

Różnice i podobieństwa w terapii alkoholików i narkomanów

Joanna Mikuła

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów – edycja X, którą posługujemy się w Polsce do rozpoznawania chorób, we wszystkich uzależnieniach chemicznych występuje ten sam zestaw osiowych objawów, niezależnie od substancji uzależniającej. Czy z tego można wyprowadzić rekomendację do leczenia wszystkich osób uzależnionych od różnych substancji w tych samych programach ?

W wielu krajach, w ośrodkach odwykowych leczy się osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków razem. W Polsce praktyka przez wiele lat była inna, istniały i nadal istnieją odrębne ośrodki dla alkoholików i dla narkomanów. Jednak w ośrodkach tych coraz częściej mamy do czynienia z mieszaniem się obu grup pacjentów, przynajmniej w tym sensie, że wśród politoksykomanów, których jest coraz więcej, zdarzają się - w obu typach ośrodków - zarówno osoby o dominacji alkoholu jak i dominacji nielegalnych środków psychoaktywnych. Część głosów podkreśla konieczność łączenia obu nurtów oddziaływać, niekiedy słyszy się również opinie, że istnienie podziału jest bardziej skutkiem tradycji niż wymogów merytorycznych.

Jednak istnieją i odrębnie funkcjonują ruchy samopomocowe dla alkoholików i narkomanów, co jest niewątpliwie świadectwem faktu, iż sami zainteresowani spostrzegają podstawy do odrębnej pracy nad swoimi problemami.

Czy istotnie bardziej efektywne byłoby leczenie narkomanów i alkoholików razem czy osobno jest kwestią, która jest i zapewne długo jeszcze pozostanie otwarta. Rzetelna i oparta na faktach odpowiedź „razem czy osobno” wymagałaby przeprowadzenia kompleksowych badań porównawczych, wieloletnich lub na bardzo dużej populacji, co implikuje znaczące koszty i ogromny wysiłek organizacyjny.

Przyglądając się praktyce terapeutycznej warto chwil kilka spędzić na refleksji nad różnicami populacji osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków

Prowadzone badania nad genetycznym uwarunkowaniem uzależnienia od alkoholu i narkotyków pokazują, że w pewnych rodzinach istnieją wyraźne skłonności do zażywania poszczególnych substancji psychoaktywnych. Tak np. badania nad bliźniętami jednojajowymi wskazują, że istnieje ważny czynnik genetyczny, wpływający na podatność wobec zaburzeń związanych z alkoholem (np. Bohman, Sigvardsson, Coloninger 1981, Heath 1995). W różnych badaniach szacowano wpływ czynników genetycznych w przypadku uzależnienia od alkoholu na 39 do 60 % całkowitej zmienności (Heath 1995, Kendler i in. 1997, Prescott, Kendler 1997, True i in. 1999), co oznacza, iż ocenia się wpływ czynników genetycznych na powstawanie uzależnienia na 39% do 60 %.

Inne badania wskazują, że czynniki genetyczne w pewnej mierze wyjaśniają pojawienie się uzależnienia od konopi (Kendler, Prescott 1998, Tsuang i in. 1998), heroiny, leków uspokajających i substancji stymulujących (Kendler, Prescott 1998, Tsuang i in. 1996, 1998).

Badacze wyrażają co prawda wątpliwości, czy osoby nadużywające jednej substancji różnią się na poziomie genetycznym w zasadniczy sposób od osób nadużywających innych substancji (Tarter, Mezzich 1992). Badania Merikangasa (1998) wykazały, iż wśród krewnych osób nadużywających jakiegokolwiek substancji więcej było zaburzeń związanych z nadużywaniem jakiegokolwiek substancji, niż w grupie kontrolnej, innymi słowy mówiąc, czynniki genetyczne być może warunkują po części w ogóle sam fakt nadużywania substancji psychoaktywnych a nie jakiegoś określonego ich rodzaju.

Zdaje się to potwierdzać obserwacje klinicystów, iż w rodzinach osób uzależnionych od narkotyków względnie często spotykamy obciążenia rodzinne w postaci nadużywających alkoholu rodziców bądź krewnych. Tym nie mniej na takiej podstawie trudno wnioskować, czy wpływ na nadużywanie substancji ma czynnik genetyczny, czy też modelowanie związane z obserwacją pewnego modelu funkcjonowania, nałogowego regulowania emocji.

Nie ma jak dotąd udowodnionych związków pomiędzy pojedynczym genem a nadużywaniem

substancji, prawdopodobnie nadużywanie substancji może być uwarunkowane wieloma genami. Istnieją już jednak badania, w których udowodniono związek pomiędzy używaniem wybranej substancji a konkretnym genem, np. genami warunkującymi regulację dopaminy (hormonu nagrody) a paleniem tytoniu (Lerman i in.1999, Pomeroy, Kardina 1999, Sabol i in. 1999). Stwierdzono również zależność pomiędzy grupą genów a uzależnieniem od konopi, heroiny i kokainy (Comings i in. 1997).

Ponieważ badania toczą się cały czas może dowiemy się za kilka lat, iż osoby uzależniające się od alkoholu i narkotyków charakteryzują się pewnymi różnicami na poziomie wyposażenia genetycznego.

Przy obecnym poziomie wiedzy można jednak oczekiwać, że badania potwierdzą, iż dziedziczona może być pewna skłonność do uzależnienia, nie zaś samo uzależnienie.

Oprócz uwarunkowania genetycznego różnice pomiędzy populacjami mogą mieć podłoże w oddziaływaniu poszczególnych substancji na funkcjonowanie OUN.

Picie alkoholu i przyjmowanie narkotyków zaburza wytwarzanie i działanie poszczególnych neuroprzekaźników, (dopaminy, serotoniny, acetylocholiny i in.) odpowiedzialnych za funkcjonowanie układu nerwowego, przy czym poszczególne substancje w różnym stopniu wpływają na poszczególne neuroprzekaźniki.

I tak, chociaż wszystkie środki psychoaktywne w pewnym stopniu wpływają na funkcjonowanie układu dopaminergicznego (układu nagrody), to w przypadku psychostymulantów takich jak amfetamina i kokaina efekt uaktywnienia systemu dopaminergicznego jest efektem podstawowym.

Kokaina i amfetamina wpływają na bardzo silne doznawanie przyjemności, koncentrują uwagę na poszukiwaniu przyjemności, ponadto, ponieważ dopamina wpływa także na procesy koncentracji uwagi i pamięć, osoby przyjmujące długotrwale psychostymulanty charakteryzują się wyjątkowo dużym zapotrzebowaniem na stymulację, uszkodzeniem pamięci i zdolności skupiania uwagi. Psychostymulanty powodują wzrost ciśnienia krwi w naczyniach mózgowych, co może powodować pęknięcie naczyń krwionośnych, a w konsekwencji trwałe uszkodzenia mózgu. Osoby odstawiające psychostymulanty wyraźniej niż inne osoby uzależnione w okresie abstynencji cierpią z powodu depresji i anhedonii. Dopamina reguluje też procesy motywacyjne, w efekcie osoby zażywające psychostymulanty cierpią często na zespoły amotywacyjne. Psychostymulanty wpływają także na serotoninę, wpływającą na nastrój, sen, popęd płciowy i apetyt. Osoby zażywające amfetaminę czy kokainę często mają zakłócony rytm dobowy snu i czuwania, popęd seksualny a także łaknienie. Psychostymulanty wpływają także na noradrenalinę, wpływającą na przetwarzanie bodźców zmysłowych, sen, nastrój, pamięć i poziom lęku. Względnie często pojawiającym się efektem zażywania psychostymulantów bywają psychozy i stany psychotyczne, urojenia, nastawienia urojeniowe, które bardzo zasadniczo utrudniają funkcjonowanie osoby uzależnionej.

Z kolei opiaty wpływają na stymulację receptorów opioidowych i regulują wytwarzanie enkefalin i endorfin, które odpowiadają za łagodzenie bólu (analgezję), nastrój, uspokojenie. Osoby przewlekłe zażywające opiaty są silnie motywowane do poszukiwania kolejnej dawki narkotyku w celu uniknięcia dysforii, napięcia i poszukiwania euforii.

Kanabinole (marihuana) wpływają na zakłócenie neuroprzekaźnika, jakim jest acetylocholina, odpowiedzialna m.in. za pamięć i wspomnienia. Osoby przewlekłe zażywające kanabinole mają problemy z koncentracją, zapamiętywaniem, wykazują inne zaburzenia procesów poznawczych. Często charakteryzują się nadpobudliwością, drażliwością. Badania wskazują, iż u osób przewlekłe używających kanabinoli dochodzi do uszkodzenia komórek hipokampa.

Nadużywanie alkoholu wpływa hamująco na receptory glutaminianowe, odpowiedzialny za zwiększanie aktywności neuronów, wpływający na uczenie się, pojmowanie, poznawanie i pamięć a także na kwas gamma-aminomasłowy (GABA), spowalniający aktywność neuronów, wpływający na obniżenie lęku, pamięć oraz zniesienie czucia. Alkohol wpływa również na wzmożoną produkcję serotoniny, uwalnianie dopaminy i wzmożoną aktywność w receptorach opioidowych. Ogólnie jego doraźne działanie jest przeciwlękowe,

znieczulające. Przewlekłe zażywanie prowadzi do niskiej tolerancji na stres, na ból, na nudę, zakłóceń pamięci. Alkoholicy są chwiejni emocjonalnie, z tendencją do popadania w stany dysforyczne, rozdrażnienia i przygnębienia, względnie w euforię.

Jak z tego widać, już samo biochemiczne działanie poszczególnych substancji psychoaktywnych może wywoływać zróżnicowanie populacji alkoholików i narkomanów - przy czym ta ostatnia grupa nie jest jednorodna - a co za tym idzie, pewną konieczność różnicowania oddziaływań terapeutycznych.

Z obserwacji klinicznych wynika też, że tempo uzależniania się zazwyczaj jest różne dla różnych substancji psychoaktywnych. O ile zazwyczaj okres rozwoju uzależnienia od alkoholu jest co najmniej kilkuletni, to w przypadku np. heroiny już kilkakrotne przyjęcie narkotyku może powodować uzależnienie. Podobnie psychostymulanty szybko prowadzą do przymusu przyjmowania coraz większych i częstszych dawek. Efektem tego jest niższy średni wiek osób leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków niż od alkoholu.

Również szkody zdrowotne różnicują populacje uzależnionych od alkoholu i narkotyków. W przypadku dożylnie przyjmowanych narkotyków może wystąpić zakażenie wirusem HIV, częstsze zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C. Częstsze są przewlekłe stany psychotyczne i występowanie skłonności do urojeniowych interpretacji, nastawień paranoidalnych. W populacji alkoholików dominują uszkodzenie wątroby i trzustki, cukrzyca, nadciśnienie, także psychiczne dolegliwości typu bezsenność, nadpobudliwość, stany depresyjne.

Również z uwagi na akceptowany społecznie charakter alkoholu i nielegalny charakter narkotyków zakres destrukcji społecznej w populacji osób uzależnionych od narkotyków jest do pewnego stopnia różny. Osoby uzależnione od narkotyków szybciej marginalizują się, przestają pracować, żyją w grupach subkulturowych. Częściej popadają w konflikty z prawem na tle chociażby sprzedaży narkotyków, kradzieży, prostytuowania się. Przy niektórych typach narkotyków występuje gwałtowna, bardzo destrukcyjna przemoc.

Trzeba jednak dodać, że w populacji osób uzależnionych od alkoholu również występują przestępstwa, częściej są one związane z prowadzeniem samochodu po pijanemu lub bez prawa jazdy, bójkami, kradzieżami. Także występuje przemoc domowa. Osoby uzależnione od alkoholu w dużej części jednak pracują, nawet w bardziej zaawansowanych stadiach choroby starają się utrzymać pracę lub też po utracie jednej starają się natychmiast o kolejne zatrudnienie, osoby uzależnione od narkotyków mają zazwyczaj mniej rozwinięte nawyki i potrzeby w tej dziedzinie.

Na przestępczość wpływa także różny zakres dostępności poszczególnych używek, nielegalny charakter narkotyków i ich wysoka cena.

Duże badania epidemiologiczne ECA Epidemiologic Catchment Area przeprowadzone w 1990 r. na 20.000 próbie dorosłych Amerykanów wykazały, że odsetek osób nadużywających alkoholu (co siódma badana osoba) był wyższy niż osób z problemem narkotykowym (6% w badanej populacji). Wykazały one również, że wśród osób nadużywających nielegalnych substancji więcej osób niż w przypadku alkoholu wykazywało zaburzenia współwystępujące. U około dwóch trzecich tej grupy stwierdzono inne zaburzenia psychiczne, w tym nadużywanie alkoholu i antysocjalne zaburzenia osobowości. W przypadku osób nadużywających alkoholu u około połowy występowały inne zaburzenia, w tym nadużywanie innych substancji psychoaktywnych, napady paniki, schizofrenię, manię, także zaburzenia antysocjalne osobowości. Co jednak interesujące, badania te wykazały, że w przypadku nadużywania alkoholu istnieje spora grupa osób, u których następował samoistny odwrót problemów alkoholowych, jedynie około 12 % wymagało pomocy medycznej.

Przyglądanie się zróżnicowaniu populacji alkoholików i narkomanów pozwala na lepsze przyjrzenie się zagadnieniom różnic w terapii.

Jedną z ważnych różnic, które możemy obserwować, jest fakt, iż w Polsce istnieje szeroko rozwinięty system ambulatoryjnego leczenia dla alkoholików przy stosunkowo słabszej dostępności ambulatoryjnego leczenia dla narkomanów. Wielu alkoholików rozpoczyna swoją drogę do trzeźwienia w przychodniach, podczas kiedy osoby uzależnione od narkotyków

przeważnie rozpoczynają leczenie w ośrodkach stacjonarnych, oczywiście pomijając programy terapii substytucyjnej (metadonowe). Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że istnieje stosunkowo większa grupa alkoholików funkcjonujących w strukturach społecznych: pracujących, mających rodzinę, co pozwala na zachowanie społecznego oparcia, wspierającego abstynencję. Częściej też osoby uzależnione od narkotyków rozpoczynają leczenia pod presją prawa, co powoduje, że ich gotowość do zachowania abstynencji pomiędzy poszczególnymi sesjami terapeutycznymi jest niewielka, stąd trudniej spodziewać się zachowania abstynencji w warunkach ambulatoryjnych. Oczywiście w przypadku narkotyków nie zawsze przyjmuje się konieczność całkowitej abstynencji – vide programy metadonowe, jednak wszędzie wymagana jest kontrola tego, co pacjent zażywa.

Analizując wpływ poszczególnych substancji na OUN można też wysnuć przypuszczenie, że być może osobom uzależnionym od narkotyków trudniej jest zachować abstynencję także z przyczyn biochemicznych (szerszy zakres zmian w biochemii mózgu).

Przyglądając się programom oferowanym przez lecznictwo dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków możemy spotkać się z pewnymi różnicami założeń merytorycznych: w ośrodkach terapeutycznych dla alkoholików praktycznie rzecz biorąc obowiązującym paradygmatem jest paradygmat zero tolerancji dla alkoholu. Jeśli chodzi o lecznictwo dla narkomanów mamy do czynienia zarówno z programami drug free jak i programami opartymi o zasadę harm reduction, w tym przypadku najczęściej jest to terapia substytucyjna, oparta na podawaniu metadonu. Z tego też jasno wynika, iż inne są w takim przypadku cele, jakie stawiają swoim pacjentom oba podejścia. W przypadku terapii zastępczej jest to głównie cel zminimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, zapobieganie kryminalizacji, umożliwienie wykonywania pracy lub wychowywania dzieci. Jest to zrozumiałe jeśli weźmiemy pod uwagę charakterystykę populacji osób uzależnionych od narkotyków i główne ich problemy. Terapia substytucyjna dotyczy oczywiście osób zażywających narkotyków z grupy opiatów. Zgodnie z założeniami legislacyjnymi powinna jej towarzyszyć psychoterapia.

Terapia oparta na założeniu abstynencji musi przed swoimi pacjentami stawiać cele takie jak wyróżnianie głodu alkoholowego czy narkotykowego, umiejętność radzenia sobie z nim, umiejętność radzenia sobie z wyzwalaczami. Pacjenci muszą uczyć się kontrolować stres, radzić sobie z przykrymi uczuciami, złością, napięciem, nudą.

Tradycyjnie w Polsce w placówkach dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków inaczej osiągnano te cele.

Programy dla osób uzależnionych od alkoholu częściej oparte są głównie na psychoterapii i psychoedukacji, z czego wynika też bardziej intensywny charakter zajęć psychoterapeutycznych ale też i krótszy czas programów. W placówkach dla osób uzależnionych od narkotyków terapia trwa od 9 m-cy do 2 lat. W placówkach stacjonarnych dla osób uzależnionych od alkoholu terapia trwa od 6 do 8 tygodni.

Placówki stacjonarne dla osób uzależnionych od narkotyków stawiają sobie też za cel resocjalizację pacjenta. Ponieważ często pacjenci są młodzi i bardzo młodzi, muszą się niekiedy uczyć w szkole, muszą też przede wszystkim przystosować się do życia w społeczeństwie, zacząć pracować, wykonywać podstawowe obowiązki, muszą niekiedy nabrać podstawowych umiejętności, takich jak dbanie o higienę osobistą, przygotowanie posiłków, pranie odzieży. Z tego też wynika charakter zajęć w tradycyjnych placówkach dla narkomanów: spora część dnia wypełniona jest pracą użyteczną na rzecz ośrodka.

Ponieważ w wielu przypadkach osoby uzależnione od narkotyków spędzały praktycznie cały czas odurzone, angażując się głównie w proces zdobywania środków na narkotyki, zażywaniu i kontemplowaniu skutków zażycia – dotyczy to zwłaszcza pacjentów uzależnionych od opiatów – programy w ośrodkach stacjonarnych często są tak skonstruowane, aby wypełnić cały czas pacjenta, tak by nie miał okazji do nudy i uczył się różnych sposobów spędzania czasu. Konieczność narzucania pomysłów na aktywność jak się wydaje wiąże się też z faktem częstego występowania zespołów amotywacyjnych u pacjentów, dużej ich bierności.

Dodatkowym powodem, dla którego ośrodki dla osób uzależnionych oferują oddziaływania

o charakterze wychowawczym jest fakt, że pacjenci uzależnieni od narkotyków to często ludzie bardzo młodzi, niekiedy także niepełnoletni, muszą w związku z tym nie tyle podlegać resocjalizacji, co socjalizacji.

Programy w placówkach dla uzależnionych od alkoholu w dużo mniejszym stopniu oferują pacjentowi zajęcia związane z pracą na rzecz ośrodka, w niewielkim stopniu oferują działania resocjalizacyjne, takie jak nauka porządkowania, gotowania itp. Jest to związane z przyjęciem założenia, że pacjenci alkoholowi w dużo mniejszym stopniu wymagają takich oddziaływań. Jednak w placówkach stacjonarnych dla alkoholików pacjenci mają na ogół wypełnione popołudnia różnymi zajęciami, niekiedy już o charakterze luźniejszym niż we wcześniejszych godzinach, zazwyczaj pacjenci piszą dużo prac, czytają lektury czy oglądają filmy o tematyce związanej z ich chorobą. Brak umiejętności radzenia sobie z czasem, pojawianie się nudy, szukanie silnych doznań jest również charakterystyczne dla alkoholików.

Nie znaczy to, że taki podział programów na intensywne psychoterapeutyczne dla alkoholików i długotrwałe, resocjalizacyjne dla narkomanów sprawdza się we wszystkich przypadkach.

Istnieją grupy narkomanów, którzy nie potrzebują aż tak intensywnych oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym, bo np. cały czas pracują, a z kolei istnieje grupa alkoholików, zwłaszcza w fazie chronicznej, którzy dawno ulegli degradacji społecznej, nie pracują, słabo radzą sobie z codziennym funkcjonowaniem.

Ważne jest również i to, że pacjenci uzależnieni od narkotyków znacznie częściej trafiają do placówek terapeutycznych z powodu nakazu sądowego, co siłą rzeczy implikuje konieczność większej i dłuższej pracy nad motywacją i też wskazuje, że terapia poprzez pracę jest bardziej wskazana na początkowym etapie, trudno bowiem zmusić kogoś do uczestnictwa w psychoterapii.

Ważnym elementem placówek dla narkomanów, pracujących metodą społeczności terapeutycznej jest regulamin, który sam w sobie jest narzędziem zmiany osobowości, pracy nad kontrolą impulsów, pracy nad nowym zestawem zachowań.

W ośrodkach dla alkoholików regulamin także istnieje, zazwyczaj jednak nie zajmuje on aż takiego miejsca, jak w placówkach dla narkomanów. I znowu można sądzić, że za takim zróżnicowaniem przemawia nieco inne nastawienie – w ośrodkach dla alkoholików nie ma nastawienia na tak kompleksową zmianę funkcjonowania całej osoby, chociaż zakłada się, że trzeźwienie to dużo więcej niż tylko abstynencja.

Kiedy obserwujemy osoby uzależnione o typie uzależnienia mieszanego ale z przewagą problemu alkoholowego i osoby z przewagą uzależnienia od narkotyków funkcjonujące w jednym ośrodku o charakterze społecznościowym, możemy zauważyć, że „Alkoholicy” jak mówią terapeuci „chowają się za pracą” i z oporem – przynajmniej początkowo - uczestniczą w psychoterapii, natomiast „narkomanie” -po pewnym okresie przystosowania - z większą ochotą uczestniczą w zajęciach o charakterze psychoterapeutycznym, z mniejszą chęcią natomiast zabierają się do sprzątanania, prania itp.

Oczywiście należy tu przypomnieć, że w Polsce ośrodki dla alkoholików pracują w dość zbliżony sposób, w modelu strategiczno-strukturalnym, natomiast ośrodki dla narkomanów wykazują większe zróżnicowanie, są wśród nich ośrodki typowo społecznościowe ale i ośrodki pracujące w modelu minnesota, łączące elementy różnych podejść, ośrodki wyznaniowe itp.

Osoby o typie uzależnienia mieszanego trafiające do ośrodków dla uzależnionych od alkoholu niekiedy funkcjonują dobrze w programach, wykazują się większą otwartością niż alkoholicy, mają często większy problem z kontrolą impulsów, trudniej im wytrzymać na zajęciach, też wydaje się, że wymagają jednak dłuższego czasu dla ustabilizowania funkcjonowania układu nerwowego, charakteryzują się częstokroć większą chwiejnością emocjonalną, częstszym popadaniem w zniechęcenie, innymi słowy wydają się wymagać większego i dłuższego wsparcia.

Problem może stanowić też u osób o typie uzależnienia mieszanego brak gotowości do rezygnacji ze wszystkich substancji psychoaktywnych. Np. Istnieje gotowość do pracy nad uzależnieniem od alkoholu, jednak pacjent chciałby pozostać przy dowolnym braniu leków uspokajających.

Być może korzystne rezultaty mogłoby przynieść stosowanie częściej u osób o uzależnieniu

mieszanym leków stabilizujących nastrój ?

Objawy osiowe uzależnienia i mechanizmy są podobne niezależnie od substancji stosowanej w związku z tym praca nad głodem substancji, wyzwalaczami, nad rozbajaniem mechanizmu nałogowego regulowana uczuć może być podobna dla obu grup pacjentów. Być może odrębnej refleksji wymagałoby jednak rozpatrzenie, jak działają mechanizmy iluzji i zaprzeczeń i jak przebiega budowa tożsamości osoby uzależnionej.

Z samego faktu nielegalności substancji wynika to, iż osoba uzależniona od narkotyków szybciej i jaśniej zdaje sobie sprawę ze swojej faktycznej sytuacji. Rzecz jasna kłamie, ukrywa fakty, jednak jak się wydaje szybciej ma wewnętrzną wiedzę o przekroczeniu granic. W przypadku niektórych narkotyków (opiaty) sam zespół abstynencyjny w stosunkowo niedługim czasie daje znać o powstaniu uzależnienia. Alkoholikom o wiele dłużej udaje się unikać kontaktu z nieprzyjemną prawdą o powstaniu uzależnienia, ponieważ wielu ludzi wokół nich pije i nie ma z tego tytułu problemów, alkohol jest akceptowany społecznie. Świadomość własnego uzależnienia jest w przypadku alkoholika niełatwa, pojawia się i znika, raz nabyta niekoniecznie musi się utrzymać. Implikuje to konieczność większego nacisku na budowę tożsamości osoby uzależnionej.

Z kolei narkomanie muszą borykać się z różnorodnymi konsekwencjami społecznymi i prawnymi, często spotykają się z odrzuceniem społecznym, z którym nie spotyka się alkoholik, który nie ma dużej, zauważalnej destrukcji życiowej, co z kolei implikuje konieczność szczególnej pracy nad budową nowego poczucia własnej wartości, opartego o społecznie akceptowane normy. Ktoś kto był szczególnie dobry w gotowaniu „Kompotu” nie ma jak skorzystać z tej umiejętności w życiu poza subkulturą narkomańską.

Odrębnym wyzwaniem dla terapii osoby uzależnionej od narkotyków konfrontacja normy pełnej otwartości i szczerości z faktem, że w wielu przypadkach osoba uzależniona ukrywa się przed dilerami, obawia się ujawnić posiadane przez siebie informacje o przestępstwach, gdyż stanowiłoby to zagrożenie dla niej samej i dla innych. Odpowiedzią na to muszą zawsze być indywidualnie wypracowywane rozwiązania.

Kolejny element różnicujący to posiadanie przez ośrodki dla narkomanów sieci hosteli, do których udają się pacjenci kończący terapię. Jest to związane z obserwacją niełatwego startu w życie w społeczeństwie osób głęboko zmarginalizowanych, częstym łamaniem abstynencji po opuszczeniu ośrodków terapeutycznych. Można zauważyć, że taka sieć byłaby użyteczna dla wielu pacjentów z problemem alkoholowym, jeśli ulegli oni degradacji społecznej, np. Dla pacjentów bezdomnych lub uprzednio długotrwale bezrobotnych.

Porównując oba systemy można stwierdzić, że mogą nawzajem wiele od siebie czerpać, uczyć się wzajemnie i tak zresztą się w Polsce dzieje.

Joanna Mikula

Bibliografia:

- 1) **M.Teesson, L. Degenhardt, W.Hall „Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne” GWP, 2005**
- 2) **M.Seligman, E.Wlaker D. Rosenham, „Psychopatologia” Zysk i S-ka Wydawnictwo, 2003**