

Zaspokajanie podstawowych potrzeb psychologicznych

Bardzo ważne w kontekście dochodzenia do trzeźwości, a także radzenia sobie z zagrożeniami dotyczącymi trwania w abstynencji jest dbanie o stan swojej psychiki.

Wspieranie zaspokojenia potrzeb jest więc niezwykle istotnym elementem w terapii uzależnienia. Jednocześnie, co wynika z teorii autodeterminacji, zaspokojenie potrzeb psychologicznych jest warunkiem dobrostanu psychicznego i fizycznego oraz rozwoju osobistego. Natomiast frustracja – przeciwnie – może prowadzić nie tylko do braku dobrostanu, ale także nawrotu uzależnienia.

Potrzeby psychologiczne – czym jest teoria autodeterminacji?

Wskazuje ona trzy podstawowe i uniwersalne potrzeby psychologiczne człowieka: 1/potrzebę autonomii, 2/potrzebę więzi i 3/potrzebę kompetencji. Potrzeba, według tej teorii, jest definiowana jako wrodzony, psychologiczny stymulant, motywujący do działania oraz rozwoju.

Potrzeba autonomii dotyczy woli i akceptacji podejmowanych działań;

Potrzeba więzi odnosi się do poczucia ciepła i troski doświadczanych od osób dla nas ważnych,

Potrzeba kompetencji wiąże się z poczuciem efektywności w kontaktach z własnym środowiskiem. Poznawaniem i zdobywaniem nowych kompetencji, umiejętności. Bycie w czymś dobrym

Co istotne, zarówno zaspokajanie potrzeb, jak i frustracja są związane ze środowiskiem, w którym funkcjonuje dana osoba.

Niestety frustracja podstawowych potrzeb często prowadzi do wykształcenia substytutów potrzeb bądź tzw. zachowań kompensacyjnych, do których zalicza się np. zwalnianie samokontroli (np. picie alkoholu, samookaleczania), sztywne wzorce zachowań oraz zachowania buntownicze.

Zaspokojenie i frustracja potrzeb a używanie alkoholu

Z badań przeprowadzonych wśród społeczności Aborygenów wynika, że problemowe używanie alkoholu w jakimś stopniu wiąże się z próbą zaspokojenia podstawowych potrzeb psychologicznych. Inne badania także wykazały związek pomiędzy brakiem zaspokojenia potrzeb oraz frustracji a większym



zaangażowaniem w spożywanie alkoholu. Dowiedziono, że im słabsze zaspokojenie podstawowych potrzeb psychologicznych oraz silniejsza frustracja, tym należy spodziewać się większej skłonności do używania alkoholu.

Zaspokojenie i frustracja potrzeb a nawrót uzależnienia

Z wielu badań wynika, że trudności w zaspakajaniu potrzeb psychologicznych oraz nasilona frustracja powodują u osób z uzależnieniem od alkoholu postępującą destrukcję życia oraz nasilenie się symptomów zaburzenia.

Znaczenie zaspokojenia i frustracji potrzeb dla uzależnienia od alkoholu w kontekście nawrotu choroby alkoholowej nie zostało do tej pory zbadane na tak szeroką skalę, jak w przypadku innych uzależnień behawioralnych (np. hazardu czy zaburzeń odżywiania). Nawrót i zapobieganie mu stanowi jeden z głównych problemów w terapii uzależnień. Dlatego celem najnowszych badań przeprowadzonych w Polsce na grupie 115 pacjentów, podczas sześciotygodniowych stacjonarnych turnusów terapeutycznych, było określenie znaczenia zaspokojenia i frustracji podstawowych potrzeb psychologicznych dla ryzyka nawrotu w uzależnieniu od alkoholu.

Wnioski z badania

Dla większości pacjentów była to pierwsza próba leczenia. Zaspokojenie potrzeby autonomii, a szczególnie potrzeby kompetencji, najsilniej wpływało na poczucie samoskuteczności oraz radzenie sobie z sytuacjami ryzykownymi w kontekście używania alkoholu.

Jednocześnie pacjenci wykazujący wysoką frustrację potrzeby autonomii i kompetencji mieli zdecydowanie słabsze przekonanie co do skuteczności utrzymania abstynencji, a także silniej odczuwały głód alkoholowy.

W grupie badanych najsłabiej zaspokojona była potrzeba autonomii, z kolei najsilniej pacjenci odczuwali frustrację związaną z potrzebami kompetencji i autonomii. Wynika to głównie z dotychczasowych destruktywnych doświadczeń życiowych badanych, które niszczyły możliwość zaspokajania tych potrzeb.

Najmniej sfrustrowana była potrzeba więzi, co stanowi dobry prognostyk w kontekście postępów terapii i zapobiegania nawrotom. Zaspokajanie potrzeby więzi oraz posiadanie dobrych relacji z bliskimi wspierającymi osobami jest niezwykle ważnym elementem procesu trzeźwienia.



Według teorii autodeterminacji oraz mając na względzie wyniki badań nad efektywnością terapii, podstawą radzenia sobie z trudnymi problemami życiowymi, do których niewątpliwie należy proces trzeźwienia, jest posiadanie przekonania o samoskuteczności, będące odzwierciedleniem zaspokojenia potrzeby kompetencji.

W związku z tym wspieranie zaspokojenia potrzeb powinno być jednym z ważniejszych celów terapii uzależnienia.

Zaburzenia używania alkoholu i uzależnienie są stanami przewlekłymi. Po okresie abstynencji może nastąpić nawrót uzależnienia, stąd tak ważne jest zrozumienie przez osoby uzależnione okresów abstynencji, analiza wyzwalaczy oraz innych zmiennych.

W 2021 roku ponad 29 mln osób w wieku powyżej 12 lat spełniało kryteria zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (AUD). Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od tej substancji wiąże się z poważnymi szkodami zdrowotnymi oraz konsekwencjami społecznymi. Co więcej, AUD może przyspieszyć wystąpienie i nasilenie współwystępujących zaburzeń psychicznych.

Abstynencja alkoholowa wśród osób z AUD może skutkować pojawieniem się nieprzyjemnych objawów odstawienia alkoholu (w tym delirium tremens), kliniczne korzyści z abstynencji można osiągnąć dzięki odpowiedniemu monitorowaniu medycznemu oraz ewentualnemu wsparciu farmakologicznemu. Korzyści z abstynencji czy ograniczenia picia odczuje nie tylko osoba uzależniona, ale także jej bliscy i dalsze otoczenie (np. współpracownicy).

Badania dotyczące abstynencji

Autorom omawianego badania udało się uzyskać dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej osób dorosłych z AUD zgłaszających się na oddział ratunkowy w Baltimore (Maryland), którzy otrzymali krótką pomoc w obszarze używania substancji. Karty pacjentów zawierały informacje na temat okresów abstynencji.

Analizie poddano karty 153 pacjentów, głównie mężczyzn ($n = 109$, 71,2%), rasy białej ($n = 98$, 64,1%), ze średnim wiekiem 43,8 lat. Zebrane dane dotyczyły długości abstynencji, motywów abstynencji, czasu nawrotu, wyzwalaczy oraz leczenia. Do podsumowania charakterystyki próby wykorzystano statystyki opisowe.



• Długość abstynencji a nawrót uzależnienia

Najczęstszym kodem określającym długość abstynencji było „od 1 do 5 lat” (55 osób). Inne kody długości abstynencji obejmowały „mniej niż 1 rok” i „więcej niż 5 lat”.

Analizowano dodatkowo, czy pacjenci wcześniej mieli już na koncie okresy abstynencji. Ze względu na fakt, że możliwe było udzielenie zaledwie odpowiedzi „tak” lub „nie”, niemożliwe było przeprowadzenie dokładnej analizy. Jednak biorąc pod uwagę, że czas trwania abstynencji jest znanym predyktorem długoterminowych wyników związanych z rekonwalescencją, takich jak ogólny stan zdrowia, sytuacja finansowa i wsparcie społeczne, uzasadniona jest większa precyzja przy ocenie znaczenia wcześniejszych okresów abstynencji podczas krótkich programów interwencyjnych.

• Motywy abstynencji a nawrót uzależnienia

Powód abstynencji był różny, a w niektórych przypadkach opisano wiele powodów abstynencji. „Siła woli”, chęć zatrudnienia, pobyt w zakładzie karnym i hobby były najczęściej identyfikowanymi powodami abstynencji. Pierwszy ze wskazanych, czyli „siła woli” była wskazywana najczęściej. Chociaż konstrukt siły woli jest mglisty i brakuje mu formalnej charakterystyki empirycznej, czasami jest on charakteryzowany jako użycie wewnętrznych sił w celu uniknięcia używania substancji. Jak wskazują autorzy badania, klinicyści mogą pomagać osobom zainteresowanym abstynencją identyfikując ich mocne strony, takie jak siła woli i samoregulacja, uświadamiając ich o tych mocnych stronach, opracowując plany wykorzystania ich mocnych stron w celu osiągnięcia abstynencji i wzmacniając te mocne strony poprzez pozytywne opinie.

Niniejsze analizy podkreślają także, że zatrudnienie i hobby mogą być cennymi alternatywnymi wzmocnieniami, które można wykorzystać w procesie trwania w abstynencji.

• Czas nawrotu i wyzwalacze nawrotu

Czas nawrotu wahał się od 6 dni do 27 lat przed wizytą na SOR, co odpowiada potencjalnie różnej gotowości do zmiany. Przyczyny nawrotu obejmowały stresory rodzinne (bez śmierci), śmierć bliskiej osoby, żal, przyczyny społeczne, ekonomiczne i związane z leczeniem.



• Leczenie

Dane zidentyfikowały kilka kodów dotyczących uczęszczania na leczenie, abstynencji podczas leczenia i abstynencji po leczeniu. Wykazano, że skuteczne leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji przedłuża długość abstynencji od substancji. Przerwanie leczenia zostało odnotowane jako przyczyna nawrotu u kilku pacjentów. Nagłe przerwanie leczenia stanowi szczególne ryzyko dla pacjentów powracających do podobnych wzorców używania substancji.

Podsumowanie badań

Czynniki wywołujące nawrót były tematycznie związane z rodziną, śmiercią bliskiej osoby, problemami społecznymi, ekonomicznymi i związanymi z leczeniem. Stresory związane z tymi tematami należy badać i reagować indywidualnie. Naukowcy wskazują, że dobrym pomysłem może być badanie przesiewowe pod kątem niedawnej śmierci bliskiej osoby i skierowanie na indywidualną lub grupową terapię żałoby. Ponadto, interwencje powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i mogą obejmować terapię indywidualną skoncentrowaną na traumie, identyfikację strategii redukcji stresu, terapię par/rodzin lub udział w grupach wsparcia. Wyzwalacze nawrotów są liczne, zmienne i złożone, dlatego istnieje dodatkowa potrzeba oceny skutecznych interwencji, które mogą łagodzić stresory.

Nawrót choroby alkoholowej jest procesem podzielnym na etapy, w którym ostatecznym jest złamanie abstynencji. Zespół nawrotu choroby to w pierwszej kolejności powrót do wcześniejszego sposobu funkcjonowania, myślenia, czucia i systemu wartości, który może skończyć się ponownym problematycznym użytkowaniem alkoholu, ale nie musi.

Zespół uzależnienia od alkoholu objawia się okresami abstynencji i nawrotami. Nawrót to najprościej mówiąc powrót do używania substancji po okresie abstynencji. Wielu badaczy rozróżnia tzw. wpadkę, czyli jednorazowy epizod złamania abstynencji, od pełnego nawrotu, czyli powrotu do przewlekłego picia (np. model poznawczo – behawioralny nawrotu Marlatta i Gordona). Po jednym i drugim zdarzeniu, niezależnie od definicji, możliwy jest powrót do abstynencji.

W pierwszym etapie nawrotu zmienia się myślenie i odczuwanie, pojawiają się już zmiany w zachowaniu, widoczne są zmiany w relacjach. W tej fazie osoba uzależniona odczuwa wyższy poziom stresu, następuje zmiana jej zdolności



„trzeźwego” oceniania różnych zjawisk, aktywują się mechanizmy uzależnienia (mechanizm iluzji i zaprzeczeń), powoli zmienia się postawa osoby w nawrocie wobec dbania o siebie. Osoba uzależniona doświadczająca nawrotu choroby oddala się od zdrowienia, tj. dobrych nawyków, regularności swoich działań podtrzymujących trzeźwość, zaczyna funkcjonować tak, jak w okresie używania substancji, mimo że jeszcze nie doszło do spożycia alkoholu.

Skłonność do nawrotów u osób uzależnionych jest naturalnym elementem trzeźwienia. Wiele osób ma jednak trudność w mówieniu otwarcie o swoich nawrotach i odczuwa wstyd wynikający z pogorszenia swego stanu. Stąd, kolejną fazą nawrotu może być powrót do nieuczciwego mówienia o tym, jak się osoba z uzależnieniem czuje i co przeżywa, zaprzeczanie zauważaniu sygnałów ostrzegawczych oraz niemówienie o swoim niepokoju. Unikanie nie dotyczy jedynie niemówienia, ale także niesłuchania. Osoba w kryzysie izoluje się od tych, którzy mogliby skonfrontować ją z rzeczywistością czy zmuszać do zauważania i nazywania pojawiających się zmian w różnych sferach. Niechęć do słuchania informacji zwrotnych od bliskich przechodzi w defensywność i zaprzeczanie. Wkrótce destabilizuje się harmonogram życia, zanika planowanie dnia, dochodzi do zachowań impulsywnych czy ucieczkowych, jak np. przesypianie dnia, nadmierne kupowanie, kompulsywne jedzenie. Osoba uzależniona stara się zewnętrze regulować emocje, które stają się nieprzyjemne ze względu na narastające napięcie. W tym momencie występują u niej napady złości, irytacji, rozdrażnienia, przygnębienia, smutku, apatii, zanika motywacja do działania, wzrastają problemy z koncentracją i często pojawiają się problemy ze spaniem. Jednym z głównych objawów kryzysu nawrotowego jest utrata wiary w dalsze leczenie, zaprzestanie uczęszczania na mityngi AA czy terapię indywidualną. Poprzez ukrywanie poczucia bezradności osoba doświadczająca nieprzyjemnego stanu odrzuca pomoc z zewnątrz, nierzadko użalając się nad swoją sytuacją, lecz nie podejmując kroków w kierunku zmiany. Narastający kryzys demotywuje do jego przerwania, a zachęca do „poradzenia” sobie z nim poprzez spożycie alkoholu.

Ponieważ proces nawrotu choroby zaczyna się o wiele wcześniej, niż sięgnięcie po substancję, istnieje szansa, że przy dobrym rozpoznaniu sygnałów ostrzegawczych, znajomości własnych wyzwalaczy (uczucia, osoby, miejsca, sytuacje) i znalezieniu wsparcia na zewnątrz, proces ten da się zatrzymać przed złamaniem abstynencji.

Według doniesień naukowych istnieje kilka czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu choroby alkoholowej. W wielu badaniach wykazano, że im młodszy wiek osoby uzależnionej, tym większe



prawdopodobieństwo nawrotu. Gorszy stan zdrowia fizycznego jest istotnie związany z wyższym ryzykiem powrotu do spożywania alkoholu, w tym duże znaczenie mają zaburzenia snu. Ważnym czynnikiem ochronnym jest natomiast wysokie poczucie własnej skuteczności. Konsekwentnie stwierdzono, że posiadanie pozytywnego kontekstu społecznego (np. zatrudnienie, wyższy status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie) oraz wysokiej jakości wsparcia wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem nawrotu.

Podsumowując, nawrót choroby alkoholowej, jak każdy kryzys, może być rozwojowy. To znaczy, że zatrzymany w porę – może nauczyć czujności na swoje zdrowie, uważności na sygnały ostrzegawcze i dobrego kontaktu z samym sobą. Nawrót jest naturalną częścią uzależnienia, wpisaną w charakterystykę choroby alkoholowej. Poprzez dbanie o swoją trzeźwość, można być bliżej zdrowia niż choroby i „żyć normalnie”.

Troszczenie się o siebie to nie tylko kontrola zdrowia fizycznego, wysypianie się, wypełnianie obowiązków czy rozwijanie pasji. W momentach stresujących warto podejmować trud proszenia o pomoc. Także Program 12 Kroków AA jest rekomendowanym programem zapobiegania nawrotom choroby. Czasem najbardziej pomocne okazuje się wsparcie osób, które doświadczają podobnych trudności i chętnie dzielą się swoimi sposobami na ich przezwyciężanie, które jest możliwe.

