

Zmiana paradygmatów w (psycho)terapii uzależnień

czyli o tym, jak zmienia się
lecznictwo odwykowe w Polsce

Kilka słów o nauce i paradygmatach

- W nauce takie konceptualizacje problemu nazywamy paradygmatami. (T. Kuhn)
- Paradygmat to pewien modelowy opis problemów i rozwiązań, to pewna perspektywa rozumienia zjawisk i ich interpretacji.
- Kształcenie polega właśnie na nauce (wpajaniu) takich paradygmatycznych interpretacji i rozwiązań dla problemów.
- Tak uczymy się tego, czym jest choroba, zdrowie, uzależnienie, terapia, czy żeby przestać pić trzeba osiągnąć 'dno' i wielu innych.
- Nauka opiera swoje badania na rozwiązywaniu problemów zgodnie z przyjętym paradygmatem, ale też dzięki badaniom osiąga coraz większy poziom szczegółowości i odkrywa czasami 'rzeczy', które burzą dotychczasowy sposób widzenia świata, prowadząc tym samym do przyjęcia nowego paradygmatu, czyli do innego rozumienia i interpretacji zjawisk .

Paradygmat - „filtr teorii”

- Paradygmaty jako szansa i ograniczenie (np. porządkują wiedzę, ale też wyznaczają granice interpretacji i działań/nie damy wiary komuś, kto ograniczył picie będąc osobą uzależnioną, albo o kimś, kto poradził sobie sam powiemy, że jest suchy a nie trzeźwy).
- Istniejące paradygmaty ,bronią się', są skłonne tłumić te innowacje, które mogłyby podważyć ich fundamentalne założenia...,
- ...ale paradygmaty to nie dogmaty.
- Dla terapii/pomagania innym z paradygmatów wynikają:
 - ▣ różnicowanie zjawisk,
 - ▣ różnicowanie celów pracy terapeutycznej/pomagania,
 - ▣ metody terapii,
 - ▣ kryteria sukcesów i porażek.

Wzrost poczucia podmiotowości klienta/pacjenta

- Szereg instytucji traktuje klienta/pacjenta jako przedmiot oddziaływań.
- Klienta/pacjenta się leczy, ucznia uczy, a osadzonego resocjalizuje.
- Z drugiej strony wyraźny wzrost świadomości podmiotowości klientów/pacjentów oraz instytucjonalne rozszerzenie ich praw w tych właśnie obszarach. Są oni (jesteśmy my) coraz bardziej świadomi swoich praw i z nich korzystają/my.
- Mamy klientów/pacjentów z podobnymi problemami, co zawsze, ale pomimo tego, są to inne osoby ze względu na swoją świadomość podmiotowości, a tym samym inne oczekiwania i potrzeby.
- Wraz ze stażem pracy wzrasta tendencja do łagodniejszej oceny przedmiotowego traktowania pacjenta, tzn. im dłużej pracujemy jako terapeuci, psychologowie, tym bardziej jesteśmy skłonni łamać autonomię klienta/pacjenta, traktować go jako obiekt naszych oddziaływań, gubiąc po drodze jego podmiotowość.
- Być może ulegamy atmosferze i/lub paradygmatowi, które w tych miejscach obowiązują.
- **Opór w terapii jako konsekwencja uprzedmiotowienia pacjenta i pozbawiania go możliwości decydowania o sobie.**
- Wzrost podmiotowości i jego wpływ na naszą narrację na temat osób uzależnionych (np. badania nad ich zasobami) oraz sposób budowania relacji terapeutycznej (ważne jest dla nas to, co jest ważne dla klienta/pacjenta).

Aktywacja zasobów

- „Chciałbym, aby Pan wiedział, że ta cała gadanina, słowotok, porady lub sugestie nie są absolutnie ważne. Jedyne, co jest ważne w rzeczywistości, to ... zrozumienie, że nie istnieje taka osoba, która zna swoje prawdziwe umiejętności (i zasoby).” (M. Erickson, za Zeig, 1995, s. 82)
- Istnieje wiele badań, które uzasadniają przekonanie, że terapia jest skuteczna wtedy, gdy nawiązuje do pozytywnych możliwości i zasobów klienta, do jego umiejętności i motywacji.
- Pacjenci o większych umiejętnościach społecznych lepiej reagują na terapię interpersonalną, a pacjenci z większym wglądem w siebie lepiej radzą sobie w terapii psychoanalitycznej (Elkina 1994, Horowitz 1994).
- „Poszczególne metody pracy terapeutycznej najlepiej działają u tych, którzy ich najmniej potrzebują.” (/żartobliwie/ Grawe 1994)
albo
- Określone formy terapii są dlatego skuteczne, że nawiązują do zasobów klienta, które ten wnosi do procesu terapeutycznego. (Grawe 1994)
- Koncentruje się na człowieku-podmiocie a nie człowieku-problemie. (człowiek to więcej niż problem, z którym przychodzi)
- **Kapitalizacja mocnych stron vs kompensacja deficytów w terapii**

Różnicowanie, „demityzacja” 😊, integracja,

- Rezygnacja z dychotomicznego myślenia
- Różnicowanie:
 - ✓ wzorów zażywania,
 - ✓ obrazu klinicznego osób uzależnionych,
 - ✓ procesów motywacyjnych,
 - ✓ oferty pomocowej,
 - ✓ celów pracy terapeutycznej.
- Weryfikacja naszych terapeutycznych mitów i półprawd na temat osób uzależnionych i ich terapii.
- Integracja różnorodnych metod pracy terapeutycznej.

Zerojedynekowe myślenie vs różnicowanie zjawisk

Kiedyś:

- Brak rozróżniania wzorów zażywania w sensie ,operacjonalizacji' kryteriów (abstynent - prawie uzależniony ☺- uzależniony)
- Brak oferty pomocy dla osób pijących alkohol, zażywających narkotyki ,nadmiernie' bez objawów uzależnienia
- Jeden cel pracy terapeutycznej dla wszystkich (jedna oferta)

Dzisiaj:

- Różnicowanie wzorów zażywania (ryzykowne-szkodliwe-uzależnienie)
- W populacji osób zażywających środki zmieniające nastrój więcej jest osób nieuzależnionych niż uzależnionych (3-4 - krotnie).
- Różnicowanie celów pracy terapeutycznej (od zmiany wzoru zażywania do abstynencji oraz redukcja szkód) - **WCZESNA/KROTKA INTERWENCJA**
- Otwieranie się leczenia odwykowego także na osoby zażywające narkotyki ryzykownie i/lub szkodliwie, różnicowanie oferty terapeutycznej (**komunikat: leczenie jest także dla osób nieuzależnionych**)

Osoby uzależnione są do siebie podobne?

Kiedyś:

- ‚Wszyscy uzależnieni są do siebie podobni.‘
- ‚Wszyscy uzależnienie mają tak samo.‘ (jeśli jeszcze nie, to kwestia czasu)

Dzisiaj

- „Nie istnieje jedno podstawowe kryterium diagnostyczne, co sprawia, że trudno jest wypracować podstawy teoretyczne rozwoju tego zaburzenia” . (Stewart w: Miller 2013)
- Porównanie DSM IV i ICD 10 (np. głód, inna ilość objawów)
- Klasyfikacja DSM-V odchodzi od kategorii diagnostycznych „nadużywania” oraz „uzależnienia” i tworzy nową kategorię - „zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych” (alcohol use disorder). Zaburzenie to może mieć charakter:
- Łagodny - 2-3 objawy,
- Umiarkowany - 4-5 objawów
- Ciężki - 6 i więcej (na 9 możliwych).
- Heterogeniczność grupy ze względu na możliwą konstelację objawów uzależnienia (nie typów osobowości).
- Nie wszyscy uzależnieni doświadczyli pełni objawów, a skoro tak, to może powinniśmy zróżnicować dla nich terapeutyczne cele?

Inne spojrzenie na motywację osób uzależnionych

Kiedyś:

- Osoby uzależnione nie mają motywacji do zmiany.
- Brak motywacji jako cecha konstytutywna ☹ osoby uzależnionej (jako inny rodzaj mitu na temat osoby uzależnionej).

Dzisiaj

- Temat motywacji jest istotnym zagadnieniem w procesie zmiany w ogóle i dotyczy bardzo wielu grup osób, nie tylko uzależnionych.
- Motywacja jest czynnikiem niespecyficznym w terapii, zasobem pacjenta, ale nie jest związana tylko z tym, czy ktoś chce czy nie chce zmiany, ale także z tym, czy ufa, że sobie poradzi, jeśli podejmie taką decyzję.
- Motywację można kształtować (to element procesu terapii i procesu zmiany).
- Wiemy więcej na temat czynników, które na motywację wpływają, co przekłada się na metody pracy terapeutycznej. Wiemy, co pomaga częściej, a co jest zazwyczaj przeciwnie skuteczne.
- Interwencje terapeutyczne nieadekwatne do miejsca, w jakim jest pacjent, mogą go jeszcze bardziej zamykać na zmianę.
- W terapii pacjent ma zmierzyć się ze swoimi problemami, a nie z terapeutą.

Transteoretyczny model zmiany zachowań

Stadia zmiany

Prekontemplacja

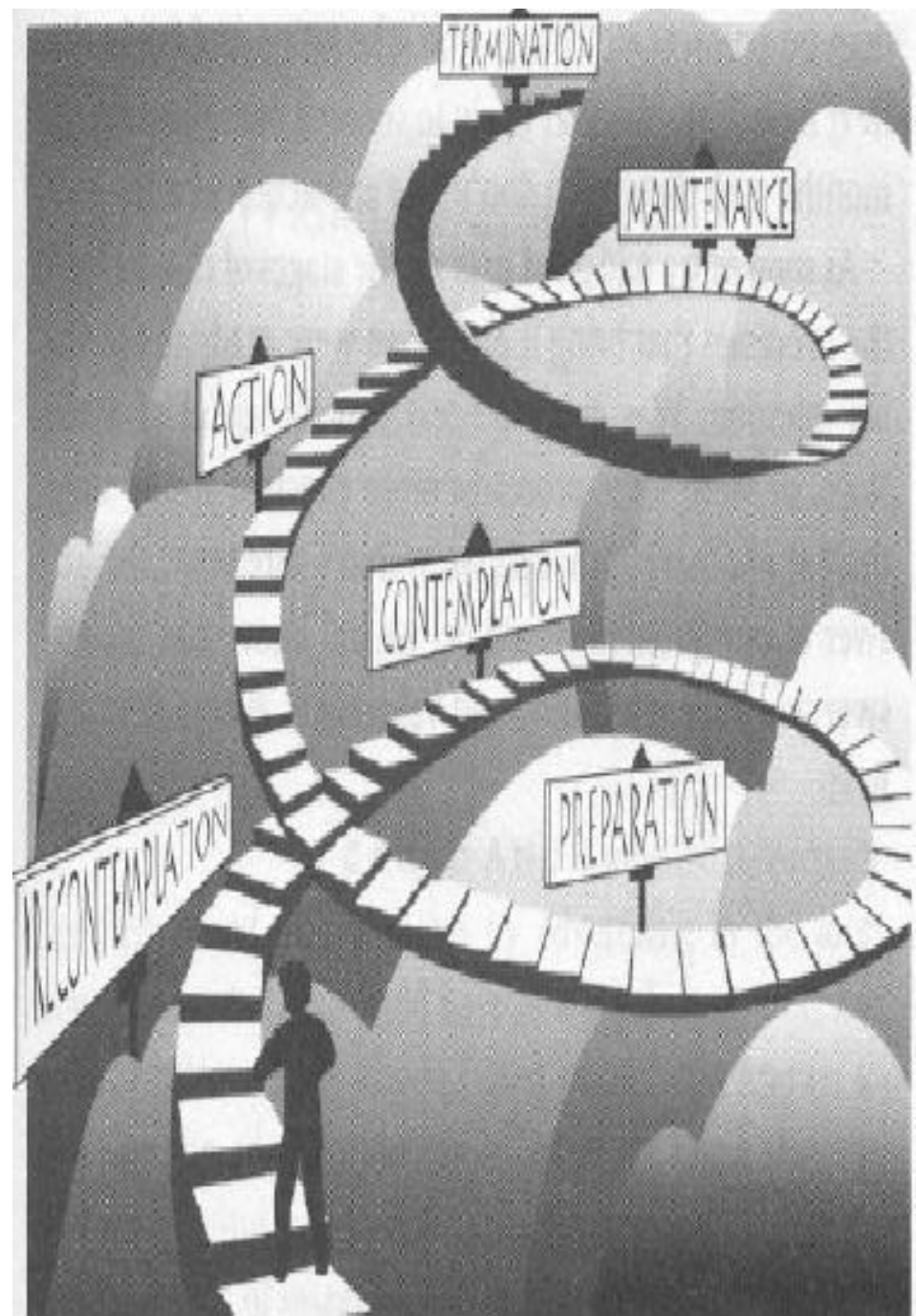
Kontemplacja

Przygotowanie

Działanie

Podtrzymanie

Rozwiązanie/nawroty



Stadia	Oczekiwane rezultaty cele	Skuteczne strategie	Mniej pomocne strategie
PR	Rozpoznać problem klienta, Budzić wątpliwości	Zbudowanie relacji Aktywne słuchanie Okazywanie empatii	Przekonywać Udzielać porad Ocenić
K	Wzbudzić pragnienie zmiany	Rozpoznać wartości Znaleźć powody za i przeciw	Rozmawiać tylko o plusach ze zmiany i pominąć minusy
P	Obudzić optymizm ze zmiany, Stworzyć plan działania,	Zbadać język zmiany Ustalić cele Wybrać drogę	Przechodzić szybko do działania, Przyjąć, że to koniec ambiwalencji
D	Zmiana zachowania Poszerzenie własnego repertuaru zachowań	Małe kroki Usuwanie przeszkód nagradzanie	Przyjąć, że problem się rozwiązał, nagrody zewnętrzne
PT	Utrzymać zmianę Reintegracja w społeczeństwie Zapobieganie nawrotom	Zapewnić wsparcie Budować umiejętności Plan na wypadek nawrotu	Zbyt szybko zakończyć pracę, Ochroniać klienta

Nieuleczalna/zaleczalna/wyleczalna?

Kiedyś/dzisiaj:

- Uzależnienie jako choroba nieuleczalna, co najwyżej zaleczalna

Dzisiaj:

- **Reguła 1/3 Emricka (1974)**
- We wszystkich badaniach katamnestycznych dotyczących skuteczności terapii istnieje zawsze grupa pacjentów, która po zakończonej terapii wraca do picia, ale pije zdecydowanie mniej, niż przed terapią i nie doświadcza przy tym poważnych szkód zdrowotnych.
- Süss (1995): ilość osób zachowujących zupełną abstynencję maleje w czasie, ale jednocześnie rośnie ilość osób, które doświadczyły poprawy w swoim funkcjonowaniu.
- Powyższa wiedza rodzi (tak to się w nauce często dzieje) więcej pytań niż odpowiedzi. Pojawia się pytanie, które może rodzić wiele zamętu. **Kto może ograniczyć swoje picie/zażywanie, a kto nie**, czy da się w ogóle wskazać takie osoby i czy terapeuta może się zgodzić na taki cel, skoro jest grupa pacjentów, która i tak tego spróbuje?

Paradygmat abstynencji i tożsamości osoby uzależnionej

Abstynencja jest celem optymalnym i najbardziej pożądanym dla osób uzależnionych.

Kiedyś:

- Abstynencja jako jedyny cel terapii dla osób uzależnionych.
- Akceptacja siebie jako osoby uzależnionej (np. narkomana, hazardzisty, alkoholika).

Dzisiaj:

- Paradygmat abstynencji i tożsamości osoby uzależnionej nie jest do zaakceptowania przez wszystkich pacjentów uzależnionych.
- Można trzeźwieć i nie pić/brać/grać nie mając tożsamości osoby uzależnionej, ale mając motywację i umiejętności do radzenia sobie np. z głodem, przymusem zażywania
- Dopuszczanie w terapii innych celów niż abstynencja
- Np. badania Sobellów (1995): umiarkowane picie jako cel terapii jest właściwe dla określonej grupy osób uzależnionych z mniej nasilonymi objawami uzależnienia oraz dla tych, którzy odrzucają abstynencję jako cel pracy terapeutycznej i związane z tym rozpoznanie bycia 'alkoholikiem'
- **Programy ograniczania picia/behavioralny trening samokontroli (BSCT)** - jako skuteczna metoda pracy terapeutycznej.

Uzależniony nie poradzi sobie bez terapii?

Kiedyś:

- „Osoba uzależniona nie poradzi sobie bez terapii.”
- „Idź na mityng AA (AN, AH, AE), bez tego nie dasz rady.”

Dzisiaj:

- Z badań polskich oraz amerykańskich wynika, że 25% osób uzależnionych wychodzi z uzależnienia bez pomocy terapeutycznej. (Klingemann, Klingemann w: Miller 2013)
- Samowyleczenie, czyli „remisja samoistna” może być skuteczną metodą zmiany zachowania problemowego, w tym uzależnienia, przy czym także tutaj jednym z możliwych i udokumentowanych efektów zmiany jest ograniczenie picia do niskiego poziomu ryzyka i ma ono miejsce częściej w grupie uzależnionych „samowyleczonych” niż w grupie osób „terapeutyzowanych”.
- Ogromny dylemat i ważne pytanie związane z paradygmatem: Czyżby terapia w niektórych przypadkach, narzucając pacjentom paradygmat choroby nieuleczalnej, utrudniała osiągnięcie zmiany i ograniczenie picia?

Mechanizmy, tożsamość, bezsilność są koniecznym elementem terapii?

- Czy tylko terapia integracyjna J. Mellibrudy?
- Z nią wiąże się wiele pułapek:
- Bardzo mocno koncentruje się na problemie, nie na osobie, pomija zasoby klienta,
- Budzi nieufność pacjenta do siebie samego,
- Stawia terapeutę w roli eksperta, którego zadaniem jest 'wyleczyć' pacjenta.
- Patologizuje wiele zjawisk w terapii, np. brak motywacji czy też opór,
- Jest dyrektywna w swojej strukturze i strategii pracy z pacjentem w takim znaczeniu, że nie pozostawia mu wyboru co do celu terapii.

Uzależniony to specyficzny klient

- Destrukcyjna orientacja życiowa, deficyt umiejętności życiowych, psychologiczne mechanizmy uzależnienia nazywane mechanizmami obronnymi, podkreślanie współwystępujących zaburzeń osobowości i inne określenia pokazują, że jest to człowiek słaby i zniewolony, a wszystko w nim zmierza do samodestrukcji.
- Obszary problemowe, diagnoza problemowa i opisywane w niej deficyty oraz osobisty plan terapii, który bazuje na określaniu problemów do przepracowania wynikają z myślenia o człowieku i mają wpływ na konkretne procedury postępowania.
- Według koncepcji integracyjnej uzależniony to, ze względu na uzależnienie i działające w nim mechanizmy tego uzależnienia, wyjątkowy pacjent, ale jego kliniczny obraz jest bardzo ponury, budzi niechęć, czasami lęk i trudno w nim znaleźć zasoby.

Wczujcie się Państwo przez chwilę

Jesteście Państwo chorzy, jesteście osobami uzależnionymi (alkoholikami, narkomanami, hazardzistami). To podstępna choroba. Pozbawiła Was wielu życiowych umiejętności. Wyrządziła w Waszym życiu ogromne straty, skrzywdziliście wielu ludzi. Ponadto działają w Was psychologiczne mechanizmy uzależnienia, które powodują, że nie możecie sobie ufać. Dla wielu z Was są one niezauważalne. Nawet najdrobniejsza pomyłka, nawet jeden kieliszek/dziątka, gra może kosztować Was życie. Próbowaliście sobie radzić sami, ale to było oszukiwanie się. Pomóc może Wam tylko terapia. Waszym jedynym ratunkiem jest od dzisiaj zupełna abstynencja, wszystko inne będzie porażką, każde kolejne zapicie/zażycie narkotyku, każdy nawrót choroby, bo będzie się pogłębiała. Ponadto choroba nasiliła lub obudziła w Was wiele negatywnych cech osobowości. Jesteście alkoholikami/narkomanami/hazardzistami i skrzywdziliście wielu ludzi.

Uzależniony powinien sięgnąć dna, a terapia to przyspieszenie kryzysu?

Kiedyś:

- „On się jeszcze nie dopił/doćpał.”
- „On jeszcze nie dotknął dna.”
- Koncepcja „dna” bazuje na zmianie opartej na nieprzyjemnych emocjach, do których zaliczyć można lęk, poczucie winy, wstyd i in. Dodatkowo wymaga to określonego stylu pracy, który bazuje na konfrontacji, podważaniu wypowiedzi pacjenta, wywieraniu presji do przyznania się, publicznego wyznawania swoich 'upadków', licząc na to, że staną się one dla pacjenta źródłem siły. W terapii praca na konsekwencjami picia zajmuje połowę lub więcej czasu.

Dzisiaj

- „Ci, którzy kochają psychologię, muszą się czasami wstydzić psychoterapii.”
(Grawe, Bernauer, Donati 1994)
- Tymczasem wiele badań w zakresie terapii uzależnień potwierdza tezę, że konfrontacja w takim właśnie rozumieniu nie jest skuteczną metodą służącą zmianie.
- Według Millera i Rollnicka (2010) motorem zmiany może być koncentracja na zasobach wartościach oraz rozwijanie ambiwalencji, czyli praca nad kształtowaniem motywacji do zmiany.
- Popatrzyć na osobę uzależnioną przez pryzmat zasobów i nawiązać do tego w pracy terapeutycznej to całkiem inna perspektywa niż typowo kliniczna i patologiczna

Więcej psychoterapii w terapii uzależnień

- Kiedy opisujemy prowadzoną przez nas terapię piszemy lub mówimy przedstawiając naszą pracę z klientem/pacjentem: pokazałem/am, uświadomiłem/am pacjentowi, nauczyłem/am go, przedstawiłem/am, zmieniłem/am sposób myślenia pacjenta itp.
- W ten sposób pokazujemy, jak widzimy naszą rolę w terapii.
- Tymczasem to pacjent ma podczas terapii do wykonania pracę związaną z uświadomieniem sobie, nauczeniem się lub też dokonaniem zmiany w obszarze własnych przekonań.

(za: Czabała 2017, Konferencja APS)

- „Nie zostawiać śladów w życiu pacjenta.”:
 - ✓ Nie szkodzić.
 - ✓ Wspierać jego poczucie skuteczności tak, aby po terapii pacjent miał takie przekonanie, że zmiany dokonał sam, dzięki swoim umiejętnościom, w tym umiejętności nawiązania relacji terapeutycznej i dalej radził sobie w życiu sam.
- Konkluzja brzmi trochę zabawnie: **Terapia uzależnień stanie się bardziej psychoterapią, jeśli zaktywizuje mocniej pacjenta niż terapeutę.**

Program Ograniczania Picia

- Program ograniczania picia odnosi się do koncepcji **zdyscyplinowanego** wzoru konsumpcji alkoholu zgodnego z wstępnie ustalonym planem picia. Ten plan zawiera zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce konsumpcji).
- Nie jest to program dla wszystkich. W programach ograniczania picia głównymi adresatami są osoby pijące alkohol szkodliwie i osoby lekko uzależnione od alkoholu, a ich celem jest zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu i zmiana wzoru zażywania na mniej destruktacyjny.
- Przeciwwskazania do udziału w programie (szereg problemów zdrowotnych (zaburzenia funkcji wątroby, układu krążenia, neurologiczne, psychiczne, układu pokarmowego)
- POP może być celem pracy lub też etapem do celu, jakim jest abstynencja.

Implikacje dla terapii

- Dla wielu klientów/pacjentów udział w nim jest naturalnym etapem przechodzenia do decyzji o zupełnej abstinencji.
- W kontekście stadiów zmiany owa droga wydaje się być czymś naturalnym i akceptowalnym. W kontekście znanych nam psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest wynikiem ich działania i raczej czymś chorym i nieakceptowalnym.
- Terapeuta pracujący w oparciu o 'mechanizmy' będzie czuł w sobie powinność, aby 'uchronić' pacjenta przed kolejną na pewno błędną decyzją i dalszym rozwojem uzależnienia. W imię tej powinności (i prawie moralnego obowiązku) będzie miał prawo stosować techniki konfrontacyjne i wywierać nacisk na pacjenta, aby zmienił swoją decyzję lub też wręcz odmówi dalszej pracy z pacjentem.
- Terapeuta pracujący w oparciu o stadia zmiany będzie raczej czuł w sobie powinność, aby pacjent dokładnie zbadał zagrożenia związane z taką decyzją i jeśli pacjent będzie obstawał przy tym, że chce ograniczyć swoje picie, uzgodni z nim plan działania w sytuacji, gdy cel nie będzie możliwy do osiągnięcia.

Filozofia pomagania

	Osoba uzależniona nie jest odpowiedzialna za rozwiązanie swojego problemu	Osoba uzależniona jest odpowiedzialna za rozwiązanie swojego problemu
Osoba uzależniona nie jest odpowiedzialna za powstanie swojego problemu		
Osoba uzależniona jest odpowiedzialna za powstanie swojego problemu		

Dziękuję za ówagę 😊