

P r a c e p r z e g l ą d o w e

Potencjał samouzdrawiający osób doświadczających problemów z alkoholem. Przegląd badań nad zjawiskiem samowyleczeń (1990–2004)

Justyna Żulewska

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Self-healing potential of people experiencing alcohol-related problems. Literature review on self-change studies (1990–2004)

Abstract – Introduction. The objective of this article is to provide an overview of the results of studies on natural recovery from alcohol abuse/dependence.

Methodology. The literature review presented here takes into consideration self-change studies which have been published between 1990 and 2004. More specifically, the *Medline* database was searched to identify studies covering an exploration of self-change phenomenon or an identification of factors triggering or maintaining the recovery process.

Results. Taken together, the studies surveyed point out that self-change is a process shaped by personal values and individual beliefs, available resources, social response and a set of unpredictable, but ‘naturally’ occurring events. Negative consequences of drinking tend to trigger self-change, whereas positive life experiences prove to be supporting factors for the maintenance process of recovery.

Key words: natural recovery, factors triggering/maintaining the recovery process

Streszczenie – Wstęp. Celem tego artykułu jest prezentacja wyników badań z lat 1990–2004 dotyczących zjawiska samowyleczenia w przypadku osób uzależnionych bądź nadużywających alkoholu.

Materiał i metody. Dokonano przeglądu badań nad zjawiskiem samowyleczeń wśród osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu, zrealizowanych w latach 1990–2004. Podstawą przeglądu są badania umieszczone w bazie *Medline*, mające na celu wyjaśnienie tego zjawiska lub identyfikację czynników wyzwalających bądź utrzymujących zmiany.

Praca powstała w ramach tematu statutowego IPiN nr 25 „Uwarunkowania konsumpcji alkoholu i innych substancji psychoaktywnych”.

Wyniki. Z badań wynika, że samowyleczenie jest procesem, którego specyficzne cechy kształtują się na podstawie przekonań i wartości jednostki, posiadanych przez nią zasobów społecznych, reakcji społecznych i zbioru nieprzewidywalnych, ale w sposób naturalny pojawiających się wydarzeń. Czynniki wyzwalającymi zmianę są często negatywne konsekwencje picia, natomiast czynnikami podtrzymującymi zmianę pozytywne doświadczenia życiowe.

Słowa kluczowe: remisja samoistna, czynniki wyzwalające/podtrzymujące proces zdrowienia

WSTĘP

Tak jak wiele dróg prowadzi do problemów alkoholowych, tak wiele jest sposobów ich przezwyciężenia (1: 112). Jedną z możliwych strategii jest zwrócenie się o pomoc do profesjonalistów, inną – wykorzystanie wyłącznie źródeł wsparcia poza-instytucjonalnego w najbliższym otoczeniu jednostki czy jej zasobów osobistych. Założenie, że ludzie są w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemami związanymi z alkoholem było przedmiotem badań w tej dziedzinie już od lat sześćdziesiątych (2, 3, 4). Kwestie te mogą być obecnie aktualne jak nigdy dotąd, w związku z procesami zachodzącymi we współczesnym społeczeństwie. *Żyjemy w dobie coraz większego dostępu do pochodzących z różnych źródeł informacji, z których możemy korzystać dokonując życiowych wyborów. Opieka zdrowotna nie stanowi pod tym względem wyjątku. Jednostki w coraz większym stopniu stają się „konsumentami zdrowia”, czynnie dbając o własne zdrowie i samopoczucie. (...) Dziś bardziej niż kiedykolwiek przedtem, ludzie nie chcą poprzestawać na wypełnianiu zaleceń i wysłuchiwanie opinii innych, i chętnie przejmują kontrolę nad własnym życiem, by czynnie je kształtować* (5: 166).

Celem tego artykułu jest prezentacja wyników badań zagranicznych z lat 1990–2004 nad zjawiskiem samowyleczenia w przypadku osób nadużywających bądź uzależnionych od alkoholu.

Analiza ma służyć poznaniu dotychczasowego stanu wiedzy na temat zjawiska samowyleczeń. Poszukiwałam odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czym charakteryzują się osoby, które zdecydowały się poradzić sobie z problemami związanymi z alkoholem bez pomocy specjalistów (płeć, status społeczny, wzór używania alkoholu)?
- Dlaczego osoby doświadczające problemów związanych z alkoholem nie decydują się na skorzystanie z pomocy leczenia uzależnień?
- Jakie czynniki sprzyjają podjęciu decyzji o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia?
- Jakie czynniki wzmacniają proces zdrowienia?

Przegląd podstawowych pojęć

W literaturze anglojęzycznej funkcjonuje wiele terminów określających zjawisko samowyleczeń: *auto-remission* (6), *maturing out* (7), *natural recovery* (8, 9, 10, 11,

12, 13), *natural resolution* (14), *self-change* (15, 16), *self-resolution* (17), *spontaneous remission* (18, 19), *untreated recovery* (20).

W polskiej terminologii medycznej używane są terminy: *remisja samoistna*, *remisja naturalna* oraz *samoistne wyzdrowienie*. Zjawisko to definiowane jest jako: *zaprzeszanie nadużywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, przewyciężenie uzależnienia lub innych problemów, bez korzystania z terapii, bez uczestniczenia w grupach wzajemnej pomocy. (...) Z danych epidemiologicznych wynika, że wiele remisji następuje w sposób samoistny* (21: 84).

Na potrzeby tego artykułu postanowiłam posługiwać się terminem *samowyleczenie*, rozumianym jako *skuteczna zmiana zachowania postrzeganego jako problemowe; proces, do którego skłania motywacja do zmiany oraz siły indywidualne i społeczne, bez udziału lecznictwa czy też innej profesjonalnej interwencji* (1: 93). Termin samowyleczenie nawiązuje do tradycji socjologicznej – najbliższy jest anglojęzycznym terminom takim jak *self-change* czy *self-resolution*, natomiast w polskiej terminologii bliski jest terminowi *samolecznictwo*, stosowanemu przez socjologów medycyny w odniesieniu do najbardziej popularnych metod radzenia sobie z chorobą – domowych sposobów leczenia (22, 23).

Postanowiłam skoncentrować się na osobach uzależnionych bądź nadużywających alkoholu, ponieważ wydaje mi się, że rola czynników społecznych i kulturowych w procesie samodzielnego przewyciężania tego problemu może być szczególnie interesująca z kilku powodów. Jest to zjawisko rozpowszechnione w Polsce, picie alkoholu spotyka się ze stosunkowo dużym przyzwoleniem społecznym, a lecznictwo alkoholowe jest w znacznym stopniu zinstytucjonalizowane; od lat dziewięćdziesiątych można mówić o zcentralizowanym podejściu do rozwiązywania tego problemu. Skutkiem takiego podejścia jest względna dostępność lecznictwa alkoholowego dla osób szukających pomocy w związku z nadużywaniem bądź uzależnieniem.

MATERIAŁ I METODA

Dokonałam przeglądu badań, zrealizowanych w latach 1990–2004, dotyczących samowyleczeń wśród osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu. Podstawą przeglądu są badania umieszczone w bazie *Medline* (hasła: *untreated recovery*, *self-change*, *natural recovery*, *spontaneous remission* oraz *alcohol*). Uzyskałam dostęp do 82 badań, z których wyeliminowałam badania na temat samowyleczeń z uzależnienia od innych substancji lub zaburzeń zachowania (jąkanie się, zaburzenia odżywiania etc.), badania dotyczące *wspomaganych samowyleczeń* (*assisted self-change*) lub konkretnych interwencji w społecznościach lokalnych, a także – artykuły redakcyjne i recenzje książek. Ostatecznie wybrałam 12 badań ściśle odnoszących się do kwestii samowyleczeń z uzależnienia od alkoholu, które miały na celu wyjaśnienie zjawiska, identyfikację czynników wyzwalających zmianę, identyfikację czynników utrzymujących zmianę. W swojej analizie brałam pod uwagę: (a) ramy teoretyczne badania, (b) metodę rekrutacji, (c) przyjęte kryteria nadużywania

lub uzależnienia od alkoholu, (d) przyjętą definicję leczenia, (e) przyjęte kryteria wyzdrowienia, (f) wielkość próby, (g) metodę badań.

WYNIKI BADAŃ NAD ZJAWISKIEM SAMOWYLECZEŃ

Informacje dotyczące samowyleczeń pochodzą z kilku źródeł: podłużnych badań w populacji generalnej; z grup kontrolnych stworzonych z osób oczekujących na leczenie lub badań typu *follow-up* osób, które przerwały leczenie; z wywiadów z osobami nie trafiającymi do leczenia, poszukiwanymi różnymi aktywnymi metodami, np. przez ogłoszenia w mediach, przez metodę kuli śniegowej oraz z oficjalnych rejestrów osób uzależnionych. Można wyróżnić dwa typy badań:

(a) badania kwestionariuszowe na ogromnych próbach reprezentatywnych osób z populacji generalnej, dostarczające wskaźników rozpowszechnienia i informacji ogólnych dotyczących samowyleczeń,

(b) badania rekrutujące respondentów poprzez ogłoszenia w mediach lub realizowane metodą kuli śniegowej, koncentrujące się na procesie zdrowienia i czynnikach, jakie na ten proces wpłynęły.

Charakterystyka badań – kwestie metodologiczne

Badacze przyjmują różne kryteria stopnia zaawansowania problemów alkoholowych doświadczanych przez respondentów. Sześć z analizowanych badań dotyczyło osób w przeszłości uzależnionych od alkoholu (10, 12, 24, 25, 26, 27), w sześciu mówiono o nadużywaniu lub uzależnieniu od alkoholu (6, 9, 11, 13, 18, 28). Najczęściej respondenci diagnozowani byli zgodnie z kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III lub IV) (8, 11, 25, 26, 27). W niektórych badaniach stosowano również kryteria Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10) (12), kwestionariusze diagnostyczne (ADS - Alcohol Dependence Syndroms) (13, 24) lub opierano się na subiektywnej ocenie respondenta (6, 9, 10, 18).

Wiele problemów przysparza definicja leczenia. Dyskusja wśród badaczy dotyczy liczby sesji, które mają wpływ terapeutyczny (jedno–dwa spotkania w grupie samopomocowej lub pierwsza, wstępna sesja w poradni alkoholowej) oraz skuteczności takich form pomocy jak krótkie interwencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, interwencje osób duchownych czy kampanie społeczne (np. na rzecz rzucenia palenia). Zdefiniowanie leczenia, określenie *how little treatment is treatment*, jest często kwestią arbitralnej decyzji podejmowanej przez badacza (1).

W niektórych badaniach nad samowyleczeniami nie traktowano jako interwencję leczniczą:

- minimalnej interwencji leczniczej, jeśli respondent twierdzi, że nie miała ona żadnego wpływu na jego wyzdrowienie;
- ostrzeżenia lekarza;
- detoksykacji nie związanej z poradnictwem;
- leczenia szpitalnego nie związanego z korzystaniem z pomocy terapeutów;

- pięciu spotkań w poradni pomocy psychologicznej, nie specjalizującej się w leczeniu uzależnień;
- od jednej do trzech sesji ambulatoryjnych (pierwsza jest zwykle diagnostyczna i orientacyjna) w poradni alkoholowej,
- od jednego do dziewięciu spotkań w grupie samopomocowej.

Przykładowe kryteria leczenia stosowane przez badaczy

Zdaniem Granfielda i Clouda leczeniem jest: leczenie w ramach instytucji lub przez osoby, które zajmują się leczeniem problemów alkoholowych (lecznictwo ambulatoryjne, stacjonarne, farmakologiczne, grupy samopomocowe, poradnictwo alkoholowe, zajęcia dla sprawców „alkoholowych” wykroczeń drogowych, krótkie interwencje stosowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej).

Leczeniem nie są: ostrzeżenia przyjaciół, krewnych i lekarza, detoksykacja nie związana z korzystaniem z pomocy terapeutycznej, dwa spotkania w grupie samopomocowej (10).

Zdaniem Copelanda leczeniem jest: leczenie (stacjonarne lub ambulatoryjne) oraz psychoterapia zaburzeń współwystępujących w ciągu dwóch lat poprzedzających wyzdrowienie lub w ciągu roku po wyzdrowieniu.

Leczeniem nie są: dwa spotkania w grupie samopomocowej, detoksykacja lub leczenie szpitalne nie związane z korzystaniem z pomocy terapeutycznej (29).

Zdaniem Humphreysa (24) grupy samopomocowe nie powinny być traktowane jako leczenie, ponieważ:

- mogą stanowić naturalne zasoby społeczności lokalnej,
- są bardziej sposobem na życie niż leczeniem,
- tego typu pomoc nie wymaga żadnych licencji ani nie wykorzystuje funduszy publicznych.

Przez wyzdrowienie badacze zwykle rozumieją nie spełnianie (przynajmniej przez rok) kryteriów uzależnienia (26, 27), w niektórych przypadkach również kryteriów nadużywania alkoholu czy picia szkodliwego (według British Medical Association) (8, 12, 24). Niektórzy badacze uznają abstynencję za jedyne kryterium wyleczenia (9), inni dopuszczają używanie alkoholu w sposób umiarkowany (6, 11, 18).

W większości badań objętych analizą stosowano metodę rekrutacji przez media (*media sampling*), głównie poprzez ogłoszenia prasowe (6, 8, 9, 13, 18, 25, 27, 28). Inną metodą rekrutacji był dobór wyselekcjonowanych respondentów z badań reprezentatywnych w populacji generalnej (11) lub spośród grupy osób, które poddały się detoksykacji lub zgłosiły do poradni alkoholowej (24). Niektórzy badacze łączyli różne metody rekrutacji: przez media i z badań w populacji generalnej (12, 26) oraz przez media i metodą kuli śnieżkowej (10). Wstępnej selekcji zwykle dokonywano w krótkim wywiadzie telefonicznym, po którym (jeśli respondent spełniał kryteria badania) przeprowadzano bezpośredni wywiad indywidualny.

Klingemann (6) pisze, że rekrutacja poprzez media (w przeciwieństwie do metody kuli śnieżkowej) pozwala uniknąć doboru osób z zamkniętych subkultur, natomiast skrzywień związanych z selekcją można uniknąć korzystając z szerokiego za-

kresu tytułów, w których zamieszcza się ogłoszenia. Rumpf i koledzy (12) porównywali osoby uzależnione od alkoholu rekrutowane przez media ($n=176$) z tymi, wyselekcjonowanymi z badań w populacji generalnej ($n=32$). Badani nie różnili się pod względem zmiennych socjodemograficznych, poza nieco wyższymi wskaźnikami bezrobocia oraz wyższym poziomem wykształcenia w grupie rekrutowanej przez media. Średni czas remisji wynosił 6,8 lat dla grup rekrutowanych przez media i 9,0 dla tych z populacji generalnej. W grupie rekrutowanej przez media znacznie wyższy był odsetek abstynentów – 82,7% (z populacji generalnej – 18,2%), osoby te podejmowały decyzję o zaprzestaniu lub ograniczeniu używania alkoholu na bardziej zaawansowanym etapie uzależnienia (czas uzależnienia w tej grupie – 10,2 lat, z populacji generalnej – 5,9), doświadczały więcej problemów zdrowotnych w okresie uzależnienia. Duma była dla nich ważnym powodem unikania leczenia, częściej też uważali, że leczenie pochłania zbyt dużo czasu i wysiłku.

Wielkość próby w badaniach objętych niniejszym przeglądem wahała się od 38 (badania jakościowe) do 221 osób (wybranych z 4 badań ankietowych w społeczności lokalnej), średnio wynosiła 111 osób.

Niektórzy badacze uzyskali potwierdzenie danych zebranych od informatorów wskazanych przed respondentą (*collaterals*). Rzadko było to kryterium włączające do badania ze względu na możliwość skrzywienia próby w kierunku osób, których więzi społeczne były na tyle stabilne, że przetrwały zarówno okres uzależnienia, jak i zdrowienia.

Charakterystyka zjawiska samowyleczeń

Powody podjęcia decyzji o samowyleczeniu oraz powody nie zwracania się o pomoc do profesjonalistów

Lubię sam trzymać ster; Naprawdę czułam, że mogę to zrobić sama (...) znam też ludzi, którzy przestali po prostu dlatego, że nie chcieli już pić nigdy więcej (9) – to wypowiedzi osób, które zdecydowały się na abstynencję w związku z doświadczaniem poważnych problemów alkoholowych. Jednak Sobell pisze o tym, że na decyzję o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia nie składają się wyłącznie racjonalne pobudki – bardziej istotne są powody emocjonalne (np. strach o siebie lub innych) (28).

Dlaczego jednak decyzja o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia nie wiąże się z próbami poszukiwania pomocy specjalistycznej? Niektórzy badacze mówią o przeszkodach w podjęciu leczenia (*barriers to treatment*). Tucker opisuje powody nie szukania leczenia wśród badanych przez niego osób uzależnionych od alkoholu, które utrzymywały abstynencję od minimum 3 lat (średnio sześć lat). Wymieniane przez niego przeszkody (bariery) to: wstyd (66%), lęk przed stygmatyzacją, etykietką alkoholika (63%), negatywny stosunek do leczenia (53%), niechęć do dzielenia się z innymi problemami osobistymi (58%), koszty związane z leczeniem (13%). Co ważne, wszyscy respondenci przyznali, że w okresie przezwyciężania uzależnienia, leczenie profesjonalne było dla nich dostępne (13). Wśród osób doświadczających pro-

blemów alkoholowych, badanych przez Klingemanna, 85% znalazło przynajmniej jedną placówkę leczenia uzależnień. Blisko 17% respondentów wymieniło stygmatyzację jako powód nie skorzystania z pomocy profesjonalistów (6). Analizowano też powody nie skorzystania z grup samopomocowych (przez wielu badaczy również traktowanych jako rodzaj leczenia) – nadmiar pierwiastka duchowego, trudności w identyfikacji z „typowymi historiami AA”, odmowa przyjęcia etykiety alkoholika, niechęć do uznawania abstynencji jako celu leczenia oraz brak akceptacji dla filozofii bezsilności (9, 29).

Przeszkody w podjęciu leczenia nie dla wszystkich są problemem – niektórzy po prostu w ogóle go nie szukają (11). Klingemann (6) wskazuje, że wśród osób doświadczających problemów alkoholowych 30% jako powód samoleczenia podało: posiadanie wystarczająco silnej woli na przeprowadzenie tej zmiany samodzielnie, chęć zrobienia tego na swój sposób oraz perspektywę odczuwania dumy i zadowolenia z tego, że próba ta zakończy się sukcesem.

Czynniki wyzwalające proces zdrowienia

Mechanizmy wyzwalające to czynniki interpersonalne oraz środowiskowe, które miały wpływ na podjęcie próby zerwania z uzależnieniem (24: 428). Według Humphreysa czynnikami wyzwalającymi proces zdrowienia, nawet w przypadku znacznego zaawansowania uzależnienia, mogą być negatywne konsekwencje picia. Osoby takie mogą też być bardziej skłonne do wybierania abstynencji (24). Wśród negatywnych konsekwencji wielu badaczy wymienia: problemy zdrowotne związane z piciem, brak wsparcia społecznego – problemy z rodziną lub z przyjaciółmi, problemy związane z pracą, problemy finansowe oraz prawne (6, 13, 24). Innym powodem mogą też być myśli samobójcze (6).

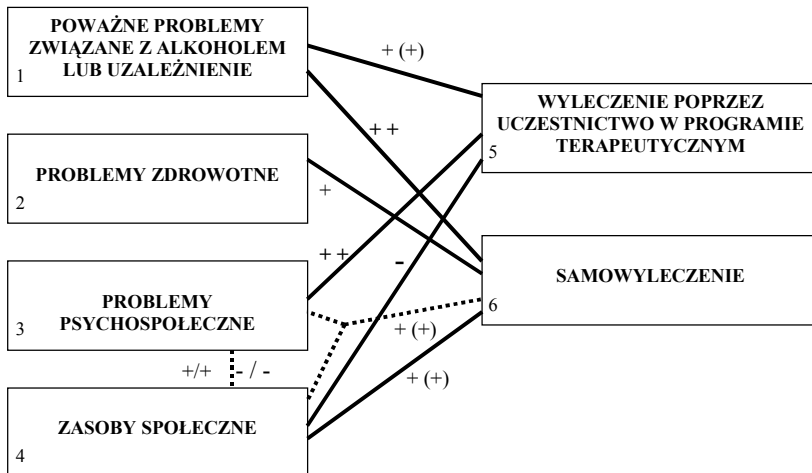
Nie wszyscy jednak wymieniają wyłącznie czynniki negatywne. Burman (9) pisze o wzmacniającym znaczeniu wiedzy o tym, że innym udało się taką zmianę przeprowadzić. Humphreys pisze o swoistym wyrastaniu z uzależnienia, o osiągnięciu dojrzałości (24). Zdaniem Granfielda wiele osób zdecydowało się zerwać z uzależnieniem ze względu na ich zobowiązania wobec innych (10). Istotna jest też rola emocji. Wiele osób obawiało się faktu, że ich uzależnienie wyjdzie na jaw. Ten strach powstrzymywał ich od eskalacji uzależnienia, był też czynnikiem wyzwalającym decyzję o zmianie (10, 28).

Zwykle respondenci mówili o podjęciu świadomej decyzji przerwania picia, którą wywołał jeden poważny kryzys albo seria drobnych trudnych zdarzeń. Mówili też o tym, że mieli zbyt dużo do stracenia, bali się o siebie (*moje picie prowadziło do niebezpiecznych sytuacji*) lub o innych (*nie umiałbym żyć ze świadomością, że kogoś zraniłem albo zabiłem*), chcieli być przykładem dla swoich dzieci, chcieli dotrzymać obietnicy danej sobie lub Bogu (9).

Badacze wskazują, że tzw. „sięgnięcie dna” (i odbicie się od niego) nie jest jedynym sposobem na przerwanie uzależnienia. Można zidentyfikować grupę, u której mechanizmem wyzwalającym były znaczące zmiany w życiu lub wydarzenia pozy-

tywne (ciąża, doświadczenia religijne) (6, 9, 10). Niektóre osoby podejmują tę decyzję na wczesnym etapie zaawansowania uzależnienia, czasem pod wpływem osób dla nich znaczących. Są tacy, którzy wychodzą z uzależnienia w sposób harmonijny i trudno w ich przypadku zidentyfikować specyficzny punkt zwrotny (6).

Sobell i koledzy porównywali 4 grupy osób: samowyleczonych utrzymujących abstynencję, samowyleczonych pijących w sposób umiarkowany, tych, którzy przeszli leczenie i utrzymują abstynencję oraz używających alkoholu w sposób problemowy (grupa kontrolna). Analiza statystyczna nie wykazała znaczących różnic dotyczących doświadczeń życiowych pomiędzy badanymi grupami. Wydaje się, że u osób uzależnionych od alkoholu doświadczenia te są podobne, bez względu na to czy uzależnienie zostało potem przezwyciężone, czy też nie. Przeprowadzono również jakościową analizę wywiadów. Zdaniem badaczy to nie doświadczenia życiowe wywołują zmianę, a raczej ocena poznawcza (proces ważenia plusów i minusów oraz konstatacja, że korzyści z kontynuowania picia jest mniej niż negatywnych konsekwencji). Stąd wyniki niektórych badań wskazujące na pozornie błahе wydarzenia, które wydawały się być czynnikiem wywołującym zmianę – są one kroplą przeważającą szalę w procesie decyzyjnym. Wobec tego należy raczej mówić o procesie zmiany, niż o reakcji na jakies konkretne wydarzenie, choć czasem sama decyzja przychodzi nagle (25). Natomiast Tucker (powtórzył badania Sobell, umieszczając te czynniki w szerszym kontekście) stwierdził, że nie ma takiego doświadczenia



Rys.1. Model czynników wyzwalających przezwyciężenie uzależnienia od alkoholu zakładający pozytywne (+) lub negatywne (-) wpływy. Model powstał w wyniku porównania osób, które przezwyciężyły uzależnienie samodzielnie lub z pomocą profesjonalistów z tymi, które kontynuują picie w sposób przynoszący problemy. Linie przerywane wskazują wpływ na samowyleczenie, jeśli zarówno problemy psychosocjalne, jak i zasoby posiadane przez jednostkę są wysokie (++) lub niskie (-/-) (30).

Factors contributing to natural recovery from alcohol abuse/dependence.

1. Serious alcohol problems or dependence, 2. Health problems, 3. Psychosocial problems, 4. Social capital, 5. Recovery thanks to treatment, 6. Self-change

lub grupy doświadczeń życiowych, które typowo wpływają na wyleczenie, jednak są wydarzenia, które w szerszym kontekście mogą być czynnikiem wywołującym zmianę. Długoterminowa zmiana jest wynikiem krótko- i długoterminowych wpływów, które pojawiają się na przestrzeni kilku lat, zązębiają się i mają efekt zarówno motywujący, jak i stabilizujący (13).

Bischof i koledzy (30) stworzyli model opisujący czynniki wyzwalające proces przezwyciężenia uzależnienia od alkoholu (rys.1). Zdarzenia wyzwalające samowyleczenie, zaawansowanie i przewlekłość problemów alkoholowych lub uzależnienia są czynnikami, na podstawie których można przewidzieć, czy proces zdrowienia będzie odbywać się samoistnie czy też przy udziale leczenia. Problemy alkoholowe muszą osiągnąć pewien poziom, zanim jednostka zacznie rozważać zmianę wzoru picia. Osobną kwestią są problemy zdrowotne, które głównie towarzyszą samowyleczeniom. W przypadku problemów psychospołecznych, ich znaczne nagromadzenie będzie sprzyjać poszukiwaniu pomocy specjalistycznej. Wydaje się jednak, że występuje interakcja pomiędzy problemami psychospołecznymi a posiadanymi przez jednostkę zasobami. Wśród osób samodzielnie przezwyciężających uzależnienie, a doświadczających problemów psychospołecznych, konieczny jest minimalny poziom wsparcia społecznego, aby próba samowyleczenia zakończyła się sukcesem. W przypadku zasobów psychospołecznych, badacze twierdzą, że może tu występować negatywny związek z korzystaniem z leczenia i silny pozytywny związek z samowyleczeniami (30).

Strategie zdrowienia

Osoby decydujące się na samowyleczenie nierzadko rozwijają własne strategie zmierzające do zaprzestania lub ograniczenia picia. W tym celu wykorzystują własne doświadczenia związane z wcześniejszym wychodzeniem z uzależnienia od innych substancji np. nikotyny (od mocnego piwa, przez lekkie piwo do abstynencji) (9). Starają się „oszukiwać czas” i dają sobie tylko trochę czasu: 4 tygodnie, potem

Przykład własnej strategii: „sztuczka z butelką” (15)

OK – powiedziałam sobie jakieś trzy, cztery lata temu – dłużej tak być nie może. Podjęłam decyzję, chcę pisać, być dziennikarzem, i nie uda mi się to, jeśli będę dalej pić. Nie mogę pisać, kiedy piję. Wyjęłam butelkę whisky i powiedziałam sobie: musi być jakiś sposób. Długo patrzyłam na tę butelkę i wpadłam na pomysł. I wtedy zaczęłam – pierwszego dnia zrobiłam sobie małego drinka, małą szklaneczkę, jak zwykle. Wlałam sobie z pełnej butelki, a do butelki dolałam wody, małą szklaneczkę wody. I tak codziennie, codziennie piłam szklaneczkę, dwie, trzy i dolewałam wody do butelki, aż do momentu, gdy w butelce była tylko woda... Ale smak whisky był ciągle w butelce, więc codziennie nalewałam sobie szklaneczkę lub dwie, aż do momentu, gdy została już naprawdę tylko woda. I jako substytut piłam i to, wyobrażając sobie, że to whisky – i tak to było w moim przypadku. (...) Jakiś rok temu zupełnie przestałam. Już nie używam ani butelki ani szklaneczek. (Yvonne, 54)

2 miesiące, potem pół roku, potem rok... (9, 18). Jedni mówią innym o swoich planach (9), drudzy utrzymują je w sekrecie, bo wielokrotnie ponieśli porażkę (18), piszą pamiętniki, starają się pamiętać o negatywnych konsekwencjach picia alkoholu, unikać dawnego trybu życia, poszukiwać nie-alkoholowych aktywności i hobby, zmienić środowisko (9). Proces zmiany może rozpocząć się w odosobnionym miejscu (farma, statek, wyspa) i dopiero po jakimś czasie dochodzi do zmiany otoczenia (pracy, mieszkania czy choćby drogi do domu) i do zlikwidowania pozostałości nałogu (usunięcia z domu z butelek, korków, kapsli) (18).

Czynniki wzmacniające proces zdrowienia

Czynniki wzmacniające to cechy środowiskowe i osobiste, które współwystępują w procesie zmiany zachowania alkoholowego i wpływają na konsolidację dokonanej zmiany (24: 428). Granfield i Cloud piszą, że być może negatywne wydarzenia w życiu wspomagają podjęcie decyzji, a pozytywne ją umacniają i pomagają utrzymać (10).

Klingemann wyróżnia trzy stadia utrwalania decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu picia. Pierwszy etap to zwiększające się zaufanie do samego siebie, przejawiające się w zdolności do samokontroli, a osiągnięte poprzez uczestniczenie w sytuacjach ryzykownych i testowanie strategii radzenia sobie. O roli samokontroli piszą też inni autorzy (13, 24). Drugi etap utrwalania decyzji przejawia się zwiększeniem liczby wzmocnień związanych z nowym sposobem życia: znalezienie satysfakcjonującej pracy, zmiana mieszkania, poczucie, że można nadrobić stracony czas. Otoczenie obserwuje taką osobę i często reaguje wzrastającym wsparciem (*nawet barmanka z dawnego baru*). Na dużą rolę wsparcia społecznego na tym etapie zmiany wskazują też inni badacze (10, 13, 24). Tucker i koledzy stwierdzili, że choć statystyczna analiza wydarzeń życiowych nie wykazała szczególnej wagi czynników interpersonalnych, jakościowa analiza wywiadów ujawniła, że respondenci postrzegali swoich partnerów, rodziny lub przyjaciół jako integralną część ich zdrowienia (13). Trzeci etap utrwalania decyzji, wyróżniony przez Klingemanna, to internalizacja nowych ról społecznych i odnalezienie sensu w życiu (18).

Inne czynniki wzmacniające proces zdrowienia to zaangażowanie religijne, zmiany aktywności towarzyskiej, nowe sposoby spędzania wolnego czasu (13) oraz lepszy stan zdrowia (13, 24).

Niektórzy badacze opisują czynniki utrwalające wprowadzoną w życie zmianę o przerwaniu lub ograniczeniu picia w kategoriach uruchamiania dostępnego danej osobie kapitału społecznego (8, 10), czasem ujmowanego jeszcze szerzej jako *kapitał zdrowotny* (*recovery capital*) (20, 31). Koncepcję *kapitału zdrowotnego* warto zaprezentować na przykładzie wyników badań Granfielda i Clouda. Badacze wskazują, iż w procesie zdrowienia nastąpiło ponowne zaangażowanie się w życie instytucjonalne związane z pracą, szkołą, religią i rodziną oraz rozwój silnych więzi społecznych. Wiele czynników w życiu respondentów wpłynęło na tworzenie i utrzymywanie tych zasobów. Jednym z nich był poziom stabilizacji życia przed i w trak-

cie trwania nałogu. Badani w okresie uzależnienia nie popełniali przestępstw ulicznych, nie prostytuowali się, nie dokonywali aktów przemocy. Pomimo różnych problemów byli w stanie utrzymać pracę, która stanowiła zaplecze instytucjonalne, była też źródłem znajomości z ludźmi nie związanymi z nałogiem oraz zapewniała stabilność finansową. Im wyższy poziom stabilizacji tym wyższe prawdopodobieństwo, że osoba była w stanie przezwyciężyć uzależnienie własnymi siłami. Kolejnym czynnikiem wymienionym przez badaczy były związki i przyjaźnie. Rodzina i przyjaciele odgrywali bardzo ważną rolę w procesie zdrowienia i bez ich wsparcia nie byłoby to prawdopodobnie możliwe. Uzależnieni często jednak testowali granice cierpliwości rodziny i przyjaciół. Jeśli ich nie przekroczyli mogli liczyć na wsparcie. Wsparcie nie polegało tylko na wysłuchaniu i udzielaniu dobrych rad, ważne było też poczucie przynależności, świadomość, że jest ktoś, komu zależy. Przyjaciele mogą być czymś w rodzaju pomostu – *otwierają właściwe drzwi we właściwym momencie*. Pomagają w znalezieniu pracy, ponieważ są w stanie uwierzyć w trwałość decyzji o zmianie. Dla młodszych respondentów dużym wsparcie okazywali się też rodzice, pomagając w wyrwaniu się ze środowiska, w czasowym zamieszkaniu u innych krewnych, w finansowaniu przerwanej edukacji itd. Dzięki posiadanemu kapitałowi prozdrowotnemu reintegracja społeczna respondentów przebiegała w sposób bardziej łagodny (10).

Charakterystyka osób, które przezwyciężyły uzależnienie bez pomocy profesjonalistów

Status społeczny

Niektórzy badacze wskazują, że osoby, które samodzielnie przezwyciężyły uzależnienie mają bardziej stabilną sytuację społeczną czy też dostęp do większej ilości zasobów: mają pracę, pozostają w związkach małżeńskich, pomimo doświadczanych problemów i zdiagnozowanego uzależnienia konsumpcja alkoholu kształtuje się u nich na niższym poziomie, niż u osób korzystających z leczenia (11, 25). Często też zajmują stanowiska wymagające profesjonalnych kwalifikacji, włączając w to prawników, inżynierów czy lekarzy. Poza tym wielu respondentów, pomimo nadmiernego picia alkoholu (*heavy drinkers*), potrafiło utrzymać pracę i uniknąć konfliktów z wymiarem sprawiedliwości – w pewnym stopniu prowadzili podwójne życie (10).

Jedną z możliwych interpretacji tego stanu rzeczy podaje Humphreys. Ponieważ problemowe używanie alkoholu jest mniej rozpowszechnione wśród osób o wyższym statusie, mogą one uznać swoje picie za szkodliwe na wcześniejszym etapie rozwoju uzależnienia. Nie można rozwiązać problemu bez stwierdzenia, że ten istnieje, a osoby lepiej wykształcone wydają się dostrzegać to wcześniej. Wczesne dostrzeżenie problemu ułatwia im uzyskanie wsparcia, mają też dzięki temu większą możliwość wyboru wzoru używania (24). Podobnie uważa Russel, który pisze: *ich wzory konsumpcji były mniej dokuczliwe dla otoczenia i dzięki temu ich otoczenie społeczne pozostało bardziej stabilne* (11: 1432).

Płeć

Niewielu badaczy podjęło próbę różnicowania zjawiska samowyleczeń ze względu na płeć badanego. Klingemann twierdzi, że kobiety są bardziej skłonne do szukania leczenia profesjonalnego i mają wyższą motywację do przewyciężenia nałogu. Wskaźniki rezygnacji z terapii są jednak również wyższe w przypadku kobiet (32). Copeland (29) wymienia typowe dla kobiet przeszkody w podjęciu leczenia: męską dominację w placówkach i grupach terapeutycznych oraz trudności w znalezieniu opieki nad dziećmi w czasie leczenia. Wszystkie badane знаły przynajmniej jedną placówkę terapeutyczną – głównie ośrodki stacjonarne lub prywatną praktykę psychologiczną bądź psychiatryczną. Bischof i koledzy (26) wykazali, iż uzależnione od alkoholu kobiety były mniej skłonne do dzielenia się z innymi informacją o doświadczanych problemach, niż mężczyźni. W procesie zdrowienia doświadczały mniej presji ze strony otoczenia, ale też mniej wsparcia ze strony partnera. Jak sugerują badacze, może mieć to związek z faktem, że kobiety doświadczające problemów z powodu alkoholu, często żyją w związkach z partnerem również nadużywającym alkoholu. Poza tym wydaje się, że na poziomie społeczności problemy alkoholowe kobiet są ignorowane tak długo, jak to tylko możliwe.

Wzór używania alkoholu

Wyróżniono trzy najczęściej pojawiające się sposoby rozwiązywania problemów alkoholowych: pierwszy to zachowywanie stabilnej abstynencji; drugi – zachowywanie abstynencji w początkowym okresie, a następnie przejście do picia umiarkowanego; trzeci – stopniowe ograniczanie konsumpcji, aż do momentu osiągnięcia stabilnego poziomu umiarkowanego picia (14).

Humphreys cytuje badania z początku lat osiemdziesiątych (Vaillant oraz Armor i Meshkoff), które wskazują, że osoby z wyższym statusem socjoekonomicznym i mniejszym zaawansowaniem problemu powracają do picia umiarkowanego, natomiast osoby z niższym statusem socjoekonomicznym i bardziej zaawansowanym problemem wybierają abstynencję (24). Burman dotarła do osób w fazie stabilnej abstynencji: *kiedy już podjęli decyzję, abstynencja była ich jedynym celem, wielokrotnie wcześniej próbowali ograniczyć picie alkoholu i ponosili porażki* (9: 57). Klingemann sugeruje, że osoby korzystające z pomocy profesjonalistów częściej decydują się na abstynencję, natomiast osoby podejmujące samodzielną walkę z nałogiem częściej powracają do picia kontrolowanego (1).

DYSKUSJA I WNIOSKI

Proces wychodzenia z uzależnienia jest opisywany jako zmiana trwająca w czasie, której specyficzne cechy kształtują się na podstawie przekonań i wartości jednostki, posiadanych przez nią zasobów społecznych, reakcji społecznych i zbioru nieprzewidywalnych, ale naturalnie pojawiających się wydarzeń.

Z przedstawionych badań wynika, że wiele dróg prowadzi do zdrowia, a samoistne wyzdrowienie jest jedną z nich. Jest jednak kilka powodów, które sprawiają, że wiele osób, nawet specjalistów uzależnień, nie wierzy w powodzenie tego typu zmiany. Przede wszystkim osoby doświadczające najpoważniejszych problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych są jednocześnie najbardziej widoczne i na nich skupiona jest uwaga profesjonalistów – zarówno naukowców, jak i praktyków. Istotnym powodem jest też traktowanie uzależnienia jako choroby progresywnej i nieodwracalnej. Spór dotyczy tego czy można, doświadczając problemów alkoholowych, powrócić do picia kontrolowanego. Z przedstawionych badań wynika, że wiele osób, które poradziły sobie z alkoholem samodzielnie powróciło do picia w bezpieczny sposób.

Celem artykułu była prezentacja obecnego stanu wiedzy dotyczącego zjawiska samowyleczeń. Zainteresowanie badaczy tą problematyką rośnie, czego rezultatem jest coraz większa liczba publikacji na ten temat w ostatnich latach. Jednak nie jest ich wystarczająco dużo, aby znaleźć wyczerpujące odpowiedzi na postawione w artykule pytania badawcze. Przeciwnie – każda z publikacji rodzi nowe pytania.

Badacze ciągle jeszcze nie znaleźli odpowiedzi na pytanie, co różni osoby przewyciężające problemy z alkoholem samodzielnie, od tych korzystających z pomocy specjalistycznej. Zaledwie kilka artykułów prezentowało wyniki analizy porównawczej osób leczonych profesjonalnie i tych, które samodzielnie przewyciężyły uzależnienie. W niektórych z dotychczasowych badań kryteria włączenia do badania nie były wystarczająco klarowne: łączono grupy osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu; nie stosowano kryteriów diagnostycznych uzależnienia; nie uwzględniano poziomu konsumpcji innych substancji psychoaktywnych w okresie po wyleczeniu. Problemem metodologicznym pozostaje łączenie w badaniach osób poddawanych jakiejś formie leczenia w przeszłości z tymi, które nigdy do leczenia nie trafiły oraz stosowanie różnych definicji leczenia. Istnieją osoby, które korzystały z leczenia, ale nie zahamowało to rozwoju uzależnienia – natomiast po upływie jakiegoś czasu przewyciężyły nałóg własnymi siłami. Pozostaje pytanie czy można ten rodzaj zmiany nazywać samowyleczeniem.

Badacze nie rozstrzygnęli jeszcze, czy samowyleczeni doświadczali mniej poważnych problemów z alkoholem, niż osoby poszukujące i korzystające z leczenia oraz w jakim stopniu podjęcie decyzji o zmianie jest związane z konkretnymi doświadczeniami życiowymi (pozytywnymi lub negatywnymi), a w jakim – z długotrwałym procesem poznawczym uwzględniającym korzyści z ograniczenia lub przerwania picia.

Badania nad zjawiskiem samowyleczeń poszukują odpowiedzi na pytanie szczególnie ważne z perspektywy terapeuty uzależnień – *dlaczego osoby doświadczające problemów z alkoholem nie decydują się na podjęcie leczenia*. Wyniki badań wskazują, że termin „alkoholik” ciągle ma stygmatyzujący charakter, a co za tym idzie – obraz instytucji terapeutycznych pozostaje negatywny w świadomości części potencjalnych klientów. Sytuację utrudniają mity związane z uzależnieniem funkcjonują-

ce w społeczeństwie, brak wiedzy o możliwościach leczenia albo błędne wyobrażenia na temat oferty terapeutycznej. Lecznictwo może przeciwdziałać temu zjawisku poprzez poszerzanie oferty terapeutycznej, dostosowanie leczenia do potrzeb pacjenta czy zwiększanie dostępności. Istotne są też, funkcjonujące w społeczeństwie, wyobrażenia na temat alkoholu i problemów z tym związanych, szczególnie w najbliższym otoczeniu osoby rozważającej wyjście z uzależnienia. Możliwość skorzystania z zasobów tkwiących w społeczeństwie – określanych przez badaczy jako *kapitał zdrowotny* – wyznacza szanse, zarówno osób zdecydowanych na samodzielną walkę z uzależnieniem, jak i tych, które potrzebują pomocy profesjonalistów, na dobre funkcjonowanie w ramach naturalnych więzi w rodzinie i społeczności.

Interesującą kwestią jest pytanie czy strategie zdrowienia, stosowane przez osoby samodzielnie przezwyciężające problemy z alkoholem, mogą być wykorzystane w kampaniach społecznych zachęcających do przerywania lub ograniczenia picia oraz w terapii uzależnień. Próby wykorzystania wyników badań nad samowyleczeniami w kampaniach profilaktycznych dotyczących narkotyków, alkoholu i nikotyny przeprowadzono w Szwajcarii w latach dziewięćdziesiątych (1).

PIŚMIENNICTWO

1. Klingemann H, Sobell L, Barker J i wsp. (2001) Promoting Self-change from Problem Substance Use. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment. Kluwer Academic Publishers.
2. Drew LRH (1968) Alcoholism as a self-limiting disease. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, 956–967.
3. Kendell RE, Stanton MC (1966) The fate of untreated alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 30–41.
4. Kissin B, Rossenblatt SM, Machover K (1968) Prognostic factors in alcoholism. *Psychiatric Research Reports*, 24, 22–43.
5. Giddens A (2004) *Sociologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Klingemann H (1991) The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86 (6), 727–744.
7. Labouvie E (1996) Maturing out of substance use: selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 457–476.
8. Bischof G, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U (2003) Types of natural recovery from alcohol dependence: a cluster analytic approach. *Addiction*, 98 (12), 1737–1746.
9. Burman S (1997) The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41–61.
10. Granfield R, Cloud W (2001) Social context and “natural recovery”: the role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use and Misuse*, 36 (11), 1543–1570.
11. Russel M, Peirce RS, Chan AW, Wiczorek WF, Moscato BS, Nochajski TH (2001) Natural recovery in a community-based sample of alcoholics: study design and descriptive data. *Substance Use and Misuse*, 36 (11), 1417–1441.

12. Rumpf HJ, Bischof G, Hapke U, Meyer C, John U (2000) Studies on natural recovery from alcohol dependence: sample selection bias by media solicitation? *Addiction*, 95 (5), 765–775.
13. Tucker JA, Vuchinich RE, Gladsjo JA (1994) Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (4), 401–411.
14. King MP, Tucker JA (2000) Behavior Change Patterns and Strategies Distinguishing Moderation Drinking and Abstinence During the Natural Resolution of Alcohol Problems without Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 1, 48–55.
15. Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S (2002) Self-change and dual recoveries among individuals with alcohol and tobacco problems: current knowledge and future directions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26 (12), 1936–1938.
16. Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB (1998) Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups. *Addictive Behaviors*, 23, 399–404.
17. Finfgeld DL (1998) Self-resolution of alcohol problems as a process of investing and re-investing in self. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34 (3), 5–15.
18. Klingemann H (1992) Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *International Journal of the Addictions*, 27 (12), 1359–1388.
19. Walters GD (2000) Spontaneous remission from alcohol, tobacco, and other drug abuse: seeking quantitative answers to qualitative questions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (3), 443–460.
20. Klingemann H (2001) Natural recovery from alcohol problems. W: Hether N, Peters TJ, Stockwell T (red.) *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 649–662.
21. Światowa Organizacja Zdrowia (1997) *Leksykon terminów. Alkohol i Narkotyki*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
22. Piątkowski W (2002) Zdrowie jako zjawisko społeczne. W: Barański J, Piątkowski W (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
23. Sokołowska M (1980) *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
24. Humphreys K, Moos RH, Finney JW (1995) Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors*, 20 (4), 427–441.
25. Sobell LC, Sobell MB, Toneatto T, Leo GI (1993) What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 17 (2), 217–224.
26. Bischof G, Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U (2004) What triggers remission without formal help from alcohol dependence? Findings from the TACOS study. W: Resenqvist P, Blomqvist J, Koski-Jännes A, Öjesjö L (red.) *Addiction and life course*. NAD Publication 44, 85–102.
27. Bischof G, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U (2000) Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24 (12), 1773–1777.

28. Sobell LC, Klingemann HK, Toneatto T, Sobell MB, Agrawal S, Leo GI (2001) Alcohol and drug abusers perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: computer assisted content analysis. *Substance Use and Misuse*, 36 (11), 1467–1500.
29. Copeland J (1995) *A qualitative study of self-managed change in substance dependence among women*. National Drug and Alcohol Research Centre, Technical Report Number 24.
30. Bischof G, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U (2000) Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (6), 783–786.
31. Cloud W, Granfield R (2004) A life course perspective on exiting addiction: the relevance of recovery capital in treatment. W: Resenqvist P, Blomqvist J, Koski-Jännes A, Öjesjö L (red.) *Addiction and life course*. NAD Publication 44, 185–202.
32. Klingemann H (1992) *Gender-specific factors in natural recovery from heroin and alcohol use – a review of the literature*. Paper presented at the 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Toronto, Canada.

Adres do korespondencji

Justyna Żulewska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel. +48 (22) 45 82 779, e-mail: zulewska@ipin.edu.pl