

Dr Marcin Stradowski

PEDAGOGIUM

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie

## **Wielowymiarowa terapia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków jako wychowanie do wolności i odpowiedzialności**

### **Wstęp**

Największą wartością jest życie ludzkie, które zapewnia Konstytucja Rzeczypospolitej, gwarantując prawną ochronę życia (*Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, art. 38, 1997, s. 29). W zakres tej powinności spoczywającej na państwie i wychowawcach (rodzicach, nauczycielach) wpisuje się dbałość o zdrowie ludzkie i unikanie tego, co szkodzi ludzkiemu organizmowi (zarówno fizyczności oraz psychice człowieka). Wychowanie powinno obejmować przekazywanie wiedzy o uzależnieniach i ich szkodliwości. Uzależnianie się może być skutkiem błędów wychowawczych.

Bohdan Woronowicz uważa, że „na przełomie XX i XXI wieku stulecia zapanowała era uzależnień” (Woronowicz, 2009, s. 17) i dlatego zajmowanie się tym zagadnieniem jest niezwykle pożądane. Jerzy Mellibruda jest tego samego zdania (Mellibruda, 2006, s. 9). Niniejsze studium ma na celu ukazanie szkodliwości uzależnień (na przykładzie alkoholizmu i narkomanii) dla jednostki oraz życia społecznego, przedstawienie rodzajów uzależnień oraz wielowymiarowej terapii uzależnień, która prowadzić ma ku wolności i odpowiedzialności.

### **1. Rodzaje uzależnień**

Powszechnie uznana definicja uzależnień pochodzi z *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) i brzmi: „uzależnienie jest przymusem używania substancji zbędnej z medycznego punktu widzenia, która prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego (*American Psychiatric Association*, 1994; *World Health Organization*, 1993 za: Teeson, Degenhardt, Hall, 2005, s. 16).

Jerzy Mellibruda (2006) wymienia trzy elementy składowe nałogowych zaburzeń: „po pierwsze, jest to uporczywe dążenie do zażywania danej substancji

lub do wykonywania określonych czynności, którego siła daje subiektywne poczucie nieodpartego przymusu wewnętrznego; po drugie, uporczywe powtarzanie tych czynności, mimo szkód, które powodują, a w przypadku podejmowania prób powstrzymania się od tego, co szkodzi, doświadczanie niepowodzeń i załamywanie się kontroli nad tym postępowaniem; po trzecie, pojawianie się bardzo przykrych stanów psychicznych i dolegliwości fizycznych, kiedy przedłuża się okres przerwy w zażywaniu substancji lub powstrzymywania się od nałogowych czynności, oraz silne doświadczanie oczekiwanej ulgi po zakończeniu przerwy” (tamże, s. 10).

Najbardziej popularną klasyfikacją uzależnień jest podział na uzależnienia materialne i niematerialne. Natomiast Krzysztof Zajączkowski (2002, s. 40) proponuje inny podział na: uzależnienia fizyczne (fizjologiczne), psychiczne (psychologiczne) i społeczne (środowiskowe).

Mariusz Jędrzejko (2009b, s. 45) proponuje podział na uzależnienia chemiczne (alkoholizm, narkomania, nikotyzm, lekomania, dopalacze, sterydy, inne substancje uzależniające) i niechemiczne (hazard, seksologizm, pracoholizm, shopping, uzależnienie od internetu i inne).

W tym artykule podjęty zostanie problem dwóch najczęściej spotykanych uzależnień chemicznych, czyli alkoholizmu i narkomanii.

Alkohol i narkotyki należą do środków psychoaktywnych, które są „substancjami działającymi na mózg osoby je zażywającej i prowadzącymi do zmiany stanów świadomości, zwłaszcza odbioru i oceny bodźców zewnętrznych” (Jędrzejko, 2009b, s. 50). Jednym z podziałów substancji psychoaktywnych jest rozróżnienie stopnia ich oddziaływania na ludzki ośrodkowy układ nerwowy. W Polsce stosuje się podział środków odurzających, w którym bierze się kryterium siły ich stopnia oddziaływania na organizm człowieka (Pstrąg, 2000, s. 127-128). Drugi podział bierze pod uwagę rodzaj używanej substancji i jest mniej popularny wśród naukowców.

Do substancji psychoaktywnych zaliczają się: środki tłumiące (m. in. alkohol, leki nasenne i uspokajające); środki pobudzające (m. in. kofeina, nikotyna, amfetamina); halucynogeny (m. in. marihuana, haszysz, LSD); opiaty (m. in. morfina, opium, heroina). Narkotyki dzielą się na: twarde (m. in. amfetamina, LSD, extasy, kokaina, heroina) i miękkie (m.in. marihuana, haszysz).

Narkomania jest uzależnieniem, które najszybciej niszczy zdrowie człowieka, prowadząc go do śmierci. Czesław Cekiera (1999, s. 10) definiuje narkomanię jako nałogowe odurzanie się środkami uzależniającymi pochodzenia naturalnego lub syntetycznego. Narkomania będąca „najgroźniejszą postacią uzależnienia” jest określana przez Mariusza Jędrzejko (2009b, s. 43) jako „psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną,

charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji” (por. też: Zajackowski, 2002, s. 7).

Łatwa dostępność substancji psychoaktywnych sprawia, że pomimo negatywnych skutków ubocznych wynikających z przyjmowania tych substancji (utrata zdrowia, niezdolność do pracy i myślenia), ludzie nie powstrzymują przed ich zażywaniem. Wobec łatwej dostępności narkotyków mechanizmy uzależnienia mają charakter wtórny.

Przyjmowaniu substancji psychoaktywnych towarzyszy podatność pod różnego rodzaju infekcje oraz zaburzenia psychiczne. Wyniszczenie organizmu przeważnie jest nieodwracalne. Dochodzi do osłabienia funkcji poznawczych, koncentracji i koordynacji wzrokowo-ruchowej (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 132-139). Zmiany następują w sferze emocji oraz dochodzi do zaburzeń osobowości (Jędrzejko, 2009b, s. 17). Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych częściej podejmują zachowania ryzykowne.

Pomoc osobom uzależnionym od narkotyków jest niezwykle trudna ze względu na duże uszczerbki na zdrowiu fizycznym. Programy leczenia narkomanów wprowadzono w ponad 120 państwach, ale nie osiągnięto zadowalających rezultatów. Prawie połowa osób uzależnionych nie dożywa 30. roku życia. Najlepsze terapie (długie i kosztowne) mają skuteczność rzędu 35-40% (Jędrzejko, 2009b, s. 29).

Narkotyki naturalne są uprawiane na skalę masową w 21 państwach, a syntetyczne – w ponad 30 krajach (tamże, s. 33). Rynek legalnych substancji psychoaktywnych przekroczył 300 mld dolarów rocznie (Wojcieszek, 2009, s. 35) i wciąż rośnie. Szacuje się, że na świecie uzależnionych od narkotyków jest około 100 mln osób.

Terminy „alkoholizm” i „alkoholik” wprowadził w połowie XIX wieku szwedzki lekarz Magnus Huss (za: Mellibruda, 2006, s. 24). Szacuje się, że w Polsce około trzech do czterech procent całej populacji jest uzależnionych od alkoholu. W stacjonarnych i ambulatoryjnych placówkach lecznictwa odwykowego każdego roku rejestruje się 150-160 tysięcy osób uzależnionych (tamże, s. 28). Alkoholizm przynosi producentom alkoholu duże zyski finansowe, alkohol jest ogólnie dostępny, co utrudnia promowanie zdrowego trybu życia. W Polsce alkohol zakupić mogą osoby, które ukończyły 18. rok życia. W rzeczywistości większość sprzedawców łamie to prawo i alkohol jest sprzedawany także osobom niepełnoletnim.

Alkoholizmu przeważnie nie traktuje się jak chorobę, choć zdaniem Woronowicza, alkoholizm spełnia kryteria choroby, gdyż „narusza stan równowagi

między zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią, a wśród przyczyn patologicznych obecny jest czynnik fizyczny” (Woronowicz, 2009, s. 153). Alkoholizm jest chorobą nieuleczalną (Majcherczyk, 2009, s. 215). Badaczem, który odegrał ważną rolę w upowszechnianiu przekonania, że alkoholizm jest chorobą był Elvin Morton Jellinek. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne dopiero w 1956 roku zaklasyfikowało alkoholizm jako chorobę, wcześniej uważane za zaburzenie moralne (za: Mellibruda, 2006, s. 30).

W Polsce obowiązuje ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W ramach prewencji i przeciwdziałania, zgodnie z ustawą, zaleca się tworzenie warunków sprzyjających do prowadzenia życia w trzeźwości; działalność wychowawczą i informacyjną (kampanie przeciw alkoholizmowi); ograniczenie dostępności alkoholu; wyznaczenie granic produkcji napojów alkoholowych; leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu (*Ustawa z dn. 26 października 1982 r. o przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Dz. U. z 2012 poz. 1356.).

Z badań przeprowadzonych przez SPAD w latach 1995-1999 wynika, że w 1998 roku 76% polskiej młodzieży w wieku 11-15 lat próbowało napojów alkoholowych. Pod względem częstego picia Polacy plasują się na 11 pozycji, a pod względem picia piwa i upijania się na pozycji 12 (Bylica, 2010, s. 65). Około 25% osób kończących szkołę podstawową ma utrwaloną skłonność do alkoholizowania się.

W roku 1996 wśród ogółu osób podejrzanych o dokonanie przestępstwa aż 45,6% stanowiły osoby nietrzeźwe (Bylica, 2010, s. 68). Na przestrzeni lat 1989-2000 przestępczość młodzieży wzrosła o 23 tys. (Urban, 2005, s. 11). Nastąpił znaczny wzrost przestępstw przeciw zdrowiu i życiu.

Niepokojące jest, że wzrasta liczba kobiet, przeważnie pochodzących z domów, gdzie występował problem nadużywania alkoholu (46,8%), dokonujących brutalnych przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu (Kowalczyk-Jamnicka, 2005, s. 186).

Związek występowania alkoholizmu z innymi czynami przeciw życiu i zdrowiu skłania ku stwierdzeniu, że przeciwdziałanie alkoholizmowi jest niezmiennie ważnym wyzwaniem społecznym. Działania w tym zakresie są niewystarczające, co można zobrazować na przykładzie osób uzależnionych przebywających w więzieniach i oczekujących na terapię. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na terapię alkoholików przebywających w więzieniach oscyluje pomiędzy 10-12 miesięcy (Majcherczyk, 2009, s. 228). Innym problemem jest niedobór wykwalifikowanej kadry prowadzącej terapię. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na terapię narkomanów przebywających w więzieniach wynosi około 13 miesięcy.

Rocznie średnio dwustu skazanych potrzebuje takiej pomocy (Majcherczyk, 2009, s. 227-228).

## 2. Przyczyny uzależnień

Uzależnienia dotyczą zarówno dorosłych i nastolatków. Wymienię czynniki powodujące zaistnienie uzależnienia u jednych i drugich, odwołując się do teorii psychologicznych oraz uwarunkowań środowiskowych.

Występowanie uzależnień można wytłumaczyć wieloma czynnikami, do których należą: wadliwa socjalizacja i wychowanie (czynniki pedagogiczne), konflikty wewnętrzne, m.in. emocjonalne (czynniki psychologiczne i popędowe), destrukcyjny wpływ grupy (czynniki socjologiczne i pedagogiczne), czynniki genetyczne oraz niezdolność nawiązywania kontaktów interpersonalnych. W psychologii do najbardziej znanych nurtów wyjaśniających przyczyny popadania w uzależnienia i wskazujących sposoby leczenia zaliczają się: nurt psychodynamiczny polegający na analizie okresu dorastania (zastosowanie psychoterapii psychodynamicznej w resocjalizacji obszernie opisała Anna Seredyńska w książce: A. Seredyńska, *Zastosowanie terapii psychodynamicznej w opiece, wychowaniu i resocjalizacji*, Wyd. WAM, Kraków 2012); nurt humanistyczno-egzystencjalny (niezdolność do akceptacji swojej sytuacji życiowej, uczenie się panowania nad emocjami, odkrycie na nowo celu życia i kreatywne wykorzystanie własnych umiejętności); nurt psychoanalityczny (wszelkie nieuświadomione konflikty wewnętrzne i lęki są „rozładowywane” poprzez uzależnienia – uświadomienie sobie tego mechanizmu przyczyni się do zdrowienia) (Myers, 2003, s. 591); nurt poznawczo-behawioralny (doszukiwanie się przyczyn w predyspozycjach genetycznych i doświadczeniach z okresu dzieciństwa, leczenie skoncentrowane na problemie „tu i teraz”, rozpoznanie środowiska mogącego mieć negatywny wpływ na osobę uzależnioną, wyznaczanie konkretnych celów, modyfikacja zachowań przy pomocy wzmocnień i nabycia umiejętności radzenia sobie z problemami w przyszłości) (Feltham, Hotrton, 2013, s. 411, 416, 450, 469, 479, 504-506; Myers, 2003, s. 603).

Nurty teoretyczne nie wyczerpują wszystkich przyczyn zaistnienia uzależnień, okoliczności ich zaistnienia oraz nie są w stanie wytłumaczyć każdego indywidualnego przypadku uzależnienia. Teorie naukowe są podsumowaniem przeprowadzanych badań i analiz, zebranych materiałów empirycznych oraz ich spójną interpretacją.

Przyczyną popadnięcia w uzależnienia może być sytuacja osoby uzależnionej. Do tych przyczyn można zaliczyć: rozpad małżeństwa, traumatyczne przeżycia, utratę pracy, bezdomność, chorobę, depresję. Marek Dziewiecki (2013) zwraca

uwagę na sferę emocji powiązaną z uzależnieniami. Związek ten polega na poszukiwaniu przez ludzi w przedmiotach uzależnień źródła pozytywnych emocji, tzw. adrenaliny bądź poprawy samopoczucia. Natomiast teoria o genetycznych uwarunkowaniach uzależnień jest coraz częściej podważana, a jeżeli nawet jest brana pod uwagę, to jest niewystarczającą, aby zjawisko uzależnienia wytłumaczyć.

### **3. Diagnozowanie uzależnień**

Przygotowaniem do leczenia (terapii uzależnień) jest postawienie trafnej diagnozy. Terapia powinna mieć konkretne i wyznaczone ramy, na które składają się cele terapeutyczne osiągnięte w ustalonym czasie. Przed terapią należy dokonać trafnej diagnozy, z którą wiąże się kwestia świadomości metodologicznej, czyli fachowego przygotowania osoby diagnozującej dysponującej warsztatem naukowym (Brzeziński, Kowalik, 1998, s. 193-212).

Diagnoza spełnia kilka podstawowych zadań do który zaliczają się: funkcja opisowa, funkcja eksplanacyjna i utylitarna, funkcja ewaluacyjna i utylitarna (Wysocka, 2013, s. 61-63). Podstawą podjęcia działań zmierzających do poprawy funkcjonowania osoby uzależnionej jest zdiagnozowanie przyczyn. Przy diagnozie syndromu uzależnienia uwzględnia się grupę zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych (Mellibruda, 2006, s. 38). Do najczęściej wymienianych przez naukowców kryteriów pozwalających stwierdzić czy dana osoba jest uzależniona zaliczamy:

- Przymus używania i brak kontroli;
- podporządkowanie życia nałogowi i obsesyjne myślenie o przedmiocie uzależnienia;
- pogorszenie się aktywności zawodowej i zaniedbywanie codziennych obowiązków;
- pogorszenie się relacji społecznych;
- zwiększanie dawki zażywanych środków bądź poświęcanie coraz więcej czasu danej czynności (zjawisko tolerancji);
- nieprzejmowanie się konsekwencjami dla własnego zdrowia i życia;
- brak refleksji nad uzależnieniem;
- lęk i niepokój (Juczyński, 2002, s. 53; Jędrzejko, 2009a, s. 24-25);
- uszkodzenie czynnościowe lub strukturalne w sferze fizjologicznej, psychologicznej lub społecznej (Mellibruda, 2006, s. 37; Kulisiewicz, 1982).

Uzyskane dane pomagają rozpoznać osobowość osoby badanej oraz jej stan świadomości swojego nałogu (przeważnie osoba uzależniona zaprzecza istnieniu

uzależnienia). Diagnoza umożliwia ocenę deficytów i zaplanowanie planu wyrównania braków w celu akceptacji uzależnienia (niezbędnego do dalszej pracy terapeutycznej) i wzmocnienia kontroli swego zachowania (Kołomański, 2009, s. 156-157).

Diagnoza jest zarówno czynnością i efektem końcowym postępowania diagnostycznego, a wynikiem jej jest konkluzja oceniająca wraz z krytycznym opracowaniem danych i wskazówkami mówiącymi o tym, jakie należy podjąć działania interwencyjne (Wysocka, 2013, s. 9), aby osoba uzależniona mogła powracać do zdrowia. Przy pomocy diagnozy osoba prowadząca terapię zbiera fakty, projektuje działania i kontroluje przebieg oddziaływań i uzyskane efekty, czyli dokonuje weryfikacji (Wysocka, 2013, s. 72-75).

Osoba uzależniona oraz osoby współuzależnione i mające bliski kontakt z osobą uzależnioną powinni poddać się testowi diagnostycznemu. Osoba uzależniona często nie jest obiektywna w ocenie samej siebie i dlatego niezbędne jest uczestnictwo w badaniu diagnostycznym osób będących w bezpośrednim kontakcie z osobą uzależnioną.

Całkowite uwolnienie się od uzależnienia nie jest możliwe i zawsze istnieje prawdopodobieństwo nawrotu, a niektóre negatywne skutki uzależnienia są nieodwracalne. Jednak podjęcie trudu leczenia wyhamowuje proces unicestwienia, do którego prowadzą alkoholizm i narkomania (Jędrzejko, 2009a, s. 27).

Analiza przyczyn uzależnienia osoby diagnozowanej wymaga zbadania stopnia socjalizacji, o której możemy mówić, gdy „osiągnięty jest pełny (bądź zadowalający – M.A.S.), wszechstronny: psychiczny, fizyczny i społeczny rozwój człowieka” (Sikorski, 2002, s. 142). W przypadku osoby uzależnionej elementy składowe poprawnej socjalizacji wymagają korekty, czyli resocjalizacji. Terapia w środowisku otwartym pozwala przeniknąć do środowiska, w którym przebywa osoba uzależniona i oszacować stopień wpływu środowiska na osobę badaną.

Terapie pedagogiczne i wychowawcze (działanie resocjalizacyjne) powinny wywołać pozytywne zmiany w osobowości osoby uzależnionej. W pedagogice resocjalizacyjnej wyróżnia się trzy typy teorii: behawioralne (celem jest korekta zachowań), interakcyjne (celem jest poprawa zdolności komunikacji interpersonalnych) i wielowymiarowe, holistyczne traktowanie człowieka, mające zastosowanie w przypadku nieskuteczności metod stosowanych w teoriach: behawioralnej i interakcyjnej (Pytka, 2009, s. 25; Konopczyński, 2009, s. 82-83). Diagnoza w oparciu o teorie stosowane w resocjalizacji pomaga wyznaczyć zakres pożądanych zmian oraz obszary, gdzie wymagana jest powtórna socjalizacja.

Zakłada się, że „wszystkie odmiany terapii wychowawczej mają za zadanie kształtowanie procesów nerwowo-emocjonalnych chorego przez świadome, celowe

oddziaływanie z zewnątrz w celu przywrócenia ustrojowi psychofizycznemu zachwianej w ten czy inny sposób równowagi” (Doroszewska, 1963, s. 98).

Natomiast korzystanie z dorobku teorii psychologicznych pozwala poznać człowieka od wewnątrz i tam dokonać pożądanych zmian (Stankowski, 1986, s. 11). W rozpoznaniu skali danego zjawiska pomocne są dane statystyczne sporządzone przez socjologów.

#### **4. Wielowymiarowa terapia uzależnień**

W tej części skoncentruję się na metodach mających zastosowanie w terapii uzależnień. Na koniec omówię działania profilaktyczne, jakie należy podjąć, aby zapobiegać rozprzestrzenianiu się zjawiska uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

Czesław Cekiera (1999, s. 147) systemami profilaktyki, terapii i resocjalizacji nazywa zespół metod i programów wraz z ich zastosowaniem w określonych warunkach życia wspólnotowego lub grupowego pod kierunkiem odpowiedzialnych wychowawców i terapeutów.

Mającą zastosowanie w przypadku uzależnienia psychoterapia polega na osobistym oddziaływaniu terapeuty (głównie za pomocą bodźców słownych). Zmiana u osoby uzależnionej następuje pod wpływem autorytetu terapeuty, a także podczas procesu kształtowania i opanowywania emocji oraz rozwiązywania konfliktów wewnętrznych osoby poddanej leczeniu (Stankowski, 1986, s. 11).

Osoba uzależniona nigdy nie będzie całkowicie wolna od uzależnienia, które nieleczone, jest chorobą postępującą (Jędrzejko, 2009a, s. 27), ale możliwe jest doprowadzenie osoby do stanu, gdy przejmie kontrolę nad swoim życiem, ciesząc się wolnością i odpowiadając za własne czyny. Woronowicz uważa, że w przypadku alkoholizmu (co także dotyczy narkomanii) środków farmakologicznych nie można traktować jak leczenia uzależnienia od alkoholu, a same leki stosowane do odtrucia organizmu osoby uzależnionej od alkoholu powinny być stosowane przez krótki czas.

Decyzję o rozpoczęciu leczenia podejmuje osoba uzależniona. Osoby z najbliższego otoczenia osoby uzależnionej powinny dla jej dobra uczestniczyć w psychoedukacji, aby móc umiejętnie i skutecznie ją wspierać.

Celem oddziaływania terapeutycznego jest przywrócenie osobie uzależnionej równowagi psychicznej, zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie i wypełniania ról społecznych. Psychoterapię poprzedza farmakoterapia, którą prowadzi psychiatra lub neurolog. Natomiast psychoterapia polega na korygowaniu występujących zaburzeń przy użyciu środków psychologicznych (Mazur, 2009, s. 173). Terapia uzależnień korzysta z tych środków i metod. Celem wszelkich



oddziaływań terapeutycznych jest doprowadzenie leczonej osoby do całkowitej abstynencji (Majcherczyk, 2009, s. 215).

Terapię rozpoczyna się, przeprowadzając wywiad z osobą uzależnioną. Wywiad jest jednym z podstawowych i powszechnie stosowanych metod diagnostycznych (Cekiera, 1999, s. 57). Kluczowe znaczenie ma pierwsza wizyta u terapeuty. Po tej wizycie osoba uzależniona decyduje o rozpoczęciu terapii bądź całkowitej rezygnacji z niej. Osoby, które podejmują terapię, rzadko żałują podjęcia tego kroku, natomiast osoby niepodejmujące terapii przeważnie nie są zdolne do poprawy swojego funkcjonowania i uwolnienia się od nałogu.

Aby terapia była skuteczna niezbędne jest nawiązanie przyjaznej relacji z osobą uzależnioną. Eugene Kennedy i Sara C. Charles zwracają uwagę, że terapeuta nie powinien widzieć problemu, ale cierpiącego człowieka, któremu należy pomóc (Kennedy, Charles, 2004, s. 36).

Terapeuta powinien zaprzyjaźnić się z osobą, której pomaga, ale też zachować dystans, aby nie utracić autorytetu. Szkodliwe jest doszukiwanie się przez terapeutę specjalnej misji, którą pełni bądź przejawianie tendencji, aby być najlepszym terapeutą i osiągać najlepsze rezultaty. Nurt terapii skoncentrowanej na osobie Carla R. Rogersa całkowicie wyklucza ambicjonalne podejście w pracy terapeutycznej. Terapia skoncentrowana na osobie należy do nurtu humanistycznego (Myers, 2003, s. 593; Kennedy, Charles, 2004, s. 41, 43; Worrall, 1997, pp. 66).

Terapia jest pracą z osobą uzależnioną, tak długo jak ona tego chce, a celem terapii jest osiągnięcie samodzielności osoby uzależnionej, na tyle, aby stała się terapeutą dla samej siebie zgodnie z terapią poznawczą Aarona T. Becka (Feltham, Hotrton, 2013, s. 481). Osoba uzależniona, współpracując z terapeutą, uczestniczy w procesie wyznaczania celów (Dryden, Feltham, 1994, pp. 31) zgodnie z nurtem poznawczo-behawioralnym i powinna przede wszystkim chcieć zdrowia ze względu na samą siebie (Feltham, Hotrton, 2013, s. 276).

Rogers w teorii skoncentrowanej na osobie kładzie nacisk na pomoc osobie uzależnionej w odzyskaniu wewnętrznej spójności poprzez poprawienie wizerunku własnego „ja” (tamże, s. 522-523). Pomocne może okazać się sięgnięcie do przeżyć z wczesnego dzieciństwa, przy zastosowaniu terapii pierwotnej integracji Arthura Janova, oraz ponowne „przepracowanie tych przeżyć”, aby osoba uzależniona pozbyła się odczuwanego bólu oraz odrzuciła mechanizmy obronne, do których zalicza się m.in. uzależnienie (za: tamże, s. 531, 533). A. T. Beck zaleca złagodzenie problemów emocjonalnych i wykształcenie odmiennych zachowań (Feltham,

Hotrton, 2013, s. 480)<sup>1</sup>. Jacek Bylica (2010, s. 91) zaleca rozładowanie zgromadzonego napięcia.

Pragmatyczne podejście w terapii stosuje Gerard Egan w opracowanym autorskim modelu kompetentnej pomocy, przyjmując podejście psychologii pozytywnej. Zaleca skoncentrowanie się na zrozumieniu osoby uzależnionej w wielu kontekstach jej życia, zaplanowanie odzyskania straconych szans, biorąc pod uwagę jej realne możliwości. Ważne jest zachowanie równowagi pomiędzy udzielonym wsparciem a wyznaczonym wyzwaniem. W modelu kompetentnej pomocy działanie powinno być „napędzane” poprzez cele, a nie przez problemy. Egan patrzy na osoby uzależnione przez pryzmat deficytów, a nie patologii, co jest wyrazem empatycznego podejścia do osoby objętej pomocą terapeutyczną (za: Bylica, 2010, s. 590-594). Bill O’Connell główny nacisk kładzie na wydobycie zasobów, silnych stron i pozytywnych cech osoby uzależnionej, aby na tym fundamencie opierać sukces w pokonaniu nałogu (za: tamże, s. 598).

Na następnym etapie pracy z osobą uzależnioną wskazane jest ukazanie szkodliwości uzależnień dla społeczeństwa. Zastosowanie metod twórczej resocjalizacji opracowanych przez Marka Konopczyńskiego (2006)<sup>2</sup> pomaga w adaptacji osoby uzależnionej w środowisku społecznym. Opracowane metody przez tego naukowca i praktyka w zakresie pomocy osobom niedostosowanym społecznie pozwalają na reintegrację ze społeczeństwem poprzez twórcze działanie w ramach warsztatów dramowych, teatralnych oraz przez sport. Wydobycie potencjału osób uzależnionych jest niezbędne, aby te osoby odzyskały wiarę we własne siły. Jest to możliwe poprzez zmianę parametrów ich tożsamości, aktywizację ich talentów, wzmocnienie pozytywnych emocji, wypracowanie mechanizmu samomotywacji do twórczości i kreacji (dziełem są nie tylko wytwory materialne, ale także nowe sposoby reagowania). W przypadku leczenia z uzależnień, w większości ośrodków odwykowo-terapeutycznych regulamin nie dopuszcza nawet jednorazowego powrotu do nałogu. Te przepisy są surowo przestrzegane dla dobra osoby uzależnionej, która trafiając do ośrodka powinna wiedzieć, że przychodzi, aby przerwać destrukcyjne działanie nałogu. Istotną pomocą osobie powracającej do społeczeństwa jest zapewnienie jej nowego środowiska, które nie będzie na nią działać destrukcyjnie i prowokacyjnie.

---

<sup>1</sup> Obszerne omówienie zastosowania terapii poznawczej uzależnień Becka jest w książce: Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Liese, *Terapia poznawcza uzależnień*, tłum. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007

<sup>2</sup> Obszerne opracowanie koncepcji prof. Marka Konopczyńskiego jest w jego książce: M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

Powrót do społeczeństwa może u osoby powracającej z leczenia wywołać lęk. Terapeuta powinien przygotować tę osobę do zmierzenia się z nowymi wyzwaniami. Zmaganie z uzależnieniem trwa przez całe życie, ale odbycie terapii odwykowej diametralnie zmienia życie osoby uzależnionej, przywracając jej kontrolę nad własnym życiem.

## 5. Programy terapeutyczne

Krótkie omówienie podstawowych i uznanych programów terapeutycznych umożliwi zapoznanie się z najczęściej stosowanymi metodami leczenia osób uzależnionych.

Wśród propozycji dla osób chcących leczyć się z alkoholizmu i narkomanii są programy zdrowienia: „12 kroków” (*Twelve Step Facilitation* – TSF), terapia behawioralno-poznawcza (*Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy* – CBST), terapia zwiększająca motywację (*Motivational Enhancement Therapy*) oraz model Minnesota. Wszystkie wymienione programy realizowane są w grupie bądź podczas spotkań indywidualnych (Woronowicz, 2009, s. 176).

Model Minnesota jest najbardziej uniwersalną metodą leczenia alkoholizmu, gdyż maksymalnie wykorzystuje potencjał wielodyscyplinarnego zespołu terapeutów, wśród których są także byli alkoholicy bądź narkomani, zdrowiejący dzięki programowi AA (Anonimowi Alkoholicy) lub NA (*Narcotics Anonymous* – Anonimowi Narkomani) (Woronowicz, 2009, s. 179-182).

W podejściu Minnesota ważne jest traktowanie alkoholizmu jako choroby pierwotnej, przewlekle postępującej, śmiertelnej i niezawinionej. Istotne jest traktowanie pacjenta z szacunkiem i zrozumieniem, stawianie za cel pełnej abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych, zaangażowanie w terapię najbliższych osób i wykorzystanie programów „12 kroków” i filozofii AA (tamże, s. 180).

Najlepszym sposobem przeciwdziałania narkomanii, której leczenie jest mało skuteczne, jest nie próbowanie zarówno narkotyków twardych i miękkich. Zero tolerancji dla narkotyków jest najwłaściwszą metodą przeciwdziałania tej patologii społecznej.

Każde uzależnienie destabilizuje indywidualne i społeczne funkcjonowanie człowieka, wpływając negatywnie na jego stan zdrowia psychicznego, i – w większości przypadków – fizycznego. Uzależnienie powoduje utratę kontroli (Juczyński, 2002, s. 53) i niezbędne jest odzyskanie kontroli nad swoim życiem, zachowaniami, emocjami i potrzebami.

## 6. Profilaktyka uzależnień

Profilaktyka uzależnień, która ma na celu ochronę osób nieuzależnionych lub uwolnionych od nałogu, przebiega na trzech poziomach (Bylica, 2010, s. 91):

I poziom – przeciwdziałanie wzrostowi uzależnienia oraz jego rozprzestrzenienia się w życiu społecznym

- II poziom – przeciwdziałanie wzrostowi uzależnienia oraz jego rozprzestrzenienia w środowiskach zagrożonych
- III poziom – zapobieganie nawrotom.

Do działań profilaktycznych zaliczamy promowanie zdrowego trybu życia, oraz utrzymywanie równowagi życiowej. W przypadku dzieci i młodzieży skuteczną profilaktyką jest wytworzenie pozytywnych wzorców rodziny, kształtowanie systemu wartości oraz pomoc w odkryciu sensu życia. W przypadku dorosłych najczęściej niezbędna jest ponowna socjalizacja.

Trudnością w promocji zdrowego trybu życia jest kultura masowa i konsumpcyjno-hedonistyczny styl życia przyjęte przez społeczeństwa, w tym polskie społeczeństwo (Cekiera, 1999, s. 24, 28).

W programie przeciwdziałania uzależnieniom ważną rolę powinny zajmować kampanie uświadamiające o zagrożeniach wynikających z wszelkiego rodzaju uzależnień oraz o ich długofalowych skutkach zarówno dla osoby uzależnionej oraz całego społeczeństwa. Statystyki, z których wynika, że osoby uzależnione żyją krócej, a jakość ich życia drastycznie spada, gdy uzależnienie przejmuje nad nimi kontrolę, powinny być wsparciem takiej kampanii. Profilaktyka jest dużo tańsza od pokrycia kosztów skutków uzależnień, które mają wymiar zarówno materialny i niematerialny.

Wskazane jest podjęcie dalszych badań na metodami przeciwdziałania narkomanii i alkoholizmowi w Polsce, a zwłaszcza pożądana jest praca z młodzieżą w środowisku otwartym (tzw. *streetworking*).

## Podsumowanie

W niniejszym studium zostały omówione metody terapeutyczne uzależnień będących chorobami nieuleczalnymi. Farmakoterapia (na początku oddziaływań terapeutycznych) i psychoterapia (istotna jest systematyczność i trwałość kontaktu z terapeutą) są najważniejszymi metodami pomagania osobom uzależnionym w odzyskaniu kontroli nad swoim życiem. Podejście do uzależnień powinno być wielowymiarowe (czerpanie z dorobku wielu nurtów psychoterapii) oraz powinno uwzględniać konieczność resocjalizacji osoby uzależnionej i pomoc wychowawczą.

Terapia powinna pomóc osobie uzależnionej w funkcjonowaniu jako indywidualna jednostka oraz jako jednostka funkcjonująca w społeczeństwie. Dochodzenie do zdrowia i funkcjonowanie po terapii powinno być wzmocnione działaniami, które osoba uzależniona podejmie z własnej woli, i w których odkryje swój potencjał. Osoba uzależniona powinna regularnie uczestniczyć w spotkaniach terapeutycznych (indywidualnych bądź zbiorowych np. w grupach wsparcia), co pomoże jej zachować abstynencję, będącą jedyną formą zabezpieczenia się przed nawrotem do nałogu.

Na koniec warto przypomnieć dlaczego ludzie uzależniają się.

Są cztery czynniki przyczyniające się do uzależnienia:

- czynniki biologiczne (dziedziczenie skłonności, geny po osobach uzależnionych)
- czynniki psychiczne (nieradzenie sobie z emocjami)
- czynniki społeczne (brak umiejętności współpracy w grupie, deficyt w umiejętnościach interpersonalnych)
- czynniki środowiskowe (wpływ otoczenia)
- czynniki duchowe (niedookreślenie własnej tożsamości, celowości życia, miejsca w świecie)

Wielowymiarowa terapia stawia sobie za cel pomoc człowiekowi w każdym z tych wymiarów. Powrót do zdrowia to nie tylko odtrucie, współpraca z psychologiem w celu nabycia umiejętności oceniania i radzenia sobie z własnymi emocjami. To także coś więcej niż nabycie umiejętności interpersonalnych oraz zmiana środowiska. W terapii trzeba widzieć nie problem, ale całego człowieka, sytuację w jakiej się znajduje. Trzeba wejść w jego świat i niejednokrotnie pomóc mu odnaleźć siebie na tym świecie. Do indywidualności człowieka należy dopasować metodę leczenia.

Pomoc w wymiarze duchowym wymaga sprecyzowania czym jest duchowość. Woydyłło uważa, że duchowość wiąże się z jakością naszych relacji z rzeczami, sprawami i ludźmi zajmującymi najważniejsze miejsce w naszym życiu. Życie nabywa wymiaru duchowego przez sam fakt bycia człowiekiem (Kowal, Wójcik, 2007, s. 247; Woydyłło, 1999). Woronowicz ujmując duchowość jako sferę życia, która wiąże się z jakością zaangażowania w sprawy, rzeczy czy ludzi, którzy zajmują najważniejsze miejsce w naszym życiu (Woronowicz, 2009, s. 76; Kowal, Wójcik, 2007, s. 247). Dziewiecki za duchowość uważa zdolność człowieka do zrozumienia samego siebie w sposób całościowy oraz odkrycie sensu własnego życia (Dziewiecki, 2015; Kowal, Wójcik, 2007, s. 248).

Podsumowując można powiedzieć, że duchowość, która też często jest silnie powiązana z religijnością, to sfera życia człowieka, gdzie kształtuje się hierarchia wartości, człowiek żyje wartościami, świadomie angażuje się w życie swoje oraz innych ludzi, w ten sposób wzrastając w człowieczeństwie. W duchowości człowiek odpowiada na podstawowe pytania egzystencjalne: skąd jestem, po co żyję, jaki sens ma życie, dokąd zmierzam. Wielowymiarowa terapia obejmuje sferę duchowości, aby pomóc człowiekowi żyć celowo, świadomie, odpowiedzialnie i w wolności.

Na chorobę uzależnienia od alkoholu i narkotyków lekiem jest całkowita abstynencja, gdyż jest to choroba niewyleczalna. Aby pacjentowi starczyło sił w wytrwaniu w abstynencji trzeba przywrócić mu sens życia, pomóc mu nadać kierunek, pogodzić się z niedoskonałością tego świata i znaleźć sposób na czerpanie satysfakcji i bycie szczęśliwym poza uzależnieniem, które wywołuje depresję i prowadzi do rozpacz.

Pozytywna terapia prowadzi do odkrycia tego, co w życiu jest piękne. Wtedy środki uzależniające tracą swoją moc przyciągania. W rzeczywistości, aby człowiek nie żył poza realem, trzeba mu pomóc stać się osobą szczęśliwą. W dużej mierze jest to leczenie jego duszy.

Walka toczy się o człowieka. Co roku od alkoholu na świecie uzależnia się 23 mln osób (Woronowicz, 2009, s. 94). Ponad połowa uzależnionych od narkotyków nie dożywa 30 lat. Ludzie upijają się na umór. Rekord kobiet w tym zakresie należy do Polki, której wykazano 8,2 promila alkoholu we krwi. Rekord Polski mężczyzn – to wyczyn trzydziestotrzylatka, który miał we krwi 15,9 promila alkoholu, ale tej próby sił nie przeżył. Osoby mające poniżej 20 lat, które piją alkohol intensywnie mogą uzależnić się po 5-6 miesiącach. Pomiędzy 20-25 rokiem życia potrzeba do tego 3-4 lat. Powyżej tego wieku – kilka, a nawet kilkanaście lat (Woronowicz, 2009, s. 62).

Nie ma bezpiecznego picia dla dzieci, młodzieży, kobiet w ciąży, matek karmiących, osób uzależnionych, dzieci i bliskich krewnych osób uzależnionych, osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, osób przyjmujących leki psychotropowe, osób z chorobami somatycznymi.

Na przełomie XX i XXI wieku odsetek abstynentów w społeczeństwie polskim wynosił prawie 23% dorosłych kobiet i 8% dorosłych mężczyzn (Woronowicz, 2009, s. 63). Aby te statystyki były lepsze pożądane jest prowadzenie wielowymiarowych terapii, które powinny prowadzić osoby uzależnione do odzyskania wiary w samego siebie, wychowania do życia w trzeźwości i odpowiedzialnego podejścia do własnego życia.

## **Bibliografia:**

Brzeziński J., Kowalik S., (1998), *Diagnoza kliniczna w kontekście praktyki społecznej*, [w:] H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia społeczna*, Warszawa: Wyd. PWN.

- Bylica J., (2010), *Harmonizując napięcie. Nowe spojrzenie w profilaktyce uzależnień*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cekiera C., (1999), *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Doroszewska J., (1963), *Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym*, Warszawa: PZWL.
- Dryden W., Feltham C., (1994), *Brief counselling*, London: Sage.
- Dziewiecki M., (data dostępu 18.01.2015), *Czym jest duchowość?*, <http://www.marekdziewiecki.pl/najnowsze-publicacje/czym-jest-duchowosc.html>).
- Dziewiecki M., (data dostępu: 01.10.2013), *Podstawy teorii uzależnień*, <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/I/IP/profilaktyka.html>>
- Feltham C., Hotrton I. (ed.), (2013), *Psychoterapia i poradnictwo, t. 1*, tłum. J. Bartosik, S. Pikiel, E. Zaręba, P. Bucki, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jędrzejko M. (red.), (2009a), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, Pułtusk-Warszawa: Wyd. ASPRA-JR.
- Jędrzejko M., (2009b), *Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje*, [w:] Jędrzejko M. (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Pułtusk-Warszawa: Wyd. ASPRA-JR.
- Juczyński Z., (2002), *Narkomania*, Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.
- Kennedy E. , Charles S. C., (2004), *Jak pomagać dobrą radą. Poradnik*, tłum. J. Kołacz, Kraków: Wyd. WAM.
- Kołomański L., (2009), *Aggression Replacement Training (ART) jako przykład zastosowania komponentu behawioralno-poznawczego w resocjalizacji nieletnich*, [w:] A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Teoria w resocjalizacji. Część I: ujęcie teoretyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Konopczyński M., (2009), *Twórcza resocjalizacja – od korekty do rozwoju*, [w:] A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Teoria w resocjalizacji. Część I: ujęcie teoretyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, (1997), Warszawa: Wyd. Książkowe INFOR.
- Kowal R., Wójcik A., (2007), *Wartości religijne w terapii skazanych*, [w:] J. Świtka, M. Kuć (red.), *Duszpasterstwo więzienne w pracy penitencjarnej*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kowalczyk-Jamnicka M., (2001), *Wykolejenie obyczajowo-przestępcze nieletnich dziewcząt w świetle czynników osobowościowych i środowiskowych*, [w:] B. Urban (red.) *Dewiacje młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kulisiewicz T., (1982), *Uzależnienie alkoholowe*, Warszawa: PZWL.

- Majcherczyk A., (2009), *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Terapia w resocjalizacji. Część II. Ujęcie praktyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mazur E., (2009), *Resocjalizacja skazanych w warunkach terapeutycznego systemu odbywania kary pozbawienia wolności*, [w:] A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Terapia w resocjalizacji. Część II. Ujęcie praktyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mellibruda J., (2006), *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowa PTP.
- Niewiadomska I., Stanisławczyk P., (2004), *Narkotyki*, Lublin: Wyd. KUL.
- Myers D. G., (2003), *Psychologia*, tłum. J. Gilewicz, Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Pstrąg D., (2000), *Wybrane zagadnienia problematyki uzależnień*, Rzeszów: Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Pytka L., (2009), *Autonomia i uwikłanie trans dyscyplinarne pedagogiki resocjalizacyjnej*, [w:] A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Teoria w resocjalizacji. Część I: ujęcie teoretyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Seredyńska A. (2012), *Zastosowanie terapii psychodynamicznej w opiece, wychowaniu i resocjalizacji*, Kraków: Wyd. WAM.
- Sikorski W., (2002), *Psychoterapia grupowa różnych pokoleń*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Stankowski A., (1986), *Elementy terapii pedagogicznej w pracy nauczyciela-wychowawcy*, Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Teeson M., Degenhardt L., Hall W., (2005), *Uzależnienia, Metody kliniczne i techniki terapeutyczne*, tłum. Z. Pelc, Gdańsk: GWP.
- Urban B., (2005), *Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych*, Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ustawa z dn. 26 października 1982 r. o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. z 2012 poz. 1356.
- Wojcieszek K. A., (2009), *Dostępność jako podstawowy powód używania substancji psychoaktywnych*, [w:] M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Pułtusk-Warszawa: Wyd. ASPRA-JR.
- Worrall M., (1997), *Contracting within the person-centred approach*, [w:] C. Sills, *Contracts in counselling*, London: Sage.
- Woronowicz B. T. , (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa: Wyd. Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Woydyło E., (1999), *Zgoda na siebie*, Warszawa: Świat Książki.



Wysocka E., (2013), *Diagnoza w resocjalizacji*, Warszawa: Wyd. PWN.

Zajązkowski K., (2002), *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, Warszawa: WSiP.