

Zrozumieć pijące dziecko

Poradnik dla rodziców
(dorosłych) osób
z problemem alkoholowym



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Diana Müller-Siekierska
Agnieszka Jaros

Zrozumieć pijące dziecko

Poradnik dla rodziców
(dorosłych) osób
z problemem alkoholowym



Diana Müller-Siekierska, Agnieszka Jaros – Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu, Pracownia Pedagogiki Specjalnej
91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48

RECENZENT
Krzysztof Gąsior

REDAKTOR INICJUJĄCY
Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE
Magdalena Granosik

SKŁAD I ŁAMANIE
Munda – Maciej Torz

KOREKTA TECHNICZNA
Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI
Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/chupi

© Copyright by PARPA, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających
z używania alkoholu” finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2016–2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.09393.19.0.S

Ark. wyd. 4,0; ark. druk. 8,0

Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-8142-802-6

e-ISBN 978-83-8142-803-3

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp.....	7
Rozdział 1. Jak moje dorosłe dziecko pije? Od nadużywania do uzależnienia od alkoholu	11
Rozdział 2. Stawanie się osobą uzależnioną. Przyczyny uzależnienia od alkoholu	43
Rozdział 3. Rozpoznawanie problemu – sygnały ostrzegawcze	53
Rozdział 4. Szukanie pomocy – zanim pójdziesz do terapeuty uzależnień ..	59
Rozdział 5. Strategie zaradcze podejmowane przez rodziców dorosłych dzieci z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu	71
Rozdział 6. Proces zmiany nieprawidłowego zachowania związanego z używaniem alkoholu	79
Rozdział 7. Abstynencja czy redukcja szkód – strategie pracy z osobami z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu	85
Rozdział 8. Interwencja wobec osoby z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu	99
Rozdział 9. Dlaczego ludzie łamią abstynencję? Co zrobić w sytuacji nawrotu?	111
Rozdział 10. Zamiast zakończenia	117
Bibliografia	121

Wstęp

Poradnik ten powstał w odpowiedzi na potrzeby ludzi, którzy cierpią z powodu problemu alkoholowego swoich (dorosłych) dzieci. Na polskim i zagranicznym rynku wydawniczym można znaleźć wiele publikacji dedykowanych dzieciom wychowywanym w rodzinie z problemem alkoholowym i/lub poświęconych żonom/partnerkom mężczyzn uzależnionych od alkoholu.

Trudno jest natomiast znaleźć poradniki czy też publikacje adresowane do rodziców osób uzależnionych od alkoholu. Jednakże warto podkreślić, że to właśnie rodzic jest uczestnikiem i świadkiem swoistej „kariery” alkoholowej swojego dziecka, a przez to sam doświadcza całej gamy negatywnych emocji, trudności czy też dylematów. Niejednokrotnie matki uzależnionych dzieci podkreślają, że w przeciwieństwie do sytuacji, gdy osobą uzależnioną jest mąż czy partner, z którym rozstanie nie byłoby dla nich aż tak bolesne, uzależnionego dziecka nie mogą i nie chcą zostawić. Jedną z matek, z którymi prowadziłyśmy wywiady¹, otwarcie przyznała: „Mąż nie raz chciał go

¹ Badania prowadzone przez zespół Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego w ramach projektu naukowego pt. „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu”, realizowanego jako zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu” finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

wyrzucić, ale ja jestem matka, inaczej do tego podchodzę. No bo mnie po prostu żal wyrzucić na ulicę gdzieś tam zimą czy nawet latem, i potem problem, jeszcze gorzej. Zawsze chciałam go ratować”.

Chcąc uzupełnić tę lukę w piśmiennictwie, przygotowaliśmy poradnik, który adresowany jest bezpośrednio do rodziców dorosłych dzieci z szeroko rozumianym zaburzoną używaniem alkoholu. Wielu rodziców, których dzieci doświadczają trudności z szeroko rozumianym zaburzoną używaniem alkoholu, zadaje sobie pytanie: co mogę zrobić, żeby mój syn/moja córka przestał/przestała pić? Korzystają z różnych form pomocy zarówno tej formalnej (wizyty u psychologa czy terapeuty), jak i nieformalnej (porady innych ludzi, na przykład osób z podobnym problemem). Chcąc uzyskać zmianę stylu picia i/lub doprowadzić do utrzymania przez ich dziecko abstynencji, wykorzystują szereg strategii zaradczych mających na celu, z ich perspektywy, doprowadzić do zaprzestania destruktywnego picia dziecka. Okazuje się, że nie wszystkie działania podejmowane przez rodziców są równie skuteczne, a niektóre mogą wręcz uniemożliwiać zmianę zachowania dorosłych dzieci.

Niniejszy poradnik składa się z dziesięciu rozdziałów. W pierwszym poruszone zostały kwestie związane ze wzorcami picia. Przedstawione zostało, w jaki sposób dochodzi do rozwoju uzależnienia od alkoholu; jak odróżnić szkodliwe używanie (nadużywanie), ryzykowne używanie od uzależnienia od alkoholu. Wszystkie wzorce picia zostały opisane zgodnie z klasyfikacjami diagnostycznymi: pierwszą stworzoną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), czyli ICD-10, oraz drugą stworzoną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, czyli DSM-5. W rozdziale tym dokonaliśmy również charakterystyki koncepcji choroby alkoholowej w ujęciu Elvina Mortona Jellinka. Opisuując poszczególne jej fazy (przedalkoholową, wstępną, ostrą, przewlekłą), uzupełniłyśmy je

o przykłady pochodzące z wywiadów, które prowadziłyśmy z rodzicami dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu. Rozdział ten więc charakteryzują trzy psychologiczne mechanizmy uzależnienia: nałogowej regulacji emocji, iluzji i zaprzeczania oraz rozpraszania i rozdawania JA. Rozdział drugi poświęcony został opisaniu przyczyn uzależnienia od alkoholu, wśród których wskazałyśmy czynniki biologiczne i genetyczne, środowiskowe, społeczne, psychologiczne i duchowe. Najważniejsze sygnały ostrzegawcze, dzięki którym można rozpoznać problem alkoholowy, zamieszczono w rozdziale trzecim. Natomiast rozdział czwarty zawiera wskazówki, w jaki sposób szukać pomocy zarówno dla siebie, jak i dla uzależnionego od alkoholu dziecka. Kolejny rozdział zawiera charakterystykę strategii zaradczych, które podejmowane są przez rodziców chcących zmienić lub wpłynąć na styl picia i/lub utrzymywanie abstynencji przez ich dorosłe dzieci. W rozdziale szóstym zamieściłyśmy informacje o procesie zmiany stylu używania alkoholu i/lub utrzymywania abstynencji oraz działaniach, które tej zmianie sprzyjają. W tym rozdziale podałyśmy również informacje o sposobach dokonania zmiany stylu używania alkoholu poprzez samorazutną remisję, uczestnictwo w grupach samopomocowych czy podjęcie profesjonalnego leczenia. W rozdziale siódmym umieściłyśmy wskazówki dotyczące sposobów pracy z osobami z szeroko rozumianymi zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu nakierowane na utrzymywanie abstynencji i/lub redukcję szkód wynikających z używania alkoholu. Natomiast rozdział ósmy zawiera opis metody interwencji wobec osoby z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu, którą rodzice uzależnionego od alkoholu dziecka mogą zastosować, chcąc zmotywować swoje dziecko do wprowadzenia zmiany w stylu używania alkoholu i/lub utrzymywania abstynencji. Na zakończenie tego rozdziału przedstawiliśmy, jak zobowiązać sędownie osobę uzależnioną od alkoholu do poddania

się leczeniu, kiedy inne (dobrowolne) sposoby okazały się nieskuteczne. Dziewiąty rozdział poświęciliśmy dość istotnemu zagadnieniu złamania abstynencji w procesie trzeźwienia, próbujemy w nim odpowiedzieć na dwa pytania: dlaczego ludzie łamią abstynencję? oraz co zrobić w sytuacji nawrotu? W ostatnim – dziesiątym – rozdziale umieściliśmy pytania, które być może pomogą rozpoznać własne problemy, uświadomić sobie problemy uzależnionego dziecka, stwierdzić, co można zrobić inaczej, co można zmienić, a czego zmienić nie można.

1.

Jak moje dorosłe dziecko pije? Od nadużywania do uzależnienia od alkoholu

Na początku naszego poradnika chcielibyśmy przedstawić czytelnikowi, w jaki sposób dochodzi do uzależnienia od alkoholu, jak odróżnić szkodliwe używanie (nadużywanie), ryzykowne używanie od uzależnienia od alkoholu. Poszczególne wzorce picia zostaną omówione zgodnie z wytycznymi dwóch klasyfikacji diagnostycznych, pierwszej stworzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), czyli ICD-10, oraz drugiej stworzonej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, czyli DSM-5. Spożywanie alkoholu można zaklasyfikować do określonego wzorca, jeśli dany model picia alkoholu utrzymuje się przez co najmniej miesiąc lub występuje w powtarzający się sposób w okresie dwunastu miesięcy.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

SPOŻYWANIE ALKOHOLU MOŻNA ZAKLASYFIKOWAĆ DO OKREŚLONEGO WZORCA, JEŚLI DANY MODEL PICIA ALKOHOLU UTRZYMUJE SIĘ PRZEZ CO NAJMNIEJ MIESIĄC LUB WYSTĘPUJE W POWTARZAJĄCY SIĘ SPOSÓB W OKRESIE DWUNASTU MIESIĘCY.

Abstynencja oznacza całkowitą rezygnację z picia alkoholu. Alkoholu nie powinny spożywać osoby w młodym wieku (z uwagi na ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwojowych), kobiety w ciąży i karmiące piersią oraz osoby przyjmujące leki wchodzące w interakcje z alkoholem.

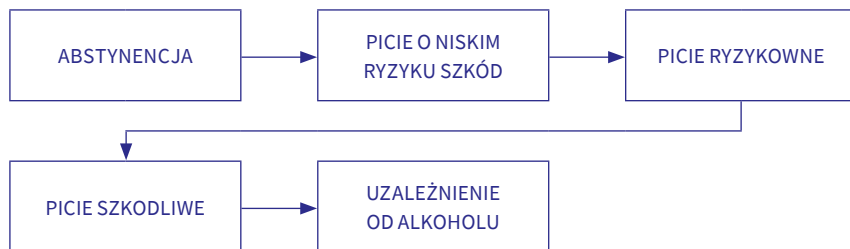
Picie alkoholu o niskim ryzyku szkód oznacza wózek picia alkoholu, który nie wiąże się z wystąpieniem poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych oraz społecznych.

Ryzykowne używanie alkoholu stanowi kategorię niezwykle istotną przede wszystkim ze względów profilaktycznych, ponieważ przyjmuje się, że działania podjęte w tej fazie używania alkoholu mają znacznie większą skuteczność niż te u osób pijących alkohol w sposób szkodliwy lub osób uzależnionych. Używanie ryzykowne definiowane jest jako używanie substancji, które potencjalnie grozi szkodami zdrowotnymi (na przykład podczas prowadzenia pojazdów, pracy z niebezpiecznymi urządzeniami lub pracy na wysokości) lub społecznymi (utrata pracy, konflikty z rodziną i prawem). W odniesieniu do używania alkoholu stworzona została również definicja ilościowa. Wyznaczona granica wynika z krzywej zależności między średnią ilością wypijanego alkoholu a ryzykiem szkód zdrowotnych w miejscu, w którym krzywa ta zaczyna gwałtownie piąć się ku górze. Granicę tę stanowi wypijanie dziennie średnio trzech, czterech standardowych drinków (każdy po około 10 gramów alkoholu) przez mężczyzn oraz jednego, dwóch drinków przez kobiety.

Szkodliwe używanie alkoholu definiowane jest jako sposób stosowania substancji powodujący konkretne szkody zdrowotne zarówno somatyczne, jak i psychiczne.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 podkreśla się, że chociaż długotrwale używanie alkoholu na ogół powoduje zaburzenia funkcjonowania społecznego, to jednak w wypadku stwierdzenia jedynie szkody w funkcjonowaniu społecznym bez wyraźniejszych szkód somatycznych nie można rozpoznawać używania szkodliwego. Tłumaczy się to trudnym do wykazania jednoznacznym związkiem przyczynowo-skutkowym między używaniem szkodliwych substancji a złym funkcjonowaniem społecznym.

Może ono być wynikiem wcześniej występujących zaburzeń osobowości oraz kontekstu społecznego (na przykład patologicznego środowiska).



Rys. 1. Wzorce spożywania alkoholu (opracowanie własne).

Zespół uzależnienia

Najważniejszą cechą charakteryzującą uzależnienie od alkoholu jest występowanie silnego pragnienia spożycia alkoholu. Pragnienie to uwidacznia się w różnych obszarach funkcjonowania człowieka, ze względu na wieloaspektowy charakter uwarunkowań. Możemy tu wskazać uwarunkowania biologiczne (organizm uzależnia się od substancji), psychiczne (zaspokajanie potrzeb, zagłuszanie bólu i rozładowywanie napięcia) i behawioralne (nawyk związany z nadużywaniem substancji).

Zgodnie z obowiązującymi w Polsce kryteriami ICD-10, aby mógł być rozpoznany zespół uzależnienia, powinny być spełnione co najmniej trzy spośród poniższych kryteriów. Opisane objawy muszą się utrzymywać przez miesiąc bądź pojawiać się kilkakrotnie w krótszym okresie w ciągu dwunastu miesięcy. Wyróżniamy następujące kryteria:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu zażywania substancji;
- trudności w kontrolowaniu rozpoczęcia picia, zakończenia picia lub ilości wypijanego alkoholu;
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego (stanu odstawienia), które pojawiają się wtedy, gdy użycie

substancji jest ograniczone lub przerywane; zespół ten powinien być potwierdzony objawami charakterystycznymi dla odstawienia używanego środka lub używaniem tej samej bądź blisko spokrewnionej substancji w celu niedopuszczenia do pojawienia się lub w celu uwolnienia się od objawów zespołu odstawienia;

- tolerancja na działanie substancji, czyli konieczność przyjmowania dużo większej dawki alkoholu w celu osiągnięcia pożądanego efektu upojenia albo, z drugiej strony, znaczne zmniejszenie efektu działania, gdy przyjmowania jest taka sama dawka substancji;
- znaczące angażowanie się w kwestie związane z przyjmowaniem substancji, które przejawia się w postaci ograniczenia lub porzucenia dotychczasowych zajęć i zainteresowań, albo przeznaczanie większości czasu na działania związane ze zdobyciem i przyjęciem alkoholu bądź uwolnieniem się od następstw jego działania;
- uporczywe zażywanie substancji pomimo oczywistych dowodów szkodliwych następstw (na przykład somatycznych czy psychicznych), które są spożywającemu znane lub można oczekiwać, że są mu znane.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła już projekt nowej, jedenastej, wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases, Eleventh version; ICD-11).

Podobnie jak w ICD-10 rozpoznanie: „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” w nowej wersji klasyfikacji obejmuje: ostre zatrucie alkoholem, używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

Wśród propozycji opisu rozpoznania zespołu uzależnienia od alkoholu, który określany jest jako *przewlekłe zaburzenie regulacji używania alkoholu, wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji*, w ICD-11 wy-

różnia się kryterium opisujące upośledzoną zdolność kontroli nad rozpoczynaniem, nasileniem, okolicznościami oraz kończeniem przyjmowania substancji psychoaktywnej, z towarzyszącym często subiektywnym przymusem jej przyjmowania.

W klasyfikacji tej akcentuje się, że aby rozpoznać uzależnienie od alkoholu, przyjmowanie substancji musi się stać nadrzędną, dominującą aktywnością i zainteresowaniem w porównaniu do innych zainteresowań, codziennych zajęć i obowiązków, spraw osobistych i zdrowotnych danej osoby.

Kluczowe jest również występowanie symptomów wskazujących na adaptację układu nerwowego do ilości przyjmowanego alkoholu, określane jako tolerancja oraz jako specyficzne dla danej substancji objawy abstynencyjne pojawiające się po przerwaniu lub ograniczeniu jej przyjmowania.

Natomiast szkodliwe używanie określa się jako wzór picia alkoholu powodujący szkody zdrowotne – somatyczne albo psychiczne, włączając w to przypadki przemocy i samouszkodzenia wymagające interwencji medycznej, powstałe w wyniku powtarzających się epizodów upojenia bądź szkodliwego albo regularnego przyjmowania dużych ilości alkoholu.

Możemy odwołać się również do kryteriów diagnostycznych zawartych w Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych (DSM-5), opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association; APA). W powyższej klasyfikacji występuje kategoria diagnostyczna: „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” (*alcohol use disorder; AUD*).

Kryteria diagnostyczne zaburzeń używania alkoholu – według klasyfikacji DSM-5 – przedstawiają się następująco:

1. Częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub spożywanie przez dłuższy czas, niż zamierzano.

2. Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia.
3. Poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia.
4. Głód alkoholu lub silne pragnienie albo potrzeba picia.
5. Nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniebdanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu.
6. Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
7. Ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych.
8. Powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa.
9. Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
10. Ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą spożycia znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu, gdy używana jest taka sama dawka alkoholu.
11. Występowanie zespołu abstynencyjnego, który wiąże się:
 - z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub
 - z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji, na przykład benzodiazepiny) w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów.

Opisane powyżej jedenaście kryteriów diagnostycznych powstało na podstawie dotychczasowych siedmiu dotyczących uzależnienia od alkoholu oraz czterech związanych z nadużywaniem alkoholu. Przyjmuje się, że o problemowym wzorze picia alkoholu, powodującym istotne zaburzenia klinicznie, możemy mówić w sytuacji, gdy zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm kryteriom z wymienionych powyżej i utrzymuje się przez okres dwunastu miesięcy.

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż w klasyfikacji DSM-5 nie zastosowano ostrej granicy między nadużywaniem alkoholu a uzależnieniem od tej substancji. Wprowadzono natomiast kryteria oceny ciężkości zaburzenia, które oparte zostały na liczbie spełnionych kryteriów diagnostycznych. Obecność od dwóch do trzech spośród wyżej wymienionych kryteriów prowadzi do rozpoznania łagodnego nasilenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, od czterech do pięciu – umiarkowanego, sześć lub więcej – ciężkiego nasilenia zaburzeń wynikających z picia alkoholu.

Cechy zaburzonego używania alkoholu zostały uszeregowane w czterech grupach. Do każdej z nich przypisane są określone objawy:

1. Upośledzona kontrola (objawy 1–4).
2. Upośledzenie funkcjonowania społecznego (objawy 5–7).
3. Ryzykowne używanie substancji (objawy 8–9).
4. Kryteria farmakologiczne (objawy 10–11).

Autorzy DSM-5 sugerują zmianę spojrzenia na picie alkoholu jako proces nasilających się trudności. Oznacza to, że każda osoba pijąca alkohol znajduje się w określonym miejscu na skali związanej z używaniem alkoholu. W nowym ujęciu używanie alkoholu może zmieniać się w czasie. Przejście od picia o niskim ryzyku szkód do nadmiernego, szkodliwego i zaburzonego używania alkoholu zależy od stopnia upośledzenia kontroli. Wyzwaniem, przed którym stoją terapeuci, w szczególności pracujący

w obszarze ograniczania picia, jest umiejętnie rozpoznawanie przejawów pogłębiającego się procesu upośledzenia kontroli, zanim osiągnie on postać ciężkiego nieodwracalnego zaburzenia.

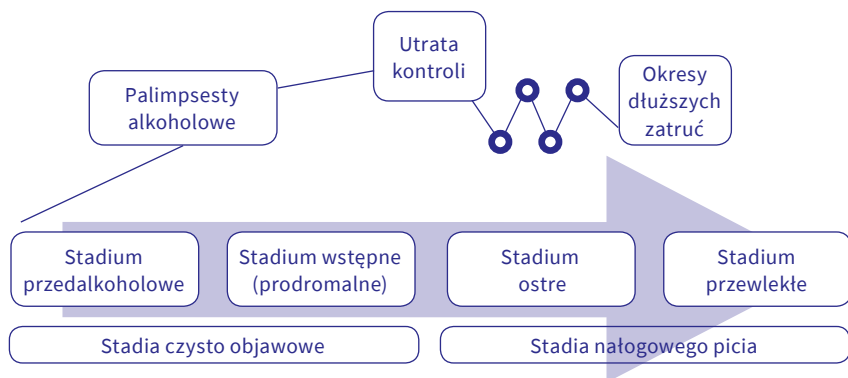
RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

RYZIKOWNE SPOŻYWANIE ALKOHOLU, PICIE SZKODLIWE ORAZ UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU STANOWIĄ WZORY SPOŻYWANIA ALKOHOLU WYMAGAJĄCE INTERWENCJI I ZMIANY.

Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu

Jedną z kluczowych cech choroby alkoholowej jest jej progresywność, co oznacza, że objawy choroby z biegiem czasu znacznie się pogłębiają. Poniżej przedstawimy, w jaki sposób rozwija się choroba alkoholowa. Omawiając poszczególne jej fazy, odwołamy się do koncepcji stworzonej przez Elvina Mortona Jellinka oraz do przykładów pochodzących z wywiadów z rodzicami dorosłych osób uzależnionych od alkoholu.

Jellinek w jednej ze swoich prac przedstawił koncepcję kolejnych faz pojawiających się w procesie rozwoju uzależnienia.



Rys. 2. Proces rozwoju uzależnienia według E.M. Jellinka (opracowanie własne).

Pierwsze stadium – przedalkoholowe. Może trwać od pół roku do dwóch lat. Jest to etap, w którym spożywanie alkoholu ma charakter głównie towarzyski, a osoba pijąca upatruje w alkoholu źródło wesołego nastroju. Picie sprawia przyjemność i przynosi różne inne korzyści, między innymi rozluźnienie, wyższą samoocenę. Jednak z biegiem czasu alkohol może zacząć być używany jako środek uśmierzający przykre stany emocjonalne. Zdaniem Jellinka używanie alkoholu zarówno przez osoby, które staną się uzależnione, jak i te, które będą pić przez całe życie w sposób objawowy (umiarkowany), motywowane jest społecznie. W odróżnieniu od osób, które piją w sposób umiarkowany i akceptowany społecznie, osoba, która będzie uzależniona, po wypiciu alkoholu odczuwa pewien rodzaj ulgi psychicznej – porównywany do odprężenia w innych sytuacjach (na przykład podczas zabawy, treningu sportowego czy czytania ulubionego czasopisma bądź książki).

Spożywanie alkoholu na tym etapie nie prowadzi zazwyczaj do stanu znacznego upicia się, jednak osoba, pijąc, uzyskuje oczekiwany rodzaj odprężenia emocjonalnego i relaksacji. W stadium tym następuje proces obniżania się poziomu odporności na wszelkie napięcia psychiczne oraz pojawia się nieumiejętność poradzenia sobie z różnymi wydarzeniami stresowymi w inny sposób niż napięcie się alkoholu. Doświadczane napięcia, ograniczenia czy trudności znoszone są poprzez unikanie konfrontacji, co zwrótnie prowadzi do wygaszenia różnorodności strategii radzenia sobie ze stresem. Początkowo osoba pijąca poszukuje ulgi okazjonalnie, jednak wraz z postępującym procesem zmniejszania się tolerancji na napięcia psychiczne i wzrostem tolerancji na alkohol (potrzeba wypijania coraz większych dawek alkoholu w celu uzyskania pożądanego stanu odprężenia i relaksu) zaczyna pić prawie codziennie.

Pod koniec trwania pierwszej fazy osoba coraz częściej jest w stanie upojenia alkoholowego, co prowadzi do

zatrucia organizmu (ośrodkowego układu nerwowego) i pojawienia się pierwszych amnezji – czyli luk w pamięci, potocznie nazywanych „urwaniem się filmu”.

Jellinek stadium to podzielił na dwa okresy: okazjonalne picie w celu doznania ulgi i stałe picie w celu doznania ulgi.

Hanna, lat 75, matka 48-letniego Jacka uzależnionego od alkoholu:

Zaczęło się dość dawno, bo chyba 20 lat miał, jak zaczął popijać po prostu, uciekał, żeby nikt nie widział, gdzieś z kolegami, ale to nie było takie uchlewanie się, upicie do końca, tylko popijanie jeden dzień, drugi, jedna osiemnastka, druga osiemnastka, u kumpli, to wszystko tak było. No i w pewnym momencie, to już 30–35, bo w tej chwili ma przecież 49 lat i cały czas pije, czyli wtedy było coraz bardziej, jakiś zawód od dziewczyny, jakiś nie wyszedł mecz, bo był piłkarzem, tak że zawsze to było kieliszkiem zakończone. No i teraz jest strasznie, że tak powiem. Pije, bardzo dużo pije, jak tylko ma pieniądze.

Jan, lat 80, ojciec 48-letniego Jacka uzależnionego od alkoholu:

Wszystko opowiem, jak to się zaczęło... Jacek trenował, mając 14–15 lat, i zaczynało się, pićeczka, tego, coraz więcej, coraz więcej. Przychodził do domu, jak to się mówi nieładnie, podchmielony, pod wpływem... trochę tego, to żona na szybko, Jacek, bo ojciec wraca, kładź się i tak... No to miał 15 lat, 16. Później coraz więcej, coraz więcej i coraz więcej...

Stadium drugie – wstępne (prodromalne). Może trwać od pół roku do czterech, pięciu lat – w zależności od psychicznych i fizycznych predyspozycji osoby pijącej, jej sytuacji rodzinnej, zawodowej i/lub zainteresowań.

Zdaniem Jellinka stadium to rozpoczyna się pojawieniem się pierwszych palimpsestów alkoholowych, czyli stanów niepamięci zdarzeń, wykonywanych czynności, zachowań własnych i innych ludzi. Stany te mogą pojawić się po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu (około 50–60 gramów czystego spirytusu). Pomimo że wielkość wypitej dawki nie zaburza w znaczący sposób funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, to pojawia się stan fragmentarycznej bądź całkowitej niepamięci wydarzeń z okresu upicia się.

Palimpsesty alkoholowe występują wraz z innymi zachowaniami alkoholowymi, które wskazują pijącemu, że jego sposób picia różni się od sposobu spożywania alkoholu przez osoby pijące okazjonalnie. Alkohol przestaje być jednym z dostępnych rodzajów napojów, staje się narkotykiem, którego osoba zaczyna „potrzebować”.

W stadium tym kolejno pojawiają się:

- potajemne picie (w różnych sytuacjach osoba stara się wypić alkohol tak, aby inni tego nie widzieli);
- ciągłe myślenie o alkoholu (doświadczenie obaw i niepokoju o to, czy na spotkaniach towarzyskich będzie wystarczająca ilość alkoholu);
- picie zachłanne i łapczywe (pierwsze porcje alkoholu wypijane są szybko w krótkich odstępach czasu, w celu jak najszybszego wprowadzenia się w stan odprężenia);
- poczucie winy i wyrzuty sumienia (pojawiają się, gdy pijący uświadamia sobie, że jego picie przestaje być czymś normalnym i naturalnym);
- unikanie w gronie najbliższych osób wszelkich rozmów na temat alkoholu.

Niewielka świadomość problemów związanych z pićciem oraz ciągle wzrastająca tolerancja powodują, że osoba zaczyna „maskować się” podczas picia. Ze względu na to, że chcąc uzyskać stan odprężenia i ulgi, musi wypić znacznie więcej alkoholu od innych, pije ukradkiem i/lub potajemnie albo specjalnie wyszukuje sytuacje, w których może napić się więcej – na przykład pije tak zwane karniaki ze spóźnionymi gośćmi lub wznosi toasty. Zachowania te zazwyczaj budzą wstyd i poczucie winy, które z jednej strony mogą nasilać tendencję do racjonalizacji (niewłaściwego wyjaśniania przyczyn swojego zachowania), z drugiej zaś mogą prowadzić do coraz większej izolacji społecznej.

Hanna, lat 75, matka 48-letniego Jacka uzależnionego od alkoholu:

No i teraz jest strasznie, że tak powiem. Pije, bardzo dużo pije, jak tylko ma pieniądze. Znaczący się, może też nie pić, bo na przykład przychodzi tydzień, że nie ma tych pieniędzy, że mu się skończyły i nie pije, potrafi nie wypić. Ale jak tylko dostanie pieniądze, nie może wytrzymać, potem żałuje: „Boże, co ja zrobiłem, tyle pieniędzy przehulałem”, za przeproszeniem, no ale pije, nie może przestać.

Najgorzej jest pierwszego, bo pierwszego dostaje wypłatę, to pije do końca, dopóki nie wyda pieniędzy. A potem płacze: „Jaki ja głupi!”.

W końcowym etapie tego stadium palimpsesty alkoholowe pojawiają się coraz częściej, co zwiastuje zaostrzenie się nałogu alkoholowego.

Stadium trzecie – ostre. W stadium ostrym możemy mówić o wystąpieniu tak zwanej narkomanii alkoholowej. Główny objaw stanowi utrata kontroli – w wyniku niepowstrzymanego głodu alkoholu po wypiciu pierwszej jego dawki; picie zaczyna przekraczać tak zwane rozsądne granice; osoba pije aż do momentu osiągnięcia stanu upojenia. Utrata kontroli występuje u osoby uzależnionej bez względu na długość okresu abstynencji poprzedzającego ponowne picie, ponieważ ma charakter objawu nieodwracalnego. Zjawisko utraty kontroli wraz z konsekwencjami można obserwować dopiero po rozpoczęciu picia, natomiast objaw ten nie ma żadnego wpływu na sam fakt rozpoczęcia picia. Osoba pijąca zachowuje kontrolę sytuacyjną (nad tym, w jakich okolicznościach rozpocząć picie). Pijący nałogowo może zachować abstynencję narzuconą okresowo – dobrowolnie lub pod przymusem – na przykład podczas adwentu, Wielkiego Postu, ślubu własnych dzieci czy chrztu wnucząt albo innych, jednak po rozpoczęciu picia nie potrafi już pić w sposób umiarkowany.

Osoba uzależniona od alkoholu zaprzecza wystąpieniu tego objawu, uparcie przekonując siebie i innych, podając coraz to nowe uzasadnienia. Tym samym rozbudowuje system racjonalizacji: nie traci kontroli, tylko ważne powody niejako „zmuszają” ją do nadużywania alkoholu. Racjonalizacje i zaprzeczanie problemom związanym

z piciem pozwalają osobie uzależnionej od alkoholu odeprzeć wszelkie naciski społeczne zmierzające do nakłonięcia jej do zaprzestania picia. Cierpiąc coraz bardziej z powodu niskiego poczucia własnej wartości oraz braku szacunku i akceptacji, formułuje nastawienia i zachowania wielkościowe.

Nastawienia wielkościowe oraz rozbudowany system racjonalizacji powodują, że osoba uzależniona od alkoholu dochodzi do wniosku, że winę za jej niekontrolowane picie ponoszą inni, co prowadzi do formułowania oskarżeń w kierunku członków najbliższej rodziny czy przyjaciół. Przejawem takiej postawy są wyraźne zachowania agresywne, które pogłębiają wyobcowanie ze środowiska społecznego, co z kolei prowadzi do wyrzutów sumienia. Wyrzutom sumienia towarzyszy stan napięcia, który wzmagą u osoby uzależnionej potrzebę dalszego picia. Pod wpływem coraz silniejszych nacisków ze strony otoczenia osoba uzależniona od alkoholu narzuca sobie okresowo bezwzględną abstynencję. Może się również zdarzyć, że będzie koncentrować swoje siły na zmianie dotychczasowego sposobu picia. Ma to na celu udowodnienie sobie i innym, że jest w stanie kontrolować ilość spożywanego alkoholu. Próby te mogą polegać na wprowadzeniu zmian co do rodzaju pitego alkoholu (na przykład zamiast wódki pije wino), miejsca (zamiast na przyjęciach i spotkaniach pije w domu), czasu (zamiast wieczorem zaczyna pić wczesnym popołudniem), okoliczności picia (pije nie wtedy, gdy ponosi porażkę, tylko wtedy, gdy odnosi jakiś sukces). Utrzymywanie okresowej abstynencji i zachowanie kontroli wiąże się z olbrzymim wysiłkiem podejmowanym przez osobę uzależnioną, natomiast jeśli pojawiają się niepowodzenia z tym związane, narasta wrogość wobec otoczenia, unikanie dotychczasowych znajomych czy przyjaciół, zaniedbywanie bądź porzucanie pracy. Dzieje się tak dlatego, że wszystkie te wyżej wymienione czynniki przeszkadzają w picu.

Funkcjonowanie osoby uzależnionej od alkoholu coraz bardziej koncentruje się wokół spraw związanych z piciem. Następuje utrata dotychczasowych zainteresowań i dalsze przewartościowanie relacji z ludźmi, czemu towarzyszy wzrost tendencji do litowania się nad sobą i swoim życiem, często z dolegliwym poczuciem bycia ofiarą. Osoba uzależniona zaczyna rozważać możliwość zmiany lub rzeczywistej ucieczki z miejsca czy środowiska, w którym żyje. Wzrastająca koncentracja na jednym celu – zorganizowaniu sobie alkoholu – powoduje zmianę obyczajów rodzinnych. Rodzina próbuje zachować dobre relacje z otoczeniem, podtrzymując dotychczasowe kontakty poza domem, z udziałem lub bez udziału osoby uzależnionej od alkoholu, co z kolei prowadzi u niej do nieuzasadnionych pretensji i żalów wobec najbliższych.

Ciągle nasilające się „zapotrzebowanie” na alkohol powoduje, że osoba gromadzi i ukrywa zapasy alkoholu. Konsekwencje picia dużych ilości alkoholu jeszcze bardziej nasilają się przede wszystkim w związku z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, co może prowadzić do hospitalizacji z powodu różnych dolegliwości somatycznych bądź psychicznych. W tym czasie zaobserwować można również obniżenie popędu seksualnego i tak zwaną zazdrość na tle alkoholizmu (co między innymi może przejawiać się wrogością wobec partnera/partnerki czy męża/żony; pojawiają się podejrzenia o niewierność, oskarżanie o utrzymywanie seksualnych związków pozamałżeńskich).

Jeśli coraz częściej pojawia się regularne picie poranne, które dotychczas zdarzało się incydentalnie, należy przyjąć, że wówczas kończy się stadium ostre. Wzrost agresywności i ciągle pretensje wobec otoczenia, walka pomiędzy obowiązkami a potrzebami narzuconymi przez alkohol, koncentracja życia wokół spraw związanych z piciem, gromadzenie zapasów alkoholu, problemy z prawem, zaniebdywanie pracy, rodziny, obniżenie popędu seksualnego, wyrzuty sumienia, obniżone poczucie własnej wartości

z jednej strony, z drugiej zaś fałszywa pewność siebie i zachowania wielkościowe tak mocno dezorganizują życie osoby uzależnionej, że jedynym czynnikiem, dzięki któremu jest ona w stanie rozpocząć nowy dzień, zdolnym przywrócić równowagę, staje się alkohol.

Stadium czwarte – przewlekłe. Jellinek (1952) określa początek fazy przewlekłej jako „dramatyczną walkę nałogowca” o zachowanie jakichkolwiek stosunków z otoczeniem. Pomimo że wieczorne picie i stan znacznego zamroczenia alkoholem powodują nasilone konflikty i nieporozumienia rodzinne, osoba ta ciągle jest zdolna, przynajmniej na pewnym poziomie, do wykonywania pracy zawodowej. Jednak wiąże się to z podejmowaniem coraz większego wysiłku, aby nie upić się w ciągu dnia podczas wykonywania obowiązków związanych z pracą zawodową. W miarę rozwoju choroby alkoholowej coraz bardziej słabnie motywacja pijącego do zachowania kontroli sytuacyjnej, a w konsekwencji pierwszy poranny alkohol staje się poważnym zagrożeniem dla utrzymania się w pracy.

Utrata kontroli, która pojawiła się już w poprzednim stadium, powoduje wystąpienie „błédnego koła nałogu”, które w tym stadium możemy zaobserwować jako tak zwane ciągi picia, czyli długotrwałe stany zatrucia alkoholem. Powtarzające się stany zatrucia alkoholem prowadzą do degeneracji moralnej, obniżenia sprawności funkcji intelektualnych, które zwykle nie mają charakteru trwałego. Mogą wystąpić również psychozy alkoholowe – zespoły urojeniowe, halucynozy czy psychozy przypominające schizofrenię.

Jan, lat 80, ojciec Jacka, 48 lat:

Przychodzi do domu pijany jak świnia, przepraszam, że tak powiem, z kolegą, ja ząłamany jestem. I tak cały czas z jakimiś lumpkami, pijakami. Czterech już kolegów jego zmarło, teraz niedawno. Jeden kumpel umarł, drugi kumpel umarł, trzeci umarł. I to wszystko z alkoholu. On to przecież wszystko widzi, na to patrzy jakoś... I już naprawdę nie ma kumpli. Ostatnio kolega umarł, taki przyjaciel, który teraz umarł. Młody chłopak przecież, młodszy od niego.

W wyniku procesu degradacji osoba uzależniona od alkoholu zaczyna spożywać alkohol z ludźmi ze znacznie niższych warstw społecznych – przypuszcza się, że po to aby poczuć się kimś lepszym, bardziej wartościowym. Doświadczanie kłopotów finansowych i trudności związanych ze zdobyciem pieniędzy na alkohol powoduje, że osoba zaczyna sięgać po alkohole „niekonsumpcyjne”: denaturat, płyn do spryskiwaczy, rozpuszczalniki, odmrażacze do szyb, różne farmaceutyki wykonane na bazie spirytusu, spirytus salicylowy czy wódkę pochodzącą z niewiadomych źródeł (zakupioną na bazarach, miejskich rynekczkach czy z nielegalnych tak zwanych piwnicznych lub garażowych „rozlewisk”). Ponieważ w tym stadium dochodzi do obniżenia tolerancji na alkohol – stan upojenia może wystąpić po spożyciu o połowę mniejszej dawki alkoholu niż w stadium ostrym.

W stadium tym nasilają się również niekreślone lęki, różnego rodzaju drżączki lub zahamowania psychoruchowe. Kiedy tylko spadnie poziom alkoholu we krwi, stany te ulegają nasileniu, co z kolei uniemożliwia wykonywanie nawet prostych czynności motorycznych, jak na przykład zapięcie guzików, posługiwanie się sztućcami. Jest to stan wysoce awersyjny, nieprzyjemny dla osoby uzależnionej, dlatego nie dopuszcza ona do jego wystąpienia, utrzymując przez cały czas odpowiedni poziom alkoholu we krwi. Picie przybiera charakter obsesyjny. Zdarza się, że osoba tygodniami, miesiącami, a nawet latami nie trzeźwieje.

Hanna, lat 75, matka 48-letniego Jacka uzależnionego od alkoholu:

Tak, lekarze radzili, no tam coś podpowiadali. No bo kiedyś był taki straszny właśnie ten odwyk też, bo on już padaczkę miał kilka razy alkoholową. Ale to wszystko minęło, bo jak to świństwo sprzedawali na rynku, to straszny alkohol, taki niedobry, i jak on to pił, to było strasznie, najgorsze dni były jego, dla niego i dla nas. Bo on to pił, a potem człowiek głupiał. Nie to, że byłaś upita, tylko jakieś cuda, jakieś zwidy mu się pokazywały, bo ten alkohol tak działał. I on się w pewnym momencie sam kapnął, że to mu przeszkadza i tego już nie dotknie w ogóle, nawet już patrzeć nie może, ale naprawdę już było źle. Otwierał okna, krzyczał, że tam ktoś siedzi, ktoś go podgląda, a potem pasy i tak dalej, ręce, coś makabrycznego.

Stadium przewlekłe wiąże się zazwyczaj z osłabieniem systemu racjonalizacji i zaprzeczeń czy zachowań wielkościowych. W ich miejsce u około 60 procent badanych pojawiają się nieokreślone idee natury religijnej. W trakcie przedłużających się stanów zatrucia i zamroczenia alkoholowego, konfrontacji z rzeczywistością zewnętrzną i własnym samopoczuciem system racjonalizacji ulega załamaniu i osoba uzależniona od alkoholu uznaje siebie za pokonaną. W stadium tym może pojawić się padaczka alkoholowa lub poważne choroby somatyczne, jak alkoholowa marskość wątroby, polineuropatia alkoholowa, otępienie alkoholowe czy skrajne wyczerpanie organizmu. Stan ten zazwyczaj prowadzi do dwóch rozwiązań: albo osoba poddaje się leczeniu (dość spontanicznie), albo pije nadal. Jednakże kontynuacja picia najczęściej prowadzi do śmierci – albo w formie „zapicia się” (przedawkowania alkoholu), albo na skutek pojawienia się śmiertelnej choroby somatycznej. Zdarza się, że osoby w tym czasie podejmują próby samobójcze, które mogą skończyć się śmiercią.

Jan, lat 80, ojciec Jacka, 48 lat:

Chudy jest, nie wiem... Tak chudy jest, że wszyscy z niego się śmieją, jak ty wyglądasz? Nieraz mu powiem: jak ty wyglądasz człowieku? A jego pokój? Ja już nie chcę, żebyśmy patrzyli, tam jest makabra. Brudas niesamowity.

Hanna, lat 75, matka Jacka, 48 lat:

Przecież ostatnio miał pęknięte zębra, też nie wiadomo gdzie i jak. Czy go ktoś pobił, czy się przewrócił gdzieś tam? Był półtora miesiąca na zwolnieniu, bo nie mógł w ogóle oddychać, tam mu gdzieś to popękało, poszło. Noga go boli. Chodzi, kuleje i go boli, bo nam to pokazywał, ale to też jest od alkoholu.

Na pewno coś mu tam jest. Jest strasznie chudy. Jak pije, to nie je nic. Tydzień może pić, tydzień nie będzie jadł. Nic nie może jeść. Nie wymiotuje, nic, tylko po prostu nie ma łaknienia, nie je.

Chcemy podkreślić, że przedstawiona przez nas charakterystyka stadiów rozwoju choroby alkoholowej pokazuje jej typowy przebieg, jednak może się zdarzyć, że u danej osoby będzie ona przebiegała nieco inaczej.

Mechanizmy uzależnień

Aby jeszcze lepiej zrozumieć proces uzależnienia alkoholowego, warto przyjrzeć się bliżej funkcjonowaniu osób uzależnionych, czemu może posłużyć omówienie psychologicznych mechanizmów leżących u podstaw uzależnienia. Jerzy Mellibruda, autor modelu uzależnienia od alkoholu, psycholog specjalizujący się w problematyce uzależnień, jeden z założycieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wskazuje na istnienie trzech patologicznych mechanizmów tworzących uzależnienie, wraz z zespołem czynników i zjawisk, które je aktywizują. Mechanizmy uzależnienia odgrywają fundamentalną rolę w powstawaniu oraz w utrzymywaniu się choroby alkoholowej. Sprawiają, że osoby nadużywające alkoholu nie widzą swojego problemu, skutków picia, co w konsekwencji prowadzi do tego, że zapadają się w chorobę i paradoksalnie szukają sposobów radzenia sobie z obecną sytuacją poprzez sięganie po alkohol jako środek zaradczy. U zdrowego człowieka poznanie i reakcja na świat następuje za pomocą: własnego umysłu, emocji i stabilnego obrazu siebie. Te trzy drogi poznania wpływają na właściwą ocenę naszego funkcjonowania poprzez adekwatne decyzje zgodne z rzeczywistością. Stanowią one źródło informacji na temat aktualnej sytuacji, umożliwiają nam dojrzałe zachowania. Mechanizmy uzależnień powstają w wyniku intensywnego psychofarmakologicznego działania alkoholu, potęgowanego doświadczeniami o charakterze intra- oraz interpersonalnym oraz specyficznymi okolicznościami zewnętrznymi i wewnętrznymi źródłami. Wśród okoliczności zewnętrznych wyróżnić możemy sytuacyjne, czyli sytuacje stresu i podwyższonego ryzyka, zaburzenia ważnych relacji społecznych oraz negatywne konsekwencje społeczne szkodliwego picia w przeszłości. Natomiast do wewnętrznych źródeł zaliczamy zaburzenia zdrowia somatycznego i psychicznego, deficyt praktycznych umiejętności życiowych oraz destrukcyjną orientację życiową. Ponadto

przyjmuje się, że intensywne i długotrwałe picie pozostawia trwałe ślady w trzech obszarach funkcjonowania psychologicznego: w sferze doświadczania stanów emocjonalnych, w sferze aktywności umysłowej oraz w osobowości.

Pierwszym z mechanizmów jest **mechanizm nałogowej regulacji emocji**. Patologiczny przebieg procesów rozwijających się w życiu emocjonalnym osoby uzależnionej doprowadza do wytworzenia się utrwalonego systemu regulacji psychicznej w tej sferze. Procesy te przebiegają w automatyczny sposób i są wąsko ukierunkowane. Cechy charakterystyczne funkcjonowania tego mechanizmu są następujące:

1. Dynamika procesów emocjonalnych osoby uzależnionej w dużym zakresie ukierunkowana jest na inicjowanie i potęgowanie pragnienia alkoholu. Oznacza to, że różnorodne stany i reakcje emocjonalne, niezależnie od ich rzeczywistych źródeł, często przekształcają się w to pragnienie.
2. Najistotniejszą rolę w dynamice procesów emocjonalnych odgrywa dążenie do szybkiego złagodzenia lub uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych przy pomocy alkoholu.
3. Stres stanowiący podstawowe źródło przykrych stanów emocjonalnych może być powodowany przez czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, a zwłaszcza przez negatywne konsekwencje spożywania alkoholu.
4. Osoba uzależniona przejawia silną tendencję do reagowania na stres poczuciem zagrożenia, któremu często towarzyszą lęk, złość, smutek i ból oraz gotowość do radzenia sobie ze stresem przy pomocy prób bezpośredniego łagodzenia przykrych emocji zamiast prób zmiany okoliczności wywołujących stres.
5. Niski poziom odporności na cierpienie, która, osłabiana przez biochemiczne konsekwencje nadużywania alkoholu, powoduje, że do przykrych stanów emocjonalnych, takich jak niepokój, rozdrażnienie czy

przygnębień, dołącza się „poczucie bolesności”, co nasila dynamikę dążenia do szybkiego ich uśmierzenia przy pomocy alkoholu.

6. W chwilach nasilonego odczuwania cierpienia i lęku zaczyna się rozwijać proces panicznego poszukiwania ulgi, który nadaje pragnieniu wypicia alkoholu charakter wewnętrznego przymusu, konieczności. Dynamizowana lękiem i cierpieniem ucieczka w alkohol, z nadzieją na uśmierzenie lęków i uspokojenie, jest często doświadczana jako tak zwany głód alkoholu, a największym zagrożeniem staje się wtedy perspektywa utraty dostępu do alkoholu.
7. Dodatkowe źródło stresu może stanowić obniżona tolerancja na monotonię, nazywana również zwiększonym zapotrzebowaniem na stymulację. Oznacza to nasiloną potrzebę wzbudzania szybkich i bezpośrednich zmian w stanie emocjonalnym. Osoba uzależniona przejawia gotowość do osiągania tego przy pomocy alkoholu, gdyż odczuwa niepokój, nawet wtedy gdy jej sytuacja życiowa się uspokaja i stabilizuje. Podwyższona potrzeba stymulacji i zmiany własnych stanów psychicznych u części osób uzależnionych stanowi indywidualną cechę temperamentalną, za to u wszystkich uzależnionych intensywne picie przyczynia się do nasilenia tej cechy na skutek biochemicznych zmian pod wpływem alkoholu.
8. Część doświadczeń osoby uzależnionej związanych ze spożywaniem alkoholu ukształtowała przyjemne oczekiwania związane z pozytywnymi skutkami spożycia alkoholu. Tworzy to pokusę ponownego przeżycia takich stanów. Pokusa ta wzmacnia dynamikę dążenia do uśmierzenia przykrych przeżyć. Co oznacza, że siła pragnienia alkoholu pochodzi zarówno z dążenia do uśmierzenia przykrych stanów związanych z niepokojem i z cierpieniem, jak i z chęci osiągnięcia przyjemności bezpośrednio po uwolnieniu się od przykrości.

9. Przeżywanie przez osobę uzależnioną przykrych stanów emocjonalnych nabiera specyficznej dwoistości. Przykry stan emocjonalny stanowi z jednej strony negatywny sygnał, który powinien wzbudzać odruch awersyjny, czyli tendencję do unikania źródła przykrości, z drugiej strony jest równocześnie sygnałem zapowiadającym chwilę przyjemności po uśmierzeniu przykrości. Ponieważ u osoby uzależnionej nastąpiło poważne zredukowanie wielu naturalnych źródeł osiągania przyjemnych stanów, uśmierzanie przykrych stanów lękowych jest głównym sposobem na uzyskiwanie przyjemnych doświadczeń.
10. Oba aspekty pragnienia wypicia alkoholu u osoby uzależnionej wpływają w istotny sposób na zniekształcenia poznawcze. Dążenie do złagodzenia przykrości zawęża świadomość i koncentruje ją wokół alkoholu jako podstawowego środka uśmierzającego oraz neutralizującego sygnały utrudniające dostęp do alkoholu. Pokusa i nadzieja na szybką przyjemność sprzyja tworzeniu pozytywnych złudzeń.
11. Ogół zaburzeń życia emocjonalnego osoby uzależnionej wskazuje na kluczowe zjawisko patologiczne, jakim jest dezorganizacja podstawowych mechanizmów regulacji emocji przez ingerencję alkoholu etylowego jako psychoaktywnej substancji chemicznej. Procesy emocjonalne, a nawet ogół procesów psychicznych, zostają zdominowane przez psychofarmakologiczny wpływ substancji chemicznych. Tworzy to gotowość osoby pijącej do sięgania po różne substancje chemiczne, by dalej regulować i manipulować psychiką, jak też, a może przede wszystkim, zaburza naturalną równowagę współwystępowania procesów biologicznych i psychologicznych, opartą na zintegrowanym funkcjonowaniu systemu nerwowego i hormonalnego bez zewnętrznych wpływów chemicznych. Stanowi to poważne zagrożenie

zdrowia osoby definiowanego jako zdolność utrzymywania zrównoważonej samoregulacji organizmu i psychiki.

Działanie tego mechanizmu wyjaśnia przede wszystkim pojawianie się tak zwanych pragnień alkoholowych, a w szczególności ogromną ich siłę. Wskazuje również na niezwykle istotne zjawisko rozluźnienia, a często nawet zerwania związków emocjonalnych z realną rzeczywistością, co wpływa na poważne osłabienie możliwości zewnętrznego wpływu najbliższych osób na funkcjonowanie osoby uzależnionej od alkoholu. Z tej perspektywy możemy również lepiej zrozumieć emocjonalne źródło zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym osoby uzależnionej.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

MECHANIZMY UZALEŻNIENIA POWSTAJĄ W WYNIKU INTENSYWNEGO ODDZIAŁYWANIA ALKOHOLU NA PSYCHOFIZYCZNE FUNKCJONOWANIE TWOJEGO DZIECKA.

Kolejny mechanizm to **mechanizm iluzji i zaprzeczania**. Patologiczny przebieg procesów rozwijających się w życiu umysłowym osoby uzależnionej doprowadza do wytworzenia się utrwalonego patologicznego systemu regulacji psychicznej w tej sferze. Specyficzne cechy funkcjonowania tego mechanizmu są następujące:

1. Emocjonalna dynamika pragnienia alkoholu prowadzi do potężnych i wybiórczych zniekształceń pracy umysłu osoby uzależnionej, które służą podtrzymaniu picia mimo szkód, które ono powoduje.
2. Funkcjonowanie poznawcze osoby uzależnionej zostaje zdominowane przez mechanizm utrudniający rozpoznawanie szkód i ich przyczyny (tkwiącej w alkoholu) oraz dostarcza wskazówki przeszkadzające w powstrzymaniu uzależnienia i tworzy złudne i pozytywne wizje życia z alkoholem.

3. Mechanizm ten działa okresowo i tematycznie. Aktywizuje się w chwili, gdy nasila się dążenie do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych i pokusa do świadczenia pozytywnych skutków picia oraz gdy tematem procesów umysłowych stają się sprawy związane z piciem alkoholu.
4. Mechanizm ten powoduje powstawanie u osoby uzależnionej całościowego i zwartego systemu przekonań budujących subiektywną wizję życia i świata, która w znacznym stopniu jest oddzielona od rzeczywistości i podporządkowana pragnieniu picia. Towarzyszy temu niska zdolność do weryfikacji spostrzeżeń i przekonań, jak również sprawdzania ich zgodności z realiami życiowymi.
5. W obrębie wewnętrznego świata osoby uzależnionej obowiązuje specyficzna, tak zwana nałogowa logika, która obejmuje zbiór reguł sterujących procesami umysłowymi osoby uzależnionej.
6. „Nałogowa logika” bazuje na następujących zasadach:
 - „To nie ja” – osoba uzależniona zaprzecza swojej odpowiedzialności za to, co ją spotkało;
 - „To nie dlatego” – osoba uzależniona zaprzecza prawdziwym przyczynom przykrych wydarzeń i ich związkom z piciem alkoholu;
 - „To nie tak było” – osoba uzależniona zaprzecza niewygodnym faktom;
 - „Tym razem na pewno się uda” – osoba uzależniona powtarza nieskuteczne zachowania, wykazując nie-realistyczny optymizm;
 - „Od jutra będzie zupełnie inaczej” – osoba uzależniona wierzy w magiczną poprawę sytuacji, bez konieczności podejmowania jakichkolwiek działań;
 - „Oni są do mnie uprzedzeni” – osoba uzależniona obwinia innych za ich negatywną postawę wobec niej;

- „Niewygodne fakty znikają, gdy się o nich nie myśli” – osoba uzależniona stara się zapomnieć o problemach, zamiast je rozwiązywać;
 - „Wystarczy mocno chcieć, aby to mieć” – silne pragnienia tworzą fakty – osoba uzależniona koncentruje się na chceniu, ale nie na podejmowaniu działania;
 - „Co by nie było, jakoś to będzie” – osoba uzależniona stara się przeczekać trudne sytuacje, sama nie próbuje wpływać na ich bieg;
 - „Co się stało, to się nie odstanie” – osoba uzależniona nie naprawia szkód, nie przeprasza; oczekuje, że inni zapomną jej niewłaściwe postępowanie.
7. Doświadczenia zdobywane przez osobę uzależnioną bezpośrednio po wypiciu alkoholu są dla niej niezwykle atrakcyjne, dlatego jedynie fakt występowania rozmaitych szkód związanych z piciem daje szansę na powstrzymanie rozwoju uzależnienia. Mechanizm iluzji i zaprzeczania utrudnia osobie pijącej dostrzeganie tych szkód i ich związku z piciem. Jednak od czasu do czasu doświadcza, przynajmniej częściowo, tych szkód i zaczyna myśleć o ograniczeniu picia. Co z kolei skutkuje przyływem przykrych przeżyć i nasileniem pragnienia picia, co ponownie aktywizuje mechanizm i ogranicza zdolność racjonalnego kierowania postępowaniem.
 8. Doświadczenia życiowe osoby uzależnionej obejmują znaczącą ilość faktów wskazujących na odczuwanie przez nią bezsilności wobec negatywnych wydarzeń związanych z piciem i deficyt kontroli nad własnym postępowaniem i sytuacjami żywymi. Zazwyczaj towarzyszy temu załamywanie się poczucia własnej wartości. Mechanizm iluzji i zaprzeczania odgrywa istotną rolę w tworzeniu i podtrzymywaniu złudnych przekonań o własnej mocy i kontroli oraz wartości.

9. Zakorzenie mechanizmu iluzji i zaprzeczania w systemie myślenia magiczno-życzeniowego jest źródłem specyficznej wiary w istnienie irracjonalnych mocy, które mogą zostać zaprzęgnięte do służby pragnieniom osoby uzależnionej. Skłania to do posługiwania się pewnymi rytualnymi czynnościami, które mogą zapewniać kontrolę nad konsekwencjami picia i własną sytuacją życiową.
10. Mechanizm iluzji i zaprzeczania posługuje się często magiczną wiarą w istnienie specyficznych zasobów tajemnej wiedzy, która nie jest dostępna większości ludzi, a w szczególności wykształconym specjalistom, ponieważ nie pasuje do tak zwanej naukowej koncepcji świata wykładanej w szkołach. Dzięki nadziei, że udało się uzyskać dostęp do tej wiedzy, czasem całkowicie irracjonalne sądy stają się dla osoby uzależnionej wiarygodne i mogą wywierać istotny wpływ na jej życie.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

MECHANIZMY UZALEŻNIENIA SĄ PODSTAWOWĄ PRZYZYCNĄ PATOLOGICZNEGO PICIA OSÓB UZALEŻNIONYCH ORAZ ZAŁAMYWANIA SIĘ PRÓB POWSTRZYMYWANIA SIĘ OD PICIA.

Ostatnim omawianym przez nas mechanizmem jest **mechanizm rozpraszania i rozdawiania JA**. Patologiczny przebieg procesów rozwijających się w centrum osobowości osoby uzależnionej doprowadza do wytworzenia się utrwalonego systemu regulacji psychicznej w tej sferze. Opis zjawisk specyficznych dla funkcjonowania tego mechanizmu przedstawia się w następujący sposób:

1. Znaczna część procesów emocjonalnych i poznawczych związanych z dwoma poprzednimi mechanizmami sięga do struktury JA stanowiącej centralny element osobowości. Wcześniej omówione dwa mechanizmy tworzyły patologiczne pragnienie alkoholu i osłabienie czynności poznawczych. W strukturze JA

powstaje trzeci mechanizm, który narusza zdolność do kierowania postępowaniem i podejmowania decyzji przez osobę uzależnioną.

2. Mechanizm ten jest odpowiedzialny za istotne uszkodzenia tej struktury psychicznej ważnej dla całego funkcjonowania osobowości. Uszkodzenia te można określić jako rozpraszanie, rozdawanie i wydrążenie JA. Dotyczą one podstawowych funkcji struktury JA: utrzymywania poczucia tożsamości i indywidualności, poczucia posiadania kompetencji i wpływu na własne postępowanie, poczucia wartości osobistej i sensu życia oraz moralności.
3. Powtarzanie doświadczeń rozmywania się poczucia JA w stanach nietrzeźwości, czyli tak zwanych „odlotów”, wytworzyło gotowość do łatwego rozpraszania i rozluźniania się granic JA pod wpływem pragnień i oczekiwań alkoholowych. Oznacza to istotne osłabienie spójności i integracji struktury JA stanowiącej centralny element osobowości, co uniemożliwia budowanie stabilnych podstaw do kierowania własnym postępowaniem.
4. Ekstremalność doświadczeń związanych z własnym JA doprowadza do wytworzenia się biegunowych wersji JA, reprezentujących z jednej strony pijane złudzenia o własnych zaletach, osiągnięciach i możliwościach, a z drugiej negatywne sądy o własnych klęskach, grzechach i stratach. Sytuacyjne dokonujące się i biegunowe przekształcenia tożsamości osobistej związane ze wzbudzeniem albo wyobrażeń potęgi i doskonałości, albo wyobrażeń bezsilności i zła osobistego stają się dominującymi stanami wewnętrznymi. Rozdzierają słabo zintegrowaną strukturę JA i uniemożliwiają określenie realnych granic własnego JA w świecie zewnętrznym.
5. Osoba uzależniona traci poczucie wpływu na bieg własnego życia, choć tym bardziej pragnie sprawować kontrolę nad stanem własnych emocji przy pomocy

alkoholu. W momentach gdy jej JA jest zdominowane przez wyobrażenia o własnej mocy i gdy przy pomocy alkoholu poprawia swoje samopoczucie, zaczyna wierzyć w swoją zdolność do sprawowania kontroli nad własną sytuacją i możliwość uratowania się przed klęską. Gdy trzeźwieje, traci te złudzenia. Zatem walka o panowanie nad alkoholem staje się ostatnią formą obrony poczucia mocy i wartości osobistej.

6. Okresowe poddawanie się wpływowi alkoholu przynosi ulgę utraty świadomości i chwile wypoczynku w walce, ale prowadzi do załamania wizji własnej mocy, do poczucia upadku i poniżenia stanowiącego treść negatywnej wersji JA. To przejście na przeciwny biegun chwilowej tożsamości pociąga za sobą falę przykrych przeżyć przekształcających się w silne pragnienie alkoholu. W pewnych okolicznościach osoba uzależniona podejmuje próby magicznego przekształcenia negatywnego bieguna własnego JA w pozytywny poprzez wyobrażenie o wyjątkowości i niezwykłości złych aspektów własnej osoby („chyba nikt nie wyrządził tyle zła co ja”, „mój upadek na dno był wyjątkowo dramatyczny” i tak dalej).
7. Wśród doświadczeń związanych ze wzbudzaniem się negatywnej wersji JA istotną rolę odgrywają złożone stany uczuciowe przeżywane jako poczucie winy i wstydu, krzywdy, bezsilności i niższości oraz utraty sensu i znaczenia życia. Nadają one specyficzną i dominującą jakość obrazowi własnej osoby oraz często uruchamiają dążenie do ucieczki od tych uczuć przy pomocy alkoholu. Tworzą fundamenty destrukcyjnej orientacji życiowej, która występuje u większości osób uzależnionych od alkoholu i odrywa istotną rolę nie tylko w dynamice uzależnienia, ale stanowi sama w sobie bardzo poważny problem osobisty.
8. Mechanizm rozpraszenia i rozdawania JA odgrywa istotną, choć zróżnicowaną rolę w moralnej regulacji

zachowań. Osoby uzależnione bardzo często mają małą zdolność przestrzegania norm i wartości osobistych. Stopień przyswojenia takich norm u poszczególnych osób może być bardzo zróżnicowany w zależności od historii ich życia przed wystąpieniem uzależnienia. U znacznej ilości osób obecność tych wewnętrznych standardów jest jednak widoczna w momentach, gdy ich JA jest zdominowane przez negatywną wersję upadłego JA i gdy doświadczają poczucia winy. Dramatyczne przeżywanie tych wahnięć między biegunami JA może podtrzymywać obecność standardów moralnych przy niemal całkowitym braku ich wpływu na postępowanie osoby. Służą więc głównie jako dodatkowe źródło przykrych przeżyć przekształcanych w pragnienie picia. Istotną przyczyną nieskuteczności standardów moralnych u osób uzależnionych jest proces rozpraszania JA. Gdy rozpraszają się granice JA, rozsypują się i stają się niewyraźne również granice postępowania zgodnego z tymi standardami. Ułatwia to unikanie poczucia winy i utrudnia sprawowanie kontroli moralnej nad negatywnymi czynami.

9. Czasem próbą ratowania się przed upadkiem, rozumianym jako utrata mocy i wartości, jest subiektywne wywyższanie się, z którym wiąże się ten aspekt postępowania osoby uzależnionej, który określa się jako tak zwaną dumę alkoholika. Przyjmowanie wpływów zewnętrznych, w szczególności nacisków związanych z negatywnymi konsekwencjami picia, powoduje poczucie poniżenia i upokorzenia. Obrona przed wpływami innych ludzi (rodziny, przyjaciół, terapeutów), mającymi na celu nakłonienie do powstrzymywania się od picia lub do leczenia, przynosi paradoksalne poczucie satysfakcji i mocy („nie dałem się złamać”). Stanowi to rozpaczliwą obronę złudzeń na temat osobistej wartości i mocy, lecz uniemożliwia skorzystanie z szansy ratowania się.

10. Rozpraszenie granic JA i rozdawanie tej struktury przez jej biegunowe wersje potężnego JA i upadłego JA przyczynia się do tego, że aktywność psychiczna tej struktury osobowościowej zachodzi przede wszystkim na jej peryferiach. W centrum JA pojawia się bardzo często tak zwana „próżnia psychiczna” (pusty obszar, na którym brakuje trwałych i znaczących treści, wokół których mogłaby się dokonywać koordynacja funkcjonowania całego JA). Stabilne i treściowo zakotwiczone centrum JA jest konieczne do podejmowania i realizowania decyzji, szczególnie tych, które są trudne, gdyż muszą być spełnione, mimo że powodują doraźnie przykre stany emocjonalne.
11. Wydrążenie JA przyczynia się również do utrzymywania się u osoby uzależnionej poczucia braku sensu i znaczenia życia, czyli do tak zwanej „pustki egzystencjalnej”. Nawet gdy w jakimś okresie jej życia takie drogowskazy i źródła osobistego sensu pojawiły się, to w wydrążonej strukturze JA brakuje dla nich trwałego zakotwiczenia, niezbędnego do stabilizacji poczucia pozytywnego znaczenia własnej egzystencji i do skutecznego ukierunkowania postępowania.
12. Różnorodne formy uszkodzenia struktury JA potęgują koncentrację osoby uzależnionej na własnym JA, w którym dominuje chaos i bolesne rozdarcie, a równocześnie odizolowują ją od otaczającego świata i przynoszą poczucie osamotnienia oraz utratę nadziei na pomoc z zewnątrz.
13. Rozpraszenie, rozdawanie i wydrążanie JA pod wpływem pragnień i oczekiwań alkoholowych pozbawia mocy wykonawczej postanowienia o zaprzestaniu picia. Jest również źródłem wielu problemów osobistych i poważną przeszkodą w prowadzeniu racjonalnego i konstruktywnego życia.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

MECHANIZMY UZALEŻNIENIA SĄ AKTYWIZOWANE PRZEZ NEGATYWNE STANY EMOCJONALNE I DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE ZE STRESEM ORAZ PRZEZ SPECYFICZNE OKOLICZNOŚCI ZEWNĘTRZNE.

Opisane powyżej psychologiczne mechanizmy uzależnień nie zanikają u osób uzależnionych z chwilą zaprzestania picia. Nałogowa struktura nadal oddziałuje na osobowość, zwłaszcza w sytuacjach doświadczania i przeżywania stresu. Osoby uzależnione od alkoholu będące w trakcie psychoterapii, nawet na jej zaawansowanym etapie, nadal przejawiają tendencję do usprawiedliwiania własnych trudności czy problemów życiowych według zasad nałogowej logiki, w nałogowy sposób regulują swoje uczucia, a tendencja do rozpraszania i rozdawania JA jest widoczna zwłaszcza podczas procesu podejmowania decyzji oraz podczas prób rozwiązywania kłopotów osobistych. Związane jest to z długotrwałym oddziaływaniem alkoholu na psychikę osoby uzależnionej (na przykład zmiany świadomości, doświadczanie tak zwanych „odlotów”, silne przeżycia związane z piciem alkoholu i zespołem abstynencyjnym, odmienne zachowania pod wpływem alkoholu). Psychologiczne mechanizmy uzależnienia zatem nie tylko doprowadzają do picia, ale powodują również włączenie każdego doświadczenia alkoholika w nałogowe schematy.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY UZALEŻNIEŃ NIE ZANIKAJĄ U OSÓB UZALEŻNIONYCH Z CHWILĄ ZAPRZESTANIA PICIA. NAŁOGOWA STRUKTURA NADAL MA WPŁYW NA OSOBOWOŚĆ, SZCZEGÓLNIE W CHWILACH PRZEŻYWANIA STRESU.

Proces powrotu do zdrowia w obszarze mechanizmów uzależnienia obejmuje zwiększanie kontroli poznawczej nad funkcjonowaniem mechanizmów, czyli poznanie ich i rozpoznawanie u siebie, częściowe zmiany poszczególnych mechanizmów pod wpływem doświadczenia korek-

cyjnego w czasie intensywnej terapii i kontynuację w programach pogłębianych i działaniach w organizacjach pozarządowych (Kluby Abstynenta, Wspólnota Anonimowych Alkoholików), zdrowienie i porządkowanie całych obszarów funkcjonowania psychicznego, w których powstały mechanizmy. Już na początkowym etapie terapii rozpoczyna pracę nad zmianą mechanizmów uzależnienia. Proces ten nazywamy rozbrajaniem. Polega on na wskazaniu i osłabianiu działania mechanizmów. Najczęściej odbywa się to poprzez oddziaływania środowiska terapeutycznego, szczególnie innych osób uzależnionych od alkoholu, które mają już pewien etap terapii za sobą i które zdobyły odpowiednią wiedzę. Taka psychoedukacja sprzyja również zrozumieniu działania mechanizmów i zdobywaniu doświadczeń zmieniających procesy emocjonalne i poznawcze.

2.

Stawanie się osobą uzależnioną Przyczyny uzależnienia od alkoholu

Zaburzenie używania alkoholu może być rezultatem kompilacji wielu różnych czynników. Wśród najczęstszych przyczyn alkoholizmu wymienia się: czynniki biologiczne, czynniki środowiskowe, czynniki społeczne, czynniki psychologiczne oraz czynniki duchowe. Poniżej przedstawimy, w jaki sposób każdy z tych czynników wpływa na rozwój nadużywania alkoholu.

Czynniki biologiczne

Dotychczas przeprowadzone badania naukowe wykazały ścisły związek między alkoholizmem a czynnikami biologicznymi, w szczególności genetyką i fizjologią. Podczas gdy niektóre osoby mogą ograniczyć ilość spożywanego alkoholu, inne odczuwają silny impuls do kontynuacji picia. U niektórych osób alkohol wywołuje uczucie przyjemności, zachęcając mózg do powtórzenia zachowania. Takie powtarzające się zachowanie może uczynić osobę bardziej podatną na rozwój alkoholizmu.

W mózgu człowieka występują pewne substancje chemiczne, które mogą zwiększyć skłonność do nadużywania alkoholu. Badacze wskazali, że o uzależnieniu od alkoholu może decydować maksymalnie pięćdziesiąt jeden genów w różnych regionach chromosomów. Jeśli te geny

są przekazywane z pokolenia na pokolenie, członkowie rodziny są bardziej podatni na problemy związane z piciem.

Przyjmując biologiczne uwarunkowania uzależnień, można się odwołać do genetycznego dziedziczenia pewnych właściwości metabolicznych oraz biologicznych cech sprzyjających szybkiemu uzależnianiu się od alkoholu. Prowadzono między innymi badania na bliźniętach jedno- i dwujajowych, z których jedno było uzależnione. Badania te wykazały, że częstotliwość wystąpienia choroby alkoholowej jest większa u bliźniąt jednojajowych niż u bliźniąt dwujajowych. Inne badania wykazały wielokrotnie częstsze występowanie uzależnienia od alkoholu u synów ojców uzależnionych.

Przeprowadzono również badania polegające na porównywaniu dzieci wychowywanych przez alkoholików – rodziców adopcyjnych i rodziców biologicznych. Wyniki badań wskazują, że u dzieci wychowywanych przez adopcyjnych rodziców, którzy są osobami uzależnionymi od alkoholu, ryzyko rozwoju uzależnienia pozostaje na poziomie przeciętnym, natomiast u dzieci, których biologiczni rodzice są uzależnieni od alkoholu, jest ono znacznie wyższe. Dzieje się tak nawet wówczas, gdy dzieci wychowywane są od wczesnego dzieciństwa poza domem rodzinnym, w innym, znacznie korzystniejszym środowisku domowym.

Opisując w skrócie koncepcję biologiczną, należy powiedzieć, że dziedziczeniu podlegają pewne właściwości organizmu związane z metabolizmem alkoholu. Oto najważniejsze:

- Utlenianie alkoholu w 90 procentach dokonuje się w wątrobie przy udziale enzymów (dehydrogenaza alkoholowa, oksydaza cytochromowa), które wykazują różnice indywidualne w zakresie odmiany i działania. Odmienność ta jest „odpowiedzialna” za brak odczuwania przykrych konsekwencji przy spożywaniu alkoholu w większych ilościach, co w konsekwencji prowadzi do szybszego uzależnienia się od owej substancji.

- Zaburzenia w przemianie węglowodanów i tłuszczów u osób z grupy wysokiego ryzyka, które polegają na niezdolności niektórych aminokwasów do przemiany węglowodanów i tłuszczów w procesie metabolizmu. Alkohol może ułatwiać ten proces, wywołując tym samym specyficzną potrzebę – głód alkoholowy.
- Niektórzy ludzie mają wrodzone lub nabyte niedobory endorfin, co znacznie zwiększa podatność organizmu na uzależnienie.
- Osoby uzależnione pozostają uzależnione do końca swojego życia, ponieważ w mózgu zachodzą zmiany, których charakter jest nieodwracalny.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

KAŻDY ORGANIZM INACZEJ REAGUJE NA ALKOHOL, CO ŚWIADCZY O BIOLOGICZNYM I GENETYCZNYM UWARUNKOWANIU PEWNYCH PRZEDYSPOZYCJI ORGANIZMU DO PRZYJMOWANIA, METABOLIZOWANIA I ODCZUWANIA EFEKTÓW DZIAŁANIA ALKOHOLU.

Czynniki środowiskowe

W ostatnich latach prowadzono badania określające możliwości związek pomiędzy środowiskiem a ryzykiem wystąpienia uzależnienia od alkoholu. Poszukiwano zależności rozwoju choroby alkoholowej od, między innymi, odległości, jaką dana osoba musi pokonać, aby dotrzeć do sklepu monopolowego, baru czy pubu, gdzie sprzedawany jest alkohol. Przyjmuje się również, że ludzie, którzy mieszkają bliżej miejsc, w których sprzedawany jest alkohol, mają bardziej pozytywne nastawienie do picia.

Ponadto producenci alkoholu „zasypują” ogół społeczeństwa reklamami. W wielu z nich picie, zwłaszcza picie piwa, przedstawiane jest jako akceptowalna społecznie, atrakcyjna, relaksująca rozrywka. Osoby występujące w tych reklamach są uśmiechnięte, radosne, zadowolone, rozmowne; w reklamach można zobaczyć lub usłyszeć, że alkohol pomaga tworzyć więzi między ludźmi. Z danych

przedstawionych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że z roku na rok rośnie liczba reklam piwa, jak również zajmują one coraz więcej czasu antenowego. Wzrost ten jest bardzo niepokojący, gdyż w konsekwencji wzrasta spożycie piwa, w szczególności przez młodzież.

Innym czynnikiem środowiskowym, który może wpływać na ilość alkoholu spożywanego przez daną osobę, jest status materialny bądź dochód, jaki osiąga. Wbrew powszechnemu przekonaniu osoby pochodzące z zamożnych rodzin czy dzielnic piją częściej niż osoby żyjące poniżej granicy ubóstwa. Rezultaty badań wskazują również, że osoby określające swoje warunki jako bardzo dobre sięgają po alkohol znacznie częściej niż osoby żyjące w warunkach, które określają jako zadowalające lub złe.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

OSOBY POCHODZĄCE Z ZAMOŻNYCH RODZIN CZY DZIELNIC, OKREŚLAJĄCE SVOJE WARUNKI JAKO BARDZO DOBRE SIĘGAJĄ PO ALKOHOL ZNACZNIE CZĘŚCIEJ NIŻ OSOBY ŻYJĄCE W WARUNKACH, KTÓRE OKREŚLAJĄ JAKO ZADOWALAJĄCE LUB ZŁE.

Czynniki społeczne

Ważny nurt w ustalaniu przyczyn uzależnienia od alkoholu stanowią analizy uwarunkowań społecznych. Czynniki społeczne mogą mieć istotny wpływ między innymi na poglądy człowieka na temat picia. Kultura, religia, rodzina i praca wpływają na wiele obszarów funkcjonowania i zachowania, w tym również na sposób spożywania alkoholu. Przyjmuje się, że środowisko rodzinne stanowi bardzo istotny wskaźnik w oszacowaniu prawdopodobieństwa rozwoju choroby alkoholowej u danej osoby. Dzieci, których rodzice nadużywają alkoholu, od najmłodszych lat są bardziej narażone na niebezpieczny wzorec picia. Pod wpływem stałego i długotrwałego oddziaływania niekorzystnych czynników

rodziny kształtują się w nich cechy charakterystyczne dla tak zwanej osobowości przednałogowej. W miarę postępowania uzależnienia cechy te nasilają się. Osoby uzależnione charakteryzuje niedojrzałość emocjonalna, czyli niedostateczny wgląd we własne emocje, wśród których przeważają żal, złość, poczucie winy i krzywdy, wstyd, lęk i strach. Uczucia i postawy przydatne w budowaniu pozytywnych więzi i relacji z innymi ludźmi nie są w pełni rozwinięte. Często obserwuje się również nieadekwatny obraz własnej osoby i zachwiane poczucie bezpieczeństwa. Obserwuje się również brak odpowiednio wykształconych strategii czy sposobów radzenia sobie ze stresem. Dzieci, które ze strony osób dorosłych doświadczają niesprawiedliwego oceniania czy osądzania, nie mają poczucia osobistej mocy, którego podstawą są własne dokonania. To właśnie rodzice, nauczyciele czy wychowawcy są dla dziecka źródłem wiedzy o nim samym. Negatywne oceny przyjmowane są przez dzieci w bezkrytyczny sposób – i są uwewnętrzniane. W wyniku tego typu przeżyć każdemu podejmowanemu działaniu towarzyszy wyobrażenie porażki. Można zatem przyjąć, że sięganie po alkohol łączy się z niską samooceną ukształtowaną w wyniku doświadczania nie tylko różnych typów przemocy, nadużyć, zaniedbań, ale również trudności, lęków społecznych i poczucia winy wywołanego niemożnością sprostania stawianym wymaganiom. Alkohol, oddziałując silnie chemicznie na ludzki organizm, dodaje odwagi i pewności siebie osobie pijącej, sprawia, iż postrzega ona siebie w o wiele bardziej korzystnym świetle, niż wtedy gdy jest trzeźwa. Zatem rodzina jest środowiskiem decydującym w znacznej mierze o tym, jak będzie kształtować się osobowość człowieka, jest naturalnym środowiskiem, które może przyczynić się do powstawania uzależnienia. Dziecko, doświadczając negatywnych przeżyć, nie mając oparcia w rodzinie, zaczyna sięgać po alkohol. Niekoniecznie wzrastanie w rodzinie dysfunkcyjnej

jest jedynym czynnikiem rodzinnym rozwoju uzależnienia. Wymienia się również inne typy rodzin, które sprzyjają rozwojowi uzależnienia. Są to:

- rodziny przejawiające silnie konsumpcyjny styl życia, w których występuje trudność z przekazaniem istotnych, prawidłowych wartości;
- rodziny, w których praca zawodowa uniemożliwia odpowiednio częste i bliskie relacje między jej członkami oraz zaspokajanie potrzeb jej członków;
- rodziny, w których rodzice stawiają dzieciom wygórowane wymagania bądź nie stawiają żadnych, co sprawia, że młodzi ludzie nie wiedzą, jaką mają iść drogą; nie potrafią normalnie funkcjonować, nie znajdują celu życia, mają problemy z odnalezieniem się w rzeczywistości;
- rodziny, w których rodzice reprezentują postawę nadmiernie chroniącą, cechując się brakiem równowagi wewnętrznej oraz silnymi problemami emocjonalnymi; wzrastanie w takiej rodzinie wzmacnia również oczekiwanie natychmiastowej gratyfikacji swoich potrzeb.

Badania socjologiczne niejednokrotnie podkreślają związek pomiędzy jakością życia rodzinnego a podatnością jej członków, szczególnie dzieci, na uzależnienia. Jeżeli młody człowiek nie znajduje oparcia w rodzinie, szuka akceptacji u innych, często obcych osób, wiąże się z grupą ludzi przeżywających podobne problemy i przejmuje stosowane przez nich sposoby ich rozwiązywania.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

ŚRODOWISKO RODZINNE STANOWI BARDZO ISTOTNY WSKAŹNIK W OSZACOWANIU PRAWDOPODOBIENSTWA ROZWOJU CHOROBY ALKOHOLOWEJ U DANEJ OSOBY.

DZIECI, KTÓRYCH RODZICE NADUŻYWAJĄ ALKOHOLU, OD NAJMŁODSZYCH LAT SĄ BARDZIEJ NARAŻONE NA NIEBEZPIECZNY WZORCZEC PICIA.

Czynniki psychologiczne

Wyróżnić można wiele czynników natury psychologicznej, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo nadmiernego picia. Każda osoba radzi sobie z sytuacjami w swój własny, specyficzny sposób. Na przykład osoby doświadczające silnego stresu, cechujące się lękiem, cierpiące na depresję, chorobę afektywną dwubiegunową i/lub inne choroby czy zaburzenia psychiczne są bardziej narażone na rozwój uzależnienia od alkoholu. Głównym powodem jest używanie alkoholu do tłumienia uczuć i łagodzenia objawów zaburzeń psychicznych.

Mimo wszystko trudno jest znaleźć jednoznaczną odpowiedź na pytanie, „dlaczego ludzie piją problemowo?”. Czynniki doprowadzające do rozwoju choroby alkoholowej są różnorodne i brak jest jednolitego schematu, który wyjaśniłby to zjawisko.

Do psychologicznych czynników sprzyjających nadmiernemu spożywaniu alkoholu zaliczyć można:

- **strukturę osobowości** – charakterystyczne cechy danej osoby wiążące się z niedojrzałością psychoseksualną i emocjonalną, która związana jest z dużą labilnością nastrojów, podatnością na załamania, trudnością z identyfikacją psychoseksualną oraz frustracjami, jakie wynikają z podejmowania roli mężczyzny i kobiety. Kolejną cechą jest nastawienie narcystyczne, które manifestuje się w koncentrowaniu się na własnych stanach i przeżyciach, oraz doświadczenia frustrującej rozbieżności między własnym obrazem siebie a percepcją przez otoczenie. Do grupy tej zaliczyć można również nieukształtowany w pełni system kontroli wewnętrznej, współwystępujący z negatywistyczną i buntowniczą opozycją wobec kontroli zewnętrznej, który powoduje podejmowanie działań ryzykownych, nieprzemyślanych i niebezpiecznych. Ponadto wymienić możemy tutaj również nieadekwatną

samoocenę i negatywny obraz siebie wynikające z niskiego poczucia własnej wartości;

- **czynniki związane z działaniem i realizacją zadań** – takie jak dysonans pomiędzy ambicjami, celami i oczekiwaniami a realnymi możliwościami i osiągnięciami; ubogie i powierzchowne zainteresowania; niska satysfakcja z własnych dokonań; nastawienie na szybką gratyfikację swoich potrzeb;
- **potrzebę nowych doznań, bodźców i ciekawość** – pomimo zagrożeń z nią związanych jest ona warunkiem rozwoju człowieka. Alkohol otwiera perspektywę zaspokojenia ciekawości. Wobec tego ludzie eksperymentują z różnymi alkoholami, zwiększając dawki, sięgając po nowe rodzaje alkoholu, próbują kombinacji, dopóki nie zaznają wszystkich możliwych do osiągnięcia efektów;
- **czynniki związane z funkcjonowaniem w relacjach interpersonalnych** – zbyt silne dążenie do zaspokajania potrzeby przynależności i doznawania uznania ze strony otoczenia; problemy z komunikacją i bierność w kontaktach interpersonalnych, uległość i słaba potrzeba dominacji współwystępujące z postawą ukrywania swojej słabości pod „maską” agresji i pozy; ponadto alkohol umożliwia uwolnienie się od zahamowań – ludzie stają się bardziej rozmowni, rozluźnieni, zabawni, energiczni i zrelaksowani;
- **problemy z konstruktywnym i skutecznym radzeniem sobie ze stresem, emocjami, napięciami i trudnościami** – doświadczanie zwiększonego napięcia wewnętrznego, niepokoju oraz niska tolerancja na frustracje. Osoba pije w celu uzyskania stanu znacznej redukcji doświadczanego napięcia psychicznego, jest nauczona, iż poprzez spożywanie alkoholu może osiągnąć ten efekt; alkohol na krótką chwilę „odrywa” od rzeczywistości i tłumi uczucia, na przykład tak zwane napicie się dla odwagi przed jakimś ważnym wydarzeniem, egzaminem;

- **problemy okresu dojrzewania i dorastania** – nastolatek może odczuwać brak własnego miejsca, jest zawieszony między dzieciństwem a dorosłością, czuje się niedopasowany do rówieśników, dorosłych, samego siebie i w rezultacie sięga po alkohol. Wielu nastolatków pije alkohol, ponieważ nie aprobują tego ich rodzice lub dlatego, że jest to zakazane. Młodzi ludzie sięgają po alkohol również, aby zyskać akceptację ze strony grupy i podążać za modą – młody człowiek chce być silny, nie przejmować się problemami, chce pasować do ogólnie przyjętego wzorca, korzysta z szybkich rozwiązań. Gdy boli głowa, bierze tabletkę. Gdy jest zmęczony, pije napój energetyzujący lub łyka „cudowne witaminy”. Gdy ktoś proponuje alkohol, nie odmawia. Gdy ktoś odmawia – automatycznie jest odrzucony;
- **powielanie wzorców** – młodzi ludzie spożywają alkohol, ponieważ piją go dorośli. Nałóg ojca czy matki niejednokrotnie obrzydza dziecku alkohol na całe życie, natomiast ich abstynencja może prowokować do buntu i nadużywania środków psychoaktywnych. Dziecko, obserwując swoich rodziców, powiela ich sposób zachowywania się, łącznie z piciem alkoholu czy zażywaniem narkotyków.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

JEŻELI TWOJE DZIECKO CIERPI NA DEPRESJĘ, CHOROBY AFETYW-
NĄ DWUBIEGUNOWĄ CZY SCHIZOFRENIĘ, ZADBAJ, ŻEBY BYŁO POD
STAŁĄ OPIEKĄ LEKARZA SPECJALISTY I/LUB PSYCHOLOGA CZY
PSYCHOTERAPEUTY.

Czynniki duchowe

Inną perspektywą poszukiwania przyczyn uzależnień jest wskazanie na egzystencjalne potrzeby człowieka. Z perspektywy egzystencji człowieka – brak celu i sensu życia, spełnienia potrzeb duchowych, tęsknota za celami wyższymi i tym, co nieosiągalne i niedostępne, mogą

skłaniać go do sięgania po środki, które w sposób iluzoryczny zmieniają ten stan rzeczy. Alkohol powoduje minimalizację negatywnych odczuć i daje tymczasowe poczucie mocy, spełnienia, wyższości. Brak poczucia celu i sensu życia oraz niemożność zaspokojenia potrzeb duchowych może skłaniać do sięgnięcia po przysłowiowy „kieliszek”. Podkreśla się przy tym tęsknotę za celami wyższymi i tym, co nieosiągalne i niedostępne. Alkohol również neutralizuje lub minimalizuje lęk przed śmiercią. Akcentuje się tutaj rolę kryzysu w życiu człowieka i braku odpowiedzi na pytania: kim jesteśmy? dokąd zmierzamy? jakie są nadrzędne cele naszego istnienia? Akcentuje się również kryzys systemu wartości i brak dojrzałej postawy wobec siebie oraz swojego życia.

Powyżej opisałyśmy najważniejsze przyczyny powstawania uzależnienia od alkoholu. Warto pamiętać, że istnieje wiele możliwych przyczyn powstania uzależnienia, należy więc uwzględniać wszystkie okoliczności, poczynając od czynników biologicznych i genetycznych, społecznych, oddziaływania środowiska rodzinnego, poprzez czynniki psychologiczne oraz potrzeby duchowe.

3.

Rozpoznawanie problemu

– sygnały ostrzegawcze

Istnieje wiele czynników ryzyka związanych z rozwojem uzależnienia od alkoholu. Występowanie czynników ryzyka nie determinuje pojawienia się choroby alkoholowej, nie determinują one również pogłębiania się problemu z piciem. Natomiast znajomość tych czynników może służyć jako środek zapobiegawczy. Zazwyczaj choroba alkoholowa rozwija się przez wiele lat (kilka lub nawet kilkanaście), dając objawy zauważalne dla otoczenia, ale wcześniej można zauważyć pewne niewłaściwe wzorce radzenia sobie z trudnościami czy codziennymi sytuacjami, które mogą nie być w jednoznaczny sposób związane z alkoholem. Kontekst sytuacyjny sprawia, że osoba wykształca nieprawidłowe wzorce reagowania.

Jeśli u twojego syna lub córki obserwujesz jeden lub więcej czynników ryzyka, porozmawiaj ze specjalistą na temat sygnałów ostrzegawczych i środków zapobiegawczych.

Poniżej przedstawiamy kilka typowych czynników ryzyka nadużywania alkoholu:

- **WYSTĘPOWANIE PROBLEMU ALKOHOLEWEGO W RODZINIE**

Dorastanie wśród członków rodziny i bliskich krewnych uzależnionych od alkoholu zwiększa ryzyko nadużywania alkoholu przez młode pokolenie. W otoczeniu ludzi, którzy piją nadmiernie, można inaczej patrzeć na

spożywanie alkoholu, być bardziej przyzwyczajonym do obecności alkoholu na stole i paść ofiarą złych nawyków.

- **WYSOKI POZIOM STRESU**

Picie alkoholu w celu zmniejszenia odczuwania stresu może szybko stać się problematyczne. Długotrwały, nadmierny bądź znacznie nasilony stres wywołuje niepokój, apatię, brak zdolności do skutecznego działania, co z kolei prowadzi do nadmiernego spożywania alkoholu, a w konsekwencji rozwoju uzależnienia. Przyjmuje się, że istnieją pewne zawody, których przedstawiciele są bardziej narażeni na wysoki poziom stresu z powodu długich godzin pracy i nadmiernego obciążenia trudnymi zadaniami. Wskazuje się tutaj na lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, pracowników budowlanych, żołnierzy i wojskowych.

- **REGULOWANIE SKRAJNYCH EMOCJI ZA POMOCĄ ALKOHOLU**

Spożywanie alkoholu w celu obniżenia bądź podwyższenia samopoczucia do stanu optymalnego. Zarówno gdy doświadczamy emocji, które mogą być dla nas nieprzyjemne, przykre, jak smutek, żal, lęk, poczucie krzywdy, obojętność, jak i tych, które są przyjemne i korzystne, jak podniecenie, ekscytacja, poczucie szczęścia, zadowolenie – możemy nie umieć sobie z nimi poradzić.

Mariola, 45 lat, z wykształcenia ekonomistka, skończyła również zarządzanie, pracuje w dużej korporacji, na kierowniczym stanowisku. Jak sama podkreśla, wszystko zaczęło się bardzo niewinnie, od lampki wina wieczorem każdego dnia po pracy. W pewnym momencie zmieniła się funkcja picia i rola alkoholu w jej życiu. Picie nie było już jedynie elementem wzorca kulturowego, ale stało się lekarstwem na stres, problemy w pracy, lęk i niepokój, którego doświadczała, smutek oraz samotność.

- **PICIE W MŁODYM WIEKU**

Eksperymentowanie z alkoholem w okresie dojrzewania może prowadzić do problemów w późniejszym życiu, szczególnie w wieku dwudziestu, trzydziestu lat. Jest to

wysoce prawdopodobne, gdy młodzież często spożywa alkohol. Chociaż wczesne picie może zwiększyć prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu w późniejszym życiu, alkoholizm może dotknąć tak naprawdę każdego w każdym wieku.

- **PRESJA ZE STRONY RÓWIEŚNIKÓW
(I/LUB NAJBLIŻSZEGO OTOCZENIA)**

Presja to inaczej przymus psychiczny, wpływ czy nacisk wywierany przez innych w celu wywołania określonego zachowania, rezultatu. Presja ze strony rówieśników jest szczególnie niebezpieczna w okresie dojrzewania. Młodzi ludzie niejednokrotnie mają przeświadczenie, że zachowania takie jak palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków są zupełnie naturalne dla ich grupy rówieśniczej. Zatem skoro większość osób tak postępuje, to oznacza że jest to jedyna słuszna droga. Podobnie sprawa wygląda w przypadku osób dorosłych. Kiedy partner/partnerka, mąż/żona lub bliski przyjaciel często piją alkohol, osoba może być bardziej skłonna, by towarzyszyć im w picciu.

Przemek, 26 lat, od czterech lat jest tak zwanym trzeźwym alkoholikiem. Problem z alkoholem zaczął się u niego, gdy miał 15 lat, kiedy był w gimnazjum. Poddawanie się presji rówieśników przez wiele lat doprowadziło go do poważnych problemów z nadużywaniem alkoholu, jak również wielu komplikacji zdrowotnych, które wynikają z nadmiernego spożycia alkoholu (między innymi zapalenie wątroby). Kilka razy był hospitalizowany. Obecnie, jak sam przyznaje, znalazł sposób na to, jak nie rezygnować ze spotkań towarzyskich, a przy tym w ogóle nie pić alkoholu: „Zamiast czuć potrzebę picia, proponuj innym, że będziesz kierowcą”.

- **CZĘSTE SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ DŁUGI OKRES**

Kiedy picie zbyt dużej ilości alkoholu staje się wzorem, znacznie zwiększa się szansa na rozwój problemu alkoholowego. Wraz ze wzrostem ilości wypijanego alkoholu wzrasta tolerancja na alkohol. Tolerancja oznacza, że nasz organizm potrzebuje coraz więcej alkoholu, aby poczuć te

same efekty, które wcześniej odczuwał po wypiciu mniejszej ilości alkoholu.

- „KLIN KLINEM, CZYLI CZYM SIĘ STRUŁEŚ, TYM SIĘ LECZ”

Spożywanie alkoholu staje się jedynym sposobem usuwania przykrych konsekwencji wcześniejszego picia, na przykład piwo następnego dnia rano po upojeniu alkoholowym.

- „ALKOHOL ODPRĘŻA I PRZYNOSI ULGĘ”

Spożywanie alkoholu w celu redukcji napięcia, niepokoju i lęku, osłabienia poczucia winy, onieśmienia czy aby móc łatwiej zasnąć – również powinno nas zaniepokoić.

Problemy z nadużywaniem alkoholu mogą być ignorowane przez samą osobę pijącą, jak i jej bliskich ze względu na niespecyficzny charakter sygnałów – bardziej kojarzymy je z sytuacjami codziennymi, kryzysowymi – niekoniecznie takimi, które są związane z rozwojem uzależnienia od alkoholu. Sygnały te mogą przybrać postać:

- ZANIEDBYWANIA OBOWIĄZKÓW ZAWODOWYCH BĄDŹ SZKOLNYCH (EDUKACYJNYCH)
- WYRAŹNEGO SPADKU ZAINTERESOWANIA ZAJĘCIAMI, KTÓRE WCZEŚNIEJ BYŁY ATRAKCYJNE
- ZMIANY FUNKCJONOWANIA W BLISKICH RELACJACH
- ZANIEDBYWANIA WYGLĄDU I STROJU
- NAWIĄZYWANIA PODEJRZANYCH ZNAJOMOŚCI
- REAGOWANIA ROZDRAŻNIENIEM NA PRÓBY UZYSKANIA PRZEZ RODZICÓW INFORMACJI NA TEMAT TYCH ZNAJOMYCH
- ZWIĘKSZENIA POTRZEB FINANSOWYCH I UKRYWANIA SPOSOBU WYDATKOWANIA „KIESZONKOWEGO”. ZNIKANIA DROBNYCH SUM PIENIĘDZY Z DOMU LUB NIEODDAWANIA RESZTY Z ZAKUPÓW ZLECANYCH PRZEZ RODZICÓW
- OTOCZENIE ZACZYNA ZAUWAŻAĆ ZMIANY OSOBOWOŚCIOWE PRZEJAWIAJĄCE W ZACHOWANIU I SPOSOBIE BYCIA

Otoczenie osoby pijącej problemowo sygnalizuje zaniepokojenie piciem i próbuje skłonić osobę pijącą do ograniczenia ilości i częstości spożywania alkoholu. Zwykle to najbliżsi dostrzegają problem, a uzależniony przychodzi po pomoc jedynie w tym celu, by profesjonalista potwierdził, że jego ten problem nie dotyczy.

- **USPRAWIEDLIWIANIA SWOJEGO PICIA**

Powinno nas również zaniepokoić, jeśli osoba usprawiedliwia swoje picie, czyli stosuje mechanizmy obronne. Może to być na przykład minimalizacja („wypiłem mniej niż inni”, „piłem tylko piwo”, „wypiję tylko jeden kieliszek”, „piję, bo miałam trudny dzień w pracy”), racjonalizacja („każdy, kto byłby na moim miejscu, musiałby się napić”, „w mojej pracy mam za dużo stresu, dlatego muszę się jakoś uspokoić”), obwinianie innych („nie piłabym, gdybym miała innego męża”, „piję przez mojego ojca”).

Michał, lat 46. Jak sam podkreśla, pierwszy raz napił się wódki na pierwszym roku studiów. Początkowo były to bardzo małe ilości, kilka kieliszków, koledzy nawet żartowali, że nie opłaca się z nim pić, bo on za każdym razem wymiotuje i zasypia. Przez lata imprezowania i picia tolerancja na alkohol znacznie u niego wzrosła. Dochodziło do tego, że był w stanie wypić co najmniej litr wódki. Michał przyznaje, że za każdym razem następnego dnia po mocno zakrapianej imprezie odczuwał przymus wypicia chociaż jednego piwa.

Do sygnałów ostrzegawczych zaliczyć możemy również specyficzne zachowania związane z piciem alkoholu:

- zwiększenie ilości i częstotliwości spożywania alkoholu (niezależnie od towarzyszących temu wymówek czy usprawiedliwień);
- postępujące przywiązywanie do okoliczności picia (następowanie zainteresowania sytuacjami związanymi z piciem, oczekiwanie na moment picia, celebrowanie picia, doświadczanie niepokoju w sytuacji niemożności napicia się);
- spożywanie alkoholu w nieodpowiednich okolicznościach – w czasie ciąży, okresie karmienia piersią,

podczas prowadzenia samochodu czy innych pojazdów, podczas przyjmowania leków wchodzących w reakcję z alkoholem, pomimo chorób wykluczających spożywanie alkoholu;

- pojawienie się trudności z przypomnieniem sobie tego, co się robiło podczas picia lub co się działo poprzedniego dnia w sytuacjach związanych z piciem;
- nasilające się incydenty upojenia alkoholowego;
- narastanie negatywnych skutków nadmiernego picia, niepowstrzymujących przed jego zaprzestaniem. Mogą to być: skutki zdrowotne (stany zatrucia, załamanie zdrowia wynikające z picia, wypadki, próby samobójcze), społeczne (popadanie w konflikty z bliskimi, zaniedbywanie obowiązków rodzinnych, zawodowych, pogorszenie związków i relacji z innymi, agresja), psychologiczne (obniżenie nastroju, stany napięcia, stany depresyjne, stany lękowe, kłopoty z kontrolowaniem emocji);
- reagowanie rozdrażnieniem w sytuacjach, gdy dostęp do alkoholu jest utrudniony.

4.

Szukanie pomocy – zanim pójdziesz do terapeuty uzależnień

KROK PIERWSZY

W niektórych sytuacjach podejrzewasz, że twój syn/twoja córka pije alkohol w sposób problemowy, choć nie masz na to niezbitych dowodów. W innych sytuacjach nie masz z kolei wątpliwości, że twoje dziecko nadużywa alkoholu i dysponujesz niepodważalnymi dowodami. Zawsze niezwykle ważne jest, aby zacząć od spokojnego powiedzenia o faktach i określenia celów dalszej rozmowy. Zanim podejmiesz interwencję, postaraj się ustalić rzeczywisty stan rzeczy: jakie są powiązania twojego dziecka z alkoholem. Ustalcie wspólnie fakty dotyczące jego/jej picia:

- jak często pije napoje alkoholowe;
- jakiego rodzaju alkohol pije i w jakich ilościach;
- z kim pije i w jakich sytuacjach;
- jak się czuje w trakcie picia i później;
- jak się zachowuje on/ona oraz inne osoby, które uczestniczą w picciu;
- jak te doświadczenia wpływają na inne sytuacje życiowe (w szkole, w pracy, w kontaktach z tobą i drugim rodzicem, rodzeństwem, przyjaciółmi itd.);
- czy dziecko doznało przykrości lub kłopotów w związku ze swoim picciem;

- czy jego koledzy doznali jakichś szkód w związku z pićciem.

Rodzicu, w trakcie takiej rozmowy możesz odwołać się do zasad i reguł obowiązujących w rodzinie.

KROK DRUGI

Niezwykle istotnym krokiem, który każdy rodzic pijącego dziecka powinien podjąć, jest psychoedukacja – to znaczy każdy rodzic, który doświadcza trudności wynikających z nadużywania alkoholu przez jego dziecko, powinien wyposażyć się w odpowiednią wiedzę dotyczącą uzależnienia od alkoholu. Dzięki temu będzie umiał między innymi lepiej zrozumieć psychologiczne mechanizmy rozwoju uzależnienia.

KROK TRZECI

Odwołaj się do własnych kompetencji bądź kompetencji innej bliskiej osoby, współmałżonka, przyjaciela, kogoś z rodziny – poproś o rozmowę, wsparcie, radę; taka rozmowa pomoże ci również odreagować pierwsze gwałtowne emocje, nabrać dystansu. Poszukaj innych rodziców wśród swoich znajomych, sąsiadów czy przyjaciół, którzy mają doświadczenie radzenia sobie w podobnych sytuacjach, mają podobny problem.

KROK CZWARTY

Interwencja, czyli część oddziaływania, która po rozpoznaniu sytuacji zmierza do bezpośredniego wprowadzenia zmian w postępowaniu dziecka.

Interwencja następuje w sytuacji, gdy twój syn/twoja córka wypił/wypiła alkohol – temu zagadnieniu poświęcony został rozdział ósmy niniejszego poradnika.

KROK PIĄTY

Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (KRPA) to instytucja służąca pomocą rodzicom i rodzinom uzależnionych dorosłych. Komisja ta została powołana na podstawie art. 41 ust. 3 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 r., poz. 1356, zm. Dz.U. z 2013 r., poz. 1563, zm. Dz.U. z 2014 r., poz. 822 i 1188). Komisja powołana jest do inicjowania działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, a także do podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego; inicjowania pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie, wobec rodzin, w których występują problemy alkoholowe, w tym inicjowania i uruchamiania procedury „Niebieska Karta”, mającej na celu zatrzymanie przemocy w rodzinie. Należy się zgłosić do oddziału KRPA odpowiedniego dla danego urzędu miasta lub gminy.

Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Łodzi
91-066 Łódź, ul. Zachodnia 47
telefon: 42-638 47 38

KROK SZÓSTY

Ośrodek Interwencji Kryzysowej – zgłaszającymi się do ośrodków interwencji kryzysowej są często osoby zdrowe psychicznie, które w wyniku zdarzeń losowych lub rozwojowych nie są w stanie same sprostać sytuacji kryzysowej. **Rodzicu, jeżeli nie jesteś w stanie poradzić sobie z kryzysem, którego doświadczasz w związku z piciem alkoholu przez twoje dziecko, zgłoś się do ośrodka interwencji**

kryzysowej. W ośrodku możesz liczyć na bezpłatną pomoc nie tylko psychologa czy terapeuty, ale również pedagoga, prawnika, lekarza psychiatry czy pomoc socjalną. Poniżej zamieszczamy listę ośrodków interwencji kryzysowej w województwie łódzkim.

Ośrodek Interwencji Kryzysowej	Adres	Telefon	E-mail	Godziny otwarcia
Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Łodzi	Piotrkowska 102 90-004 Łódź	42-630 11 02	mopz@s102.com.pl	całodobowo
Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Tomaszowie Mazowieckim	Barlickiego 30 97-200 Tomaszów Mazowiecki	800 11 22 61 44-724 69 49	–	poniedziałek–piątek 15.30–20.00
Punkt Interwencji Kryzysowej w Wieruszowie	Waryńskiego 15 98-400 Wieruszów	62-784 23 20	–	poniedziałek–piątek 15.30–18.00
Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Piotrkowie Trybunalskim	Próchnika 34 97-300 Piotrków Trybunalski	44-647 43 62	–	poniedziałek–piątek 15.30–19.00

Rodzicu, na koniec chciałbyśmy podkreślić, że to nie ty masz być specjalistą od uzależnienia od alkoholu. Bo może się okazać, że poradenie sobie z tą sytuacją jest zbyt trudne i twoje starania skończą się niepowodzeniem. Oczywiście wyposażenie się w odpowiednią wiedzę pomoże zarówno tobie, jak i twojemu dziecku, ale warto pamiętać, że istnieją miejsca, gdzie można uzyskać specjalistyczną pomoc. Należy tam bez skrupowania poszukać pomocy. Poniżej zamieszczamy listę placówek i instytucji, gdzie zarówno twoje uzależnione dziecko, jak i ty możecie otrzymać potrzebną pomoc i wsparcie.

Miasto/ Powiat	Nazwa placówki	Adres i telefon	Typ placówki
m. Łódź	Szpital Psychiatryczny ZOZ Wojewódzki Ośrodek Leczenia Uzależnień wolupomorska@babinski.home.pl	Aleksandrowska 159 91-229 Łódź 42-715 57 84	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
	Klinika WOLMED Poradnia Leczenia Uzależnień sekretariat@wolmed.pl	Opalowa 9 97-400 Bełchatów 44-633 78 99	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
	Szpital Wojewódzki Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia m.chwalowska@szpital-belchatow.pl	Czapliniecka 123 97-400 Bełchatów 44-635 83 61	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
	Szpital Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu m.chwalowska@szpital-belchatow.pl	Czapliniecka 123 97-400 Bełchatów 44-635 83 61	całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień
brzeziński	Szpital Wojewódzki Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych sw_belchatow@poczta.csc.com.pl	Czapliniecka 123 97-400 Bełchatów 44-635 82 75	oddział leczenia alkohololo- wych zespołów abstynencyj- nych
	Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach – Wielospecjalistyczna Przychodnia Lekarska Poradnia Leczenia Uzależnień	Bohaterów Warszawy 2 95-060 Brzeziny 46-874 77 74	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień

Miasto/ Powiat	Nazwa placówki	Adres i telefon	Typ placówki
kutnowski	Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o. – Przychodnia Opieki AmbulATORYJNEJ Poradnia Leczenia Uzależnień spzoz@szpital.kutno.pl	Kościuski 52 99-300 Kutno 24-388 03 87	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień
łaski	Powiatowy Zespół Poradni Sp. z o.o. Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu sekretariat@pzplask.pl	Warszawska 62 98-100 Łask 43-675 22 95 wew. 21	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień
łęczycki	ZOZ – Przychodnia Specjalistyczna Poradnia Leczenia Uzależnień	Kilińskiego 4 99-100 Łęczyca 24-721 23 38	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień
łowicki	ZOZ Przychodnia Specjalistyczna Poradnia Leczenia Uzależnień lowzoz@pro.onet.pl	Ułańska 28 99-400 Łowicz 46-837 37 07	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień
m. Łódź	Fundacja „Uwolnienie” Centrum Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Psychicznych i Przewlekłych Stanów Stresowych i Kryzysowych poradnia@uwolnienie.pl	Inowrocławska 5a 91-020 Łódź 42-640 62 40	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień
	Fundacja „Uwolnienie” Centrum Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Psychicznych i Przewlekłych Stanów Stresowych i Kryzysowych Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu poradnia@uwolnienie.pl	Inowrocławska 5A 91-020 Łódź 42-640 62 40	dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej – Zakład Psychoterapii Uzależnień Poradnia Leczenia Uzależnień zmu@mcpz-lodz.pl	Kilińskiego 232 93-133 Łódź 42-684 08 13	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej – Zakład Psychoterapii Uzależnień Poradnia Leczenia Uzależnień mcpz@mcpz-lodz.pl	Niciarniana 41 92-320 Łódź 42-676 16 61	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
Szpital Psychiatryczny ZOZ Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych sekretariat@babinski.home.pl	Aleksandrowska 159 91-229 Łódź 42-715 57 77	oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych
Szpital Psychiatryczny ZOZ Oddział Terapii dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Innymi Zaburzeniami Psychicznymi otuzal@babinski.home.pl	Aleksandrowska 159 91-229 Łódź 42-715 59 31	całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień (podwójna diagnoza)
SP ZOZ MCTiPZ – Zakład Medycyny Uzależnień Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych zmu@mcpz-lodz.pl	Kilińskiego 232 93-133 Łódź 42-684 08 13	oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych
SP ZOZ MCTiPZ – Zakład Medycyny Uzależnień Oddział Leczenia Uzależnień olu@mcpz-lodz.pl	Niciarniana 41 92-320 Łódź 42-674 27 73	całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień
SP ZOZ MCTiPZ – Zakład Psychoterapii Uzależnień Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu mcpz@mcpz-lodz.pl	Niciarniana 41 92-320 Łódź 42-674 64 79	dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień

Miasto/ Powiat	Nazwa placówki	Adres i telefon	Typ placówki
m. Łódź	SP ZOZ Szpital im. J. Babińskiego Oddział Leczenia Uzależnień oteruza@babinski.home.pl	Aleksandrowska 159 91-229 Łódź 42-715 59 04	całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień
m. Piotrków Trybunalski	Powiatowy ZOZ – Ośrodek Zdrowia Psychicznego i Odwykowego Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień poradnia.uzaleznienn@pzoz-piotrkow.pl	Armii Krajowej 11 97-300 Piotrków Try- bunalski 44-645 10 54	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
pabianicki	PZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Petrykoczach Poradnia Leczenia Uzależnień	Petrykozy 21 95-200 Pabianice 668 60 77 67	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
pajęczański	Klinika WOLMED Poradnia Leczenia Uzależnień sekreteriariat@wolmed.pl	Wiśniowa 1 97-330 Pajęczno 34-311 24 47	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
poddębicki	Zakład Lecznicy – Zespół Poradni ZDROWIE Poradnia Leczenia Uzależnień zdrowiepoddebice@poczta.onet.pl	Zielona 2A 99-200 Poddębice 43-678 95 07	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień
rawski	AMG Centrum Medyczne Sp. z o.o. Poradnia Odwykowa oraz Zapobiegania i Zwalczania Uzależnień cmarzenac@wp.pl	Warszawska 14 96-200 Rawa Mazo- wiecka 603 53 51 33	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnie- nia/leczenia uzależnień

sieradzki	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Mark-Med Sp. z o.o. Poradnia Leczenia Uzależnień info@markmed.webity.pl	Paderewskiego 1A 98-200 Sieradz 43-822 06 38	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
	Szpital Wojewódzki w Sieradzu – Centrum Psychiatryczne w Warcie Poradnia Leczenia Uzależnień szpitalwarta@lodzkie.pl	Sieradzka 3 98-290 Warta 43-829 63 36	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
	Szpital Wojewódzki w Sieradzu – Centrum Psychiatryczne w Warcie Poradnia Terapii Uzależnień od Alkoholu dla Dzieci i Młodzieży szpitalwarta@lodzkie.pl	Sieradzka 3 98-290 Warta 43-829 63 36	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
	Szpital Wojewódzki w Sieradzu – Centrum Psychiatryczne w Warcie Oddział Leczenia Uzależnień jsobczynska@regiony.pl, szpitalwarta@lodzkie.pl	Sieradzka 3 98-290 Warta 43-829 63 29	całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień
	Szpital Wojewódzki w Sieradzu – Centrum Psychiatryczne w Warcie Pododdział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych szpitalwarta@lodzkie.pl	Sieradzka 3 98-290 Warta 43-829 42 00	oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych
tomaszowski	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Poradnia Leczenia Uzależnień poradnia.uzaleznienn@tomaszow.org.pl	Graniczna 63 97-200 Tomaszów Mazowiecki 44-725 72 17	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień

Miasto/ Powiat	Nazwa placówki	Adres i telefon	Typ placówki
wieluński	Specjalistyczny NZOZ ProVitaMed Poradnia Leczenia Uzależnień provitamed@poczta.onet.pl	Sieradzka 56 98-300 Wieluń 43-886 05 15	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
wieruszowski	SP ZOZ Miejski Ośrodek Profilaktyki, Terapii Uzależnień i Współ- uzależnienia Poradnia Leczenia Uzależnień moptuiw@gmail.com	Kępińska 53 98-400 Wieruszów 62-784 00 17	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
zduńskowski	Zduńskowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. Poradnia Leczenia Uzależnień	Królewska 29 98-220 Zduńska Wola 43-824 51 70	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
zgierski	Centrum Medyczne Sp. z o.o. – Przychodnia Miejska Remedium Poradnia dla Osób z Problemem Alkoholowym i Rodzin	Marciniaka 20 95-015 Głowno 785 91 69 62	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
	Miejska Przychodnia Zdrowia Poradnia Leczenia Uzależnień pluozorkow@wp.pl	Wigury 1 95-035 Ozorków 42-710 31 03	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień
	SP ZOZ Poradnia Leczenia Uzależnień uzaleznienia@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl	Skłodowskiej-Curie 1 95-070 Aleksandrów Łódzki 42-712 77 10	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/ leczenia uzależnień

	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu otua@wss.zgierz.pl	Paręczewska 35 95-100 Zgierz 42-714 45 41	całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Dzienny Oddział Leczenia Uzależnień dolu@wss.zgierz.pl	Paręczewska 35 95-100 Zgierz 42-714 45 29	dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ leczenia uzależnień
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych olaza@wss.zgierz.pl	Paręczewska 35 95-100 Zgierz 42-714 44 16	oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych
	ZOZ „Na Wzgórzu” Roźniata Sp. J. Poradnia Leczenia Uzależnień rozniat@wp.pl	Kopernika 29a 95-010 Stryków 609 50 89 73	poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

5.

Strategie zaradcze podejmowane przez rodziców dorosłych dzieci z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu

Wielu rodziców, których dzieci doświadczają trudności z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu, zadaje sobie pytanie: co mogę zrobić, żeby mój syn/moja córka przestał/przestała pić? Często podejmują różne działania, które przynoszą mniej lub bardziej trwałe zmiany w sposobie używania alkoholu przez ich dzieci. Korzystają z różnych dostępnych form pomocy zarówno formalnej, jak i nieformalnej. Chcąc uzyskać zmianę, wykorzystują szeregi strategii zaradczych, mających, według nich, doprowadzić do zaprzestania nałogowego zachowania dzieci. Izolują swoje dzieci od czynników sprzyjających picciu, organizują minimalną stabilizację, by zatrzymać degradację dziecka, tłumaczą, proszą, pilnują dzieci. Jedną ze strategii jest wzbudzanie w nich emocji samoświadomościowych (takich jak zażenowanie, wstyd czy poczucie winy).

Strategie zaradcze podejmowane przez rodziców dorosłych dzieci z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu

- **strategia polegająca na izolacji od czynników sprzyjających picciu**

W zależności od tego, gdzie rodzice lokują przyczyny destrukcyjnego picia dziecka, starają się za wszelką cenę izolować swoje dziecko właśnie od tych czynników. Dla jednych rodziców takimi czynnikami są koledzy, dla innych praca lub partner/partnerka ich dziecka.

Halina, lat 65, mieszka sama z synem, 34-letnim Rafałem. Rafał w wieku nastoletnim zaczął popijać alkohol (rozpił go koledzy). Skończył wprawdzie szkołę zawodową, ale z pracą bywało różnie. Często ją niestety tracił, jak mówi Halina: przez wódkę. Obecnie Rafał nie pracuje, chwytą się jedynie nielicznych prac dorywczych. Utrzymuje go mama. Halina przyczyn picia syna upatruje przede wszystkim w jego towarzystwie. To koledzy go namawiają do picia, stawiają mu alkohol i wykorzystują jego naiwność. Ostatnio Rafał wziął pożyczkę i pieniądze z niej przepił z kolegami. Halina postanowiła z tym skończyć. Całą swoją energię wykorzystuje do izolowania syna od czynników sprzyjających picciu. Zamyka Rafała w domu, kiedy sama musi załatwić sprawy na mieście. Kiedy syn wychodzi z domu, idzie razem z nim. Rozmawiała z kolegami syna i nastraszyła ich, że jak jeszcze raz zobaczy ich w pobliżu Rafała, to nie ręczy za siebie. Kiedy Rafał podejmuje prace dorywcze, uzgadnia z pracodawcą, że wypłatę będzie dostawała ona...

Zofia, lat 67, matka 40-letniej Agnieszki (to jej jedyne dziecko). W mieszkaniu Zofii mieszka jej córka z mężem i ona. Mieszkanie ma dwa pokoje, więc jeden pokój Zofia oddała córce i jej mężowi. Zofia przyczyn picia córki doszukuje się w jej związku, którego nie popiera. Mąż córki jest alkoholikiem, a jej córka rozpiła się przy nim. Matka wielokrotnie namawiała córkę, żeby skończyła ten związek, że bez męża będzie jej (im) lepiej. Zofia wierzy, że gdyby jej córka rozstała się z mężem, to przestałaby pić alkohol. Agnieszka pije, bo mąż ją bardzo źle traktuje. Często dochodzi między nimi do awantur i bijatyk. Agnieszka jednak nie jest gotowa rozwieść się z mężem...

- **strategia polegająca na organizowaniu minimalnej stabilizacji, by zatrzymać degradację dziecka**

Część rodziców wychodzi z założenia, że kiedy stworzy swoim dorosłym dzieciom komfortowe warunki życia, to one docenią to i zmienią sposób picia lub zaczną utrzymywać abstynencję. Rodzice tacy skupiają dużą uwagę na zapewnieniu dzieciom dobrych warunków w codziennym życiu. Gotują obiady, sprzątają pokój czy mieszkanie, piorą ubrania, dbają, żeby ich dziecko dobrze wyglądało. Zaspakajają wszelkie jego potrzeby, licząc na rekompensatę w postaci zmian destrukcyjnego zachowania.

Aneta, lat 70, matka 45-letniej Małgorzaty. Aneta jest właścicielką piętrowego domu, w którym mieszka wraz z córką i wnukiem. Małgorzata nigdy nie pracowała zawodowo, chociaż ma wyższe wykształcenie. W trakcie małżeństwa zajmowała się wychowaniem syna. Dziesięć lat temu od Małgorzaty odszedł mąż, a ona wpadła w depresję i się rozpiła. Aneta bardzo dba o to, żeby Małgorzacie niczego nie brakowało. Choć Aneta od piętnastu lat jest na emeryturze, podejmuje liczne prace dorywcze, żeby zapewnić dobre

warunki ekonomiczne swojej rodzinie. Jej córka ma zawsze posprzątane w domu, ugotowany obiad, czyste okna i świeże firanki... Aneta niepokoi się, co się stanie z córką, kiedy jej zabraknie. Jak wówczas sobie Małgorzata poradzi? Chcąc zabezpieczyć przyszłość córki, przepisała dom na wnuka (nie na Małgorzatę, bo obawia się, że ona przepłacyłaby ten dom), ale z dożywotnim zameldowaniem w nim córki. To ją trochę uspokaja...

Katarzyna, lat 54, matka 35-letniego Rafała. Jej syn od rozwodu (trzy lata temu) mieszka z nią i jej mężem. Rafał pracuje zawodowo jako przedstawiciel handlowy, a alkohol pije tylko w weekendy. Po alkoholu niestety staje się agresywny. Katarzyna bardzo dba o syna. Robi mu śniadania, obiady i kolacje, pierze jego ubrania i sprząta w jego pokoju. Matka jest przekonana, że jej syn się przepracowuje i za pomocą alkoholu chce się zrelaksować. Kiedy jest pijany, zamyka go na klucz w pokoju, żeby nikt go nie zobaczył. Rafał wśród sąsiadów ma pozytywną opinię. Zawsze jest kulturalny i świetnie ubrany...

• strategia polegająca na tłumaczeniu

Tłumaczenie to jedna z najczęściej stosowanych strategii mająca doprowadzić do zmiany stylu spożywania alkoholu. Rodzice często stają się „teoretycznymi ekspertami” od destrukcyjnego picia. Czytają wiele fachowej literatury, rozmawiają ze specjalistami. Wyposażeni w wiedzę, podejmują próbę wytłumaczenia swoim dzieciom zarówno mechanizmów uzależnienia, jak i strategii leczenia. Udzielają tak zwanych cennych rad, które teoretycznie powinny wpłynąć na córkę czy syna poprzez na przykład podniesienie poczucia własnej wartości, uwierzenie w siebie i tym podobne.

Józef, lat 68, ojciec 45-letniego Grzegorza. Grzegorz założył własną rodzinę (ma żonę i córkę). Problemy syna z alkoholem zaczęły się, kiedy Grzegorz miał 35 lat. Awansował wówczas w pracy (objął stanowisko kierownicze) i doświadczał coraz więcej stresu. Musiał także w związku z pracą uczestniczyć w licznych bankietach alkoholowych. Józef twierdzi, że syn rozpił się przez pracę. W pomoc synowi zaangażowana jest cała rodzina (żona, matka, ojciec i brat). Każde z nich ma inny pomysł, jak pomóc Grzegorzowi. Józef przede wszystkim tłumaczy synowi, co się z nim dzieje. Objaśnia, na czym polega choroba alkoholowa, jakie mechanizmy działają w tej chorobie. Józef, można powiedzieć, stał się ekspertem od uzależnienia od alkoholu. Przeczytał wszystkie dostępne książki o uzależnieniach. Na razie tłumaczenie niewiele pomaga, ale ojciec się nie poddaje. Wierzy, że syn w końcu zrozumie...

Zenon, lat 60, ojciec 40-letniego Piotra. Piotr od zawsze miał ciążoty do alkoholu. Ojciec bardzo chce pomóc synowi w zrozumieniu jego choroby. Zenon od pięciu lat chodzi na otwarte mityngi Anonimowych Alkoholików. Zaprzyjaźnił się z kilkoma „trzeźwymi alkoholikami” i czerpie od nich inspiracje, jak nakłonić syna do niepicia. Piotr już doskonale zna zalecenia dla zdrowiejących alkoholików. Wie, że alkohol jest silniejszy od niego, że powinien uznać swoją bezsilność wobec natogu, że alkoholizm to choroba nieuleczalna i tak dalej. Jednak Piotr wciąż pije...

- **strategia polegająca na proszeniu/błaganiu**

Prośnienie czy błaganie dziecka o to, by zmieniło styl picia lub przestało pić, jest także jedną z pierwszych strategii podejmowanych przez rodziców. Zazwyczaj na początku destrukcyjnego picia przynosi ona rezultaty. Syn czy córka obiecują zmianę i przez określony czas nawet się jej trzymają. Prośba osoby znaczącej ma zapewne większą siłę działania. Niestety, po pewnym czasie strategia ta już nie przynosi efektów, gdyż wraz z rozwojem picia destrukcyjnego narasta rozczarowanie brakiem dotrzymywania danego słowa. A osoby dotąd znaczące (jak matka czy syn) przestają działać jako czynnik ułatwiający zmianę.

Krystyna, lat 65, matka 40-letniego Przemysława. Jej syn mieszka z żoną i dziećmi. Matka zauważyła problem alkoholowy u syna, gdy był na studiach. Twierdzi, że skłonności do alkoholu ma po ojcu (Krystyna rozwiodła się z mężem, kiedy Przemek miał 10 lat). Krystyna bardzo martwi się piciem syna i tym, jak to wpływa na jego dzieci i żonę. Jest zawsze w gotowości do udzielenia pomocy synowej. Wystarczy jeden jej telefon, a Krystyna już u niej jest. Wielokrotnie prosiła syna, żeby przestał pić. Ostatnio jak był w ciągu, to kilka dni z nimi mieszkała. Błagała go, żeby już nie pił. Niestety, on coraz mniej jej słucha, a jeszcze niedawno prośby matki przynosiły zamierzone efekty.

Maryla, lat 65, matka 40-letniego Sebastiana. Sebastian, od kiedy stracił pracę (cztery lata temu), pije bardzo duże ilości alkoholu. Ostatnio wrócił do domu tak pijany, że zasnął na wycieraczce. Maryla wraz z żoną Sebastiana nie mają już niestety na niego wpływu. Ani prośby matki, ani groźby rozwodu jego żony już nie pomagają. Ostatnio syn Sebastiana (Mateusz) błagał ojca, żeby więcej nie pił. Mówił, że on się go boi i wstydzi, a przecież do niedawna był dla niego autorytetem. Sebastian postanowił skończyć z alkoholem. Niestety, nie pił tylko pół roku. Teraz syn nie chce już z nim rozmawiać... Maryla traci nadzieję, że syn skończy z piciem, skoro nawet dla własnego dziecka nie jest w stanie tego zrobić.

- **strategia polegająca na pilnowaniu**

Rodzice dzieci pijących destrukcyjnie po pewnym czasie zaczynają ich pilnować. To kolejna strategia mająca na celu zmianę zachowania dziecka. Zdarza się, że rodzice starają się pilnować dosłownie wszystkiego. Kontrolują myśli swoich dzieci, ich uczucia, zachowania, decyzje. Towarzyszą im w spotkaniach rodzinnych, sprawdzając, ile wypili, czy wypili, i decydując, ile mogą wypić (mówią na przykład, że już wystarczy). Przeszukują rzeczy swoich dorosłych dzieci, wylewają znaleziony alkohol. Rodzice często wychodzą z założenia, że wiedzą najlepiej, czego ich dziecko potrzebuje, jak powinno się zachowywać. Niestety, kiedy tracą nad nim kontrolę, poprzez pilnowanie chcą nadal wpływać na bieg wydarzeń i życie ich dziecka.

Irena, lat 58, matka 30-letniej Małgorzaty. Córką nigdy nie wyprowadziła się od matki. Małgorzata była kilka lat w nieformalnym związku. Z tego związku ma 10-letnią córkę. Małgorzata z zawodu jest fryzjerką. Od kilku lat prowadzi własny zakład, który ostatnio podupadł. Irena uważa, że kłopoty w pracy wynikają z picia Małgorzaty. Jak twierdzi, Małgorzata przestała dbać o klientki. Zdarza się jej przychodzić do pracy pod wpływem alkoholu. Irena próbowała na wiele sposobów wpływać na córkę. Ostatnio kupiła alkomat i każe jej po przyjeździe z pracy w niego dmuchać. Kilka razy dziennie dzwoni do córki, żeby sprawdzić, w jakim jest stanie. Przeszukuje jej rzeczy i jeśli znajdzie jakiś alkohol, wylewa go. Grozi jej również, że jeśli nie przestanie pić, pozbawi ją praw rodzicielskich do córki.

Wiola, lat 66, matka 45-letniego Stanisława. Problem Stanisława z alkoholem zauważyła po narodzinach jego niepełnosprawnego dziecka. Wiola twierdzi, że się tym podłamała. Zarówno Wioli, jak i żonie jej syna bardzo zależy, żeby Stanisław nie pił. Obie robią wszystko, co w ich mocy, żeby trzymał się z dala od alkoholu. Ostatnio mieli w rodzinie wesele. Matka i jej synowa bardzo się obawiały, bo po takich uroczystościach zdarzało się, że Stanisław pił nawet tydzień. Kobiety ustaliły plan działania. Na weselu Stanisław siedział między żoną a matką. Jak jedna szła tańczyć, to druga go pilnowała i nie wypił nawet jednego kieliszka wódki. Wrócił do domu trzeźwy. Matka i synowa mają poczucie, że tym razem im się udało...

- **strategia polegająca na wzbudzaniu wstydu i poczucia winy**

Kiedy inne strategie przestają działać, rodzice często uruchamiają kolejną, polegającą na wzbudzaniu emocji „samoświadomościowych”, takich jak wstyd czy poczucie winy. Odwołują się wówczas do obowiązujących norm, jakości wypełnianych ról społecznych (ojca/matki czy syna/córki), strat materialnych poniesionych w wyniku picia i temu podobnych. Poczucie winy jest taką emocją, która rzeczywiście ma szansę wywołać zmianę zachowania osoby, która jej doświadcza. Wstyd nie ma takiej siły (paraliżuje i zniechęca do działania). Niestety, emocje takie jak wstyd czy poczucie winy w odniesieniu do osób pijących destrukcyjnie raczej skłaniają je do picia (alkohol przynosi ulgę w stanach napięcia emocjonalnego), niż motywują do zmiany stylu picia.

Natalia, lat 56, matka 34-letniego Artura. Artur po rozwodzie wprowadził się do swojej mamy i niestety bardzo się rozpił. Natalia bardzo chce pomóc synowi. Początkowo picie syna tłumaczyła jego depresją po rozstaniu i starała się go przekonać do wizyty u specjalisty. Artur nie chciał. Jednak po roku sytuacja się nie zmieniła, a picie syna zaczęło się wręcz nasilać. Natalię ta sytuacja mocno niepokoi i denerwuje. Kiedy syn wraca z pracy pijany, robi mu zdjęcia i nagrywa filmiki, które pokazuje mu, kiedy ten już wytrzeźwieje. Mówi mu, że pewnie zaraz straci pracę, jak nie przestanie pić. Kiedy syn jest trzeźwy, przekazuje mu wszystkie negatywne informacje o nim, które mówią sąsiedzi. Niestety, to nie przynosi zamierzonego efektu...

Romualda, lat 67, matka 39-letniej Krystyny. Od chwili rozstania z mężem (obecnie mijają trzy lata) Krystyna mieszka z matką. Mąż Krystyny mieszka sam z ich dwoma synami. Warunkiem powrotu, jaki postawił żonie, jest utrzymywanie abstynencji i poddanie się leczeniu. Romualda wielokrotnie prosiła córkę, żeby przestała pić i walczyła o odzyskanie swojej rodziny. Niestety, córka nie zmienia swojego zachowania. Coraz częściej matka zawstydzą ją i wywołuje w niej poczucie winy, mając nadzieję, że to ją jakoś zmotywuje. Przypomina jej na każdym kroku, że w roli matki się nie sprawdziła (dzieci nie chcą się z nią widywać).

Rodzicu, działasz podobnie? Jeśli znane ci są takie formy pomocy, to teraz możesz sobie odpowiedzieć na pytanie:

- Czy osiągnąłeś/osiągnęłaś to, co chciałeś/chciałaś?
- Czy podejmowane przez ciebie działania doprowadziły cię do celu, który sobie wyznaczyłeś/wyznaczyłaś?
- Czy twoje dziecko przestało pić lub pije w sposób „akceptowany społecznie”?

Jeśli nie, to może warto spróbować innych metod?

Jednym z takich sposobów jest **interwencja wobec osoby z szeroko rozumianym zaburzoną używką alkoholu**.

Ale zanim przejdziemy do interwencji, warto poznać etapy zmiany, przez które przechodzi twoje dziecko, podejmując decyzję o zmianie stylu picia lub utrzymywaniu abstynencji, a także ofertę terapeutyczno-leczniczą, którą możesz podczas przeprowadzania interwencji zasugerować dziecku.

6.

Proces zmiany nieprawidłowego zachowania związanego z używaniem alkoholu

Proces zmiany nieprawidłowego zachowania związanego z używaniem alkoholu musi zostać zapoczątkowany od rozpoznania problemu. Rozpoznanie to może pochodzić od osób bliskich adresata zmiany zachowania, czyli partnera/partnerki, rodziców, dzieci, kuratora i innych, lub od samej osoby nieprawidłowo używającej alkoholu. Według Jamesa Prochaski i Carlo DiClementego, zmiana w zachowaniu ludzi następuje w określonych etapach. Wyodrębnili oni pięć etapów zmiany:

1. **Etap prekontemplacyjny (przeddecyzyjny)** – na tym etapie dominują objawy oporu u twojego syna/ twojej córki. Twoje dziecko może nie być świadome problemu lub nie być zainteresowane zmianą. Może również myśleć o zmianie, ale jeszcze nie wie, co chce zmienić. Na tym etapie dominują cztery typy postaw.

„Przeddecyzyjni niechętni” nie mają dostatecznej wiedzy o problemie (nieprawidłowym używaniu alkoholu) i – w bierny sposób – są niechętni zmianie.

Krystyna, lat 55. Martwi się piciem syna, ale nie wie, jak do niego przemówić. Jej syn Adam jakby się wyłączał, kiedy ona zwraca mu uwagę na szkodliwość picia. Adam mówi wtedy, że matka przesadza... że on pije jak inni... że co to za facet, co piwa nie wypije i tak dalej.

„Przeddecyzyjni zbuntowani” mają dużą wiedzę o problemie związanym z niewłaściwym używaniem alkoholu, ale mają interes w tym, żeby się nie zmieniać. Są to osoby, które nie lubią, kiedy się im mówi, co mają robić.

Krzysztof, lat 60. Gdy zwraca synowi uwagę na temat sposobu używania przez niego alkoholu, zastanawia się, czy rzeczywiście syn ma jakiś problem, czy nie. Marek (syn Krzysztofa) ma pracę, która wymaga uczestnictwa w różnych bankietach, na których oczywiście podawany jest alkohol. Syn często posługuje się specjalistycznymi terminami, na przykład amylaza aldehydowa czy dehydrogenaza, tłumacząc swoją możliwość wypicia dużych ilości alkoholu, jak twierdzi, bez konsekwencji.

„Przeddecyzyjni zrezygnowani” wykazują brak energii i zainteresowania zmianą. Wiele razy próbowali, ale nic z tego nie wyszło.

Marta, lat 70, matka Iwony. Mówi, że jej córka próbowała wszystkiego, by przestać pić (obiecywała synowi i księdzu, była na terapii, należała do AA – nic nie działa). Najdłużej nie piła miesiąc, ale i tak wróciła do nałogu. Marta powoli godzi się z tym, że jej córka będzie piła do końca życia.

„Przeddecyzyjni racjonalizujący” sprawiają wrażenie osób, które znają wszystkie odpowiedzi. Nie są zainteresowani zmianą, bo ich problemy z piciem są wynikiem zachowania kogoś innego. Rozmowa z takimi osobami przypomina debatę na argumenty i kontrargumenty.

Alicja, lat 66, matka Łukasza. Ostatnio skarżyła się na trudności w przekonywaniu syna do leczenia. Łukasz twierdzi, że pije alkohol w celach zdrowotnych. Uważa, że piwo ma zbawienny wpływ na jego nerki i świetnie gasi pragnienie w upalne dni. Łukasz ostatnio stracił prawo jazdy, gdyż kierował samochodem pod wpływem alkoholu (wypił trzy piwa z kolegami po pracy – jak twierdzi, „musieli uczcić narodziny syna kolegi”). Syn Alicji za utratę prawa jazdy obwinia sąsiada, który zadzwonił na policję.

2. **Etap kontemplacji**, czyli zastanawiania się. Kiedy twoje dziecko znajduje się na tym etapie zmiany, przyznaje, że ma problem z niewłaściwym używaniem alkoholu, i za-

czyna poważnie myśleć o jego rozwiązaniu. Warto pamiętać, że zastanawianie się nie jest równoznaczne z zaangażowaniem się w zmianę. Twoje dziecko może być dalekie od jakichkolwiek działań. Na tym etapie najsilniejsza jest ambiwalencja. Straty i zyski wynikające z niewłaściwego używania alkoholu wydają się równoważyć.

Marta, lat 65, matka Karoliny. Namawiała córkę do podjęcia profesjonalnej terapii mającej na celu utrzymywanie abstynencji od alkoholu. Karolina wie, że ma problem z alkoholem i że jej picie odstaje od przyjętych w społeczeństwie norm. W tej kwestii zgadza się z matką. Jest jej bardzo wdzięczna za troskę i wszelkie materiały na temat leczenia, które Marta jej dostarcza. Karolina zna już wszystkie sposoby leczenia i zapoznała się z programem najlepszych placówek odwykowych. Ma naprawdę dużą wiedzę... ale nie zgłosiła się do żadnej placówki (nie podjęła leczenia).

3. Kolejnym, trzecim, etapem zmiany jest tworzenie planu i **przygotowanie się do działania**. Na tym etapie twoje dziecko jest o krok od podjęcia działania w celu zmiany. Może być ono bardzo silnie zaangażowane w zmianę (przekonuje o tym ciebie i siebie), ale nie ma żadnego planu jej przeprowadzenia. Bez dobrego planu zmiana może się nie udać (na przykład osoba wychodzi ze szpitala i postanawia utrzymywać abstynencję, ale mieszka z pijącym partnerem i nie ma pracy). Dobry, czyli skuteczny plan trudno stworzyć od razu, ale można go zawsze modyfikować.

Zbigniew, lat 54, ojciec Marka. Opowiadał, że kiedy jego syn był na trzecim etapie zmiany, wspólnie z psychologiem stworzył „bardzo precyzyjny plan działania” (tak go nazywał). Plan był przyklejony do lodówki i ściany nad łóżkiem syna. Marek miał zaplanowaną każdą godzinę dnia, a także wypisane rzeczy, które chce zmienić, i jak ma tego dokonać, jakie trudności mogą go spotkać podczas realizacji zmiany i jak sobie z nimi poradzić.

4. Czwartym etapem zmiany jest **działanie**, czyli wcielanie planu w życie. Twoje dziecko na tym etapie jest wyraźnie zaangażowane w zmianę. Jednak etap ten wymaga dużo czasu i energii, nauczenie się nowego zachowania

jest trudne. Twój syn/twoja córka potrzebuje utwierdzenia się w słuszności zmiany i wzmacniania samoskuteczności (uwewnętrznienia sukcesu).

Joanna, lat 52, matka Szymona. Opowiadała, że kiedy jej syn podjął decyzję o skończeniu z piciem, był na kilku sesjach u psychologa. Po tych spotkaniach bardzo się zmienił. Nie spotykał się z dotychczasowym towarzystwem, zmienił pracę, zaczął uprawiać sport i przeszedł na „jakąś” dietę. Trzy tygodnie przestrzegał planu restrykcyjnie, potem zaczął wprowadzać drobne modyfikację, gdyż pewne rzeczy mu służyły (na przykład zmiana towarzystwa), a inne nie (dieta – miał mało energii i zaczął myśleć o piciu). Zmienił pracę na lepiej płatną, ale bardziej stresującą. Stres rozładowywał poprzez sport (biegał, ćwiczył na siłowni). Widział, że jego zmiana ma sens. Był z siebie coraz bardziej zadowolony. W chwilach wątpliwości, „czy warto”, wspierali go najbliżsi.

5. Ostatnim etapem zmiany jest jej **utrzymywanie**. Etap ten może trwać od sześciu miesięcy do końca życia – dopóki zmiana nie stanie się normalnym codziennym zachowaniem. Kiedy niepicie alkoholu lub picie go w niewielkich ilościach stanie się trwałym zachowaniem twojego dziecka, dopiero wówczas następuje wyjście z cyklu zmiany.

Osoby przechodzące przez cykl zmiany różnią się między sobą szybkością postępów i ilością powtórzeń etapów zmiany. Ustalenie etapu zmiany jest pomocne w określeniu, jak ważna jest zmiana dla danej osoby, jak również czy osoba jest gotowa do podjęcia działania. Ale w procesie zmiany bardzo ważne jest, oprócz określenia ważności zmiany, także zaufanie swoim kompetencjom, dzięki którym wprowadzenie zmiany będzie możliwe. Biorąc pod uwagę ważność zmiany i zaufanie do jej wprowadzenia, można wyodrębnić cztery grupy osób. Pierwszą grupę stanowią osoby, dla których zmiana jest mało ważna i które nie są przekonane, że potrafią jej dokonać. Osoby takie nie postrzegają zmiany stylu picia jako istotnej w ich życiu i nie wierzą, że wprowadzenie jej mogłoby się zakończyć sukcesem. Do drugiej grupy należą osoby, które wierzą, że mogłyby zmienić styl picia, ale nie są przekonane, czy chcą go zmieniać. Trzecią grupę stanowią osoby, dla których zmia-

na stylu picia jest ważna. Jednak problem polega na tym, że mają małą ufność w to, że próba się uda. Do czwartej grupy należą osoby, które postrzegają zmianę stylu picia jako ważną i wierzą, że uda im się ją wprowadzić w życie. Jeśli twoje dziecko należy do jednej z trzech pierwszych grup, potrzebuje specjalnych oddziaływań związanych z motywowaniem go do zmiany. Okazuje się, że czynnikiem utrudniającym wprowadzenie zmiany jest brak wiary we własne możliwości dokonania tej zmiany.

Przestrzeganie czterech zasad stworzonych przez twórców wywiadu motywującego (Jamesa Prochaskę i Carlo DiClementego) może zmotywować twoje dziecko do wprowadzenia zmiany w stylu picia i/lub podjęcia decyzji o utrzymywaniu abstynencji.

Po pierwsze, wyrażaj empatię.

To, że twoje dziecko nie jest do końca przekonane, czy chce wprowadzić zmianę w stylu picia, jest zjawiskiem normalnym. Akceptacja takiego stanu ułatwia zmianę. Słuchanie i rozumienie to jedno z najważniejszych umiejętności w motywowaniu do zmiany.

Po drugie, rozwijaj rozbieżności.

To nie ty powinieneś podawać argumenty na rzecz zmiany stylu picia, lecz twoje dziecko. Motywacja do zmiany powstaje wskutek rozbieżności pomiędzy obecnym zachowaniem twojego dziecka a ważnymi dla niego celami i wartościami.

Po trzecie, unikaj argumentowania na rzecz zmiany stylu picia.

Im więcej argumentów wysuwanych przez ciebie na rzecz zmiany stylu picia, tym większy opór twojego dziecka przed zmianą.

Po czwarte, wspieraj samoskuteczność twojego dziecka.

Komunikuj swojemu dziecku jego skuteczność w działaniach na rzecz zmiany stylu picia i/lub utrzymywania abstynencji.

Dopiero wtedy, kiedy twoje dziecko będzie przekonane, że zmiana stylu picia alkoholu jest ważna i że ono potrafi tego dokonać, wówczas zmiana może się rozpocząć w jeden z trzech możliwych sposobów:

- poprzez samorzutną remisję;
- uczestnictwo w grupach samopomocowych;
- poprzez profesjonalne leczenie.

7.

Abstynencja czy redukcja szkód – strategie pracy z osobami z szeroko rozumianym zaburzonym używaniem alkoholu

Zmiana bez leczenia

Samorzutna remisja to inaczej usunięcie problemu bez leczenia. Twój syn lub córka może podjąć samodzielną decyzję o zaprzestaniu picia lub jego ograniczeniu bez żadnej pomocy. Wiele osób nieprawidłowo używających alkoholu nie jest w stanie poprosić kogoś innego o pomoc. W tej sytuacji zmiana związana z zaprzestaniem picia lub zmniejszaniem ilości wypijanego alkoholu zazwyczaj jest wywoływana dokonaniem oceny zalet i wad utrzymywania obecnego stylu picia. Kiedy wady przeważają nad zaletami, następuje zmiana.

Janina, lat 70, matka 45-letniej Alicji. Alicja z zawodu jest księgową i prowadzi własną działalność gospodarczą. Córka Janiny jest także matką 17-letniej Oli. Alicja przez kilka lat po pracy dla relaksu wypijała (zazwyczaj) pół butelki wina przed snem. Janinę to bardzo niepokoiło. Wielokrotnie straszyla córkę, że zgłosi ją na przymusowe leczenie. Alicja w wyniku picia trzy razy zaniedbała sprawy swoich strategicznych klientów. Poniosła na skutek tego duże straty finansowe. Dokonując bilansu zysków i strat, podjęła decyzję o całkowitej abstynencji, którą utrzymuje już ponad pięć lat. Janina twierdzi, że jej córka nigdy nie zdecydowałaby się na profesjonalną terapię, gdyż jest bardzo samodzielną i niezależną kobietą. Gdyby Alicja miała prosić inną osobę o pomoc w poradzeniu sobie z problemem alkoholowym, to raczej wybrałaby zapicie się na śmierć.

Samorzutna remisja często także jest wynikiem problemów zdrowotnych wynikających na przykład z używania alkoholu.

Józef, lat 55, z zawodu spawacz. Po pracy lubił wypić sobie kilka piw. Ostatnie badania okresowe wykazały złe wyniki związane z enzymami wątrobowymi. Lekarz zasugerował mu ograniczenie ilości spożywanych napojów alkoholowych. Józef po wizycie u lekarza podjął decyzję o całkowitej rezygnacji z picia alkoholu. Abstynencję utrzymuje już trzy lata.

Zazwyczaj jednak rzucenie nałogu może wymagać kilku prób.

Uczestnictwo w grupach samopomocowych

Grupy samopomocy stanowią istotną część leczenia zaburzeń związanych z niewłaściwym używaniem substancji psychoaktywnych. Członkowie takiej grupy otrzymują pomoc w rozwiązaniu swojego problemu oraz udzielają pomocy innym uczestnikom grupy. Grupą wzajemnej pomocy, która pomaga osobom z problemem alkoholowym, są Anonimowi Alkoholicy (AA). Pierwsza grupa AA została założona w USA w 1935 roku, a za „ojców” ruchu AA uznaje się chirurga dr. Boba, czyli Roberta Hoolbruka Smitha, alkoholika, i maklera giełdowego Billa (Billa Wilsona, także alkoholika). Ci dwaj panowie pomagali sobie wzajemnie w utrzymywaniu trzeźwości. Dziś ruch AA jest organizacją międzynarodową i wywodzą się z niego inne grupy samopomocowe skierowane do dzieci, których rodzic jest uzależniony od alkoholu (Alateen), oraz do małżonków/małżonek i bliskich osoby uzależnionej od alkoholu (Alanon).

Działalność ruchu AA jest nakierowana na pomoc w utrzymywaniu trzeźwości, a podstawą „programu” jest przestrzeganie Dwunastu Kroków. Uczestnicy grupy, pracując na Krokach, uznają swoją niemoc wobec kontrolowanego picia i powrotu do takiego stanu. Uświadamiają sobie, że powrót do życia bez alkoholu jest możliwy, natomiast dalsze używanie alkoholu oznacza kontynuację autodestrukcji. Wiele kontrowersji podczas realizacji

programu Dwunastu Kroków budzi wśród uczestników odwoływanie się do Boga. Przytaczane są argumenty, że oznacza to, iż jest to organizacja dla ludzi wierzących. Jednak ruch AA daje swobodę uczestnikom w interpretowaniu Boga czy Siły Wyższej (każdy może to robić według własnego uznania). Odwoływanie się do wiary ma na celu podkreślenie, że osoby uzależnione od alkoholu straciły panowanie nad piciem i własnym życiem i muszą uzyskać wsparcie Siły Wyższej w procesie zdrowienia. Realizacja programu Dwunastu Kroków nastawiona jest także na poprawę własnej samooceny, jak również zmianę zachowania wobec siebie i innych.

Dwanaście Kroków to przewodnik, który przede wszystkim ma pomagać osobom uzależnionym w powrocie do normalnego funkcjonowania psychicznego, fizycznego, społecznego i duchowego. Zgodnie z nim uznaje się, że wyzdrowienie jest procesem trwającym całe życie, wymagającym całkowitej abstynencji. Ważnym działaniem AA jest również patronat (sponsoring). Patronat jest trwałą relacją między dwoma osobami. Patronem jest osoba o dłuższym stażu w trzeźwości, natomiast ta z krótszym jest jej podopiecznym. Patron jest bardziej zaawansowany w realizacji programu Dwunastu Kroków. Dzieli się swoim doświadczeniem z podopiecznym, tłumaczy mu program AA i wskazuje wartościową literaturę.

Warto przypomnieć, że program AA może być stosowany jako samodzielny plan terapeutyczny w procesie zdrowienia. Jednakże wielu jego uczestników korzysta równocześnie z programów profesjonalnych.

Z gabinetu

Zygmunt, lat 48. Został namówiony przez swoją matkę (Helenę, lat 67) do uczestnictwa w mityngu Anonimowych Alkoholików. Helena ma znajomego „trzeźwego alkoholika”, który twierdzi, że jest to najlepsza forma leczenia z uzależnienia od alkoholu. Zygmunt, dla świętego spokoju (matka nie dawała mu żyć i przez blisko miesiąc namawiała go do uczestnictwa w tych spotkaniach), wybrał się na taki mityng. Znalazł w internecie miejsca spotkań grup AA. Wybrał jedno z nich i poszedł na spotkanie.

Okazało się, że spotkanie odbywa się w świetlicy kościelnej. Zygmunt nie należy do ludzi praktykujących, więc poczuł się lekko zaniepokojony. Wszedł do świetlicy, było tam już dużo osób. Potem były jakieś modlitwy, zapalanie świec, zbieranie datków do kapelusza i tak dalej. Zygmunt ledwo wysiedział do końca spotkania i powiedział, że nigdy więcej nie weźmie udziału w czymś takim. Jak twierdzi, te spotkania to jakieś sekciarstwo...

Robert, lat 35. Do uczestnictwa w mityngach AA został zobligowany przez swojego terapeutę uzależnień (to taka forma kary za złamanie abstynencji podczas leczenia). Robertowi bardzo odpowiadała ta pomoc. Znalazł grupę, w której były osoby w podobnym wieku. Kiedy inni opowiadali o swoich problemach, to tak jakby mówili o nim. Bardzo dużo nauczył się od innych uczestników spotkań. Wrócił także na profesjonalną terapię i dzięki temu cały swój czas przeznaczył na pracę zawodową i własne leczenie. Miał dwa razy w tygodniu terapię profesjonalną w ośrodku leczenia uzależnień i trzy, cztery razy w tygodniu chodził na mityngi AA. Twierdził, że to mu bardzo pomaga. Fakt, że dzięki takiej organizacji czasu utrzymuje abstynencję od ponad dwóch lat. Jednak z takiego zachowania coraz mniej zadowolona jest jego żona i dzieci. Małżonka nigdy nie ma w domu. Żona ma wrażenie, że zamienił jedno uzależnienie (od alkoholu) na drugie (od leczenia). Jak twierdzi, miała więcej z niego pożytku jak pił, bo chociaż coś robił w domu...

Michał, lat 58. Właśnie obchodził dziesiątą trzeźwą rocznicę, którą zorganizował w Klubie Abstynenta. Do udziału w mityngach AA namówił go ojciec (niestety, już nie żyje), a Michał jest mu bardzo wdzięczny. Jego życie dzięki takiej formie pomocy całkowicie się zmieniło. Jak mówi, stał się innym człowiekiem. Dużo lepiej zna siebie i swoje ograniczenia. Jego małżeństwo rozkwitło (namówił swoją żonę do uczestnictwa w spotkaniach Alanon). Mają wspólnych trzeźwych znajomych. Wychodzą często na tańce do Klubu Abstynenta. Wakacje spędzają na zagranicznych wyjazdach ze znajomymi z mityngów. Zarówno Michał, jak i jego żona uważają, że to najlepsza forma leczenia...

Profesjonalne leczenie

Do niedawna praca z osobą pijącą w sposób nieakceptowany społecznie nastawiona była na utrzymywanie abstynencji „do końca życia”. Nadal jest to jedna ze strategii leczenia uzależnień, jednak obecnie można korzystać także z innych form pomocy.

Wybierając placówkę, którą chcesz zaproponować synowi/córce w trakcie krótkiej interwencji, zapoznaj się

z jej ofertą terapeutyczno-leczniczą. Nie ma jednej „cudownej” terapii dla wszystkich. Osoby z zaburzonym używaniem alkoholu często zmieniają strategie leczenia. Początkowo pracują nad zmniejszeniem ilości spożywanego alkoholu, a po kilku miesiącach zupełnie z niego rezygnują. Podobnie jest z osobami, które na początku terapii jako cel deklarują utrzymywanie abstynencji, a później z niej rezygnują na rzecz zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu.

Pamiętaj, nie ma lepszej i gorszej strategii. Każde zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu już jest sukcesem i poprawia stan zdrowia twojego dziecka.

Oferta terapeutyczno-lecznicza w placówkach leczenia odwykowego

Lekarz czy terapeuta uzależnień może zaproponować różne sposoby leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Ogólnie można powiedzieć, że są dwie strategie leczenia. Jedna bazuje na całkowitej abstynencji, a druga na zmniejszaniu ilości spożywanego alkoholu.

Jeśli twój syn lub córka wybiorą jako cel **utrzymywanie abstynencji**, to mogą wówczas spotkać się z różnymi propozycjami, są to:

- **strategia utrzymywania abstynencji z wyboru – bazująca przede wszystkim na terapii**

Strategia ta przez wiele lat była uznawana za jedyny cel terapeutyczny osoby uzależnionej od alkoholu, czyli takiej, która utraciła możliwość kontrolowania zachowań związanych z używaniem alkoholu. O utracie kontroli mówi się, gdy osoba nie jest w stanie przewidzieć, kiedy zacznie pić i ile wypije. Zazwyczaj właśnie takie osoby (czyli z najcięższym przebiegiem uzależnienia) trafiają do placówek odwykowych. Warto pamiętać, że w zaburzonym używaniu alkoholu możemy mówić o picu ryzykownym, szkodliwym i o uzależnieniu. Osoby decydujące się na terapię nastawioną na całkowitą abstynencję mogą z takiej formy

leczenia skorzystać w leczeniu ambulatoryjnym lub stacjonarnym. Głównymi metodami terapii są przede wszystkim: psychoedukacja, terapia grupowa/zadaniowa, treningi takie jak: radzenie sobie ze stresem, asertywność, samokontrola zachowań, umiejętności komunikacyjne i tym podobne, terapia indywidualna. Celem takiej formy oddziaływań jest przede wszystkim:

- budowanie zdolności do trwałego utrzymywania abstynencji klientów;
- budowanie zdolności do rozwiązywania problemów osobistych;
- wypracowywanie umiejętności prowadzenia zdrowego trybu życia;
- poprawa zdrowia zarówno w aspekcie somatycznym, jak i psychicznym.

Terapia trwa zazwyczaj 18–24 miesiące i przebiega etapami. W początkowej fazie terapii klient pracuje nad rozpoczęciem procesu zdrowienia. Podpisuje kontrakt, wraz z terapeutą rozpoznaje problemy wynikające z używania alkoholu, budowana jest także motywacja do leczenia. Kolejny etap pracy to uznanie własnego uzależnienia i powstrzymywanie się od picia. Następnie klient pracuje nad rozpoznawaniem psychodysfunkcyjnych mechanizmów uzależnień i ich zmianą oraz zapobieganiem nawrotom picia. W kolejnych etapach praca terapeutyczna skupia się na zmianie zachowań i sytuacji społecznej klienta oraz rozwiązywaniu problemów osobistych. Skuteczność takiej formy oddziaływań, mierzona zdolnością utrzymania rocznej abstynencji, szacowana jest na około 20 procent. Oprócz specjalistycznych instytucji osobom dysfunkcyjnie używającym alkoholu pomoc w utrzymywaniu abstynencji świadczą także kluby abstynenta i wspólnoty anonimowych alkoholików (ruchy samopomocowe).

Z gabinetu

Jacek, lat 45. W wieku 35 lat zgłosił się do placówki leczenia uzależnień, bo naciskała na niego rodzina. Początkowo nie był przekonany, ale postanowił spróbować. Miał bardzo dobrą terapeutkę, która „niczego nie owijała w bawełnę”. Przeszedł wszystkie etapy terapii. Zmienił swoje życie – relacje z najbliższą rodziną, pracę, ma bardzo dobre wyniki badań lekarskich. Od dziesięciu lat utrzymuje abstynencję. Myśli o pracy z osobami uzależnionymi (chce zrobić szkolenie z zakresu terapii uzależnień). Obecnie aktywnie uczestniczy w mityngach i klubach AA.

Marek, lat 40. Do terapii namówiła go rodzina (mama bardzo nalegała, żona zagroziła rozwodem). On raczej był do niej sceptycznie nastawiony, ale postanowił spróbować. Pierwszy etap leczenia okazał się nawet „w porządku”. Dowiedział się dużo o uzależnieniu, dokonał diagnozy siebie jako osoby uzależnionej. Była to tak zwana część psychoedukacyjna. Kolejny etap pracy terapeutycznej był dla Marka nie do przejścia. Wraz z terapeutą opisali wszystkie trudności Marka. Indywidualny terapeuta układał dla Marka zadania, które on miał opisywać. Swoje prace czytał na grupie i otrzymywał informacje zwrotne. Marek nie był na to gotowy. Jako osoba zamknięta w sobie, nie chciał publicznie mówić o swoich problemach. Nie kontynuował więc terapii, wrócił do picia.

Anna, lat 35. Do terapii została namówiona przez matkę, z którą wciąż mieszka. Zgłosiła się bez przekonania. Porozmawiała z miłą panią terapeutką i postanowiła spróbować. Pierwsze spotkanie grupowe zupełnie jej nie odpowiadało. Ludzie mówili o sobie, a ona nie chciała mówić. Nie kontynuowała terapii. Znalazła inną formę pomocy, która bardziej odpowiadała jej osobowości. Od pół roku utrzymuje abstynencję.

- **strategia utrzymywania abstynencji wymuszonej/uczulającej**

Działanie **disulfiramu** polega na hamowaniu rozpadu alkoholu, a co za tym idzie na kumulowaniu się jego metabolitu (aldehydu octowego) w organizmie. Aldehyd octowy jest bardzo silną toksyną (trzydzieści razy silniejszą niż alkohol) i powoduje wiele nieprzyjemnych dolegliwości w organizmie człowieka, na przykład zaczerwienienie skóry, ból głowy, nudności, szybkie bicie serca, uczucie duszności, lęk. Połączenie disulfiramu z alkoholem działa awersyjnie na osobę pijącą. Disulfiram może być przyjmowany doustnie (w postaci tabletek) lub implantowany/wszechpiany w postaci tak zwanej wszywki.

Ta forma pomocy jest najczęściej wybierana przez osoby, które nie mają motywacji do psychoterapii. Jednak taka forma nie wyklucza korzystania z pomocy terapeutycznej, a często spotyka się opinie, że pomaga klientom w utrzymywaniu abstynencji i rozwiązywaniu problemów związanych z dysfunkcyjnym spożywaniem alkoholu. Oczywiście disulfiram nie jest złotym środkiem na utrzymywanie abstynencji. Ma wielu przeciwników, którzy zwracają uwagę na aspekt etyczny kuracji tym środkiem (narażenie klienta na ryzyko działań niepożądanych, w tym na poważne powikłania). Jednak liczba powikłań w leczeniu disulfiramiem jest dużo niższa niż następstwa nieleczzonego uzależnienia od alkoholu. O tym, czy dany klient może stosować taką formę pomocy, decyduje on sam w porozumieniu z lekarzem (psychiatrą albo chirurgiem).

Z gabinetu

Tomasz, lat 36. Od kiedy skończył 25 lat, zaczął regularnie pić piwo (średnio trzy, cztery dziennie). Potem zamienił je na wino, czasami pił wódkę. W wieku 27 lat ożenił się i po roku pił jeszcze więcej. Żona często skarżyła się matce Tomasza na zachowanie jej syna (dochodziło do przemocy fizycznej). Matka początkowo prosiła ją, aby dała mu jeszcze szansę, że ona porozmawia z synem. Takie interwencje niewiele zmieniały. Ostatecznie po trzech latach żona oznajmiła, że wnosi sprawę o rozwód. Tomasz postanowił, że zmieni sposób picia, gdyż bardzo kocha swoją żonę. Obiecał jej, że już nigdy się nie napije, i zdecydował się na implantację disulfiramu („wszywki”). Nie pije już sześć lat.

Mariusz, lat 48. Z zawodu jest artystą plastykiem. Mieszka z mamą, którą się opiekuje. Nigdy nie założył własnej rodziny. Od osiemnastego roku życia pił regularnie napoje alkoholowe. Jak twierdzi, miał po nich wenę. Pił w samotności, unikał towarzystwa. Niestety, wraz z narastaniem problemu alkoholowego przestał wywiązywać się ze swoich zobowiązań zawodowych, miał problemy finansowe. Pod naciskiem matki zdecydował się na przyjmowanie disulfiramu (w postaci tabletek). Przez rok utrzymywał abstynencję. Później wrócił do picia. Raz, kiedy znowu przyjął disulfiram w tabletkach, napił się alkoholu. Miał bardzo silne zatrucie, na skutek czego trafił do szpitala. Ostatecznie zrezygnował z disulfiramu na rzecz alkoholu.

Hanna, lat 55. Przeszła na wcześniejszą emeryturę. Mieszka z mężem. Jest matką dwóch dorosłych synów. Problemy Hanny z alkoholem zaczęły się w pracy, piła na rozluźnienie, bo miała bardzo wymagającego szefa. Pod naciskiem rodziny zgłosiła się do lekarza w celu podjęcia leczenia. Hanna nie chce uczęszczać na psychoterapię,

próbowała, ale ta forma pomocy nie jest dla niej dobra. Przyjmuje disulfiram w tabletkach, ale nie robi tego regularnie. Nie utrzymuje abstynencji, ale ostatnio liczba dni, kiedy piła, jest zdecydowanie mniejsza.

Zygmunt, lat 66. Architekt, wciąż aktywny zawodowo. Od roku ma implantowany disulfiram i korzysta z psychoterapii (jak twierdzi, dzięki temu nie pije). Zygmunt mieszka z żoną. Ma dwóch dorosłych synów, którzy założyli własne rodziny. Przez ostatni rok dużo zmieniło się w jego życiu. Ma lepsze relacje z żoną i synami. Finansuje studia zagraniczne wnuka. Jego zdrowie zdecydowanie się poprawiło (ciśnienie się unormowało, a próby wątrobowe wróciły do normy). Jak deklaruje, nauczył się żyć bez alkoholu.

Taka forma pomocy nie jest adresowana do wszystkich. O jej powodzeniu decyduje wiele czynników, między innymi: starszy wiek (ale z krótkim okresem uzależnienia), płeć męska, silna motywacja do leczenia, ustabilizowana sytuacja rodzinna i zawodowa.

Jeśli twoje dziecko wybierze za cel **zmniejszanie ilości wypijanego alkoholu**, to wówczas może mu zostać zaproponowana:

- **strategia redukcji szkód – zmniejszanie ilości wypijanego alkoholu poprzez udział w sesjach terapeutycznych/sesjach krótkiej interwencji**

Ta strategia jest szczególnie polecana dla osób pijących w sposób ryzykowny lub szkodliwy. Warto przypomnieć, że szacuje się, że w Polsce 2 miliony osób pije w sposób ryzykowny lub szkodliwy, natomiast 900 tysięcy jest uzależnionych. Praca z osobami pijącymi ryzykownie lub szkodliwie nakierowana jest na ograniczanie spożycia alkoholu, po to aby zminimalizować szkody wynikające z destruktywnego picia lub chociażby częściowo im zapobiec. Sesje krótkiej interwencji mogą być przeprowadzane przez specjalistów, którzy znają tę metodę (kuratorów sądowych, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych). Czas trwania takiej interwencji nie powinien być krótszy niż trzy miesiące; program składa się średnio z sześciu sesji. Zasadniczymi

elementami interwencji są: ocena stylu/wzoru picia alkoholu przy użyciu szybkiego narzędzia przesiewowego; udzielenie informacji zwrotnej klientowi o jego wzorze picia; ustalenie z klientem celu zakładającego zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu lub – jeśli istnieje taka konieczność – utrzymywanie abstynencji; pomoc specjalisty w zdobywaniu motywacji, nabywaniu umiejętności samopomocowych i szukaniu wsparcia potrzebnego do zmiany zachowania; zapewnienie możliwości kolejnych spotkań; monitorowanie zmiany i dalsze poradnictwo adekwatne do potrzeb klienta. Na sesje krótkiej interwencji mogą być zapraszane osoby ważne dla klienta, które sprzyjają zmianie wzoru picia (rodzina, przyjaciele). Nie chodzi o to, żeby taka osoba była strażnikiem programu zmiany, ale żeby wiedziała o podjętej przez klienta decyzji, rozumiała jego zachowania, wspierała jego decyzje i wysiłki, pomagała mu pokonywać chwile słabości.

Z gabinetu

Anna, lat 34. Zgłosiła się do psychologa za namową mamy. Jak sama twierdzi, nie piła dużo (dwa kieliszki wina wieczorem na rozluźnienie), ale za to regularnie (codziennie). Psycholog ocenił jej wzór picia jako picie szkodliwe. Praca nakierowana była na zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu i wprowadzenie dni bez alkoholu. W dwóch sesjach uczestniczyła matka Anny, która była wsparciem dla córki w chwilach jej wątplenia w sens wprowadzanych zmian. Spożywanie alkoholu przez Annę obecnie odpowiada wzorowi o niskim poziomie ryzyka.

Marek, lat 44. Pracę nad zmianą wzoru picia rozpoczął ze swoim kuratorem sądowym. Jego wzór picia został oceniony jako picie szkodliwe. Choć czas trwania interwencji został określony na około trzy miesiące, Marek ze swoim kuratorem spotykał się w tym celu raz w tygodniu przez ponad cztery miesiące. Prowadził dziennik, w którym zapisywał ilość spożywanego alkoholu; niestety, nie przynosiło to zmiany. Ostatecznie podjął decyzję o utrzymywaniu dobrowolnej abstynencji (było to dla niego łatwiejsze niż zmniejszanie ilości spożywanego alkoholu). Utrzymuje abstynencję już ponad rok.

Zofia, lat 46. Do ośrodka leczenia uzależnień została skierowana przez pracownika socjalnego. Nie wyobrażała sobie całkowitej rezygnacji z alkoholu, dlatego podjęła pracę z terapeutą nad zmniejszaniem ilości spożywanego alkoholu. Choć czasami

były lepsze tygodnie, kiedy rzeczywiście piła mniej, to jednak nadal przeważał styl picia szkodliwego. Ostatecznie Zofia przestała korzystać z pomocy specjalisty i wróciła do starego wzoru picia, który zapewne niedługo zmieni się w uzależnienie.

- **strategia redukcji szkód – zmniejszanie ilości wypijanego alkoholu poprzez farmakoterapię (terapię połączoną z farmakoterapią)**

- leki normalizujące aktywność układu glutaminianergicznego i GABA-ergicznego

Akamprozat to lek który znacząco zmniejsza ilość wypijanego alkoholu i częstość jego spożywania poprzez zmniejszenie uczucia głodu alkoholowego oraz wydłużenie czasu do wypicia pierwszej porcji alkoholu. Lek ten ułatwia klientom utrzymywanie abstynencji. Jego skuteczność jest niezależna od rodzaju stosowanej równolegle terapii. Akamprozat wpływa na aktywność zaburzonych u osób pijących w destrukcyjny sposób układów neuroprzekaznikowych. Jest lekiem dobrze tolerowanym przez klientów, nie wchodzi w interakcje z alkoholem i może być stosowany nawet u osób z uszkodzoną wątrobą.

- leki blokujące receptory opioidowe

Naltrekson jest lekiem, który zapobiega występowaniu poalkoholowej euforii. Osoby, które piją alkohol, żeby lepiej się poczuć, a przyjmują naltrekson, nie doświadczają pozytywnego wzmocnienia. U klientów leczonych naltreksonem zmniejsza się głód alkoholowy i potrzeba częstego picia. Uważa się również, że osoby, które przyjmując naltrekson, piją alkohol, żeby sprawdzić, czy on działa, odnoszą dużo lepsze efekty w terapii, niż te, które nie eksperymentowały. Naltrekson często wykorzystywany jest do wsparcia osób pijących szkodliwie, aby ułatwić im zmniejszenie intensywności picia, a mniej wspierać utrzymywanie czy wydłużanie okresów całkowitej abstynencji. Niestety, lek ten ma swoje ograniczenia. Zakazane jest stosowanie go u osób ze znacznym uszkodzeniem wątroby.

Nalmefen jest w swoim działaniu bardzo podobny do naltreksonu. Także oddziałuje na receptory opioidowe. Uznawany jest jednak za lek o lepszych właściwościach niż naltrekson.

Uogólniając, można powiedzieć, że farmakoterapia przyczynia się do redukcji szkód, nawet jeśli efektem nie jest całkowita abstynencja. U osób stosujących taką formę leczenia zmniejszeniu ulega ilość wypijanego alkoholu oraz liczba dni intensywnego picia lub upijania się. Normalizacji ulega także aktywność enzymów wątrobowych.

Z gabinetu

Janusz, lat 44. Pije w sposób szkodliwy. Jego praca powiązana jest z licznymi bankietami, na których podawany jest alkohol. Nie chce zmienić pracy i nie chce utrzymywać abstynencji od alkoholu. Janusz zaczął przyjmować leki przepisane przez lekarza zgodnie z jego zaleceniami (nalmefen). Obecnie wypija zdecydowanie mniej porcji alkoholu (w ciągu tygodnia z 350 gramów wypijanego alkoholu „zszedł” do 290 gramów).

Jerzy, lat 34. Za namową ojca zgłosił się do lekarza psychiatry, aby jak mówi, „ogarnąć swoje picie”. Jak twierdzi, lubi pić, alkohol poprawia mu nastrój i relaksuje go. Jako przedstawiciel medyczny często zaprasza swoich klientów na kolacje i bankiety, gdzie podawany jest alkohol. Jerzy kilkakrotnie „przesadził” z alkoholem podczas takich spotkań. Od pewnego czasu przyjmuje naltrekson. Zmniejszył ilość wypijanych porcji alkoholu. Nie doświadcza euforyzującego działania alkoholu, tym łatwiej mu jest ograniczyć picie.

Danuta, lat 40. Pracownik korporacji na kierowniczym stanowisku. Alkohol pomagał jej redukować stres, którego doświadczała w pracy. Zgłosiła się do psychologa, a on poprosił o konsultację psychiatryczną. Lekarz psychiatra przepisał Danucie akamprozat. Stosuje go od kilku miesięcy i jak do tej pory utrzymuje abstynencję. Korzysta także ze wsparcia psychologicznego.

Czynnikami decydującymi o wyborze strategii leczenia są przede wszystkim: stopień zaawansowania uzależnienia, motywacja klienta do zmiany i cel, jaki on sam sobie wyznaczy.

Przebieg destrukcyjnego używania alkoholu jest bardzo zróżnicowany. Oprócz przebiegów o zdecydowanie złej charakterystyce (przewlekłość, nawrotowość, poważne szkody zdrowotne i społeczne, śmiertelność w wyniku chorób związanych z alkoholem) można także obserwować przebiegi o charakterystyce od cięższych do lżejszych, w tym także powrót do picia kontrolowanego bądź utrzymywanie abstynencji. Wiadomo także, że znaczna część osób pijących w sposób destrukcyjny zmieniła styl picia na bardziej korzystny w sposób spontaniczny i bez uczestniczenia w jakiegokolwiek terapii.

8.

Interwencja wobec osoby z szeroko rozumianym zaburzoną używką alkoholu

Kiedy już poznałeś/poznałaś formy pomocy osobom z zaburzoną używką alkoholu, teraz możesz przejść do przygotowania się do przeprowadzenia interwencji wobec osoby pijącej w sposób destrukcyjny.

Interwencja wobec osoby z szeroko rozumianą zaburzoną używką alkoholu i zaburzeniami związanymi z używką alkoholu

Wielu rodziców dorosłych dzieci, których picie alkoholu odbiega od szeroko rozumianej normy społecznej, zna trud przekonywania dziecka do tego, aby piło mniej, nie piło wcale, „coś zrobiło” ze swoim piciem, by poszło do lekarza. Wielu takich rodziców naraża się wówczas na wyzwiska, obelgi, złość lub „żelazny repertuar”, czyli przeprosiny i obietnice poprawy. Na podstawie tych powtarzających się trudności powstała pewna metoda, która jeśli jest dobrze przeprowadzona, w dziewięćdziesięciu na sto przypadków doprowadza osobę pijącą destrukcyjnie do skorzystania z pomocy specjalisty. Oczywiście, nie jest to równoznaczne z tym, że osoba ta zmieni swój styl picia (zmniejszy ilość spożywanego alkoholu czy zacznie utrzymywać abstynencję). Na zmianę sposobu używania alkoholu wpływa jeszcze wiele innych czynników.

Chcąc przybliżyć tę metodę, warto najpierw powiedzieć, **czym taka interwencja nie jest**.

Interwencja

- to nie kolejna awantura rodzinna, której tematem jest sposób picia adresata interwencji;
- to nie sesja oskarżeń i pretensji wobec osoby pijącej destrukcyjnie;
- to nie okazja do użalania się na zły los uczestników interwencji;
- to nie dyskusja o przyczynach picia alkoholu, jego charakterze, normalności czy nie;
- to nie ocena osoby pijącej destrukcyjnie w jej rolach społecznych (ojca/matki, syna/córki, pracownika itp.);
- to nie diagnoza sposobu używania alkoholu;
- nie jest publicznym upokarzaniem osoby pijącej destrukcyjnie.

Czym w takim razie jest interwencja?**Interwencja**

- to działanie, które pochodzi z zewnątrz;
- to pomaganie osobie, która tej pomocy nie chce;
- to działanie wbrew temu, co osoba pijąca myśli i czego chce w sprawie swojego picia;
- to działanie skierowane na system obronny osoby pijącej, a nie na nią samą.

Interwencja jest przygotowana przez najbliższych osoby pijącej w sposób destruktywny, w tajemnicy przed nią. Mogą w niej brać udział członkowie rodziny, przyjaciele, dzieci (takie, które są już dojrzałe emocjonalnie i potrafią formułować myśli), pracodawca i inni. Dobrze, żeby w sesji uczestniczyły minimum dwie osoby (jedna to stanowczo za mało, żeby przebić się przez mur obronny osoby pijącej destrukcyjnie). Na sesji interwencji przedstawiane są fakty związane z destrukcyjnym piciem jej adresata. Sesja interwencji jest konfrontacją z zaskoczenia. Takie działanie może budzić niechęć u uczestników sesji, gdyż dobrze jest im znane to, że osoby pijące destrukcyjnie nie chcą słuchać o swoim picu, denerwują się lub obracają wszystko w żart, kontratakują czy też kolejny raz obiecują poprawę. Nie można nikogo zmuszać do udziału w takiej sesji. To, co ważne, to także to, żeby w sesji brały udział osoby,

które znają fakty z pierwszej ręki. Nie bazuje się na informacjach od innych osób, bo może się okazać, że to plotka lub informacja grubo przesadzona. Na sesji interwencyjnej obowiązują trzy podstawowe zasady: rzeczowość, konkretność i życzliwość.

Rzeczowość – odnosi się do tego, że uczestnicy sesji mówią o faktach i zachowaniach związanych z piciem adresata interwencji. Fakty są zupełnie czymś innym niż domniemanie. Uczestnicy nie mówią o tym, co im się wydaje, czego się domyślają lub co przypuszczają („Wydaje mi się, że nie poszedłeś wtedy do pracy”). Nie mówią także o intencjach osoby pijącej („Bo myślałaś, że nikt się nie dowie”). Jeśli wiedzą, że osoba nie była trzy poniedziałki z rzędu w pracy, bo w weekend piła, to jest to fakt i należy o nim powiedzieć („Ostatnie trzy poniedziałki nie byłaś w pracy, bo miałaś kaca po weekendowym piciu”).

Konkretność – wiąże się z tym, że uczestnicy sesji mówią o faktach bez stosowania uogólnień.

Nie mówią: „Zawsze wszczynasz kłótnie. Jesteś złą matką. Za dużo pijesz”, tylko: „Kiedy wróciłeś w piątek do domu, była godzina 20.00. Byłeś pijany. Dzieci już spały w swoich łóżkach, a ty zacząłeś głośno krzyczeć, że chcesz zjeść obiad. Twój krzyk obudził dzieci. Ania się rozpłakała, a ty szarpałeś mnie za włosy, że mam ci w tej chwili dać obiad. Ania płakała i cała drżała, a ty powiedziałeś, że jest tak samo nienormalna jak ja. Bardzo się ciebie bałam...”, „Przez ostatni tydzień piłeś codziennie. To już drugi taki ciąg w tym miesiącu”, „Obiecałaś przyjść do córki na szkolne przedstawienie z okazji Dnia Mamy. Przedstawienie było w czwartek, nie przyszedłeś, byłeś pijana”.

Życzliwość – odnosi się do atmosfery w której prowadzona jest interwencja. Ta atmosfera powinna bazować na trosce o osobę pijącą i miłości/życzliwości do niej. Prawda nie może ranić, ale powinna być podawana w taki sposób, żeby osoba, do której adresowana jest interwencja, mogła się na nią otworzyć, a nie zamknąć.

Pamiętaj o tym, podczas interwencji:

- **trzeźwy adresat sesji**

Oczywiście sesję interwencji przeprowadza się tylko wtedy, **kiedy jej adresat jest trzeźwy**.

- **dobra organizacja**

Warto być dobrze przygotowanym od strony organizacyjnej (uczestnicy sesji powinni wymienić się numerami telefonów, określić czas, kiedy są w pełni dyspozycyjni i temu podobne).

- **miejsce interwencji**

Jak najbardziej neutralne – mieszkanie siostry czy rodzica, pokój w miejscu pracy. W miejscu tym nie powinno być osób czy rzeczy, które mogłyby zakłócić przebieg interwencji.

- **próby**

Warto przeprowadzić dwie, trzy sesje w ramach ćwiczenia roli. Jeden z uczestników może odgrywać rolę osoby pijącej (uwzględniając jej obronę). Uczestnicy podczas prób mogą wyrazić swój żal, złość czy lęk, którego doświadczają. Warto wysłuchać wszelkich uwag co do poprawności sformułowanych wypowiedzi i wprowadzić ewentualne poprawki (pamiętając o rzetelności, konkretności i życzliwości wypowiedzi).

- **przewodnik sesji**

Zdarza się, że podczas sesji interwencji uczestnicy doświadczają silnych emocji. Dobrze, żeby osoba najbardziej opanowana odgrywała rolę przewodnika sesji. Ona w sytuacji krytycznej (podczas wdawania się w dyskusję z adresatem sesji, ujawnienia się emocji, które uniemożliwiają działanie) będzie czuwała nad właściwym przebiegiem sesji.

Sesja interwencyjna – przebieg

Na sesji poruszane są trzy ważne kwestie:

- 1) to, że zależy nam na osobie pijącej;
- 2) mówimy o faktach i incydentach związanych z piciem adresata sesji;
- 3) mówimy, gdzie i kiedy osoba pijąca ma się zgłosić po pomoc.

Sesja interwencji powinna się zacząć od powiedzenia osobie pijącej czegoś serdecznego i życzliwego. Ważne, żeby to było prawdziwe. Nie wolno kłamać czy mówić o uczuciach, których uczestnicy sesji nie doświadczają. Jeśli kochasz, to powiedz o tym, jeśli nie, to nie nadużywaj tak ważnych słów. Atmosfera miłości i życzliwości powinna towarzyszyć całej sesji interwencyjnej. Można zacząć od słów:

Aniu, jesteś moją kochaną córką. Zawsze cieszyłam się z twoich sukcesów i przeżywałam twoje porażki. Staralam się ciebie wspierać w każdej trudnej sytuacji. Cenię twoje liczne zalety i doceniam to, jaką jesteś kobietą. Dlatego chcę ci dzisiaj uzmysłowić, co się dzieje w twoim i moim życiu z powodu alkoholu. Posłuchaj...

Następnie przedstawiane są fakty. Ważne, żeby odróżnić to, co zrobiła osoba pijąca, od tego, jaka jest. Nie mówi się na sesji o intencjach osoby pijącej, bo łatwo z nimi dyskutować i je podważać. Kiedy uczestnik sesji mówi, że osoba pijąca zrobiła jej na złość i specjalnie się upiła, są to tylko jego domysły, a nie fakty. Na sesji interwencyjnej mówi się tylko o tym, JAK adresat sesji się upił, CO zrobił lub CO powiedział. Nie należy dopuścić do dyskusji, bo łatwo przeradza się ona w awanturę. Jeśli adresat sesji chce dyskutować, należy go poprosić, aby wysłuchał tego, co uczestnicy mają do powiedzenia. Sesja nie jest dyskusją, jest wysłuchaniem.

Aniu, w ostatnim tygodniu tylko w poniedziałek i środę nie piłaś alkoholu. W pozostałe pięć dni byłaś pijana...

Dziesięć razy w ostatnim miesiącu przyszłaś do mnie spać. Mówiłaś, że pokłóciłaś się z mężem. Kiedy zjawiałaś się u nas, czuć było od ciebie alkohol. Ostatnim razem miałaś podartą kurtkę i pozdierane ręce. W nocy wypiłaś nasze wino z barku...

Opis powinien być konkretny. Nie należy używać słów „zawsze”, „nigdy”, „twoim zwyczajem”. Wywołują one w adresacie sesji opór i niechęć do usłyszenia tego, co

uczestnicy mają mu do powiedzenia. Podczas sesji raczej unika się mówienia o swoim wstydzie czy cierpieniu. Dobrze, żeby fakty dotyczące picia zostały napisane i odczytane podczas sesji. Zapewnia to niezbędną podczas interwencji dyscyplinę.

Kolejnym krokiem jest przedstawienie informacji o możliwościach pomocy osobie pijącej destrukcyjnie. Trzeba powiedzieć, gdzie i kiedy osoba pijąca ma się udać lub co ma do wyboru. Można zaoferować jej swoje towarzystwo („Jeśli chcesz, pójdę tam z tobą”). Warto poszukać dobrej i w miarę szerokiej oferty leczenia. Na sesji należy przedstawić przynajmniej jedną realną i dobrą ofertę, żeby móc powiedzieć:

Jutro o godzinie 16.00 jesteś umówiona na spotkanie z lekarzem. On przedstawi ci oferty pomocy. Tata zawiezie cię tam swoim samochodem...

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

OBECNIE W LECZENIU ODWYKOWYM ODCHODZI SIĘ OD SKONCENTROWANIA FORM POMOCY TYLKO NA JEDNYM CELU, KTÓRYM JEST CAŁKOWITA I DŁUGOTRWALA ABSTYNENCJA.

DLA BARDZO WIELU OSÓB PRZYJĘCIE TAKIEGO CELU (CAŁKOWITEJ ABSTYNENCJI) OKAZUJE SIĘ OFERTĄ NIE DO ZAAKCEPTOWANIA.

A co zrobić w sytuacji, kiedy interwencja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów?

Nie każda uzależniona osoba zdaje sobie sprawę z istniejącego problemu bądź – mimo świadomości istnienia problemu – decyduje się na terapię. Prośby i naciski ze strony otoczenia, by taka osoba podjęła leczenie, są często nieskuteczne, gdyż jej zdaniem picie jest osobistą sprawą każdego człowieka, a na wszelkie próby zwrócenia jej uwagi reaguje atakiem lub zaprzeczeniem. W takich sytuacjach uzasadnione bywa sądowe zobowiązanie do leczenia odwykowego.

Jeśli cały czas zależy ci na tym, żeby twoje dziecko podjęło leczenie, możesz je do tego zobowiązać.

Zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu

Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu określa rozdział 2 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2018 r. poz. 2137, 2244).

Art. 24. Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego.

Art. 25. Na badanie, o którym mowa w art. 24, kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy.

Art. 26. 1. Osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego.

2. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym.

3. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone.

Procedura skierowania osoby uzależnionej do obowiązkowego leczenia wymaga wystąpienia Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z wnioskiem do sądu.

Kiedy twoje dziecko uważa, że nie ma problemu z alkoholem, że pije tak jak inni i może przestać pić, kiedy chce, a ty wiesz, że fakty temu przeczą – możesz zgłosić je do miejskiej/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

W każdym mieście/każdej gminie powoływana jest przez burmistrza/prezydenta miasta/wójta miejska/gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych. Do głównych zadań takiej komisji należy między innymi: podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia wobec osoby pijącej w sposób zaburzony obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego; inicjowanie i realizacja zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w danym mieście/danej gminie; kontrolowanie przestrzegania zasad i warunków korzystania z otrzymanych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych; uruchamianie i realizacja procedury „Niebieskiej Karty” i inne. W skład komisji wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (między innymi przedstawiciele pomocy społecznej, służby zdrowia, policji, poradni odwykowych, stowarzyszeń abstynenckich, związków wyznaniowych). Każda komisja rozwiązywania problemów alkoholowych powinna stanowić interdyscyplinarny zespół ekspertów w zakresie lokalnej polityki wobec problemów alkoholowych.

Jakie kroki należy podjąć, aby zobowiązać syna/córkę do poddania się leczeniu?

Chcąc zobowiązać syna/córkę do podjęcia leczenia, należy **napisać wniosek** i złożyć go do miejskiej/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Wniosek może złożyć każda osoba, a szczególnie: członkowie rodziny, sąsiedzi, instytucje (na przykład komenda miejska policji, miejski ośrodek pomocy społecznej, zespół kuratorskiej służby sądowej).

We wniosku umieszcza się dane osoby (imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania), wobec której prosi się o zastosowanie leczenia odwykowego. Należy opisać jej sposób picia (od kiedy stało się to uciążliwe dla otocze-

nia, jak często pije alkohol, jak dużo pije alkoholu, jakie alkohole spożywa, czy pije sam/sama i temu podobne).

Opisuje się także:

- zachowanie osoby będącej pod wpływem alkoholu (czy występuje agresja słowna lub fizyczna);
- wszelkie interwencje, jakie były podejmowane wobec osoby pijącej (interwencje policji, pobyty w izbach wytrzeźwień i inne);
- podejmowane w przeszłości próby leczenia;
- stosunek osoby pijącej do alkoholu (to znaczy czy uważa problem);
- stan rodziny osoby pijącej, wpływ picia na małoletnie dzieci i innych członków rodziny;
- sposób utrzymywania się osoby pijącej, zaspakajania potrzeb rodziny.

Wszczęcie procedury zobowiązania osoby pijącej do leczenia odwykowego następuje z chwilą złożenia wniosku przez wnioskodawcę. Wniosek zostaje rozpatrzony pod względem zasadności prowadzenia dalszych działań. Jeśli się okaże, że uzasadnione jest prowadzenie dalszych działań, to wówczas członkowie miejskiej/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych zapraszają osobę zgłoszoną na spotkanie z członkami zespołu orzeczniczego.

TWÓJ SYN/TWOJA CÓRKA ZGŁASZA SIĘ NA POSIEDZENIE KOMISJI I CHCE PODDAĆ SIĘ LECZENIU

Kiedy osoba zgłoszona stawia się na posiedzenie komisji, to zostaje z nią przeprowadzona rozmowa motywująca. Rozmowę taką prowadzą osoby posiadające umiejętności konfrontacji i motywowania do podjęcia leczenia. Podczas spotkania członkowie zespołu udzielają osobie zgłoszonej także informacji o formach pomocy i miejscach, gdzie może je uzyskać. Jeśli osoba zgłoszona zgodzi się na leczenie, to wówczas

podpisuje zobowiązanie, że zgłosi się do wybranej placówki w celu poddania się leczeniu. Członkowie miejskiej/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych monitorują jej postępy w leczeniu (uczęszczanie na terapię, przestrzeganie zasad porządku publicznego, spokoju domowego i temu podobne). Jeśli leczenie realizowane jest skutecznie (to znaczy osoba zgłoszona kończy terapię i utrzymuje abstynencję), to po dwóch latach komisja umarza sprawę.

TWÓJ SYN/TWOJA CÓRKA ZGŁASZA SIĘ NA POSIEDZENIE KOMISJI I NIE CHCE PODDAĆ SIĘ LECZENIU

Kiedy osoba zgłoszona odmawia poddania się leczeniu, a fakt picia destrukcyjnego zostanie potwierdzony przez członków rodziny lub instytucje (z którymi współpracuje miejska/gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, to jest policja, miejski/gminny ośrodek pomocy społecznej, sąd, kuratorzy, szpitale), to osoba zgłoszona zostaje skierowana na badanie do biegłych sądowych (lekarza psychiatry i psychologa). Jeżeli z opinii biegłych wynika, że osoba zgłoszona nie jest uzależniona od alkoholu, to wówczas komisja zamyka sprawę. Natomiast kiedy biegli sądowi orzekają o uzależnieniu osoby zgłoszonej, to wtedy członkowie komisji kolejny raz motywują ją do poddania się leczeniu dobrowolnie. Przy wyrażeniu chęci do poddania się leczeniu przez osobę zgłoszoną, podpisuje ona zobowiązanie, a jej postępy w leczeniu monitorowane są przez komisję. Natomiast kiedy osoba zgłoszona odmawia poddania się leczeniu, a z opinii biegłych wynika, że jest uzależniona od alkoholu, sprawa kierowana jest do sądu.

TWÓJ SYN/TWOJA CÓRKA NIE ZGŁASZA SIĘ NA POSIEDZENIE KOMISJI

Kiedy osoba zgłoszona nie stawia się na posiedzenie komisji, a zebrane informacje potwierdzają destrukcyjne używanie alkoholu, to wówczas komisja kieruje sprawę do sądu.

Procedura sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu uruchamiana jest przez miejską/gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych w następujących przypadkach:

- osoba zgłoszona nie zgłosiła się na zaproszenie komisji, a zebrane z wywiadów informacje potwierdzają uzależnienie od alkoholu;
- osoba zgłoszona zgłosiła się na zaproszenie komisji, ale pomimo potwierdzenia destruktywnego używania alkoholu nie zgodziła się na dobrowolne poddanie się leczeniu odwykowemu;
- osoba zgłoszona przerwała dobrowolnie podjęte leczenie odwykowe.

Orzeczenie przez sąd obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu

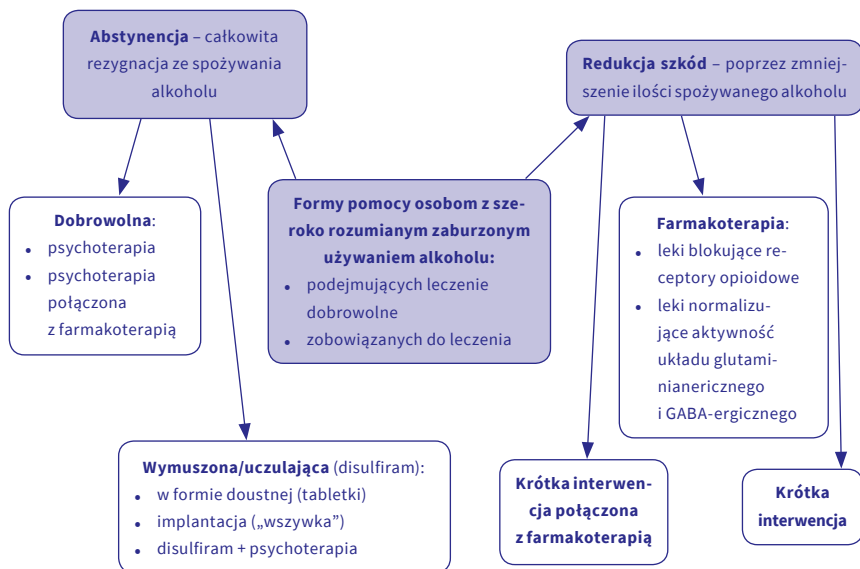
Sąd wszczyna rozprawę po wpłynięciu wniosku z miejskiej/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub od prokuratora o zobowiązanie osoby pijącej do poddania się leczeniu (nie można takiego wniosku złożyć do sądu osobiście). Orzeczenie w takiej sprawie powinno zapaść w terminie jednego miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku. Kiedy w danej sprawie nie ma opinii biegłych (osoba pijąca nie zgłosiła się na badanie lub nie wyraziła na nie zgody), wówczas sąd kieruje taką osobę na badanie (może nakazać przymusowe doprowadzenie osoby na badanie czy rozprawę przez policję). Na podstawie zgromadzonych dowodów sąd może oddalić wniosek (uznając, że osoba nie ma problemu z alkoholem) lub wydać postanowienie o obowiązku poddania się leczeniu w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego (szpital) lub zakładzie nie-stacjonarnym (poradnia, ośrodek). Zobowiązanie do leczenia obowiązuje przez okres dwóch lat od czasu uprawomocnienia się orzeczenia sądu (od wyroku sądu można się odwołać). Na czas trwania obowiązku poddania się leczeniu sąd może ustanowić nadzór kuratora sądowego.

Skuteczność takiej formy kierowania na leczenie nie jest zadowalająca, ale ocenia się, że z około 40 procent osób, które zostały zobowiązane do leczenia i podjęły je, 70 procent kończy podstawowy poziom terapii.

RODZICU, ZAPAMIĘTAJ!

NIE MA JEDNEJ SKUTECZNEJ I DOBREJ DLA WSZYSTKICH FORMY LECZENIA SZEROKO ROZUMIANEGO ZABURZONEGO UŻYWANIA ALKOHOLU.

WARTO SZUKAĆ I PRÓBOWAĆ RÓŻNYCH FORM POMOCY I PRAKTYKOWAĆ TO, CO SIĘ SPRAWDZA W KONKRETNYM INDYWIDUALNYM PRZYPADKU.



Rys. 3. Formy pomocy osobom z zaburzoną używaniem alkoholu.

9.

Dlaczego ludzie łamią abstynencję?

Co zrobić w sytuacji nawrotu?

Zachowanie zdrowia i utrzymanie trzeźwości wymaga czasu, pracy nad sobą, silnej woli i poświęcenia. Niestety, niektórzy ludzie łamią abstynencję po leczeniu odwykowym. Wyzwalacze, w tym na przykład grupa znajomych, którzy piją, pewne czynności lub okoliczności, mogą sprzyjać powrotowi do starych nawyków związanych z problemowym piciem alkoholu. Chcemy podkreślić, że złamanie abstynencji wcale nie musi być związane z procesem nawrotu rozumianym jako powrót do sposobu myślenia, odczuwania i zachowań typowych dla okresu picia alkoholu. Nawroty nie oznaczają również, że osoba uzależniona zawiodła, że nie może przezwyciężyć choroby alkoholowej. Sytuacje nawrotu do picia uświadamiają, jakie istnieją wyzwalacze, i mogą motywować do szukania dodatkowej pomocy u innych osób, specjalistów czy instytucji. Systematyczne uczestniczenie w różnych formach terapii i korzystanie z różnych metod leczenia daje większą szansę na długoterminowe utrzymanie trzeźwości.

Powody, dla których niektóre osoby łamią abstynencję:

- stare zwyczaje;
- stres i niepokój;
- presja społeczna;
- niestabilność psychiczna lub emocjonalna;
- złość lub frustracja;
- pokusa, by znów poczuć się pijanym.

Kiedy osoby łamią abstynencję na wstępnym etapie terapii, interpretuje się to brakiem motywacji wewnętrznej do leczenia: osoba uzależniona od alkoholu przychodzi na terapię nie dlatego, że chce przestać pić, ale ponieważ chce tego partner/partnerka, mąż/żona, rodzic bądź przełożony grozi utratą pracy. Z ust osoby uzależnionej możemy oczywiście usłyszeć: „Chcę skończyć z piciem”, ale są to jedynie puste słowa. Wcale nie uważa się za osobę uzależnioną, za kogoś, kto pije w sposób problemowy. Cały czas uważa i głęboko wierzy w to, że jeszcze będzie mogła „normalnie pić”, stosuje wiele mechanizmów obronnych, minimalizuje i racjonalizuje swoje picie. I oczywiście odczuwa silną i trudną do odparcia chęć do wypicia alkoholu (potocznie zwaną głodem alkoholowym). Na wczesnym etapie trzeźwienia osoba uzależniona od alkoholu nie dostrzega wielu zysków z niepicia, raczej dostrzega straty. Stoi na rozstaju dróg pomiędzy piciem a niepiciem. Z jednej strony niepicie oznacza dla niej mierzenie się z destrukcją, jaką wprowadziła w życie swoje i swoich najbliższych, konieczność szukania nowej pracy, potrzebę podejmowania decyzji, zderzenie się z własnym wstydem i poczuciem winy. Często myśli: „Nic nie potrafię, nic mi nie wychodzi, cały świat jest przeciwko mnie”. Z kolei picie daje poczucie ulgi, ukojenie, zapomnienie; to znajomi, z którymi można się napić, to niezobowiązujące do niczego rozmowy i obietnice oraz oczywiście poczucie mocy i sprawczości. Opisany powyżej dysonans poznawczy, którego na wczesnym etapie trzeźwienia doświadcza wiele osób uzależnionych, często rozwiązywany jest w taki sposób, że wybierana jest ta łatwiejsza droga. Silna potrzeba doznania ulgi sprzyja złamaniu abstynencji. Natomiast dojrzały człowiek, w sytuacji gdy doświadcza dysonansu, może świadomie wybrać trudniejszą drogę – taką która może przynieść mu korzyści w późniejszym czasie. Osoba uzależniona od alkoholu, przyzwyczajona do szybkiej gratyfikacji, nie potrafi długo czekać, chce natychmiastowych rozwiązań, a napięcie się alkoholu jest takim właśnie rozwiązaniem.

Osoby pracujące nad swoją abstynencją powinny uważnie i świadomie podejmować zmiany osobiste w różnych sferach życia i formułować awaryjny wariant swoich postanowień. W ten sposób mogą ochronić swój główny cel, jakim jest utrzymanie abstynencji, który może być zagrożony przez doświadczanie codziennych niepowodzeń w różnych obszarach życia.

Osoby uzależnione od alkoholu bardzo często prezentują zewnętrzne poczucie kontroli, które objawia się w myśleniu: „Nic w moim życiu nie zależy ode mnie”. Osoba taka:

- jest podporządkowana;
- jest konformistyczna, lojalna i wierna wobec tych, którzy sterują nią z zewnątrz;
- jest bierna;
- nie jest zdolna do samodzielnego podejmowania decyzji ani do kierowania własnym zachowaniem;
- oczekuje, że inni będą podejmowali za nią decyzje;
- nie potrafi brać odpowiedzialności za własne czyny.

Kiedy osoba trzeźwiejąca łamie abstynencję, tłumaczy to tym, że to inni nie potrafili jej pomóc. Sama nie czuje się za nic odpowiedzialna. Natomiast osoba będąca na dalszym etapie terapii – terapii pogłębionej – ma już świadomość, że jest uzależniona od alkoholu, rozpoznaje u siebie objawy, podejmuje pracę nad mechanizmami uzależnienia. Radzi sobie z głodem alkoholowym, potrafi odmówić picia. Dostrzega destrukcję, jaką wprowadzała w swoje życie, widzi, że sprawiała innym przykrość swoim postępowaniem, widzi, że raniła innych. Niejednokrotnie zdarza się, że osoby będące na takim etapie zmiany i trzeźwienia również wracają do picia. Głównie dlatego, że ciągle mają nadzieję kontrolować swoje picie. Ta nadzieja jest co prawda mniejsza, ale ciągle jest. Osoba uzależniona wciąż wierzy w picie kontrolowane, bo chce być taka sama jak inni ludzie – ci, którzy spożywają i nic złego się z nimi nie dzieje.

Kolejnym motywem łamania abstynencji są zbyt duże oczekiwania osoby uzależnionej dotyczące trzeźwego życia. Chce, aby wszystko dobrze się ułożyło, stawia sobie zbyt wysokie wymagania, chce być dobrze odbierana przez otoczenie. Bardzo często towarzyszy temu również niecierpliwość i dążenie do szybkiej zmiany. Oczekuje zbyt wiele od trzeźwego życia, a dodatkowo okazuje się, że takie życie jest trudne. Ponadto zdarza się, że po początkowym okresie zachłystnięcia się sytuacją trzeźwienia, takie życie bywa po prostu monotonne. Osoby te nie wytrzymują związanych z trudną sytuacją obciążeń. Przede wszystkim związane jest to z brakiem umiejętności radzenia sobie ze stresem w konstruktywny sposób, brakiem umiejętności rozwiązywania problemów, przyjmowania i wyrażania krytyki, osoby te nie potrafią również stawiać sobie realnych, konkretnych celów, cechuje je nadal myślenie życzeniowe.

Osoby będące na tym etapie terapii zazwyczaj słabo rozumieją własne życie, rodzinę, partnera/partnerkę, męża/żonę, rodziców i dzieci, znajomych, kolegów z pracy czy sąsiadów. Jeżeli choroba alkoholowa trwała długi czas, nie rozumieją i nie wiedzą, jakie potrzeby mają ich bliscy, jak rozumieć lęk partnerki/żony i ciągle kontrolowanie przez nią partnera/męża, kiedy ten wychodzi z domu. Dopiero zaczynają się tego uczyć. Słabe rozumienie otaczającego świata może prowadzić do poważnych problemów, a wraz z nimi pojawia się lęk. Lęk z kolei prowokuje potrzebę doznania ulgi, a ulgę przynosi picie. Nawet jeśli podczas terapii czy psychoedukacji dowiedziały się, że namiętnie regulują uczucia i że powinny nie pić, sięgają po alkohol, bo nie zawsze zwycięża rozważa.

Osoby trzeźwiące będące na tym etapie terapii nie potrafią również zaakceptować swojej bezsilności wobec alkoholu. Jest to dla nich bardzo bolesne, wstydliwe i trudne doświadczenie. Czują się inne, gorsze, mniej wartościowe; łączą się z tym poczucie niemocy. Nie wytrzymują tej

kompilekacji emocji i myśli – łamią abstynencję, aby znów poczuć się silniejsze. A właśnie alkohol daje poczucie mocy i sprawczości, choć na bardzo krótki czas. Terapeuci podkreślają także, że złamanie abstynencji grozi osobie trzeźwiejącej również wtedy, gdy przestanie rozwijać się duchowo.

10.

Zamiast zakończenia

Sposób, w jaki niepijący członek rodziny postrzega osobę nadużywającą alkoholu, ma decydujący wpływ na to, w jaki sposób osoba pijąca rozwiąże swoje problemy i co będzie gotowa zrobić. Gdy niepijący rodzic mówi: „Mam problem z piciem mojej córki”, „Mój syn ma problem alkoholowy” czy „Mój nastoletni syn wdał się w złe towarzystwo”, działania, które należy podjąć, aby rozwiązać problem, będą różniły się w zależności od tego, jaki pogląd przyjmuje niepijący rodzic. Pierwszy rodzic stwierdzi, że musi podjąć określone kroki, działania, aby rozwiązać problem związany z piciem córki. Drugi rodzic zdecyduje, że to picie syna musi ulec zmianie. Natomiast trzeci rodzic poczuje się bezsilny i bezradny wobec złego wpływu otoczenia na syna i będzie potrzebował pomocy, aby skoncentrować się na tym, co sam może zrobić. Proponujemy listę pomocnych pytań (które opracowałyśmy na podstawie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu w ujęciu Insoo Kim Berg oraz Scotta D. Millera), dzięki którym łatwiej będzie wam, rodzicom, rozwiązać swoje problemy, uświadomić sobie problemy uzależnionego dziecka, stwierdzić, co można zrobić inaczej, co można zmienić, a czego zmienić nie można. Pomoże to również zrozumieć, w jaki sposób uzależnione dziecko postrzega swój problem i możliwości jego rozwiązania. Jeśli rodzic potrafi oddzielić swoją odpowiedzialność i rozwiązania od problemów i rozwiązań

przedstawianych przez syna/córkę, pomoże mu to lepiej ocenić sytuację. W przypadku pierwszego rodzica proponujemy następujące pytania:

- W czym picie córki stanowi dla mnie problem?
- Co córka wskazuje jako swój problem?
- Jakie zmiany w swoim życiu muszę zauważyć, żeby stwierdzić, że problem zaczął się zmieniać?
- Co już zrobiłem w kwestii mojego problemu związanego z piciem mojej córki?
- Co takiego robię, zdaniem mojej córki, co pomaga jej najbardziej, a co najmniej?
- Co jako rodzic powinienem zrobić, zdaniem mojej córki, żeby bardziej jej pomóc?
- Które z moich działań uważam za skuteczne?
- Jak sądzę, co zdaniem mojej córki, powinna ona robić innego, żeby przestać pić?
- Jak, zdaniem mojej córki, zmieni się życie rodzinne, kiedy przestanie pić?

W przypadku drugiego rodzica pomocne mogą być następujące pytania:

- W jaki sposób wpływa na mnie problem alkoholowy mojego syna?
- W jaki sposób, zdaniem mojego syna, jego picie wpływa na niego? Na jego rodzinę? Jaki ma wpływ na jego życie?
- Czy mój syn powiedziałby, że jest gotów coś zrobić, żeby rozwiązać swój problem alkoholowy?
- Kto, zdaniem mojego syna, jest bardziej zaangażowany w rozwiązanie jego problemu alkoholowego, ja czy on?
- Co takiego, zdaniem mojego syna, mogę zrobić, co teraz by mu pomogło?
- Co mój syn jest gotów zrobić, by przestać pić właśnie teraz?
- Co, zdaniem mojego syna, jestem gotowy zrobić, jeśli on nie przestanie pić?

- Jak poważnie syn potraktowałby moją groźbę, że odejdę z jego życia albo wyrzucę go z domu?
- Kiedy go wreszcie przekonam, że naprawdę myślę o odejściu z jego życia albo wyrzuceniu go z domu, co mój syn na to odpowie, co postanowi zrobić?
- Co będę musiał zrobić, żeby go przekonać o moim odejściu?
- Jaki będę, zdaniem mojego syna, kiedy wreszcie odseparuję się od jego picia?

Decyzja o podjęciu działań w celu rozwiązania problemu może opierać się na tym, że niepijący rodzic postępuje inaczej niż zwykle. Może to być związane z odseparowaniem się, zadbaniem o siebie, nawiązaniem pomocnych relacji czy więzi i nabraniem większej pewności siebie.

Przydatnymi pytaniami w przypadku trzeciego rodzica mogą się okazać:

- Jak sądzę, co mój syn powiedziałby, że musi zrobić, żeby przestać pić?
- Jak sądzę, jak bardzo, zdaniem mojego syna, pragnie on być częścią rodziny?
- Jak sądzę, co, jego zdaniem, musiałby zrobić, żeby stać się lepszym uczniem, pracownikiem, przyjacielem, sąsiadem, bratem, synem, wnukiem?
- Jakim, zdaniem mojego syna, są szanse na to, żeby porzucił złe towarzystwo?
- Jak sądzę, jakie są, zdaniem mojego syna, główne zastrzeżenia, jakie mam do jego kolegów (towarzystwa)?
- Jak sądzę, jaka, jego zdaniem, najgorsza rzecz mogłaby mu się przytrafić, jeśli nie zerwie z kolegami (towarzystwem)?
- Jak sądzę, co mój syn by powiedział, że jest dla niego ważniejsze: koledzy (towarzystwo) czy picie alkoholu?

Powyższe pytania mogą pomóc wam, rodzicom, spojrzeć na kwestię picia i kolegów (towarzystwa) z perspektywy syna, a tym samym pomóc w odnalezieniu najbardziej realnego rozwiązania.

Pytania te pomogą wam w ukierunkowaniu nie tylko wytyczonych celów, ale również w wyborze sposobu działania, jaki chcecie wykorzystać do zmiany. Zadawanie sobie tych pytań, być może uzmysłowi wam, że problem i jego rozwiązanie zależą od was – czy to przez podjęcie kroków innych niż te, których próbowaliście wcześniej, czy też – jeśli wcześniej nie podejmowaliście żadnych działań – poprzez uświadomienie sobie pewnych kroków czy działań, które mogą doprowadzić do zmiany.

Bibliografia

- Bahr S.J., Marcos A.C., Maughan S.L. (1999), *Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents*, „Journal of Studies on Alcohol”, tom 56, nr 4, s. 457–469.
- Bakuła A. (2003), *Dlaczego łamią abstynencję?*, „Świat Problemów”, nr 10, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/881-dlaczego-lamia-abstynencje.html> (dostęp: 14.07.2019).
- Bakuła P. (2004), *Rodzice uzależnionego dziecka*, „Świat Problemów”, nr 7–8, s. 34–36.
- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. (1999), *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Beattie M. (1994), *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Bieńkowski P. (2013), *Zastosowanie naltreksonu w terapii uzależnienia od alkoholu – aspekty farmakologiczne*, „Psychiatria Polska”, tom XLVII, nr 1, s. 117–126.
- Bołoz W. (1998), *Uzależnienia i odpowiedzialność*, „Studia nad Rodziną”, nr 2, s. 83–92.
- Brudek P. (2010), *Choroba alkoholowa jako czynnik dysfunkcjonalności rodziny*, [w:] *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*, red. D. Krok, P. Landwójtowicz, Opole: Redakcja Wydawnictw WTUO, s. 309–325.
- Chemperek A., Müller-Siekierska D. (2011), *Ocena własnej choroby a proces zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu*, [w:] *Ciało, zdrowie i choroba*, red. M. Brachowicz, A. Tylikowska, Lublin–Nowy Sącz, s. 417–431.

- Chodkiewicz J. (2001), *Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 14, nr 2, s. 277–287.
- Chodkiewicz J. (2006), *Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa*, „Psychiatria”, tom 3, nr 3, s. 105–112.
- Chodkiewicz J. (2010), *Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 23, nr 3, s. 201–216.
- Cierpiątkowska L. (2016), *Psychologia uzależnień*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. L. Cierpiątkowska, H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 383–406.
- Cierpiątkowska L., Ziarko M. (2010), *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Spółka z o.o.
- Ciosek M. (2010), *Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość”, tom VIII, s. 270–282.
- Cur A., Szymona K., Domański M., Opolska A., Jojczuk M. (2015), *Parental alcohol abuse and eating behaviors in adolescents*, „Polish Journal of Public Health”, tom 125, nr 4, s. 194–196.
- Dodziuk A. (1999), *Wstyd*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Dodziuk A., Kapler L. (2007), *Nałogowy człowiek*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Dziewiecki M. (1998), *Rola Kościoła w wychowaniu do wolności w kontekście integralnego spojrzenia na profilaktykę*, „Studia nad Rodziną”, nr 2, s. 111–122.
- Elliot R., Watson J.C., Goldman R., Greenberg L.S. (2009), *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Frąckowiak M., Motyka M. (2015), *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, tom 96, nr 2, s. 315–320.
- Fudała J. (2012), *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie?*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Fuller J.A., Warner R.M. (2000), *Family stressors as predictors of codependency*, „Genetic Social and General Psychology Monographs”, tom 126, nr 1, s. 5–24.

- Gąsior K. (2011), *Czynniki zagrażające i chroniące związane ze stresem porazowym u dorosłych dzieci alkoholików*, [w:] *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*, red. A. Widera-Wysoczańska, A. Kuczyńska, Warszawa: Difin, s. 239–255.
- Gąsior K. (2012), *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa: Difin.
- Gąsior K. (2013), *Profilaktyka i psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików*, [w:] *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*, red. J. Chodkiewicz, K. Gąsior, Warszawa: Difin, s. 205–223.
- Gąsior K. (2014), *Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics*, „Alcoholism and Drug Addiction”, tom 27, nr 4, s. 289–304.
- Genetyka uzależnienia od alkoholu*, przeł. A. Nowosielska (2004), „Alkohol i Nauka. Alcohol Alert”, nr 60, *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, <http://www.niaaa.nih.gov> (dostęp: 17.06.2019).
- Habrat B. (1994), *Kontrowersje dotyczące leczenia disulfiramem*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 7, nr 1, s. 9–18.
- Habrat B. (2001), *Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 14, nr 1, s. 137–149.
- Habrat B. (2010), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia*, „Psychiatria”, tom 7, nr 2, s. 75–81.
- Habrat B. (2013), *Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnień od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 26, nr 1, s. 27–36.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines* (1993), World Health Organization, Geneva, <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (dostęp: 15.06.2019).
- Informacje o wynikach kontroli. Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, Najwyższa Izba Kontroli, LPO.430.001.2016, Nr ewid. 14/2016/P/15/095/LPO, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf> (dostęp: 7.02.2019).
- Jakubczyk A., Wojnar M. (2012), *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria Polska”, tom XLVI, nr 3, s. 373–386.

- Jaros A. (2018), *Wzbudzanie emocji samoświadomościowych jako strategia wykorzystywana przez rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu do wywoływania u nich zmiany zachowania*, „Studia nad Rodziną”, nr 49, w druku.
- Kalinowska E. (2017), *Przeciwdziałanie efektom psychologicznym zwiększającym ryzyko załamania abstynencji w procesie trzeźwienia*, „Świat Problemów”, nr 8, <http://www.swiatproblemow.pl/przeciwdzialanie-efektom-psychologicznym-zwiekszajacym-ryzyko-zalamania-abstynencji-w-procesie-trzezwienia/> (dostęp: 14.07.2019).
- Karpowicz J. (2003), *Paradygmaty psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Kim Berg I., Miller S.D. (2000), *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym*, Łódź: Galaktyka.
- Kinney J., Leaton G. (1996), *Zrozumieć alkohol*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (1997), red. S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków: Wydawnictwo Med Vesalius.
- Knudson T.M., Terrell H.K. (2012), *Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin*, „The American Journal of Family Therapy”, tom 40, nr 3, s. 245–257.
- Kościan A. (2011), *Wokół uzależnień*, „Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides Et Ratio”, nr 4, s. 5–13.
- Leonard K.E. (2005), *Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence?*, „Addiction”, tom 100, nr 4, s. 422–425.
- Leonard K.E., Eiden R.D. (2007), *Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders*, „The Annual Review of Clinical Psychology”, nr 3, s. 285–310.
- Lewis M. (2005), *Emocje samoświadomościowe: zażenowanie, duma, wstyd, poczucie winy*, [w:] *Psychologia emocji*, red M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, Gdańsk: GWP, s. 780–797.
- Maisto S.A., Krenek M. (2013), *Historia używania i aktualne używanie substancji psychoaktywnych*, [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte*

- na dowodach naukowych*, red. P.M. Miller, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 63–91.
- Maxwell R. (1994), *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*, Gdańsk: GWP.
- Mellibruda J. (1997), *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 10, nr 3, s. 277–306.
- Mellibruda J. (1997), *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnień*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 10, nr 3, s. 307–324.
- Mellibruda J. (1999), *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Mellibruda J. (2000), *Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom 3, red. J. Strelau, Gdańsk: GWP, s. 691–693.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006), *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Miller W.R., Rollnick S. (2010), *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Müller-Siekierska D. (2018), *Emocjonalny charakter więzi rodzinnych – perspektywa rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu*, „Studia nad Rodziną”, nr 49, w druku.
- Modrzyński R. (2019), *Upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu w ujęciu DSM-5 implikacje dla praktyki klinicznej*, „Polskie Forum Psychologiczne”, tom XXIV, nr 2, s. 214–255.
- Napierała M. (2014), *Redukcja szkód i strategia picia kontrolowanego – nowy paradygmat w leczeniu uzależnień od alkoholu*, „Hygeia Public Health”, tom 49, nr 2, s. 225–228.
- Panaghi L., Ahmadabadi Z., Khosravi N., Sadeghi M.S., Madanipour A. (2016), *Living with addicted men and codependency: the moderating effect of personality traits*, „Addict Health”, tom 8, nr 2, s. 98–106.
- Poznaniak W. (1991), *Teorie uczenia się społecznego jako model normalnego i zaburzonego funkcjonowania jednostki oraz grupy*, [w:] *Społeczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: PWN, s. 70–98.
- Pstrąg D. (2000), *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*, Rzeszów: WSP.

- Ryś M. (2008), *Uzależnienie jako utracona wolność*, [w:] *W trosce o wewnętrzzną wolność osoby*, red. M. Ryś, M. Jankowska, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, s. 159–174.
- Sachdeva S., Iliev R., Medin D.L. (2009), *Sinning saints and saintly sinners the paradox of moral self-regulation*, „Psychological Science”, nr 20, s. 523–528.
- Sobolewska Z. (2000), *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia a osobowość*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 6, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/63-terapia-uzalenienia-i-wspouzalenienia/341-psychologiczne-mechanizmy-uzaleznienia-a-osobowosc.html> (dostęp: 14.07.2019).
- Szczepanik R., Okólska K. (2018), *Zapomniani rodzice (dorostych) dzieci uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i narkomania”, tom 31, nr 4, s. 243–270.
- Sztander W. (1993), *Poza kontrolą*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Sztander W. (1995), *Interwencja wobec osoby uzależnionej*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W. (2001), *Cechy osobowości dorosłych córek i synów alkoholików (DDA) leczonych w PZP*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 14, nr 3, s. 365–373.
- Trębińska-Szumigraj E. (2010), *Współuzależnienie matek narkomanów*, Gdańsk: GWP.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244.
- Üstün T.B., Bertelsen A., Dilling H., van Drimmelen J., Pull C., Okasha A., Sartorius N. (1996), *ICD-10 Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych*, WHO: American Psychiatric Press.
- Wieczorek Ł. (2017), *Barier w dostępie do leczenia w poradniach terapii uzależnienia od alkoholu w mieście i małej miejscowości*, „Psychiatria Polska”, tom 51, nr 1, s. 125–138.
- Włodarczyk E. (2016), *Konsekwencje wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym – bagaż na całe życie*, „Seminare”, tom 37, nr 2, s. 45–57.

- Włodarczyk E. (2016), *Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia*, [w:] *Sytuacje trudne w perspektywie jednostkowej i społecznej*, red. H. Karaszewska, E. Silecka-Marek, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 19–36.
- Wobiz A. (2001), *Współuzależnienie w rodzinie alkoholowej. Czym to się je i jak się tym nie udławić?*, Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Woronowicz B.T. (2018), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Ziółkowski M., Rybakowski J. (1996), *Naltrekson w leczeniu uzależnienia alkoholowego*, „Alkoholizm i Narkomania”, tom 9, nr 1, s. 105–115.

Literatura polecana rodzicom

- Beattie M. (1994), *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Dąbrowska K., Zwierzchowski D. (2006), *Przewodnik do procedury zobowiązania do leczenia odwykowego*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Dodziuk A. (1999), *Wstyd*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Dodziuk A., Kapler L. (2007), *Nałogowy człowiek*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Fudała J. (2012), *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Kalinowska E. (2017), *Przeciwdziałanie efektom psychologicznym zwiększającym ryzyko załamania abstynencji w procesie trzeźwienia*, „Świat Problemów”, nr 8, <http://www.swiatproblemow.pl/przeciwdzialanie-efektom-psychologicznym-zwiekszajacym-ryzyko-zalamania-abstynencji-w-procesie-trzezwienia/> (dostęp: 14.07.2019).
- Kim Berg I., Miller S.D. (2000), *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym*, Łódź: Galaktyka.

- Łukawska K. (2014), *Zobowiązanie do leczenia odwykowego – Informator dla rodzin*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Remedium, Fundacja ETOH.
- Sztander W. (1995), *Interwencja wobec osoby uzależnionej*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Trębińska-Szumigraj E. (2010), *Współuzależnienie matek narkomanów*, Gdańsk: GWP.
- Wobiz A. (2001), *Współuzależnienie w rodzinie alkoholowej. Czym to się je i jak się tym nie udławić?*, Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.