



Czy każdy człowiek uzależniony od alkoholu może ograniczyć picie i na tym poprzestać? Do kogo są kierowane programy ograniczenia picia – komu służą, a dla kogo są zbyt dużym wyzwaniem? Dlaczego w polskich placówkach leczenia uzależnień wciąż są tak rzadko spotykaną ofertą? O ograniczeniu picia w leczeniu uzależnienia od alkoholu rozmawiamy z Jadwigą Fudałą, kierowniczką Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA.

Redakcja: Co to znaczy, że ograniczenie picia jest celem terapii? Czy nie każdy alkoholik, który przychodzi po pomoc, musi dążyć do abstynencji?

Jadwiga Fudała: W Stanach Zjednoczonych zaleca się, aby ograniczenie picia było celem ostatecznym terapii. Jeśli przychodzi pacjent i mówi, że tylko na tym mu zależy, a potem uda się to osiągnąć, kończy terapię. Natomiast w Wielkiej Brytanii ograniczenie picia jest traktowane jako cel przejściowy. Przyjmuje się pacjentów, którzy chcą go osiągnąć i kiedy się to udaje, motywuje się ich, by spróbowali pójść o krok dalej. Pokazuje się im korzyści z tego wynikające. Robi się tak po to, by nie odrzucać na wejściu osób, które nie są gotowe na abstynencję. Żeby je objąć opieką, dać im pomoc, zatrzymać w relacji pomagania.

A czy nie jest przypadkiem tak, że jeśli damy uzależnionym możliwość ograniczenia picia zamiast abstynencji, to wszyscy będą z tego korzystać?

J.F.: Nie. W krajach, w których rozpoczynając terapię można wybrać ograniczenie picia lub abstynencję, 40 proc. wybiera abstynencję i tyle samo ograniczenie picia. I co ważniejsze, już po miesiącu leczenia abstynentów jest aż 60 proc. Oznacza to, że część tych, którzy na początku decydują się na ograniczenie picia, zmienia w czasie leczenia cel i wybierają abstynencję. Z własnej woli. To jest ich decyzja, ich wybór, a zatem odpowiedzialność za swoje dalsze postępowanie jest zupełnie inne niż w systemie, w którym cel leczenia jest odgórnie narzucany. Pacjenci są bardziej zaangażowani w leczenie.

Dlaczego tak się dzieje – że pacjenci zmieniają cel?

J.F.: Dla osób uzależnionych decyzja o abstynencji jest trudniejsza, ale realizacja abstynencji jest czasami prostsza niż ograniczanie picia. Wizja ograniczenia picia stwarza pewną pokusę. Program jest krótki, a wyrzeczenia wydają się niewielkie. Tymczasem okazuje się, że ten „lekki” program jest bardziej skomplikowany, niż można się spodziewać. Po pierwsze, trzeba monitorować każdą porcję wypijanego alkoholu. Trudności z tym związane rozumie każdy, kto próbował liczyć kalorie, kiedy się odchudzał. To bardzo uciążliwe, czasem wydaje się wręcz niewykonalne, bo nagle okazuje się, że nawet marchew i cebula mają kalorie... W przełożeniu na alkohol – każde słabe piwo, każdy jego łyk. Trzeba być bardzo skoncentrowanym i systematycznym.

W programach ograniczenia picia trzeba rozliczać się ze spożytego alkoholu w tygodniu – czy udało nam się nie wykroczyć poza ustalony limit. Bez tej wiedzy terapia nie ma sensu. Ponadto należy utrzymywać abstynencję w określonych sytuacjach, np. podczas wizyt w poradni. W programie ograniczenia picia nie ma możliwości chodzenia na rauszu cały dzień, nawet jeśli to jest bardzo delikatny rausz. Jednocześnie nie ma też sytuacji, w której sprawdzamy pacjenta alkomatem. To terapia, która zakłada zaufanie i dążenie do samokontroli.

Jakie są efekty, poza wspomnianym już zaangażowaniem?

J.F.: Pacjenci są bardziej uczciwi. W sytuacji, w której pacjent jest zaangażowany w program, sam wybrał sobie cel, gdy respektuje się jego opinie, rozmawia się o problemach i nie traktuje się go z góry, rodzi się zaufanie oraz realna chęć i dążenie do zmiany wzoru picia.

Oczywiście nie jest też tak, że terapeuci na wszystko się godzą. Jednak sposób ustalania rozwiązań jest zupełnie inny i to również ma wpływ na lepsze efekty terapii.

Czy każdy alkoholik jest w stanie ograniczyć picie?

J.F.: Nie. Zakłada się, że jeśli pacjent przez około 6 tygodni nie odniesie sukcesu w programie ograniczenia picia i tych porażek będzie kilka, to znaczy, że trzeba go motywować do abstynencji.

Są też pacjenci, którzy radzą sobie z programem ograniczenia picia, ale robią to z ogromnym wysiłkiem. Jest to dla nich tak trudne, że bezsensowne.

Z czego wynika to, że jedni potrafią ograniczyć picie, a inni nie? W końcu i jedni i drudzy są uzależnieni.

J.F.: Owszem, ale mają różne doświadczenia głodu alkoholowego, są uzależnieni w różnym stopniu i mają różne modele picia. Osoby wybierające abstynencję są uczone omijania sytuacji picia, po to, by głód alkoholowy nie aktywował się często. Natomiast pacjenci w programie ograniczenia picia są ciągle narażeni, bo mają w programie te potencjalnie niebezpieczne sytuacje. Są osoby, które nie cierpią z powodu dotkliwych głodów alkoholowych i spokojnie potrafią sobie z tym radzić, a są tacy, którzy nie potrafią zapanować nad sobą, gdy mogą się napić. Nawet jeśli wytrzymają, to jest to dla nich niewyobrażalny wysiłek i dyskomfort. W takich przypadkach nie tędy droga. Abstynencja jest dla takich osób korzystniejsza, bo prostsza. W programach ograniczenia picia 37 proc. pacjentów doświadcza niepowodzeń.

Natomiast jest też trzecia grupa pacjentów, której udaje się podołać wyzwaniom programu ograniczania picia, ale skutkuje to słabym samopoczuciem. Alkoholicy piją po coś, załatwiają sobie w ten sposób jakieś swoje emocjonalne problemy. Jednocześnie mają rozkręconą tolerancję na alkohol. Te małe ilości, które przewiduje program ograniczenia picia, po prostu ich nie satysfakcjonują. W tej sytuacji chory ma dwa wyjścia: może się porządnie napić, by uzyskać pożądany stan, albo przestać w ogóle pić i zacząć uczyć się inaczej zaspokajać swoje potrzeby.

Można to porównać z próbami ograniczenia jedzenia słodczy. Niektórzy nie są w stanie zjeść jednego kawałka ciasta czy czekolady. Muszą zjeść całą tabliczkę, a żeby nie jeść, muszą zupełnie zapomnieć o istnieniu słodkiego smaku. Bo sekunda przyjemności nie przyniosła oczekiwanego stanu, za to przyniosła negatywne konsekwencje, w postaci jeszcze większego głodu, niezadowolenia z siebie i wyrzutów sumienia. Ten dyskomfort może być motywujący w kierunku abstynencji.

Jak długo trwa program ograniczenia picia i jak jest zorganizowany?

J.F.: Programy trwają od 8 do 12 tygodni. Polegają na spotkaniach grupowych, indywidualnych lub takich i takich. Ponadto po takim programie proponujemy pacjentom roczną opiekę. Polega to na spotkaniach minimum raz na kwartał i kontakcie telefonicznym raz w miesiącu, by dowiedzieć się, jak sobie radzą, jak się czują. Dajemy prawo do indywidualnej pomocy, kiedy są w kryzysie lub nawrocie. Byłoby też świetnie, gdyby pacjenci już po programie byli włączani do treningów, które odbywają się w placówkach. Treningi poświęcone są konkretnym umiejętnościom: asertywności, radzeniu sobie z emocjami i tak dalej.

Czy to w Polsce już działa?

J.F.: Na naszej stronie widnieje spis placówek, które oficjalnie wprowadziły tę ofertę. Są to obecnie 23 placówki w całej Polsce. Wzorem jest Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, która jako pierwsza rozpoczęła, i już od pięciu lat systematycznie prowadzi, taki program obok terapii, której celem jest abstynencja.

Liczba takich miejsc rośnie, a w niektórych placówkach następuje też pewne poluzowanie zasad – nawet jeśli oficjalnie nie ma oferty ograniczenia picia, to terapeuci są przeszkoleni i nie afiszując się z tym, zatrzymują w kontakcie indywidualnym pacjentów, którzy nie są gotowi na abstynencję.

Rozumiem, że wprowadzanie tych programów oficjalnie nie jest proste?

J.F.: Rzeczywiście nie jest to proces bezbolesny. Programy ograniczenia picia budzą wiele niepokoju w środowisku, także wśród osób, które od lat nie piją czy rodzin, które były leczone w programach dla osób współuzależnionych.

Nie dziwi mnie to. Co powinien w takich okolicznościach myśleć trzeźwy od kilkunastu lat człowiek, który jest abstynentem i trzeźwiał w duchu idei AA – że abstynencja to jedyna szansa? Że może się teraz napić?

J.F.: Nie, broń Boże. Jeżeli ktoś wybrał najlepszy cel i to rozwiązanie go satysfakcjonuje, to naprawdę byłoby bardzo nierozsądne, gdyby pomyślał, że można dalsze życie układać sobie inaczej. Natomiast w krajach niemieckojęzycznych, gdzie oferta programów ograniczenia picia jest od lat standardem, nie obserwuje się takiego zagrożenia. Dlatego, gdyby ten wybór był od początku i byłby oczywisty, w ogóle nie mielibyśmy teraz obaw o reakcje osób trzeźwych od lat.

Jednak w naszym kraju dotąd właściwie nie mamy takiego wyboru, więc trzeba się liczyć z tym, że taka oferta to pokusa dla niektórych trzeźwiejących alkoholików. Dotąd wręcz dogmatycznie podchodziliśmy do idei AA, o których pani wspomniała. Wierzyliśmy, że dla każdego alkoholika jest tylko jedna droga. Z tego powodu programy ograniczenia picia budzą wiele niepokoju.

Trzeba pamiętać, że nie jest to alternatywa dla abstynencji, tylko poszerzenie oferty leczenia dla niektórych pacjentów. Wszyscy – i terapeuci i pacjenci na każdym etapie leczenia – powinniśmy zdawać sobie sprawę, że programy ograniczenia picia są przede wszystkim szansą dla osób młodych, lżej uzależnionych, dobrze jeszcze funkcjonujących w rolach społecznych.

Lżej uzależnionych? Cały czas mówiono, że uzależnienie jest demokratyczne – każdego traktuje tak samo.

J.F.: Uzależnienie jest w tym sensie demokratyczne, że i prawnika trafi, i rybaka, i prezydenta. Jednak rozwój uzależnienia może być u rybaka znacznie spokojniejszy niż u prawnika. Są typologie alkoholizmu, które pokazują różnice – że różne u różnych ludzi jest pochodzenie, rozwój uzależnienia, ale też szanse na wyzdrowienie, w związku z czym uzależnionych nie można traktować monolitycznie.

Dotąd nie mówiło się w Polsce o natężeniu uzależnienia, za to w Stanach mówiło się zawsze. DSM-5 (klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – przyp. red) zlikwidował w ogóle kategorię uzależnienia od alkoholu. Mówi o zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu w stopniu lekkim, średnim lub ciężkim. Gdy nie ma dychotomicznego podziału na uzależnionych i resztę świata musimy się pochylić nad konkretnym człowiekiem, by się dowiedzieć, o co chodzi tak naprawdę w jego zaburzeniu i dostosować do niego swoją ofertę. Jeśli oferujemy wyłącznie abstynencję na wejściu, nie odpowiadamy na potrzeby większości.

Ograniczenie picia jest właśnie dla tych, którzy mają mniej nasilone uzależnienie. Są badania, które to uwodniły – osoby chronicznie długotrwale uzależnione nie poradzą sobie z ograniczeniem picia.

Dziękuję za rozmowę.

Pierwsza część wywiadu z Jadwigą Fudałą: [Abstynencja w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Rozmowa o celach terapii.](#)

Jadwiga Fudała – socjolog, specjalista psychoterapii uzależnień, organizator systemu leczenia odwykowego w zakładach karnych, wieloletni kierownik wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia (woj. mazowieckie). Autorka licznych artykułów i publikacji w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Posiada certyfikat terapeuty motywującego. Od 2005 roku kieruje działem Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (www.parpa.pl).