować wysiłki zmierzające do powstrzymania picia i będzie pił z poczuciem, że musi pić i że nic z tym nie może zrobić. I rzeczywiście w wielu przypadkach tak właśnie się dzieje.

W procesie terapii staramy się, żeby rozpoznawanie utraty kontroli nabierało innego znaczenia. Chcemy, by pacjent uznając swoją bezsilność wobec alkoholu rezygnował z pragnienia używania alkoholu i ze złudzeń, że uda mu się uniknąć szkód.

Zrozumienie istoty mechanizmu rozpraszania i rozdławiania JA oraz pozostałych mechanizmów uzależnienia pokazuje, że pacjent pozbawiony jest zdolności do kon-

trolowania swojego picia i swojego życia. Znalazł się również w samym środku błędnego koła – im bardziej traci wpływ na bieg własnego życia i na swe postępowanie tym bardziej stara się utrzymywać kontrolę nad stanem swoich uczuć przy pomocy alkoholu. Podtrzymuje więc w sobie złudne przekonanie, że może wygrać zmagania z życiem poprzez kontrolowanie swego picia. Nie może pogodzić się z faktem, że alkohol jest od niego silniejszy i pragnąc nim zawładnąć podtrzymuje własne zniewolenie.

Zrozumienie natury uzależnienia może otwierać drogę do uznania własnej bezsilności a więc do rozstania z alkoholem i do stopniowego odzyskiwania mocy uwikłanej w beznadziejne zmagania z alkoholem. Akceptacja braku kontroli nad piciem powinna przyczynić się do umocnienia kontroli nad nie piciem.

Pokazywanie takiej drogi i towarzyszenie pacjentowi w trudnym doświadczeniu poddania się faktom i zawierzeniu nadziei na życie bez alkoholu jest bardzo ważnym elementem strategii postępowania.

Rozproszenie struktury JA czyni pacjenta niezdolnym do samodzielnego poradzenia sobie z chorobą. Konieczne jest więc by znalazł się on w jakimś trwałym i zewnętrznym układzie odniesienia i pozwolił by przez jakiś czas związek z tym układem pokierował jego życiem. Takim „ratowniczym” układem odniesienia dla pacjenta może być środowisko terapeutyczne i program terapii rozumiany jako specyficzna forma organizacji komunikowania się, myślenia i doświadczenia. Związek z tym ratowniczym układem odniesienia wypełnia wewnętrzną pustkę i podtrzymuje kolejne kroki niezbędne do realizacji programu.

Jednym z bardzo ważnych tematów psychologicznych w terapii jest samotność pacjenta – odcięcie prawie wszystkich więzi i rozluźnienie kontaktów z otaczającym światem. Pacjenci raczej rzadko potrafią sami o tym powiedzieć, ale na ogół jest to widoczne i stosunkowo łatwo jest doprowadzić do rozpoznania tego faktu przez pacjenta.

Temat izolacji ma dwa aspekty – pierwszy to subiektywnie doświadczane i dotkliwe poczucie osamotnienia, drugi to faktyczne rozluźnienie związków z otaczającym światem. Szczególnie to drugie zagadnienie jest poważnym wyzwaniem terapeutycznym. Brak znaczących związków ze światem wynika z funkcjonowania systemu nalogowego regulowania emocji przy pomocy alkoholu, co oznacza, że realia zewnętrznego świata jako źródła stanów emocjonalnych straciły na znaczeniu. Zmniejsza to więc motywację do leczenia i abstynencji oraz siłę wpływu zewnętrznych nacisków.

Dlatego w początkowym okresie terapii szczególnego znaczenia nabiera sprawa budowania więzi z miejscem terapii i z grupą innych pacjentów oraz z terapeutą. Sprzyja temu częstość i intensywność kontaktów, proste rytuały uczestnictwa, stałe i własne miejsce spotkań, obecność na mityngach AA itd.

W pierwszej części terapii staramy się uczyć pacjenta zrozumienia podstaw ideologii terapeutycznej wyjaśniającej mu na czym polega istota tego, co nazywamy pracą terapeutyczną. Sprowadza się to przede wszystkim do następujących zagadnień:

- ABSTYNENCJA (nie piję, bo się leczę, zamiast pić, idę na terapię),
- UCZESTNICTWO (podstawowym warunkiem do uzyskania pomocy i uratowania siebie jest obecność na zajęciach, usprawiedliwianie nieobecności nie ma żadne-

go znaczenia, jak kogoś nie ma na zajęciach, to terapia nie działa),

– PRACA NAD SOBĄ (nie istnieją żadne cudowne sposoby na uleczenie z tej choroby, konieczna jest osobista praca nad zrozumieniem tego, co ktoś czuje, myśli i jak postępuje oraz nad zmianą tego w sobie, co jest dla niego szkodliwe),

– PRZYJMOWANIE I DAWANIE POMOCY (sam się nie uratuje, potrzebuję od innych pomocy, korzystanie z pomocy innych, gdy się jej potrzebuje, jest przejawem mądrości, a nie poniżenia, mogą także pomagać innym, a pomagając innym – pomagam sam sobie).

Strategia pracy nad utrzymywaniem wczesnej abstynencji to przede wszystkim uczenie rozpoznawania objawów głodu alkoholowego i technik doraźnego radzenie sobie z silnym pragnieniem picia pojawiającym się w stresowych sytuacjach. Obejmuje także uczenie pacjenta korzystania z pomocy i unikania fałszywych wskazówek produkowanych przez mechanizm iluzji i zaprzeczania.

Pragnienie picia alkoholu towarzyszy pacjentom przez wiele miesięcy terapii i stanowi stały przedmiot zainteresowania w terapii. W bardzo wielu przypadkach pacjenci zaprzeczają obecności tego pragnienia i deklarują, że „już nie chcą pić”, co ma stanowić dowód ich dobrej woli i gotowości do terapii. Ważnym zadaniem terapeutycznym jest zwiększanie zdolności pacjenta do rozpoznawania tego pragnienia i czuwania nad jego wpływem na postępowanie.

Trzeba jednak podkreślić, że pragnienie to występuje na bardzo różnych poziomach intensywności, obejmujących zarówno bardzo silne i obezwładniające pragnienie nazywane głodem alkoholu, jak i pozornie oraz złudnie niegroźny „smak na alkohol”.

Alkoholik sięga po alkohol nie tylko pod wpływem silnego głodu alkoholowego. W sprzyjających okolicznościach, pod wpływem pokus i okazji, dzięki złudzeniom systemu iluzji i zaprzeczania osłabiającym jego czujność, może zacząć pić przy niskiej intensywności pragnienia. Zresztą dość często alkoholik stara się nie doprowadzić do bardzo przykrego stanu głodu alkoholowego i aby tego uniknąć wcześniej zaczyna pić, niejako uprzedzając moment, gdy pragnienie stałoby się nie do wytrzymania.

W czasie terapii staramy się dostarczyć pacjentowi wielu różnych sposobów radzenia sobie z pragnieniem alkoholu i wytrzymywania pojawiającego się napięcia wokół tej sprawy. Istotną rolę spełnia tu zrozumienie pragnienia picia nie jako dążenia konsumpcyjnego podobnego do innych pragnień konsumpcyjnych, ale jako stanu niepokoju, lęku a nawet panicznej ucieczki przed cierpieniem. Ważnym zadaniem dla pacjenta powinno więc stawać się zwiększanie i umacnianie odporności na cierpienie i uczenie się sposobów obniżania napięcia oraz zwiększania poczucia bezpieczeństwa.

3. Kluczową rolę w psychoterapii uzależnienia posiada trzeci etap, w którym praca skoncentrowana jest na zmianie fundamentów struktury uzależnienia.

Koncentruje się ona wokół pięciu tematów ogniskowych – zmiany tożsamości alkoholowej, rozbrajaniu trzech kolejnych mechanizmów uzależnienia oraz zapobiegania nawrotom.

Problemy związane z tożsamością osoby uzależnionej można podzielić na dwie grupy. Pierwsza, obejmuje różne sposoby rozumienia i doświadczania siebie jako alkoholika. Jest przedmiotem szczególnej uwagi w pierwszych etapach terapii. Dru-

ga grupa problemów, dotyczy pozostałych aspektów poczucia tożsamości nad którymi pracujemy w późniejszym okresie terapii.

Praca nad tożsamością alkoholową jest trudnym i złożonym procesem odgrywającym bardzo istotną rolę w całej terapii uzależnienia. W procesie tym można wyróżnić kilka etapów, w których zmieniają się zarówno treści samookreślenia jak i sposób przeżywania tych treści. W skrócie można je przedstawić następująco;

ZAPRZECZANIE – „Nie jestem alkoholikiem – alkoholicy to są degeneraci, przestępcy, słabi i upodleni ludzie, którzy muszą być leczeni, jeszcze ze mną nie jest tak źle, jeszcze nie jestem na odwyku.”

WAHANIE – „Obawiam się, że może jestem alkoholikiem – Alkoholizm to jest choroba, te różne złe rzeczy, które ze mną się działy, są objawami choroby, jestem na odwyku, bo tutaj leczą tę chorobę i może mi pomogą.”

ROZWAŻANIE – „Chyba jestem alkoholikiem – Jestem podobny do tych, którzy tutaj nazywają się alkoholicy, można być alkoholikiem i nie pić, jak się jest alkoholikiem to nie wolno pić do końca życia.”

POTWIERDZENIE – „Jestem alkoholikiem i muszę o tym pamiętać do końca życia, ale mogę być szczęśliwy, jeśli nauczę się żyć bez alkoholu i rozwiązywać na trzeźwo swoje problemy.”

AFIRMACJA – „Jestem dumny z tego, że jestem alkoholikiem i nie piję – mogę pomagać innym alkoholikom i lepiej ich rozumiem, niż niejeden fachowiec.”

ROZSTANIE – „Mam za sobą ważny i trudny okres życia, udało mi się zapanować nad śmiertelną chorobą i mogę być z siebie dumny, nie będę już nigdy używał alkoholu, ale nie muszę stale o tym myśleć i nie będę już patrzył na siebie i na swoje życie z perspektywy alkoholowej.”

Nie sposób w tym miejscu opisać szczegółów strategii przeprowadzania pacjenta przez kolejne fazy transformacji tożsamości alkoholowej. Na początku jest to bardziej oparte na sugestywnym pokazywaniu faktów wskazujących nieuchronność **POTWIERDZENIA**, przełamujących więc **ZAPRZECZANIE** i **WAHANIE** oraz wzmacniających **ROZWAŻANIE**.

Następne fazy a więc **AFIRMACJA** i **ROZSTANIE** nie są już zamierzonym tematem pracy terapeutycznej i wyłaniają się, choć nie u wszystkich pacjentów, jako naturalne konsekwencje ich dalszego życia w abstinencji.

Uzdrowianie życia emocjonalnego to temat związany z pracą nad zmianą mechanizmu nałogowego regulowania uczuć oraz z łagodzeniem zagrażającego wpływu negatywnych stanów emocjonalnych na świeżą abstinencję pacjenta. Praca w trzecim etapie obejmuje najczęściej następujące zadania:

- rozpoznawanie uczuć,
- kontaktowanie się z bolesnymi uczuciami i oswojenie ich obecności,
- zwiększanie odporności na cierpienie i zdolności do radzenia sobie ze stresem
- uczenie się zdrowych sposobów poszukiwania pozytywnych uczuć.

W kontaktach z pacjentem stosunkowo łatwo i szybko spotykamy się z przejawami bardzo silnych uczuć gniewu, smutku, lęku, z poczuciami wstydu, winy i krzywdy itd. Tworzy to często pokusę do podążania za tymi emocjami i sięgania do ich głębi-

szych korzeni. Istnieją jednak ważne powody, by w fazie intensywnej terapii uzależnienia wykazywać w tym zakresie powściągliwość terapeutyczną i zatrzymać się na bardziej powierzchownej warstwie doświadczania tych uczuć.

Pacjenci w tej fazie terapii na ogół dysponują niewielką zdolnością do uniesienia psychologicznego ciężaru głębszej pracy nad bolesnymi stanami emocjonalnymi. Oznacza to, że w przypadku rozpoczynania takiej pracy przez terapeutę nie będą mieli z tego wiele pożytku, a może to grozić dezintegracją psychiczną uruchamiającą mechanizmy uzależnienia.

Dlatego celem działań zaadresowanych do sfery uczuć jest raczej zwiększenie zrozumienia i „oswojenie” obecności tych stanów niż wprowadzanie głębokich zmian, co powinno stać się przedmiotem pomocy psychologicznej dopiero w późniejszym etapie terapii.

Kolejny temat pracy to „porządkowanie umysłu” i jest on przede wszystkim związany z rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Obejmuje m.in. następujące zadania:

- uczenie się koncentracji uwagi i powstrzymywania od „odlotów”,
- rozpoznawanie i powstrzymywanie typowych zniekształceń i złudzeń,
- uczenie się przewidywania, planowania działań oraz realistycznego rozumowania przyczynowo-skutkowego,
- odkrywanie paradoksalnych mądrości:
 - * że uznanie bezsilności może być źródłem siły,
 - * że sprawca zła może być autorem dobra,
 - * że z rozpaczcy może wyłonić się nadzieja.

Kluczowym elementem strategii w tym zakresie jest uczenie się rozpoznawania na bieżąco i powstrzymywania przejawów aktywności mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Oznacza to przede wszystkim odrzucanie opisaną poprzednio „nałogowej logiki” i zastępowanie jej racjonalnym myśleniem. Na początku pracy może to wymagać podważenia wiarygodności zdroworozsądkowego myślenia pacjenta i wyrobienia u niego nawyku sprawdzania czy treść jego przekonań służy trzeźwości czy sprzyja picciu.

Strategia pracy związanej ze zmianą mechanizmu rozpraszania i rozdawiania JA polega przede wszystkim na budowaniu konstruktywnego JA. Oznacza to m.in.;

- uczenie się samoakceptacji,
- poszukiwanie mocnych stron,
- uczenie się pozytywnego myślenia,
- tworzenie i rozpoznawanie pozytywnych faktów dotyczących własnej osoby.

Ważną rolę odgrywa tu opisywana już praca nad zmianą tożsamości alkoholowej i od niej właściwie zaczynają się zmiany. Uznanie siebie za alkoholika stwarza pierwszą okazję by w solidny sposób, który znajduje oparcie w faktach i związkach ze środowiskiem terapeutycznym, umieścić w pustym i wydrążonym JA jakieś treści. Nie są one wprawdzie przyjemne, ale pomagają nie tylko w uzasadnieniu uczestnictwa w terapii ale i zaczynają stopniowo dostarczać wskazówek dotyczących postępowania. Skoro pacjent rozpoznaje siebie jako leczącego się alkoholika to wynika z

tego cały szereg praktycznych wskazówek na temat tego, co jest dla niego dobre a co złe. W ten sposób pojawia się, zakorzeniony w centrum osobowości, załączek systemu osobistej orientacji życiowej, o wyraźnie konstruktywnym ukierunkowaniu.

Codzienna egzystencja pacjenta została zawężona do zatrzęsnięcia w pułapce egocentrycznego kręgu przetrwania i uśmierzenia cierpienia. Odpowiada temu pustka wewnętrzna, rozproszenie podstaw tożsamości i systemu wartości osobistych. Wymaga to podejmowania pracy nad duchowymi aspektami życia co oznacza pomaganie pacjentowi w otwieraniu się na świat pozytywnych i ponadosobistych wartości, kontaktów i doświadczeń – odniesienie swojej egzystencji i swojej tożsamości do czegoś lub kogoś dobrego, znaczącego i trwałego. Praca nad tym aspektem życia obejmuje najczęściej:

- odkrywanie wartości i drogowskazów życiowych,
- rozpoznawanie duchowych aspektów własnej egzystencji,
- praktykowanie w życiu codziennym wskazań duchowych.

Podstawowym tematem całej terapii uzależnienia jest zapobieganie nawrotom picia, ponieważ istotą tej choroby jest nieustanne zagrożenie nawrotem, wynikające z obecności psychopatologicznych mechanizmów uzależnienia. Strategia pracy nad zapobieganiem nawrotom to przede wszystkim uczenie czynności niezbędnych do uprzedzania zagrożeń i do skutecznej kontroli abstynencji czyli

- a) rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych
- b) rozpoznawanie ryzykownych okoliczności
- c) przygotowywanie własnych sposobów zapobiegania
- d) rozwijanie sprawności zapobiegania

4. Ostatni etap pracy psychoterapeutycznej, związany z udzielaniem pomocy w rozwiązywaniu problemów osobistych pacjenta przebiega w nieco inny sposób niż etapy bardziej bezpośrednio dotyczące samego uzależnienia. Często prowadzony jest podobnie jak inne odmiany psychoterapii zaburzeń emocjonalnych lub jak oddziaływania psychoedukacyjne w formie grupowych treningów psychologicznych. Dlatego w tym miejscu zostały pominięte strategie pracy nad zmianą autodestrukcyjnej orientacji życiowej czyli nad nastawieniami autodestrukcyjnymi, destrukcyjnymi wzorami relacji z otoczeniem oraz nad rozpadem systemu wartości osobistej. Obszerne opisanie tych zagadnień znajduje się w pracy książkowej przygotowywanej do druku.

Strukturalizacja pracy psychoterapeutycznej.

Planując przebieg procesu psychoterapii oprócz ogólnych założeń strategicznych możemy określić podstawowe elementy technologii terapii. Należą do nich;

a) Instrumentalne oddziaływania poznawcze

Istotnym elementem programu terapii jest zorganizowany system oddziaływań edukacyjnych dostarczających wiedzy o sprawach ważnych dla procesu terapii. Należą do nich przede wszystkim opisywane powyżej tematy. Oddziaływania te mogą być prowadzone w postaci mikroedukacji czyli krótkich wykładów, indywidualnych lektur, nagrań audio-wizualnych, plakatów i ćwiczeń. Wiedzę, którą uzyskuje, pacjent powinien na bieżąco odnosić do samego siebie i do swojego życia. Wiedza ta ma charakter instrumentalny tzn. powinna przyczyniać się do zmiany myślenia i postępowania pacjenta. Przekazywanie

jej różni się więc od tradycyjnych form kształcenia i powinno być podporządkowane założonym celom. Może to więc być wiedza fragmentaryczna, intencjonalnie wyselekcjonowana i wielokrotnie powtarzana i wzmacniana. Ponieważ powinna inspirować i ukierunkowywać proces zmiany musi stanowić integralną część procesu terapii i nie powinna być przekazywana w formach oddzielonych od pozostałych zajęć.

b) Autoanaliza zdarzeń, osobistych schematów postępowania i myślenia

W programie terapii powinno być wiele specjalnie zaplanowanych okazji do autoanalizy konkretnych elementów własnego życia. Powinny one dostarczać pacjentowi materiału do lepszego poznawania swojego sposobu życia i sposobu myślenia oraz do ćwiczenia umiejętności rozpoznawania takich zjawisk, które będą zagrażać jego abstynencji. Wymaga to najczęściej używania ustrukturalizowanych kwestionariuszy tematycznych. Wypełniając je, pacjent buduje nowy i uporządkowany obraz własnej osoby i sposobu życia – typowym przykładem jest praca przy pomocy tzw. Przewodnika Samopoznania.

c) Dostarczanie przykładów i wzorów postępowania

Częścią programu terapii uzależnienia powinno być wykorzystywanie jednej z najbardziej skutecznych metod uczenia społecznego, jaką jest tzw. modelowanie. Podstawowym rodzajem treści, które powinny docierać tą drogą do pacjentów, są wzory konstruktywnego postępowania służącego trzeźwemu życiu. Można to osiągnąć różnymi sposobami. Bardzo dobrze służy temu udział w realizacji programu osób, które same kiedyś borykały się z podobnymi problemami, ale odniosły sukces w prowadzeniu trzeźwego życia. Mogą to również być materiały opisujące sposób życia i doświadczenia takich osób. Ważne jest również dzielenie się z innymi pacjentami treścią doświadczeń i myśli związanych z autoanalizą w czasie terapii.

d) Wpływ interpersonalny – indywidualny i grupowy

W terapii uzależnień ważną rolę odgrywają bezpośrednie oddziaływania interpersonalne dokonujące się pomiędzy wszystkimi uczestnikami sytuacji terapeutycznych, a w szczególności bezpośrednie konfrontowanie pacjenta z realiami jego zachowań i sytuacji, w których się znajduje.

Jasne konstruowanie zadań i reguł postępowania w środowisku terapeutycznym, uczciwe nazywanie sytuacji i zachowań oraz konsekwentne reagowanie w ramach ustalonego systemu norm i ocen – wszystkie te elementy wpływu społecznego pomagają w demontowaniu mechanizmów uzależnienia i w budowaniu bardziej konstruktywnych form funkcjonowania.

e) Ćwiczenie umiejętności

Dla utrwalania abstynencji i budowania nowego sposobu życia bez alkoholu potrzebne są nie tylko konstruktywne doświadczenia emocjonalne i lepsze zrozumienie siebie, ale wdrażanie i utrwalanie bardziej konstruktywnych wzorów zachowania i myślenia, czyli umiejętności. Wymaga to okazji do ćwiczenia tych wzorów i sprawdzania ich użyteczności. Służą temu zarówno drobne, czasem doraźnie improwizowane ćwiczenia dostosowane do konkretnych umiejętności, jak i systematycznie zorganizowane procedury, jak np. Trening Zapobiegania Nawrotom Picia, Trening Asertywności, Trening Interpersonalny, itd.

Ogniskowe tematy strukturalizujące pracę terapeutyczną

Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia opiera się na dość szerokim stosowaniu procedur i technik określających wstępną strukturę sytuacji terapeutycznych. Są to scenariusze różnych ćwiczeń i zadań, konspekty mikrowykładów i lektur, których przedstawienie wymagałoby setek stron maszynopisu. Najczęściej dotyczą następujących tematów ogniskujących ważne aspekty procesu psychoterapii;

- Utrata kontroli nad piciem
- Głód alkoholowy i powstrzymywanie się od picia
- Niezdolność do uznania swego uzależnienia
- Przemiany poczucia tożsamości osoby uzależnionej
- Nałogowe i naturalne regulowanie uczuć
- Konstrukttywne radzenie sobie ze stresem
- Kontaktowanie się ze złością, lękiem, smutkiem i bólem
- Racjonalna i irracjonalna praca umysłu
- Nałogowa logika i zaprzeczanie
- Funkcjonowanie zdrowego JA
- Rozpraszenie JA i zmienione stany świadomości
- Dwubiegunowość JA i rozdarcie wewnętrzne
- Wyrażenie JA i pustka wewnętrzna
- Iluzje mocy i kontroli oraz duma alkoholika
- Poczucie winy i zasady moralne
- Poczucie krzywdy
- Poczucie wstydu i niższej wartości
- Poczucie samotności i odizolowania od świata
- Zapobieganie nawrotom
- Nastawienia autodestrukcyjne
- Destrukcyjne i konstruktywne formy relacji z otoczeniem
- Budowanie pozytywnej wizji własnej osoby i życia
- Wartości osobiste i poszukiwanie sensu życia-rozwoj duchowy
- Planowanie i wprowadzanie zmian w życiu osobistym
- Przemoc i łamanie norm społecznych
- Problemy życia rodzinnego
- Funkcjonowanie w rolach społeczno-zawodowych
- Zaburzenia życia seksualnego
- Środowisko samopomocy i wspomaganie procesu zdrowienia
- Zasady zdrowego życia

Osobisty plan terapii pacjenta

Osobisty plan terapii stanowi centralny aspekt nowoczesnego programu intensywnej psychoterapii uzależnień. Ten element technologii terapeutycznej zaczyna się od systematycznego rozpoznania wybranych fragmentów biografii i aktualnego sposobu życia pacjenta, szczególnie zjawisk związanych z uzależnieniem. Następnie na podstawie tych

danych buduje się ogólną mapę spraw wymagających konstruktywnego rozwiązania na drodze do realizacji celów terapii, co prowadzi do opracowania, wspólnie z pacjentem, pisemnego dokumentu zawierającego konkretny plan terapii dla pacjenta.

Plan zawiera zbiór konkretnych celów i zadań do osiągnięcia w czasie trwania terapii oraz szczegółowe określenie sposobów realizacji tych zadań, ich terminów i okoliczności towarzyszących. Ten dokument jest w rękę pacjenta, podstawowym przewodnikiem wskazującym mu, co i kiedy powinien zrobić. Terapeuta jest konsultantem i osobą, która tworzy okazję do realizacji niektórych fragmentów tego planu. Pacjent zawiera z zespołem terapeutycznym kontrakt na realizację tego programu i pilnuje realizacji poszczególnych kroków. Do zadań terapeutów należy;

- Określenie podstawowych problemów pacjenta w trakcie postępowania diagnostycznego.

- Wskazanie celów, których osiągnięcie przyczyni się do rozwiązywania tych problemów.

- Określanie szczegółowych zadań dla pacjenta, których wykonywanie będzie zbliżać do celu.

- Przygotowanie sytuacji, materiałów i wszystkiego, co będzie potrzebne do realizacji zadań.

- Wprowadzenie poprawek i uzupełnień do osobistego planu w trakcie jego realizacji.

- Towarzyszenie pacjentowi w realizacji planu oraz prowadzenie oddziaływań rozwijających i pogłębiających pracę własną pacjenta.

Przedstawiony poniżej ramowy zbiór ważniejszych obszarów problemowych, w obrębie których dokonuje się planowanie nie stanowi przykładu dokładnej mapy problemów i zadań przygotowywanej dla konkretnego pacjenta. Jest to ogólny schemat pokazujący strategię podejścia terapeutycznego. Najważniejszy jest fakt, że pacjent posiada **osobisty tzn. własny program** własnych zadań i kroków, które powinien wykonywać. Nie zawsze się zdarza, że jego program jest zupełnie inny od programów jego kolegów. Nawet, gdyby istniały powody dla zrobienia kilku pacjentom prawie takich samych programów indywidualnych, należy je opracować odrębnie, a nie robić jednego programu dla całej grupy.

Problem A.

Brak zdolności do rozpoznawania i uznawania faktu własnego uzależnienia oraz gotowości do pracy nad sobą.

Cel 1:

Uzyskać wiedzę o objawach i naturze uzależnienia od alkoholu i innych substancji chemicznych.

Cel 2:

Stać się świadomym rozmiarów i rodzajów zniszczeń, jakie zostały spowodowane we własnym życiu przez picie alkoholu.

Cel 3:

Uświadomić sobie i uznać fakt własnej bezsilności wobec alkoholu i utraty zdolności do kierowania własnym życiem oraz zaakceptować uzależnienie.

Cel 4:

Uzyskać wiedzę o programie terapii oraz o zasadach i formach własnego udziału w procesie zdrowienia.

Problem B.

Uszkodzenia życia emocjonalnego i duchowego.

Cel 1:

Uzyskać wiedzę o typowych uszkodzeniach życia emocjonalnego i duchowego u osób uzależnionych oraz uświadomić sobie fakt występowania takich uszkodzeń we własnym życiu.

Cel 2:

Rozpocząć pracę nad konstruktywnym postępowaniem z własnymi uczuciami.

Cel 3:

Rozpocząć pracę nad rozwojem duchowych aspektów własnego życia.

Problem C.

Brak zdolności do rozumienia siebie i innych oraz konstruktywnej wizji własnego życia.

Cel 1:

Uzyskać wiedzę o systemie iluzji i zaprzeczania oraz rozpoznać najważniejsze formy zniekształcania obrazu własnej osoby i otoczenia.

Cel 2:

Rozpocząć uczenie się trafnego spostrzegania i rozumienia własnego postępowania oraz innych ludzi.

Cel 3:

Rozpocząć budowanie konstruktywnej wizji własnego życia bez alkoholu.

Problem D.

Dezorganizacja własnego JA oraz brak oparcia w sobie.

Cel 1:

Uzyskać wiedzę o stanach i poczuciach JA, typowych dla uzależnienia i rozpoznać ich obecność w swoim sposobie doświadczania siebie.

Cel 2:

Rozpocząć pracę nad budowaniem poczucia własnej wartości i akceptacji siebie oraz nad podporządkowaniem innych aspektów własnej osoby.

Cel 3:

Zrozumieć i zaakceptować konieczność budowania kontaktu z Siłą Wyższą w celu znalezienia stabilnego i konstruktywnego układu odniesienia dla dalszej pracy nad sobą.

Problem E.

Zaburzenia kontaktów z otoczeniem społecznym.

Cel 1:

Uzyskać świadomość uszkodzeń, zagrożeń i deficytów występujących w kontaktach z członkami rodziny i innymi ludźmi.

Cel 2:

Rozpocząć pracę nad budowaniem konstruktywnych kontaktów z innymi ludźmi.

Cel 3:

Rozpocząć systematyczne uczestnictwo w spotkaniach AA i/lub innych środowiskach abstynenckich.

Problem F.

Brak zdolności do zapobiegania nawrotom picia.

Cel 1:

Uzyskać wiedzę o naturze procesu nawrotu choroby i typowych sygnałach ostrzegawczych.

Cel 2:

Nauczyć się rozpoznawać osobiste sygnały ostrzegawcze i sytuacje stresowe, zwiększające zagrożenie nawrotu.

Cel 3:

Rozpocząć ćwiczenie umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z zagrożeniami nawrotu.

Problem G.

Brak umiejętności ważnych dla trzeźwego życia.

Cel 1:

Uzyskać wiedzę o praktycznych umiejętnościach ważnych dla trzeźwego życia i rozpoznać ich stan u siebie samego.

Cel 2:

Rozpocząć trenowanie deficytowych umiejętności.

Problem H.

Trudności w utrzymaniu systematycznej pracy nad trzeźwością.

Cel 1:

Posiadać plan dalszej pracy nad własną trzeźwością, po zakończeniu okresu intensywnej terapii.

Cel 2:

Uzyskać własny system wsparcia dla trzeźwego życia.

Dla każdego z tych celów zostaje opracowany zbiór konkretnych zadań, które pacjent będzie realizował w ustalonej kolejności i terminach. Efekty tej pracy przedstawia w czasie spotkań grupowych z udziałem innych pacjentów i terapeuty.

Podstawowe funkcje terapeuty uzależnień

Realizacja przez pacjenta osobistego planu terapii angażuje go do podmiotowego udziału w procesie terapii i uczy osobistej odpowiedzialności za pracę nad zmianą siebie i swojego życia. Zmienia też charakter wzajemnych relacji między pacjentem a terapeutą, które stają się bardziej partnerskie. Nie oznacza to jednak przeniesienia całego ciężaru pracy terapeutycznej na pacjenta. Osobisty plan terapii przede wszystkim organizuje pracę własną pacjenta i przyczynia się do tego, że terapia dokonuje się nie tylko w obecności i pod bezpośrednim wpływem terapeuty.

Zadania terapeuty realizującego program psychoterapii uzależnienia można określić w następujący sposób;

Nawiązywanie wstępnego kontaktu i uzyskiwanie orientacji – rozpoczynanie rozmowy, organizacja warunków technicznych i lokalowych, radzenie sobie z trud-

nymi pacjentami, udzielanie informacji o terapii i chorobie, zdobywanie informacji potrzebnych do decyzji o ofercie dla pacjenta.

Przyjmowanie pacjenta do programu i zawieranie kontraktu – procedury włączenia pacjenta do programu terapii – administracyjne, badania wstępne, lekarskie, ustalanie wstępnej oferty dla pacjenta, komunikowanie jej i umawianie się z pacjentem na temat jego uczestnictwa w pracy terapeutycznej, przedstawianie pacjentowi:

- ogólnej natury i celów programu,
- zasad obowiązujących w trakcie realizacji programu i charakteru wykroczeń, które mogą doprowadzić do interwencji dyscyplinarnej,
- praw i obowiązków pacjenta.

Analiza diagnostyczna – procedury zbierania i porządkowania danych o pacjencie i jego życiu w celu określenia jego aktualnego stanu, najważniejszych problemów i zadań terapeutycznych oraz kierunków dalszej pracy.

Planowanie terapii – określanie podstawowych problemów i celów terapeutycznych do realizacji ich przez pacjentów oraz zadań, które powinni realizować w czasie terapii, omawianie przypadku z innymi terapeutami, aktualizacja planu terapii stosownie do jej przebiegu.

Pomoc psychologiczna (indywidualna i grupowa) – posługiwanie się podstawowymi metodami pomocy psychologicznej – indywidualną rozmową psychologiczną, prowadzenie zajęć i rozmów grupowych służących samopoznaniu pacjentów, wyrażaniu uczuć, badaniu postaw, uczuć, sposobów myślenia i postępowania oraz podejmowaniu decyzji.

Opieka nad przebiegiem terapii i zdrowienia – opieka nad przebiegiem postępowania terapeutycznego, korzystania z zasobów innych instytucji i służb w celu lepszego rozwiązywania przez pacjenta jego problemów, przygotowanie dalszej drogi pacjenta po ukończeniu programu.

Interwencja kryzysowa – postępowanie i sposoby reagowania wobec pacjenta w wypadku ostrego kryzysu emocjonalnego, społecznego lub fizycznego.

Edukacja – dostarczanie pacjentom informacji i wiedzy oraz okazji do uczenia się umiejętności pomocnych w terapii – edukacja innych grup odbiorców (profilaktyka problemów alkoholowych i edukacja wybranych profesji).

Prowadzenie dokumentacji i ocena przebiegu i efektów terapii – dokumentowanie diagnozy i przebiegu terapii oraz jej efektów.

Konsultacje i kierowanie pacjenta do innych specjalistów i instytucji – rozpoznawanie potrzeb i problemów pacjenta wymagających udziału innych specjalistów i instytucji, nawiązywanie odpowiednich kontaktów i ułatwianie pacjentowi korzystania z innych systemów wsparcia i zasobów.

Stosowanie i opracowywanie procedur terapeutycznych – świadome i trafne posługiwanie się ćwiczeniami i scenariuszami zajęć oraz technikami terapeutycznymi niezbędnymi do realizacji zadań terapeutycznych.

Współpraca z nieprofesjonalistami i grupami samopomocy – Do ustabilizowania abstynencji i budowania społecznego systemu wsparcia w trzeźwym życiu

pożądane jest również uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Alkoholików oraz, jeżeli są stosownie zorganizowane, w działaniu klubów abstynenckich.

PODSUMOWANIE

Przedstawiona koncepcja uzależnienia i strategiczno-strukturalnego podejścia do psychoterapii uzależnienia tworzy poznawczy układ odniesienia dla praktyki terapeutycznej realizowanej w wielu polskich placówkach odwykowych.

W ciągu ostatnich lat prowadzone były poszukiwania praktyczne i badania mające na celu określenie optymalnego sposobu dopasowania różnych modeli terapii do indywidualnych właściwości pacjenta. Badania oparte na losowym doborze pacjentów do trzech różnych modeli terapii nie stwierdziły prawie żadnych istotnych związków między indywidualnymi cechami pacjentów a skutecznością odrębnego stosowania różnych procedur i koncepcji terapeutycznych (3, 18, 50, 51, 83, 84, 85, 91).

Skoncentrowanie procesu strategiczno-strukturalnej psychoterapii wokół indywidualnego planu terapii, opracowywanego oddzielnie dla każdego pacjenta i uwzględniającego jego indywidualną specyfikę, w oparciu o koncepcję mechanizmów uzależnienia, wydaje się alternatywnym podejściem do tamtych poszukiwań. Rokuje ono większe nadzieje na **zwiększenie skuteczności terapii przez lepsze dopasowanie przebiegu procesu terapii do indywidualnej specyfiki pacjenta.**

W przedstawionym powyżej modelu terapii współwystępują elementy wchodzące w skład różnych podejść terapeutycznych. Ich rola i znaczenie w procesie psychoterapii poszczególnych pacjentów może być zróżnicowana w zależności od specyfiku indywidualnego przypadku.

Opisany poprzednio model psychoterapii jest realizowany w większości placówek, na terenie których prowadzony jest program analizy przebiegu i efektów terapii alkoholizmu „APETA”, przedstawiony w następnych artykułach tego numeru „Alkoholizmu i Narkomanii”. Nie oznacza to oczywiście, że we wszystkich tych placówkach tak samo prowadzi się terapię i że zawiera ona wierne zastosowania przedstawionych powyżej strategii i procedur strukturalizujących sytuacje terapeutyczne. Szczegółowa analiza zakresu w jakim ta koncepcja jest wdrażana w poszczególnych placówkach dokonana będzie w dalszych etapach badań.

Streszczenie

Podstawowe cele psychoterapii zbudowanej w oparciu o psycho-biospołeczny model uzależnienia dotyczą utrzymywania abstynencji, uczenia się trzeźwego życia oraz usuwania zaburzeń i rozwiązywania problemów osobistych. Psychoterapia ukierunkowana jest na zatrzymywanie mechanizmów uzależnienia i na ich rozbijanie oraz na usuwanie czynników aktywizujących te mechanizmy.

Model procesu psychoterapii obejmuje pięć etapów pracy pacjenta nad;

- a) rozpoczynaniem procesu zdrowienia
- b) uznawaniem własnego uzależnienia i powstrzymaniem się od picia

- c) rozbiciem mechanizmów uzależnienia i zapobieganiem nawrotom
- d) zmianą zachowań i sytuacji społecznych pacjenta
- e) rozwiązywaniem problemów osobistych

Dla każdego etapu opracowano zbiór założeń dotyczących strategii postępowania z pacjentem oraz różnego rodzaju procedury i wskazówki kształtujące strukturę sytuacji terapeutycznych. Dla każdego pacjenta, na podstawie postępowania diagnostycznego, terapeuta przygotowuje osobisty plan terapii, w którym zostają określone specyficzne rodzaje problemów pacjenta i cele, które powinien osiągać by te problemy rozwiązywać. Dla każdego celu przygotowuje się zbiór specyficznych zadań, które pacjent będzie realizował, ze wskazaniem terminów. Oprócz samodzielnej pracy indywidualnej pacjenci uczestniczą w spotkaniach grupowych z udziałem terapeuty. Istotną rolę odgrywają oddziaływania behawioralno-poznawcze i trenowanie praktycznych umiejętności. Pacjenci są również zachęceni do udziału w spotkaniach AA i pracy Klubów Abstynenta.

Jerzy Mellibruda

Strategic-structural psychotherapy of dependence

Summary

Main goals of this psychotherapeutic approach based on the psycho-bio-social (PBS) model of dependence are the following: to maintain abstinence, learn to lead life in sobriety, eliminate disorders, and solve personal problems. Psychotherapy is directed at stopping the mechanisms of dependence, „defusing” them, and at elimination of factors activating these mechanisms.

The psychotherapy process model includes five stages of the patient’s work on:

- a) beginning the recovery process,
- b) acknowledging his/her dependence and refraining from drinking,
- c) defusing the dependence mechanisms and preventing relapses,
- d) change of his/her behaviors and social situations,
- e) personal problems solving.

A set of assumptions was developed for each stage, concerning strategies of dealing with the patient, as well as various procedures and guidelines determining the structure of therapeutic situations. On the grounds of the diagnostic assessment a personal plan of therapy is designed by the therapist for each patient separately. In the plan the patient’s problems are specified, as well as goals that should be achieved in order to solve these problems. For each goal a set of specific tasks is developed that the patient is expected to perform according to a specified schedule. In addition to his/her independent individual work each patient participates in group sessions with a therapist. An important role is ascribed here to behavioral-cognitive interventions and to practical skills training. Besides, patients are encouraged to participate in AA meetings and in activities of Abstainer’s Clubs.

Key words: alcohol dependence / psychotherapy