

W 1980 roku Gloria Liman, analizując sukcesy i porażki leczenia „alkoholików” stwierdziła, że w procesie leczenia większą uwagę należy zwrócić na możliwość występowania u nich nawrotów choroby. Osoby uzależnione podejmując leczenie odwykowe podejmują próbę zmiany czegoś w swoim życiu, ta zmiana dotyczy wszystkich sfer ich życia, ale wielu z nich nie udaje się przeprowadzić tych zamiarów. Przez jakiś czas utrzymują abstynencję, następują wyraźne zmiany w ich sposobie myślenia, emocjach, zachowaniu, a potem wracają do picia. Dlaczego to robią, pomimo dużej już samowiedzy? Jak udoskonalić proces leczenia, aby skuteczniej zapobiegać nawrotom choroby? Aby można mówić o nawrocie choroby należy zająć się najpierw remisją. Remisja to stan poprawy w chorobie. Jest to proces, który od stanu względnej poprawy może prowadzić do stanu dużej widocznej zmiany w chorobie, jest to stan, gdy pacjent może wrócić do satysfakcjonującego życia. Kiedy zaczyna się remisja w trzeźwieniu? Czy w momencie podjęcia decyzji o zmianie, czy wtedy, gdy pacjent nauczył się już utrzymywać abstynencję i pracuje nad uznaniem bezsilności, czy wtedy, gdy przyjmuje tożsamość alkoholika? Z pewnością o dobrej remisji można mówić, gdy zaczynamy widzieć zmianę w myśleniu pacjenta.

Można popatrzeć na proces zdrowienia w następujący sposób

Okres rozwojowy zdrowienia	Cel
1.okres poprzedzający zdrowienie	uświadomienie sobie, że jest Problem, podjęcie decyzji o leczeniu
	kryzys motywacji
2. stabilizacja	radzenie sobie z ZA i sytuacjami kryzysowymi
3. wczesny okres zdrowienia	akceptacja choroby i umiejętność życia bez alkoholu
4.zdrowienie zaawansowane	zmiana stylu życia, życie w harmonii

5. późny okres zdrowienia	zmiana osobowości, rozwój duchowy
6. utrzymywanie trzeźwości	dalszy rozwój

ZDROWIENIE NIE JEST PROCESEM LINIOWYM , PRZEBIEGA Z WYBOJAMI, ZAGIĘCIAMI, TRUDNOŚCIAMI

Czym jest nawrót.

W potocznym rozumieniu to proces , w którym ludzie podejmują próbę zmieniania czegoś w swoim życiu, w tym celu uruchamiają pewne zachowania , ale nie udaje im się tych zmian osiągnąć. Nawrót to powrót do stanu sprzed podjęcia decyzji o zmianie. Powrót do starego myślenia, do nałogowego regulowania emocji, to ponowna utrata samokontroli, załamanie samokontroli. W uzależnieniu trzeźwienie jest przejęciem kontroli nad życiem, nawrót ponowną utratą tej kontroli.

Według Marlatta i Gordona (1985) nawrót to załamanie lub niepowodzenie czyjejś próby zmiany lub modyfikacji jakiegokolwiek zachowania.

Dlaczego zmieniamy podjęte postanowienie? Rozważmy to na przykładzie kobiety, która postanawia nie jeść czekoladek. Przede wszystkim musi być coś , co ją zmotywuje do tej zmiany.

1. Widzi sama, że ma kłopoty z nadwagą, że nie wygląda tak jakby chciała.
2. Jej idealny obraz siebie nie odpowiada temu co widzi w lustrze.
3. Ma mniejsze powodzenie u mężczyzn niż kiedyś, nikt już jej nie zaprasza na randki.
4. Nie mieści się w swoje ulubione sukienki.

Przez to wszystko czuje się nieszczęśliwa, coraz bardziej brzydka i samotna. Patrzy na swoje szczupłe koleżanki , skarży się im na swoją tuszę. Są więc straty. Tylko obecność wyraźnych strat może przynieść chęć zmiany. Któraś z koleżanek mówi jej o diecie, daje nadzieję na zmianę, mówi „ zobacz , możesz to zrobić, ja to zrobiłam, trzeba tylko chcieć i postanowić. Kobieta za namową koleżanki postanawia, stawia sobie cel schudnąć, nie uświadamia sobie jednak, że jej głównym celem jest nie schudnięcie, ale bycie znowu atrakcyjną. Odchudza się, przez pierwsze tygodnie stale o tym pamięta, zajmują ją stosowane diety. Zaczyna nawet czuć się lepiej, widzi pierwsze efekty. Ale stale widzi w sklepie czekoladki, kuszą ją. Inni jedzą , ona nie. Początkowo wydaje jej się ,że czekoladki nie robią na niej wrażenia. Nadal się odchudza, ale po

jakimś czasie przestaje wkładać tyle wysiłku ile wcześniej w swoje odchudzanie. Zaczyna zaniedbywać dietę, jeść rzeczy, których nie powinna., „Odpuszcza sobie trochę”. Aż wreszcie pewnego dnia chłopak, na którym jej zależało umawia się nie z nią, ale z jej koleżanką. To rodzi w niej napięcie i rozczarowanie. Ma zły humor i wtedy przychodzi myśl o czekoladzie. Ma ewidentny konflikt pomiędzy chęcią jedzenia czekolady a chęcią bycia szczupłą. Wygrywa to , co w danym momencie wydaje jej się atrakcyjniejsze. Już zeszczuplała, wygląda lepiej, mniej waży, to może trochę zje, a potem zacznie od nowa I tak chłopak jej nie chce....Niestety problem w tym, że postanowienie zmiany zawsze można zacząć od nowa. Każdy z nas planował w życiu, przynajmniej raz , że się zmieni w jakiejś kwestii. Zakładam ,że niektórzy wytrwali w postanowieniu, ale ci, którzy je złamali, niech zwrócą uwagę na ten moment machnięcia ręką i tłumaczenia sobie że „jeszcze tylko ten raz”, ostatni, a potem zaczną od nowa, od nowa będą, grzeczna. Ale też , a może się uda tylko trochę?

Z tego wniosek „że nie można sobie „odpuszczać”, że nie można trzeźwieć „trochę”. Trzeźwienie to ciężka praca nad sobą.

Osoby, które podejmują decyzje o zmianie, a należą do nich nasi pacjenci stają wielokrotnie przed koniecznością podejmowania , ponawiania decyzji, czy wytrwać w postanowieniu , nawet pomimo nieprzyjemnych objawów, czy też poddać się.

Człowiek widzi powody do zerwania z nałogiem, jednocześnie widzi powody do nie zrywania z nim . Dokonuje bilansu, ostateczny efekt zależy od ogólnego bilansu tych sprzecznych oczekiwań. Konflikt pomiędzy powodami do kontynuowania picia i powodami do zaprzestania staje się też źródłem napięcia. Kiedy pojawiają się kolejne stresory może dojść do efektu synergii i do załamania samokontroli. Napięcie zaś wzmaga głód alkoholu.

Im ważniejsza dla pacjenta jest dana czynność tym więcej wysiłku jest on w stanie włożyć w osiągnięcie celu.

Zatem tym co jest ważne dla abstynencji jest utrzymania cel.

Takie myślenie daje nam implikacje do terapii. Ważnym jej elementem jest stawianie przez pacjenta celu, odpowiadanie sobie na pytanie czego chcę, oraz praca nad jego osiągnięciem. Ten cel jest odległy w czasie, wymaga pracy, pacjent powinien mieć tego świadomość. U osób uzależnionych obserwujemy potrzebę otrzymania natychmiastowych gratyfikacji ,chcą już i teraz, dążą też do szybkiej zmiany samopoczucia. Ważne jest też zrozumienie, że trzeźwienie to stały, ciągle proces wymagający cierpliwości i stałego podtrzymywania decyzji o abstynencji, oparty na stałym dokonywaniu oceny korzyści i strat.

Postanowienia zmian różnią się między sobą:

jakością - / pierwsze decyzje często są płytkie, wynikają z motywacji zewnętrznej, dlatego w terapii pracujemy nad wzbudzeniem motywacji wewnętrznej, od „ chcę mieć spokój w domu do chcę mieć szczęśliwe życie z moją rodziną/

siłą - / pierwsze decyzje są słabe, dlatego pracujemy nad budowaniem ich siły/
motywacją – odpowiadamy na pytanie dlaczego to robię/

.Sam proces podejmowania postanowień poprzez ważenie wszystkich za i przeciw może mieć wpływ na końcowe efekty.

Dlatego ważne jest pozwolenie pacjentowi na dokonywanie bilansu zysków i start jakie może mieć z picia – tak, również zysków z picia.

A zatem raz jeszcze, nasz pacjent powinien odpowiedzieć sobie na pytania:

- czego tak naprawdę chcę
- jak bardzo tego chcę
- dlaczego tego chcę, jaką ma motywację do zmiany
- czy wierzę, że mogę to zrobić

Ważna jest też spójność pomiędzy decyzją o przerwaniu picia a zmianie całego sposobu życia. To pierwsze nie może powieść się bez tego drugiego. Nie wystarczy przerwać picie, życie wymaga zmian. Te zmiany często są bolesne, ktoś powiedział kiedyś „ ludzie zmieniają się, gdy ból stania w miejscu jest większy od bólu zmieniania się”.

Sama decyzja o niepicciu musi być związana z wyuczeniem konkretnych umiejętności

- radzenia sobie z głodem alkoholu
- radzenia sobie ze stresem i napięciami
- lepszego rozumienia siebie i otoczenia.

Liman prowadząc badania nad nawrotami twierdziła, że w różnych okresach procesu remisji dochodzi do stopniowego **nabywania** umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach. Osoby, które wytrwały w abstynencji rozpoczynały proces remisji od unikania ryzykownych sytuacji by następnie pozwolić sobie na strategię bardziej złożone oparte na dobrym rozumieniu problemu.

Tak więc tematy do pracy można nazwać następująco uwzględniając etapy trzeźwienia

Etap podstawowy

- praca z motywacją do trzeźwienia (grupa motywowania do zmiany)
- praca z głodem alkoholu na podstawowym poziomie

- praca z HALT, TAZA
- unikanie konfliktów
- planowanie dnia
- relaksacja
- codzienne odnawianie postanowienia o zmianie

I dalej :

- treningi umiejętności różnego rodzaju : rozwiązywanie problemów, radzenie sobie ze stresem, planowanie, asertywność, radzenie sobie ze złością
- nauka samoobserwacji
- treningi relaksacyjne
- treningi poprawy w relacjach z ludźmi
- treningi budowania wizerunku własnego, pracy nad problemami intrapsychicznymi.

Wielu różnych autorów jest zdania, że odpowiednim leczeniem osób pijących w sposób problemowy jest zwiększenie kompetencji społecznych, a także trening asertywności i nabycie umiejętności relaksacyjnych.

Dobry wynik leczenia wiąże się także z przekonaniem o własnej skuteczności oraz z nadzieją i optymizmem. Odnotowano pozytywną korelację pomiędzy poczuciem skuteczności własnej a zachowaniami związanymi z piciem w ciągu następnych 6 miesięcy.

W leczeniu odwykowym mówimy o nawrocie wtedy, gdy u pacjenta wystąpiła już jakaś wyraźna zmiana, utrzymuje abstynencję, zmieniło się jego myślenie i zachowanie.

Nawrót choroby to powrót starego myślenia, to powrót do starych przyzwyczajeń z okresu picia, to wyraźna zmiana w jego emocjach i zachowaniach. Nawrót choroby alkoholowej może przyjść. To, że się pojawia nie oznacza, że nic z nim nie możemy zrobić i pacjent musi się już napić.

Nawrót choroby można zatem powstrzymać.

Wielokrotnie bywa tak, że zarówno terapeuta , inni pacjenci z grupy, rodzina , ale także sam pacjent potrafią rozpoznać nawrót. Aby tak mogło się stać należy dysponować wiedzą o nawrocie. Samo jednak rozpoznanie przez terapeutę, że pacjent jest w nawrocie nie wystarcza, aby zapobiec piciu. Musimy wiedzieć jak skutecznie reagować. Mówienie „jesteś gotowy do picia” jest błędem w sztuce terapeutycznej. Odbiera bowiem pacjentowi nadzieję, że wytrwa w trzeźwości.

Nawrót często zaczyna się stresującego wydarzenia połączonego z brakiem możliwości czy umiejętności wyjścia z opresji. Pojawia się złe samopoczucie psychiczne i często fizyczne, pod postacią somatyzacji.

Sygnaly ostrzegające przed nawrotem choroby :

Istnieje dziesięć faz nawrotu choroby, w każdej z nich są specyficzne sygnały ostrzegawcze.

Faza I

Powrót zaprzeczania – w tej fazie osoba uzależniona staje się znowu niezdolna rozpoznać i uczciwie powiedzieć innym co czuje. Jest niespokojna, nerwowa, wybuchowa, a przeczy temu.

Faza II

Zachowania ucieczkowe i obronne

- przekonanie „nigdy już nie będę pić”
- nastawienie się na innych, mówienie o innych, a nie o sobie
- zachowania obronne
- zachowania kompulsywne
- zachowania impulsywne
- skłonność do izolowania się od ludzi, unikanie terapii i grup AA. Szukanie Wymówek „aby nie być na terapii.

Faza III

Narastanie kryzysu

- widzenie tunelowe
- subdepresja
- zanik konstruktywnego planowania
- plany zaczynają zawodzić, nie kończenie zadań

Faza IV

Utrata zdolności do działania

- marzycielstwo i myślenie życzeniowe
- poczucie, że niczego nie da się rozwiązać
- niedojrzałe pragnienie bycia szczęśliwym

Faza V

Dezorientacja i nadpobudliwość

- okresy dezorientacji
- irytacja wobec bliskich
- łatwe wpadanie w złość

Faza VI

Depresja

- nieregularne odżywianie
- brak chęci do działania
- zaburzenia snu
- zanik struktury dnia
- okresy głębokiej depresji

Faza VII

Problemy z kontrolą

- opuszczanie zajęć

- postawa typu „nie zależy mi”
- jawne odrzucanie pomocy
- niezadowolenie z życia
- knucie przeciw terapeutom
- uczucie bezsilności i bezradności

Faza VIII

Świadomość utraty kontroli

- użalanie się nad sobą
- myślenie o towarzyskim picu
- świadome kłamanie
- całkowita utrata wiary w siebie

Faza IX

Ograniczenie liczby wyborów

- nieuzasadnione pretensje
- przerwanie leczenia
- samotność, frustracja, gniew, napięcie
- utrata kontroli nad zachowaniem

Faza X

Epizod nawrotu choroby

- pierwszy kieliszek
- wstyd i wina
- bezradność i brak nadziei
- całkowita utrata kontroli
- szkody psychiczne, fizyczne i społeczne
- całkowite załamanie

Można też popatrzeć w inny sposób

ZESPÓŁ NAWROTU CHOROBY :

ZABURZENIA W SFERZE WEWNĘTRZNEJ

- zaburzenia myślenia
- zaburzenia emocjonalne
- kłopoty z pamięcią
- nasilenie stresu
- zaburzenia snu
- problemy z koordynacją ruchową

ZABURZENIA W SFERZE ZEWNĘTRZNEJ

- powrót zaprzeczania
 - zachowania ucieczkowe i obronne
 - narastanie kryzysu
 - utrata zdolności do działania
- Dezorientacja i nadpobudliwość

PROBLEMY Z KONTROLĄ

- depresja
- utrata kontroli nad zachowaniem
- świadomość utraty kontroli
- ograniczenie liczby wyborów
- epizod nawrotu choroby

Znajomość sygnałów ostrzegawczych jest niezbędnym warunkiem pracy z nawrotami, również istotne są plany awaryjne w sytuacji, gdy coś zaczyna się dziać. Pracujemy w terapii nad budowaniem takich planów, każdy pacjent powinien mieć indywidualną strategię postępowania w sytuacji nawrotu, same zajęcia grupowe to zbyt mało. Planowanie zapobiegania nawrotom daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa, wiedzą bowiem, że stale pracują nad sobą i utrzymaniem abstynencji. Również mogą opracować plan awaryjny, gdy nawrót już nastąpi.

Czyli rozróżniamy dwie rzeczy, plan zapobiegania nawrotom i plan awaryjny, gdy już nawrót wystąpi:

Etapy planowania zapobiegania nawrotom

1. Stabilizacja – kontrola nad sobą, emocjami, uczuciami i zachowaniami
Prowadzenie Dzienniczka Samoobserwacji.
2. Ocena sytuacji - dogłębne ocenianie własnego stanu psychicznego poprzez przeglądanie i ocenianie Dzienniczka Samoobserwacji.
3. Robienie codziennego, krótkiego bilansu dnia
4. Nauka rozpoznawania własnych sygnałów ostrzegawczych
5. Praca nad tym, aby pacjent chciał postępować tak jak się nauczył z sygnałami
6. Znajomość zasad trzeźwienia i stała praca nad ich przestrzeganiem
7. Stosowanie technik pracy nad sobą (utrzymywanie minimalnego poziomu przyjemnych czynności, życie „jak gdyby”, dobre traktowanie siebie, zdrowy sen, techniki relaksacyjne.
8. Dokonywanie przeglądu programu zdrowienia.
9. Wykonanie własnego planu awaryjnego, mapy awaryjnej, ze wskazaniem miejsc i osób do których pacjent powinien się udać.
10. Zaangażowanie osób znaczących w to, jak mogą pomóc w takiej sytuacji

Plan awaryjny

Pacjent powinien mieć przygotowany własny plan awaryjny, gdy już wystąpi nawrót. Polega on na strategii, gdzie iść, z kim rozmawiać, co robić. Problemem jest tu fakt, że wielu pacjentów w nawrocie nie chce korzystać z pomocy. Jednak z psychologicznego punktu widzenia powinno pojawić się rozważanie co robić, wypić czy nie, wahanie, wtedy, ktoś, kto ma plan awaryjny ma jednak niewątpliwie większą szansę, aby z niego skorzystać.

Jak pracować z pacjentem w nawrocie?

Mamy tu dwie sytuacje.

1. Gdy na skutek nawrotu choroby, po dłuższym okresie niepicia doszło do złamania abstynencji
2. Gdy nie doszło do złamania abstynencji, a pacjent jest w nawrocie.

Strategia postępowania pacjentem w nawrocie

Gdy doszło do złamania abstynencji

Ad 1.

1. Uspokój pacjenta, powiedz mu, że tak się zdarza w chorobie alkoholowej, powiedz mu, że cieszysz się, że przyszedł, okaż mu empatię, pamiętaj, że się wstydzi, że jest mu bardzo źle.
2. Dopytaj się jak się czuje fizycznie i psychicznie, okaż mu troskę.
3. Zapewnij go, że jest w stanie to przeżyć, że potrafi to przeżyć. Wzmocnij jego poczucie JA.
4. Zapytaj, czy chce popracować nad tym co się stało, jeżeli tak, to umów się z nim na tą pracę.
5. Dokonaj z pacjentem analizy tego co się stało w jego życiu, działo przed wystąpieniem nawrotu.(analiza czynników zewnętrznych i wewnętrznych nawrotu)
6. Dokonaj analizy tego co zaniedbał, z czym sobie nie poradził.
7. Poprowadź tak pacjenta, aby sam dokonał bilansu strat jakie poniósł obecnie z powodu złamania abstynencji.
8. Niech przypomni sobie własny cel trzeźwienia, niech nad nim popracuje.
9. Wzmacniaj pacjenta w ponownym postanowieniu zmiany życia .
10. Zapewnij go, że potrafi to zrobić.
11. Niech wykona nowy plan trzeźwienia.

Ad 2

Gdy nie doszło do złamania abstynencji

1. Uspokój pacjenta, powiedz mu, że tak bywa w chorobie alkoholowej, daj mu maksimum wsparcia.
2. Zapewnij go, że nawrót choroby alkoholowej da się przeżyć na trzeźwo, że inni też to przeżyli.
3. Wzmocnij jego poczucie samoskuteczności, powiedz mu, że potrafi, umie, może
4. Przypomnij mu jego sukcesy w trzeźwieniu, zmianę jego życia.
5. Niech przypomni sobie straty jakie miał z powodu picia.
6. Doprowadź do sytuacji, aby ponownie podjął decyzję, że chce nadal pracować nad sobą i swoim życiem, aby przejął odpowiedzialność.
7. Wspólnie z pacjentem dokonaj analizy czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które spowodowały nawrót choroby.

8. Niech pacjent wróci do poprzedniego planu zdrowienia, trzeźwienia i dokona oceny tego planu, dokona oceny, co zrobił niezgodnie z tym planem.

9. Niech opracuje ponownie plan zdrowienia.

10. Niech dokładnie przeanalizuje plan awaryjny radzenia sobie z nawrotem, co dobrego udało mu się zrobić, dzięki czemu zgłosił się po pomoc.