

Profilaktyka problemów alkoholowych w systemie penitencjarnym

Krzysztof A. Wojcieszek (cz. I i II) (SWWS),
Katarzyna Iwanicka (UW),
Ewa Krokosz (SWWS), Agnieszka Nowogrodzka (SWWS),
Maria R. Wojcieszek (cz. III)

Profilaktyka problemów alkoholowych w systemie penitencjarnym

Redakcja naukowa Krzysztof A. Wojcieszek



Norway grants

Książka opublikowana w ramach projektu pn. „Pilotażowe kompleksy penitencjarne” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego pn. „Sprawiedliwość” finansowanego ze środków funduszy norweskich i środków krajowych.

Recenzenci:

dr hab. n. med. Krzysztof Ośtaszewski, Instytut Psychiatrii i Neurologii
dr hab. prof. uczelni SWWS Sławomir Cudak

Redaktor naukowy:

Dr hab. prof. uczelni SWWS Krzysztof A. Wojcieszek

Projekt okładki:

Sławomir Górzyński

Opracowanie redakcyjne:

Agnieszka Fila

Skład:

Mercurius

© Copyright by Szkoła Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości, 2021

ISBN DiG: 978-83-286-0176-5

ISBN SWWS: 978-83-66454-20-0



Wydawnictwo DiG Sp.j.

PL 01-987 Warszawa, ul. Dankowicka 16c lok. 2

tel./fax: (+48 22) 839 08 38

e-mail: biuro@dig.pl, <http://www.dig.pl>

Druk cyfrowy

Spis treści

Część I (Krzysztof A. Wojcieszek)

| | |
|--|----|
| Wprowadzenie. Przesłanki stosowania profilaktyki problemów alkoholowych w systemie penitencjarnym | 9 |
| Epidemiologia problemów alkoholowych wśród osadzonych | 14 |
| Związek nadużywania alkoholu i przestępczości | 18 |
| Nadużywanie alkoholu a recydywa | 21 |
| Paradoks prewencyjny: dlaczego nie wystarczy zajmować się wyłącznie terapią uzależnień | 24 |
| Klaryfikacja wartości — alkoholowe zyski i straty. Mapa problemów alkoholowych | 27 |
| Kontekst społeczny nadużywania alkoholu na świecie, w Europie i w Polsce. Normy społeczne, style używania | 39 |
| Z kim pracujemy? Obciążenia czynnikami ryzyka wśród osadzonych | 48 |
| Czynniki ryzyka problemów alkoholowych służb mundurowych | 50 |
| Różnice między pracą indywidualną a grupową w profilaktyce problemów alkoholowych. Wyniki ewaluacji programu „Korekta” | 53 |
| Interwencyjne aspekty profilaktyki w grupie ryzyka: interwencja, dialog motywujący i terapia. | 58 |
| Zmiana indywidualna i zmiana społeczna. | 64 |
| Garść informacji o alkoholu etylowym. Zakończenie podsumowania teoretycznego i części pierwszej monografii | 70 |

Część II Narzędzia interwencji profilaktycznej w grupie (Krzysztof A. Wojcieszek)

| | |
|---|-----|
| Scenariusz programu „Korekta dla osadzonych” Wersja A (klasyczna) | 79 |
| Wersja B — syntetyczna, rok 2021. | 131 |

Część III Konteksty

| | |
|---|-----|
| Badanie ewaluacyjne programu profilaktycznego „Korekta” (<i>Maria R. Wojcieszek</i>) | 165 |
| Kryteria diagnostyczne i objawy zespołu uzależnienia od alkoholu (<i>Katarzyna Iwanicka</i>) | 177 |
| Krótką Interwencja w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z osadzonymi w jednostkach penitencjarnych (<i>Ewa Krokosz</i>) | 191 |
| Czy profilaktyka problemów alkoholowych jest ważna w warunkach izolacji penitencjarnej? Funkcjonariusze Służby Więziennej o potrzebach w zakresie programów profilaktycznych dla osób pozbawionych wolności (<i>Agnieszka Nowogrodzka</i>) | 207 |
| Aneks. Dodatkowe narzędzia i materiały | 221 |
| Noty o Autorach | 235 |

Część I

Wprowadzenie. Przesłanki stosowania profilaktyki problemów alkoholowych w systemie penitencjarnym

Tytuł monografii brzmi: „Profilaktyka problemów alkoholowych w systemie penitencjarnym”. Jak rozumieć poszczególne terminy wykorzystane w tytule? „Profilaktyka” zazwyczaj jest rozumiana jako działania zapobiegające wystąpieniu określonych szkód czy strat. Jest to pojęcie używane bardzo rozmaicie, co skłania badaczy do prób zdefiniowania go w danym kontekście (Salamucha, 2016). **Tutaj rozumiemy przez profilaktykę wszelkie działania, sytuacje czy decyzje, które zmniejszają ryzyko wystąpienia różnorodnych strat czy niepożądanych stanów wynikających z określonego zachowania osób, w tym wypadku z używania lub nadużywania alkoholu etylowego przez osoby w dowolnym wieku i sytuacji.** Dlaczego włączamy tutaj używanie alkoholu, skoro znajduje się ono wśród zaakceptowanych społecznie (i prawnie) zachowań ludzkich? Ponieważ obecnie uważa się, że narastanie ryzyka strat pojawia się od początku używania i występuje nawet przy konsumpcji małej ilości etanolu uznawanej dotychczas za umiarkowaną czy „rozsądną”. Osobną kwestią jest wielkość tego ryzyka, ale straty z tytułu samego używania zostały zbadane i stąd decyzja rządu brytyjskiego, aby zalecić swoim obywatelom pełną abstynencję jako styl życia pozbawiony ryzyka alkoholowego. I nie chodzi w tym wypadku o ryzyko uzależnienia, ale na przykład o ryzyko pojawiania się nowotworów (Cao i wsp., 2015), w tym zwłaszcza raka piersi u kobiet¹ (Moskalewicz, 2007, s. 56; Tkaczuk-Włach i wsp., 2012, s. 343). Już małe dawki etanolu okazały się kancerogenne w zauważalnym stopniu. Władze brytyjskie przyjęły model, w którym to sam konsument musi oszacować ryzyko określonej konsumpcji, wiedząc, jakie jest prawdopodobieństwo negatywnych

¹ „Związki alkoholu z rakiem piersi stwierdzono w licznych badaniach oryginalnych i pracach przeglądowych (1). Metaanaliza sześciu prospektywnych badań amerykańskich wykazała, że ryzyko raka piersi jest 30–40% wyższe u kobiet spożywających ok. 30 ml etanolu dziennie (13). Wcześniejsza metaanaliza ukazała (14), że ryzyko nowotworu piersi narasta wraz ze wzrostem konsumpcji już od 15 ml alkoholu dziennie. J. Moskalewicz (2007), *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu, Alkoholizm i Narkomania*, t. 20, nr 1, s. 56.

rezultatów picia i na czym one polegają². Z tego powodu w podanej definicji znalazło się również słowo „używanie”, a nie, jak się tradycyjnie stosuje, „nadużywanie”. Oczywiście szkody wynikające z nadużywania są masywne, dobrze zdefiniowane i rozległe, a szkody wynikające jedynie z używania są jak na razie selektywne i nadal badane. Wydaje się jednak, że trzeba być odpowiedzialnym i trzymając się wyników badań naukowych, stwierdzić, że już samo używanie alkoholu etylowego może być w pewnych sytuacjach automatycznie kwalifikowane jako nadużywanie z powodu wystąpienia negatywnych skutków³. Niniejsza monografia jest napisana z pozycji szacunku dla pełnej abstinencji alkoholowej, aczkolwiek autor zdaje sobie sprawę z małej popularności takiego podejścia w Europie, w tym w Polsce. Nie należy jednak zapominać, że na świecie aż 57% osób powyżej 15. roku życia nie używało w ostatnim roku żadnego napoju alkoholowego, a w Polsce było to 32% ogółu populacji (Global Report on Alcohol and Health 2018 WHO, wstęp i s. 281 dla Polski). To optymistyczne wskaźniki. W późniejszych rozdziałach zajmiemy się jeszcze osobno tą kwestią.

W tytule książki znalazł się termin „problemy alkoholowe”. Jesteśmy przyzwyczajeni do zauważania głównie uzależnienia od alkoholu, co powoduje chętnie stosowanie terminu „profilaktyka uzależnień”. To błąd merytoryczny (Mellibruda, 1997)⁴. Uzależnienie od alkoholu nie jest jedynym, ani nawet nie jest głównym rodzajem szkód czy strat alkoholowych. Strat tych jest bardzo wiele i bardzo różnych. Podajmy przykład rzeczywisty: w podwarszawskiej miejscowości pewien 14-latek zażywał kąpeli w dniu swych urodzin. Chwilę wcześniej wypił pewną ilość piwa. Z całą pewnością nie był uzależniony od alkoholu. Utonął, co lekarze przypisali wpływowi etanolu na jego organizm. Przypomnijmy — nie był uzależniony, to było picie okazjonalne, rekreacyjne, chociaż w jego wieku i sytuacji z pewnością szkodliwe.

Badacze chętnie odwołują się do tzw. **paradoksu prewencyjnego**⁵, który głosi, że:

² UKChiefMedicalOfficers' LowRiskDrinkingGuidelines. (2016). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf.

³ A large new global study published in the Lancet has confirmed previous research which has shown that there is no safe level of alcohol consumption. L. Ives (24.08.2018), *No alcohol safe to drink, global study confirms*, BBC News, <https://www.bbc.com/news/health-45283401>; GBD 2016 Alcohol Collaborators (September 22, 2018), *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*, “The Lancet”, V. 392, nr 10152, s. 1015–1035.

⁴ „Dlaczego oponuję przeciw nazwie „profilaktyka uzależnień”? Otóż jeśli przyjrzymy się zarówno praktyce, jak i potrzebom oraz oczekiwaniom związanym z profilaktyką, to okaże się, że chodzi o coś znacznie więcej niż zapobieganie uzależnieniom. J. Mellibruda (1997), *Profilaktyka problemowa*, „Remedium”, nr 10, s. 17–20, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/701-profilaktyka-problemowa.html>.

⁵ I. Rossow, A. Romelsjo (2005), *The extent of the “prevention paradox” in alcohol problems as a function of population drinking patterns*, “Addiction”, V. 101, nr 1, s. 84–90;

Suma strat spowodowanych lub doświadczanych przez osoby niezależnie nadużywające alkoholu jest wyraźnie większa niż suma podobnych strat spowodowanych lub doświadczanych przez osoby uzależnione od alkoholu.

To niezwykle ważne, aby zauważać szersze spektrum szkód alkoholowych. Bynajmniej nie ograniczają się one jedynie do stanu uzależnienia. Podajmy odpowiedni przykład, który oświetli zagadnienie. Według „Global Report on Alcohol and Health WHO 2018” (s. 181) w Polsce jest 2,2% osób uzależnionych w populacji starszej niż 15 lat. Zaś osób, które doznają różnych schorzeń w wyniku nadużywania alkoholu, jest 12,3%. Znacznie więcej. Już najwyższa pora, aby zauważać wszelkie straty i szkody (np. przestępstwa, wypadki, absencję w pracy lub utratę pracy, demoralizację nieletnich, straty wizerunkowe, utratę zdrowia), a nie tylko skupiać się na samym uzależnieniu. W obecnej pracy konsekwentnie będziemy zauważać „problemy alkoholowe”. Uzależnienie to tylko jeden z tych problemów, mocno specyficzny, chociaż bardzo poważny i bardzo wyrazisty.

Ostatnia klasyfikacja zaburzeń DSM V⁶ promuje podejście, w którym klasyczny alkoholizm jest określany jako zaburzenia związane z piciem alkoholu w stopniu ciężkim, a wcześniejsze formy nadużywania znane jako picie ryzykowne i szkodliwe są określane jako zaburzenia związane z piciem alkoholu w stopniu lekkim (łagodnym) lub umiarkowanym. Być może jest to kierunek głębszego rozumienia zjawiska uzależnienia jako swoistego *continuum*, ale tutaj będziemy zwracać uwagę na szkody, które niekiedy pojawiają się u osób niezakwalifikowanych do żadnej z tych 3 grup (np. FAS/FAE bywa taką szkodą). Inny przykład: funkcjonariusz Służby Więziennej został zidentyfikowany jako kierujący pojazdem w stanie nietrzeźwości. Powoduje to bardzo nieprzyjemne konsekwencje prawne i służbowe, lecz nie powoduje automatycznego zidentyfikowania go jako uzależnionego. Mogło się zdarzyć, że rzadko sięga po alkohol i nie kwalifikuje się do uzależnionych. Z tego i innych powodów wolimy tutaj używać starszej klasyfikacji DSM IV czy ICD 10, które rozróżniały picie ryzykowne, szkodliwe i uzależnione. Wydają się one bardziej efektywne edukacyjnie z punktu widzenia celów programu „Korekta”.

W każdym razie zarysujemy w miarę możliwości pełną „mapę problemów alkoholowych”, wspominając o najpoważniejszych. Oczywiście zespół uzależnienia od alkoholu nie zostanie pominięty jako jedna ze strat, i to bardzo istotna.

A.K. Danielsson, P. Wennberg, B. Hibell, A. Romelsjö (2012), *Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply?*, „Addiction”, V. 101, nr 1, s. 71–80.

⁶ *Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych*, DSM (ang. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) — podręcznik z klasyfikacją zaburzeń psychicznych wydawany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013). Wydanie polskie: Zespół (red.) (2020), *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM–5*, wyd. 5, Wrocław. Klasyfikacja DSM V odchodzi od stosowania określenia „uzależnienie”, zastępując je określeniem „zaburzenia związane z piciem alkoholu” (ang. *alcohol use disorder*), my ze względu na to, że opisywane w niej zaburzenia w dużym stopniu pokrywają się z pojęciem zespołu uzależnienia od alkoholu, obecnym nadal w klasyfikacji ICD 11, czasami będziemy używać tego uproszczenia.

Koniecznien trzeba też zwrócić uwagę na tę część definicji, która mówi o celu, jakim jest zmniejszenie ryzyka strat (zarówno częstości występowania, jak i ich dolegliwości). Otóż ani profilaktyka, ani terapia nie są jakąś magią, która redukuje problemy do zera. Zawsze będą niepowodzenia w obu dziedzinach. Wspominamy o tym, gdyż często zdarzają się nierealistyczne oczekiwania, które dezawuuują wysiłki terapeutów czy profilaktyków. Słyszymy: tyle pracowaliście, a Iksiński znowu się upił i narozrabiał. Tyle pracowaliście, a Iksiński znowu pobił swą żonę, tyle pracowaliście, a Iksiński znowu trafił za kraty. Każdy rozsądny człowiek zdaje sobie sprawę z tego, że istnieją określone rodzaje działań, które nie mogą być w 100% skuteczne, z natury rzeczy. Dlatego w profilaktyce zadowalamy się zmniejszaniem **ryzyka** szkód. Przecież ich mniejsza częstość czy ciężar oznacza, że mniej osób doznaje cierpienia i strat. W Polsce notuje się ok. 53–57 zgonów „odalkoholowych” dziennie (Wojcieszek, 2019, s. 71–72). Gdyby udało się sprawić, aby ich było dajmy na to 56, i jeden człowiek dziennie by ocalał, to czy nie byłoby warto pracować? To 365 ocalonych w ciągu roku. To cały batalion. W ciągu wielu lat praktyki zauważyłem, że podobną pułapkę na profilaktyków i terapeutów zastawiają często albo nieorientowani, albo nieżyczliwi. Jeśli ktoś sam ma kłopoty alkoholowe, to będzie chętnie poddawał krytyce efektywność terapii uzależnień i profilaktyki problemów alkoholowych. No bo po co się wysilać, skoro i tak nie pomogą? Pomogą terapeutycznie, wedle statystyk aż w 35% przypadków (Modrzyński, 2012, s. 419)⁷, skutecznie zatrzymując śmiertelne zagrożenie. To mało? Zatem nie dajmy się złapać w tę pułapkę. Z założenia opisywane w tej monografii wysiłki są skuteczne w jakimś określonym stopniu. Staramy się mierzyć, w jakim stopniu, poddając je ewaluacji. Profilaktycy zazwyczaj wiedzą, w jakim stopniu bywają skuteczni. Sprawdzają to empirycznie.

Na koniec o „profilaktyce w systemie penitencjarnym”. Owszem, książka jest pisana z nadzieją wsparcia tego systemu i podania wiedzy oraz gotowych narzędzi do pracy z osadzonymi, ale też z funkcjonariuszami i członkami ich rodzin. Wszyscy współtworzą „system penitencjarny”. Co do osadzonych to sprawa jest jasna: alkohol jest uznanym przez kryminologów czynnikiem ryzyka przestępstw, a penitencjaryści wiedzą też, że bardzo utrudnia uzyskanie pozytywnych rezultatów resocjalizacyjnych. Wielu recydywistów właśnie nadużywaniu etanolu „zawdzięcza” szybki powrót za kraty. I to jest grupa docelowa niniejszej pracy, głównie w aspekcie profilaktycznym. Co do terapii uzależnień, to ona dobrze się rozwija w systemie penitencjarnym i wystarczy wspierać ten proces (Linowski, Nowicka, 2004)⁸. Profilaktyka zaś bywa stosowana od czasu do czasu, w sposób

⁷ W pracy przeglądowej Roberta Modrzyńskiego znajdujemy zestawienie skuteczności większości obecnych form terapii: R. Modrzyński (2012), *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 25 nr 4, s. 417–426.

⁸ Autorzy monografii dają szeroki przegląd różnych aspektów terapii uzależnień w systemie więziennictwa: K. Linowski, J. Nowicka (2004), *System terapeutyczny dla więźniów*

mniej konsekwentny. Stąd potrzeba systematycznego jej wzmocnienia. Jednak poszerzamy perspektywę o tę drugą część systemu, o funkcjonariuszy. Trudna praca i codzienne obcowanie z osobami osadzonymi może sprzyjać temu, że kłopoty z alkoholem mogą pojawić się również w gronie funkcjonariuszy. Opisywane tutaj narzędzia nadają się do stosowania również w tej grupie odbiorców, jeśli zajdzie taka potrzeba. Ponadto główne narzędzie, program „Korekta”, ma zastosowanie w życiu całkiem cywilnym w wielu grupach ryzyka, jak studenci, starsi uczniowie czy reprezentanci różnych zawodów (żołnierze, policjanci). Osoba, która skutecznie opanuje jego metodykę, może z powodzeniem używać jej w pracy poza systemem penitencjarnym, w dalekiej perspektywie prewencyjnej, gdyż redukując poziom zachowań ryzykownych, redukujemy też częstość przestępstw. Można zatem pracować tą metodą z osadzonymi, z kadrą więziennictwa i z różnymi grupami podwyższonego ryzyka, zwłaszcza z młodymi dorosłymi. Właśnie młodzi dorośli piją najwięcej i najbardziej ryzykownie (wiek między 18 a 28 lat, nawet do 35)⁹. Każda inwestycja moderująca picie w tej grupie wiekowej sownie się opłaca, redukując szkody, w tym związane z przestępczością.

Dodajmy, że grupa ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia dostrzega zarówno potrzebę, jak i możliwość interwencji profilaktycznych w systemie więziennictwa. Dokonali oni przeglądu sytuacji i badań na świecie. Z tych prac wyłania się wniosek, że jeśli nie pracujemy profilaktycznie podczas odbywania kary przez skazanych, to marnujemy ważną okazję poprawy jakości życia nas wszystkich (Graham, Parkes, McAuley, Doi, 2012)¹⁰.

uzależnionych od alkoholu, Ostrowiec Świętokrzyski. Nowsze doprecyzowania w: T. Głowik (2019), *Zmiana paradygmatów w terapii uzależnień*, „Resocjalizacja Polska”, v. 17, s. 91–101.

⁹ Przekłada się to również na większe ryzyko narkotykowe: K. Bobrowski (2008), *Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 21 nr 4, s. 341–362.

¹⁰ L. Graham, T. Parkes, A. McAuley, L. Doi (2012), *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*, WHO, ISBN 978 92 890 0290 5.

Epidemiologia problemów alkoholowych wśród osadzonych

Szacuje się¹, że nawet ponad 70% osób odbywających karę pozbawienia wolności lub objętych innymi formami ograniczenia wolności (nadzór elektroniczny, kuratela) ma różnorodne problemy związane z nadużywaniem alkoholu. To tak duży współczynnik, że gdyby chodziło tylko o uzależnienie, to uzasadniałoby przekształcenie systemu więziennictwa w jakiś swoisty „system leczenia odwykowego”. Ani to realistyczne, ani też potrzebne, gdyż większość z tych 70% raczej nie jest uzależniona w stopniu ciężkim, wymagającym terapii uzależnień. Natomiast zasługują na intensywne działania profilaktyczne, zwłaszcza w kontekście zapobiegania recydywie. Oczywiście w gronie tych 70% są też, i to zapewne liczni, poważnie uzależnieni. Jak wielu? To trudniej ocenić, ale można przypuszczać, że wielu (badania są oszacowaniem na podstawie próby). Osadzeni to głównie mężczyźni, a w tej grupie w całej populacji notuje się 4,1% osób uzależnionych od alkoholu starszych niż 15 lat (tak to się ujmuje w statystykach WHO, starsi niż 15 lat to jakby już dorośli)². Są kraje, które zalegalizowały używanie napojów alkoholowych przez 16-latków, stąd ta kategoria 15+. W skali kraju to ok. 600–700 tys. osób definitywnie uzależnionych. Dla rozczarowanych tą „niską liczbą” — to 7 razy więcej, niż liczy polska zawodowa armia. Można przypuszczać, że odsetek osób uzależnionych wśród osadzonych jest wyższy z uwagi na częstą okoliczność wystąpienia nietrzeźwości w kontekście popełnienia przestępstwa. Wśród zabójców nietrzeźwych jest ok. 80%, wśród włamywaczy ok. 40%³.

Próby oceny ilościowej odsetka osób „mających problemy z alkoholem” w populacji osadzonych potwierdzają wysokie wysycenie tej grupy osobami problemowo pijącymi. Głowik (Głowik, 2019, s. 94) podaje, że: *Przykładowo w populacji osób pozbawionych wolności, z którymi przed lub po wyroku spotykają się kuratorzy w swojej pracy, odsetek uzależnionych wynosi ok. 23–24%, a problem z alkoholem i narkotykami dostrzega u siebie ok. 48% skazanych.*

¹ Podstawą takiego szacowania jest udział osób nietrzeźwych w określonych rodzajach przestępstw, który w części kategorii jest bardzo wysoki. J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski (1999), *Kryminologia*, Gdańsk, s. 393–395; R. Breska (2018), *Nowe wymagania dotyczące kompetencji pedagoga resocjalizacyjnego w zakresie pracy psychokorekcyjnej z osobami uzależnionymi*, „Colloquium edukacja — polityka — historia. Kwartalnik”, 4, s. 21–35.

² Raport WHO 2018, op. cit., s. 281.

³ Nie zawsze udaje się ustalić stan trzeźwości sprawcy, o ile nie został złapany za rękę, ale pomimo tej trudności odsetki nietrzeźwych w przypadku przestępstw powiązanych z przemocą są wysokie. Patrz: R. Breska, op. cit., s. 23–25.

Trwają starania badaczy, aby uściślić te oszacowania. Jedno jest pewne: takich osób w populacji osadzonych jest więcej niż w porównywalnych grupach referencyjnych. Przy czym nie rozstrzyga się, czy chodzi o pełne uzależnienie, czy o różne formy nadużywania. Szacowany przez Głowika poziom problemowego picia wśród osadzonych jest podobny do poziomu występującego w innych grupach szczególnie zagrożonych, jak np. wojskowi (badanie przesiewowe zawodowych wojskowych w Wielkiej Brytanii wykazało, że ponad 2/3 z nich wykazuje elementy picia problemowego »Fear i wsp., 2013«)⁴. Można śmiało stwierdzić, że populacja osób osadzonych należy ewidentnie do grupy podwyższonego ryzyka występowania problemów alkoholowych, różnego rodzaju i w różnej skali. Potwierdzają to jakościowe obserwacje wielu funkcjonariuszy SW. To jest widoczny problem w tej grupie osób.

Oczywiście nasuwa się od razu pytanie, czy można mówić o problemach alkoholowych w grupie osób osadzonych, gdy teoretycznie nie mogą stykać się z alkoholem w sposób legalny. Pamiętajmy jednak, że żaden system, w tym polski system penitencjarny, nie jest do końca wolny od zjawiska przemytu i nielegalnego obrotu. Poza tym osadzeni korzystają z przepustek, nawet wielokrotnie, idą do pracy w ciągu dnia, a także w końcu wychodzą na wolność po zakończeniu kary lub warunkowo. Jeśli podczas odbywania kary nie zastosujemy wobec nich adekwatnych i możliwych działań profilaktycznych, to zwiększamy prawdopodobieństwo, że pod wpływem alkoholu dokonają kolejnego przestępstwa i szybko wrócą za kraty.

Jednym z najbardziej spektakularnych przypadków odnotowanych przez polską penitencjarystkę i kryminologię był przypadek Grzegorza Płociniaka (Andrzejczak, 2018, s. 52–59). Odbywał on karę 25 lat pozbawienia wolności po dokonaniu morderstwa kobiety. Sprawował się nienagannie, więc po 9 latach otrzymywał liczne przepustki. Zaprzyjaźnił się też z więziennym lekarzem, który go wspierał. Na krótko przed zwolnieniem, na przepustce, wraz z drugim osadzonym odwiedzili owego lekarza w jego domu. Pili wspólnie wódkę, po czym brutalnie zamordowali lekarza i jego żonę, dopuścili się też rabunku. Wkrótce zatrzymano sprawców. Płociniak jeszcze zdążył się ożenić na ostatniej przepustce otrzymanej tuż przed zatrzymaniem. Zasądzono karę śmierci, której jednak nie wykonano ze względu na ówczesne moratorium. Zapytany przez dziennikarza o powody tego okrutnego zabójstwa, odpowiedział (Andrzejczak, 2018, s. 54):

— *Dlaczego zamordowałeś tego lekarza i jego małżonkę?! Przecież on opiekował się tobą podczas odbywania kary i podobno darzył cię sympatią — pytałem, nie ukrywając ciekawości.*

— *Nie wiem... zastanawiał się, szukając odpowiedzi. — Byłem pijany...*

⁴ N.T. Fear, A. Iversen, H. Meltzer, L. Workman, L. Hull, N. Greenberg, C. Barker, T. Browne, M. Earnshaw, O. Horn, M. Jones, D. Murphy, R.J. Rona, M. Hotopf, S. Wessely (2007), *Patterns of drinking in the UK Armed Forces*, "Addiction", Nov, 102(11), s. 1749–59, doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01978.x. PMID: 17935583.

Podobnych wyznań doświadczeni funkcjonariusze mogą przytoczyć wiele, bo analogiczny scenariusz picia i popełnienia przestępstwa jest bardzo częsty.

Z tego względu działania profilaktyczne (i terapeutyczne, jeśli konieczne) muszą stanowić stały składnik pracy resocjalizacyjnej (Breska, 2018)⁵. Prawdopodobnie bez poważnego zajęcia się tą sprawą nie uda się zmniejszać wskaźnika recydywy, który w Polsce oscyluje wokół 50% skazanych po raz pierwszy. Połowa wraca do zakładu karnego, a w tle częste są problemy alkoholowe.

Aby jednak nie zatrzymać się na tak negatywnym i drastycznym przykładzie, warto opisać sytuację odwrotną (Wojcieszek, 2019). Oto pewien młody człowiek, pochodzący z problemowej rodziny dysfunkcyjnej i tzw. DDA wikła się sam w uzależnienie od alkoholu i narkotyków. Ponadto cierpi na chorobę psychiczną, schizofrenię. Jest hospitalizowany psychiatrycznie kilkanaście razy (!), ale nie zajmują się nim w kontekście uzależniania, a jedynie w kontekście przeżywanych stanów psychotycznych. W trakcie tych wszystkich chorób zabija pod wpływem chwilowego impulsu (na głodzie alkoholowym) przypadkowego młodego człowieka. Zostaje skazany na długoletnie więzienie, ale tam powracają stany psychotyczne, zagraża sobie i innym. Lekarz więzienny trafnie określa jego potrzeby, redukuje psychozy farmakologicznie, ale przede wszystkim kieruje na terapię uzależnienia od alkoholu. Ta kończy się powodzeniem, również przy współudziale miejscowej więziennej grupy AA i kapelana więziennego. Po latach osadzony głęboko się zmienia, staje się... wolontariuszem profilaktykiem. Pokornie odbywa karę i rozwija się wewnętrznie, społecznie, religijnie, pod każdym możliwym, w jego warunkach, względem. Dysponujemy pamiętnikarskim, lecz wiarygodnym opisem jego sytuacji opublikowanym w miesięczniku „Świat Problemów” (Anonim, 2007, s. 18–23) i analizami tego przypadku⁶ (Wojcieszek, 2018, s. 59–79). Temu człowiekowi sytuacja uwięzienia dosłownie uratowała życie i doprowadziła do psychicznej równowagi. Nie stałoby się tak, gdyby od początku lat 90. nie rozwijał się w polskim więziennictwie program „Atlantis” i penitencjarny system terapeutyczny. I gdyby nie wkroczyły do więzień grupy AA.

Mamy zatem skrajne przypadki: całkowitej katastrofy i całkowitego odrodzenia. Obydwa dobrze ilustrują sytuację osadzonych wobec problemów alkoholowych. Jednak, jak wspomniano, nie ma ani możliwości, ani potrzeby oferowania wszystkim skazanym z problemami alkoholowymi pełnej terapii uzależnień. Jest wiele możliwości pośrednich, ściśle profilaktycznych i nimi specjalnie zajmuje się niniejsza publikacja.

Zresztą nie jest też tak, że osoby uzależnione od razu zgadzają się na terapię lub do niej dążą. W większości przypadków utrudnia im to ich system iluzji

⁵ R. Breska (2018), op. cit., passim.

⁶ Tekst artykułu: K. Wojcieszek (2018), *Gdy kara więzienia staje się szansą rozwoju*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 100, s. 59–79 stanowi analizę oryginalnego pamiętnika więźnia: Anonim (2008), *Przebudzenie za murami*, „Świat Problemów”, nr 4(183), s. 18. Zobacz również: W.R. Miller (1998), *Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems*, „Addiction”, V. 93(7), s. 979–990 oraz: W.R. Miller (2004), *The phenomenon of quantum change*, „Journal of Clinical Psychology”, V. 60(5), s. 453–460.

i zaprzeczeń, charakterystyczny dla uzależnionych od alkoholu⁷ (Mellibruda, Sobolewska, 2008, s. 118–121). W ich mniemaniu „piją jak wszyscy i nie mają problemu”. Ponadto przejście w terapeutyczny system odbywania kary pociąga za sobą pewne niekorzystne aspekty sytuacyjne (mniej wolno!), co część chorych zniechęca do podjęcia leczenia. W stosunku do takich grup omawiany dalej sposób pracy profilaktycznej może spełniać istotną rolę interwencyjną jako forma efektywnej motywacji do szukania pomocy w więzieniu lub na wolności. Zatem profilaktyka zorientowana na grupy ryzyka ma walor niewątpliwie interwencyjny.

Można i należy podejmować sprawdzone działania profilaktyczne odnoszące się do różnorodnych problemów alkoholowych osób osadzonych. W znacznej mierze ma to miejsce (zajęcia edukacyjne, krótkie interwencje indywidualne)⁸, ale, zdaniem autorów, opisana propozycja mogłaby zdynamizować oddziaływania profilaktyczne w zakładach karnych.

⁷ J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda (2008), *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa.

⁸ Ilustrujemy ten aspekt pracy w III części „Przewodnika”.

Związek nadużywania alkoholu i przestępczości

To zastanawiające, że w podręcznikach kryminologii uznaje się ścisłą korelację między przestępczością a nadużywaniem alkoholu (Dingwall, 2006; Hołyst, 2011), a jednocześnie temat ten wydaje się nadal nieco zaniedbany wobec jego dużego znaczenia¹. Podobnie często wskazuje się na wpływ alkoholu na ryzyko wiktyologiczne. Jakich konkretnie przestępstw to dotyczy? Właściwie wszystkich, ale najbardziej przestępstw związanych z utratą kontroli nad działaniem, nad emocjami². Należy do takich zabójstwo. Najczęstsze okoliczności polskich zabójstw to suto zakrapiana impreza, konflikt pijacki i ciosy nożem na oślep. Potem: nie wiedziałem, co ja zrobiłem... Czasami nie potrzeba nawet noża, jak w wypadku sprzed kilku lat, gdy na wysokim piętrze wieżowca biesiadowała czwórka przyjaciół. W pewnym momencie jedna z kobiet zawołała: Wyrzucicie ją, ona mnie denerwuje! Dwóch silnych młodych mężczyzn uwinęło się z tym w mig i wyrzucili swoją koleżankę przez balkon³. Z wiadomym, śmiertelnym skutkiem. W przypadku zabójstw współczynnik nietrzeźwych podczas ich dokonywania jest bardzo wysoki, sięga ponad 80%. Można zapoznać się ze statystyką policyjną⁴, która bywa o tyle myląca, że nie zawsze uda się złapać sprawcę od razu i zbadać go na okoliczność trzeźwości. Nawet jednak to ograniczenie nie jest w stanie przesłonić oczywistego związku „alkohol — zabójstwo”.

Podobnie jest z bójkami, uszkodzeniem ciała i temu podobnymi. Wszędzie tam wchodzi w grę specjalna cecha alkoholu etylowego, który obezwładnia kontrolę, ale w niskich stężeniach pobudza uwolnienie się ukrytych emocji, w tym agresji, zwłaszcza u młodych mężczyzn. Identycznie wysoki wskaźnik dotyczy przypadków przemocy domowej: aż 62% wedle danych policji to przemoc po pijanemu⁵.

Przestępstwo „uszczerbek na zdrowiu” policyjne statystyki przedstawiają następująco: 64,4% zdarzyło się „pod wpływem”; bójka lub pobicie — aż 78,4%;

¹ B. Hołyst (2016), *Kryminologia*, wyd. 11, Warszawa.

² *Alcohol, Violence, and Aggression*, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa38.htm>.

³ Inny przypadek, jeszcze bardziej spektakularny: <https://wiadomosci.onet.pl/na-tropie/w-kosmos-z-osmego-pietra-akademika/5r6m> (dostęp 7.04.2021). Jak widać defenestracja po pijanemu jest w modzie.

⁴ <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html>.

⁵ <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/137709,Sprawozdania-z-realizacji-procedury-quotNiebieskie-Kartyquot.html>, s. 17.

zgwałcenie — 64,4%; rozbój — 71,6%⁶. Kryminolodzy zastanawiają się jedynie nad tym, czy jest to istotny związek przyczynowo-skutkowy, czy tylko korelacja (współwystępowanie). Rozumiemy potrzebę naukowych rozróżnień, ale dla ofiar pijanych przestępców nie ma to chyba znaczenia⁷.

Nie inaczej jest z przestępstwami na tle seksualnym, zwłaszcza z pedofilią i molestowaniem. Dane pokazują, że ok. 70% wszystkich przypadków to pedofilia w bliskim kręgu rodzinno-towarzyskim i to w sytuacji nietrzeźwości sprawcy. W rodzinach z problemem alkoholowym zjawisko to przyjmuje postać endemiczną i znaczna część, głównie dziewczynek, podlega nadużyciom seksualnym ze strony domowego, pijanego tyrana (Robinson, 2005, s. 128–132)⁸. Na uwagę zasługuje tłumaczenie się pewnego Australijczyka, który po pijanemu zgwałcił swoją kilkuletnią córeczkę. W sądzie twierdził, że był tak pijany, że pomylił córkę... z żoną⁹. Sąd nie dał wiary i skazał delikwenta surowo. Ta sprawa to bardzo wiele rodzinnych tragedii, gdyż nadużycie tego typu trudno wymazać z pamięci i ofiary przeżywają trudności czasem przez całe życie.

Co ciekawe związek „etanol — przestępstwo” dotyczy nawet kradzieży. W zasadzie złodzieje powinni być trzeźwi we własnym interesie (sprawność psychofizyczna!), ale chyba część z nich ma zaawansowane problemy alkoholowe, bo nawet w tej przestępczej „branży” notuje się wielu „nietrzeźwych podczas pracy”. Autorowi znany jest przypadek ze sklepu w pobliżu miejsca zamieszkania, gdy grupka włamywaczy dostała się nocą do sklepu spożywczego, po czym zamiast załadować łup i zniknąć, na miejscu uraczyła się trunkami ze sklepowych półek. Tak ostro, że personel zastał całą grupę śpiącą w sklepie podczas porannego otwarcia. To się nazywa wpaść na gorącym uczynku! Moglibyśmy jeszcze tak długo wymieniać i pośmiać się, ale za tymi ponurymi statystykami kryją się setki tysięcy ludzkich nieszczęść¹⁰.

Ciekawym przypadkiem jest kierowanie pojazdem po pijanemu. Ocenia się, że codziennie w Polskę rusza kilkaset tysięcy nietrzeźwych kierowców (Tokarczyk, 2011, s. 61–80)¹¹. Większości z nich udaje się uniknąć zarówno wypadku (Polak potrafi!), jak i złapania. A jednak aż 1/3 wypadków to wypadki po pijanemu. Zazwyczaj bardzo krwawe, gdyż ranieni i zabici bywają w takich wypadkach liczniejsi. Czasami oburzamy się, gdy sprawca wjedzie na chodnik i zabije liczną

⁶ <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html>.

⁷ K. Graham, M. Livingstone (2011), *The Relationship between Alcohol and Violence — Population, Contextual and Individual Research Approache*, “Drug and Alcohol Review”, V. 30 (5), s. 453–457.

⁸ B.E. Robinson, L. Rhoden (2005), *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, tł. M. Szymankiewicz, Warszawa, s. 128–132.

⁹ <https://tvrepublika.pl/Zostal-skazany-na-50-lat-wiezienia-za-wykorzystanie-seksualne-trzyletniej-corki-Tlumaczyl-ze-pomylil-ja,78179.html> (dostęp: 7.04.2021).

¹⁰ *Używanie alkoholu a przemoc w społeczeństwie* (1994), Warszawa.

¹¹ E. Tokarczyk (2011), *Psychologiczne i kryminologiczne aspekty kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości*, Warszawa, s. 61–80.

rodzinę (jak niedawno w Kamieniu Pomorskim) czy przejedzie dziecko i ucieka, ale warto sobie uświadomić sytuację prawną — każde „nietrzeźwe” kierowanie to w świetle polskiego prawa przestępstwo (zależnie od poziomu BAC — stężenia alkoholu etylowego w płynach ciała). Sama konstrukcja prawa to narzuca. To może uchylić ten przepis? Niestety, analizy potwierdzają, że w takim przypadku kierowania „pod wpływem” jest więcej i pojawia się więcej wypadków. W przypadku tego rodzaju przestępstwa celowe byłoby zintensyfikowanie oddziaływań, ale zdaje się, że delegowane do tego ustawowo placówki nie spisują się wystarczająco dobrze (?). Może, aby nie do końca zasmucać Czytelników, przytoczymy jeszcze pewien autentyczny przypadek pijanego kierowcy. Otóż pewien pan wybrał się na najbliższy komisariat z prośbą, aby funkcjonariusze zbadali alkomatem poziom alkoholu w jego krwi. Cóż, zrobili to (miał ponad promil), ale jednocześnie zauważyli, że ten człowiek zaparkował swym samochodem tuż pod oknami komisariatu, zatem prowadził po pijanemu. Nie opuścił już gościnnej komendy do czasu dalszych czynności z udziałem prokuratora. Już na trzeźwo¹².

Najciekawszym wątkiem z zakresu praktycznej kryminologii są eksperymenty społeczne polegające na ograniczaniu dostępności alkoholu w celu redukcji przestępczości. Wykazano, np. w Australii, że sama tylko rezygnacja ze sprzedaży nocnej alkoholu wywołuje radykalny spadek ilości policyjnych interwencji z powodu bójek i napadów na danym terenie, objętym ograniczeniami¹³. W warunkach polskich celowo ogłaszano prohibicję czasową, aby zapobiec możliwie dużej ilości przestępstw w sytuacjach szczególnych. I dawało to rezultaty na tyle widoczne, że „zabieg” ten powtarzano wielokrotnie. Również wtedy, gdy ostatnio prawo pozwoliło samorządom na redukcję nocnej sprzedaży — niemal we wszystkich przypadkach odbijało się to korzystnie na policyjnych interwencjach — było ich wyraźnie mniej, o kilkadziesiąt procent. Ten ostatni przypadek jest o tyle intrygujący, że gdy bada się oczekiwania mieszkańców wobec władz samorządowych, to na wysokim miejscu lokuje się postulat większego bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej. Tymczasem tylko kilkadziesiąt gmin zdecydowało się na taki prosty ruch, zresztą w atmosferze medialnej nagonki na lokalne władze. Po jakimś czasie wycofywano się z tej regulacji POMIMO zdecydowanie pozytywnych opinii miejscowej policji. Pokazało to zarówno brak odpowiedzialności lokalnych władz, jak i siłę wpływu lokalnego lobby alkoholowego. W sumie smutne doświadczenie społeczne.

Konkluzja tego fragmentu rozważań jest następująca: cokolwiek uda się nam osiągnąć na polu profilaktyki problemów alkoholowych w pracy z osadzonymi, to powinno to, w myśl powyższych ustaleń, redukować zakres i ciężar przestępczości oraz skalę recydywy.

¹² <https://www.nowytydzien.pl/pijany-przyjechał-na-posterunek/> (dostęp: 7.04.2021). Zdziwiająco, jak wiele jest podobnych przypadków. Trafne przysłowie: „Od wódki rozum krótki”.

¹³ G. Palk, J. Davey, J. Freeman (2010), *The impact of a lockout policy on levels of alcohol-related incidents in and around licensed premises*, „Police Practice and Research”, V. 11.

Nadużywanie alkoholu a recydywa

Osoba, która przebywa w więzieniu jako skazany, odczuwa stale silny stres (Sobolewski i wsp., 1999, s. 33; Paszkiewicz, 2018, s. 29–42¹). Oczywiście są tacy, co przystosowali się do warunków więziennych. Piszący te słowa osobiście miał sąsiada, którego strategia życiowa polegała na tym, aby zbroić coś, co zasługuje na kilkumiesięczny wyrok. Musiało to jednak nastąpić wczesną jesienią, aby chłodne dni spędzić w więzieniu. Delikwent wracał wiosną, w doskonałym humorku i dobrze odżywiony. Temu więzienie nie przeszkadzało, było elementem stylu życia. Większości natomiast przeszkadza, cierpią na chroniczną złość, absorbują personel czymkolwiek, aby tylko coś się działo, dokonują samouszkodzeń. W miarę poprawy warunków w polskich więzieniach jest tego nieco mniej, ale nadal uwięzienie to doświadczenie obiektywnie bardzo stresujące, na szczycie punktacji dystresu w skali Rahe i Holmesa (Rahe, Holmes, 1967², Sobolewski i wsp., 1999, s. 33, tabela 2³). Dodatkowo więzienie utrudnia zastosowanie najprostszego „lekarstwa na stres”, jakim jest spożywanie etanolu. Nie napisałem, że uniemożliwia, tylko „utrudnia”, gdyż szczelność więziennych murów wcześniej zakwestionowaliśmy. Nie brakuje litościwych strażników, którzy potem świecą oczami w różnych procesach i aferach, czasem pomawiani, a czasem, niestety, winni. Mimo to mamy świadomość, że w więzieniu znacznie trudniej jest wypić do woli. Tymczasem nadchodzi upragniony dzień wyjścia na wolność. To specyficzna sytuacja i nie zrozumie jej nikt, kto osobiście nie doświadczył podobnej, chociażby w postaci wyjścia z wojska do cywila. Zestaw psychologicznych zjawisk towarzyszący wychodzeniu na wolność jest tak specjalny, że postuluje się szereg działań oswojających z wolnością w rodzaju tych podejmowanych przez Fundację „Sławek” w postaci „przepustek z towarzyszem”. Są to bardzo pozytywne działania, ale nie przyniosą skutku, jeśli przygotowanie nie obejmie kluczowych deficytów osób wychodzących na wolność. Te główne deficyty mogą być różne. Sprawca

¹ A. Paszkiewicz (2018), *Emocje doświadczane przez osoby w zakładzie karnym*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 101, s. 29–42.

² T.H. Holmes, R.H. Rahe (1967), *The Social Readjustment Scale*, “Journal of Psychosomatic Research”, 11, s. 213–218.

³ A. Sobolewski, J. Strelau, B. Zawadzki (1999), *Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ): polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe’a*, „Przegląd Psychologiczny”, v. 42, nr 3, s. 27–49.

przemocy domowej może wymagać zabiegów profilaktyczno-terapeutycznych w rodzaju TZA (ART) lub wprost pracy ze złością. W praktyce zdarza się to rzadko, głównie ze względów organizacyjnych i wymogów bezpieczeństwa. Deficyty mogą polegać na głębokiej wyuczzonej bezradności (Moczydłowska, 2005⁴; Seligman, 1997⁵) czy wreszcie na uwikłaniu w problemy alkoholowe czy narkotykowe (niekoniecznie w postaci uzależnienia). Byłoby dobrze identyfikować takie potrzeby i zarządzać im w warunkach więziennych, gdyż zignorowanie stanu osób wychodzących może skutkować bardzo szybką „powtórką z rozrywki” i recydywą.

Uwolniony szybko zapomina o solennych postanowieniach i uniesiony wolnością oddaje się temu, co w warunkach więziennych było niedostępne. Jeśli były to ograniczenia dążeń seksualnych, to może gwałtownie (dosłownie: gwałtownie) poszukiwać okazji do seksu. Jeśli dolegały mu ograniczenia w używaniu substancji psychoaktywnych, to będzie ich szukał i używał. Ponieważ używanie substancji psychoaktywnych zaburza postrzeganie i kontrolę, to kłopot gotowy. „Dlaczego to zrobiłeś? — Nie wiem, byłem pijany”.

Podczas szkolenia funkcjonariuszy SW zadano im pytanie o przypadki udanej resocjalizacji, z jakimi się spotkali (Wojcieszek, 2020)⁶. Najczęściej w tych opisach pojawiały się wątki takie, jak: pracuje, założył rodzinę, dokończył naukę. Ale bardzo często wskazywali na to, że zaprzestał picia lub używania narkotyków. Widocznie ci doświadczeni funkcjonariusze zauważyli tę prawidłowość, że sięganie po substancje wprowadza dodatkowy, silny czynnik ryzyka powrotności do przestępstwa. Bo to prawda.

Co z tym można zrobić? Oczywiście nie postrzegamy procesu resocjalizacji wąsko i jednokierunkowo. „Nie samym alkoholem i narkotykami człowiek żyje”. Zapobieganie powrotności do przestępstwa to bardzo złożony proces, udany w przypadku 50% osadzonych. Tylu nie wraca za kraty (Leszczyńska, 2017)⁷. Nie oznacza to definitywnego sukcesu, czasem po prostu uzyskali dodatkowe przestępcze kompetencje w więziennej koleżeńskiej akademii i nie dają się szybko złapać. Jednak te zastrzeżenia nie usuwają potrzeby intensywnej, dobrze dobranej pracy profilaktycznej w dziedzinie substancji psychoaktywnych. Gdyby tylko taka praca obniżała recydywę o parę procent — byłoby warto ją prowadzić. Jesteśmy zwolennikami takiego kierunku, chociaż jest oczywiste, że cały proces naprawy stylu życia wymaga o wiele więcej. Dlaczego jednak rezygnować z tego, co wydaje się proste i możliwe? Zaprezentowane w tym tomie narzędzia są przydatne do realizacji takiej strategii i powinny być wykorzystane w odpowiednim czasie, przed wyjściem na wolność. Nie może on być za długi, bo efekty działań profilaktycznych „wietrzeją”. Wedle badań nad młodzieżą

⁴ J. Moczydłowska (2005), *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, z. 6, s. 419–426.

⁵ M. Seligman (1997), *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań.

⁶ K. Wojcieszek (2020), *Źródła nadziei w resocjalizacji*, [w druku].

⁷ A. Leszczyńska (2017), *Powrotność do przestępstwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 96, s. 53–67.

w USA wietrzeją całkowicie w ciągu 2–4 lat (Perry i wsp., 2002)⁸. A tu mamy grupę ryzyka. Można mniemać, że okres ten będzie jeszcze krótszy. Kto wie, może warto przybliżyć udział np. w programie „Korekta dla osadzonych” na odległość 2 do 4 tygodni przed wyjściem? Sprawa ta ewidentnie wymaga badań empirycznych w celu określenia optymalnego czasu zastosowania programu. To jednak zależy od proliferacji programu w systemie więziennictwa. Obecnie jest nieco za wcześnie na zdefiniowanie optymalnego momentu stosowania, możemy tylko wykorzystywać analogie z podobnych badań na świecie⁹. Nie są one, niestety, zbyt częste¹⁰. Mamy do czynienia z czymś nowym, lecz bardzo obiecującym¹¹. Jak widać wiele zależy od wsparcia naczelników i kierownictwa zakładów karnych, a także od jakości przygotowania prowadzących takie zajęcia.

⁸ C.L. Perry, C.L. Williams, K.A. Komro, S. Veblen-Mortenson, M. Stigler, K.A. Munson, K. Farbaksh, R.M. Jones, J.L. Forster (2002), *Project Northland: long term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use*, „Health Education Research”, V. 17(1), s. 117–132.

⁹ K.E. McCollister, M.T. French (2003), *The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings*, „Addiction”, Dec, 98(12), s. 1647–59. Autorzy twierdzą, że zapobieganie przestępczości poprzez profilaktykę stanowi podstawę korzyści ekonomicznych przypisywanych profilaktyce: „The primary finding of this review was that avoided criminal activity was the greatest economic benefit of addiction interventions and contributed more, as a separate outcome domain, to the total economic benefit of addiction interventions than any other outcome domain”.

¹⁰ L. Graham, *Alcohol and prison*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/249204/Prisons-and-Health,-15-Alcohol-and-prisons.pdf.

¹¹ L. Graham, T. Parkes, A. McAuley, L. Doi (2012), *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-problems-in-the-criminal-justice-system-an-opportunity-for-intervention>, accessed 3 December 2013).

Paradoks prewencyjny: dlaczego nie wystarczy zajmować się wyłącznie terapią uzależnień

Była już o tym mowa wcześniej, ale sprawa jest tak ważna, że koniecznie trzeba ją ponownie rozważyć dokładniej. Chodzi o to, że utarło się utożsamiać problemy alkoholowe wyłącznie z uzależnieniem. A to błąd. I skutkuje fatalnie, usuwając z pola widzenia istotne źródła kłopotów alkoholowych. Można próbować odtworzyć, dlaczego w społeczeństwie utrwalił się taki obraz zjawiska. Pierwszy powód to stosunkowo późne rozpoznanie zespołu uzależnienia jako zaburzenia w rodzaju choroby¹. To dopiero przełom XVIII (Rush, w Polsce Szymkiewicz) i XIX w., a w zasadzie dopiero początek XX w. Nawet jeszcze później, gdyż koncepcję alkoholizmu jako choroby konsekwentnie zaproponował słynny badacz amerykański Jellinek w latach 40–50. XX w.² Zaproponował też model faz choroby alkoholowej i wyróżnił pewne jej typy. To był przełom, gdyż wcześniej kwalifikowano alkoholizm jako formę pijaństwa, braku umiaru, zatem usterkę moralną, którą można przewyciężyć siłą woli.

I oto raptem od 50–70 lat społeczeństwo zaczęło się przyzwyczajać do nowego rozumienia alkoholizmu jako choroby, częściowo zrozumiało istotę uzależnienia, a już żąda się od biednych ludzi pogłębienia zrozumienia o „paradoks prewencyjny”. To trudne. Mówi się, że nowe odkrycia naukowe zjawiają się w podręcznikach szkolnych po upływie co najmniej 70 lat. A „paradoks prewencyjny” pojawił się w badaniach pod koniec XX w. Dopiero! Łatwo może być trudny do zrozumienia, bo spotyka się z dość powszechną obawą jedynie przed uzależnieniem.

Uzależnienie od alkoholu (i inne także) to straszliwe zaburzenie. Przypomina absurdalne samobójstwo na raty, przeraża swą bezwzględnością jako droga ku śmierci i samotności. Tak, to prawda, uzależnienie jest straszne, a specjaliści wiedzą, że nawet straszniejsze, niż się ludziom wydaje. Jednym z jego aspektów jest względna nieodwracalność, a inaczej mała skuteczność terapii. Udaje się

¹ J. Mellibruda (1997), *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 3(28), s. 277–306.

² Najczęściej wskazuje się na: E.M. Jellinek (1946), *Phases in the Drinking History of Alcoholics*, “Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, V. (1)7, s. 1–88. Oczywiście jego twórczość była intensywna, znacznie bogatsza. Wywarł niewątpliwy wpływ dziejowy w skali globalnej, poprzez znaczenie kulturowe USA.

ona dobrze u zaledwie 35% leczących się³. Ogółowi się wydaje, że pojawianie się w mediach osób zaświadcających o swojej udanej terapii czy o pozytywnych skutkach pracy w AA oznacza, że wystarczy poddać się terapii lub trafić na grupę AA, aby wszystko było w porządku. Niestety, nie. U dalszej trzeciej części leczących się obserwuje się pewną poprawę ogólnego funkcjonowania, ale u 1/3 nie następuje żadna poprawa, a nawet niekiedy pogorszenie stanu. Z punktu widzenia wszelkich terapii to wygląda podobnie jak w przypadku innych ciężkich chorób, np. raka. Zestawienie lęku przed uzależnieniem z naiwną wiarą w skuteczną pomoc sprawia, iż wiele osób, w tym z zawodów pokrewnych terapii (!) uważa, że problemy alkoholowe sprowadzają się do zapobiegania uzależnieniu. Nawet gdyby się bardzo chciało tak to rozumieć, to się nie da z uwagi na obiektywny stan rzeczy i naszą niemoc. Nie wszystko wiemy o tej chorobie. I nadal szukamy po omacku metod terapii pomimo ogromnego postępu w jej skuteczności (z 5% w czasach PRL do 35% obecnie).

Owszem, można sobie wyobrazić swoistą terapię uzależnienia jako takiego, ale wymagałaby ona doskonałych metod przesiewowych w odniesieniu do obciążeń genetycznych i psychologicznych przyspieszających uzależnienie. Wypadałoby pracować z dziećmi z rodzin alkoholowych⁴, bo ocenia się, że aż od 30 do 50% czynników ryzyka ma charakter czysto genetyczny, wprost biologiczny⁵. Wydaje się, że na razie nie mamy takich metod. Owszem, pracujemy z dziećmi z rodzin alkoholowych i świetnie, że się tak dzieje, np. w świetlicach socjoterapeutycznych. Jednak nadal nie potrafimy wielu z nich ustrzec przed wejściem na śliską ścieżkę chemicznej zależności. Nasza profilaktyka uzależnień kapituluje wobec czegoś, co nauka nazwała „efektem teleskopowym”, a co oznacza, że osoba obarczona ryzykiem biologicznym uzależnienia uzależni się 4 x szybciej niż nieobarczeni przy tej samej ekspozycji na alkohol. Dlatego najwyższa pora, aby nie zaniedbując pomocy osobom uzależnionym i ich rodzinom, dostrzec potrzeby i możliwości redukcji nadużywania alkoholu jako takiego i promocji abstynencji oraz umiaru⁶.

Zauważmy, że w krajach, które np. ze względów religijnych bardzo zredukowały spożycie alkoholu (niekiedy niemal do zera), odsetek uzależnionych w stopniu ciężkim jest znacznie mniejszy niż w Europie czy Ameryce. Nie ma okazji — nie ma picia — i nie ma procesu uzależnienia. Nawet styl picia ma znaczenie. Według danych „Global Report on Alcohol and Health WHO 2014” odsetek uzależnionych we Włoszech miałby być 11 razy mniejszy niż w Polsce,

³ Wspominaliśmy o tym, ale dodajmy, że kolejna 1/3 pacjentów odnotowuje pewną poprawę, chociaż bez zaprzestania picia.

⁴ K. Wojcieszek (2003), *Rodzice i dzieci w rodzinach alkoholowych — studium antropologiczno-profilaktyczne*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 1 cz. 2, t. 7, s. 65–75.

⁵ K. Wojcieszek (2018), *Obowiązki etyczne społeczeństwa wobec dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w kontekście międzypokoleniowej transmisji uzależnienia i wymogu solidarności społecznej*, w: Z. Gaś (red.), *Profilaktyka w świecie zagubionych wartości*, Lublin, s. 151–164.

⁶ Taki jest zasadniczy cel Narodowego Programu Trzeźwości proklamowanego w 2018 r.

przy spożyciu rocznym per capita tylko o 1/3 mniejszym. Możemy przypuszczać, że to jakaś pomyłka (zdarzają się nawet ekspertom WHO), ale różnica w ilości uzależnionych w Polsce i we Włoszech jest jakościowo uchwytana.

Czy zatem chcemy prowadzić, czy rekomendować tutaj „profilaktykę uzależnień”? Raczej nie, a lepiej powiedzieć — tylko do pewnego stopnia. Bowiern interesuje nas styl działania ogółu, a nie tylko izolowanych uzależnionych. Jeśli się nam powiedzie, to z pewnością możemy liczyć na efekty RÓWNIEŻ w zakresie „profilaktyki uzależnień”, ale nie jest to zasadniczy cel naszych działań.

Przypomnijmy bowiem, czym jest „paradoks przewencyjny”. Jest obserwacją naukową, że suma szkód powodowanych (w tym przeżywanych osobiście) przez osoby nieuzależnione jest znacznie większa niż suma szkód powodowanych (w tym przeżywanych) przez osoby uzależnione od alkoholu.

To naukowa „bomba atomowa”. Wpatrujemy się w naszych alkoholików, a tymczasem z boczku „cicha woda” nadużywających „brzegi rwie”. Głównym celem działań profilaktycznych powinna być ogólna populacja nadużywających, a nie wyłącznie alkoholicy. Ci przy okazji też się „załapią”, jeśli będziemy pracować dobrze.

Jak duża jest populacja nieuzależnionych dawców kłopotów alkoholowych, a prosto mówiąc, pijaków? Różnie można to ujmować. Jeśli przyjmiemy kryterium z testu AUDIT, to będzie to nawet do 25% ogólnej populacji (Babor i wsp., 2001)⁷, jeśli weźmiemy pod uwagę dane o incydentach upijania się, to w Polsce takie doświadczenie przynajmniej raz w miesiącu ma aż 67,3% wszystkich używających etanolu mężczyzn starszych niż 15 lat! Aż 2/3 ogółu⁸!

Jeśli dobrze się przyjrzeć, to właściwie nawet grupa abstynentów skorzysta z dobrze prowadzonych działań profilaktycznych, chociażby poprzez lepsze uzasadnienie swej cennej społecznie postawy. Dlatego pracujemy nie tylko z wyselekcjonowaną grupą ryzyka, ale w zasadzie ze wszystkimi. I to jest podstawowe założenie programu „Korekta dla osadzonych” proponowanego w tej monografii.

Wydaje się nawet, że przy tym stylu pracy osoby faktycznie uzależnione w stopniu ciężkim, które są nadreprezentowane w warunkach zakładu karnego, odniosą korzyści w postaci lepszej świadomości swojej sytuacji, gdyż łatwiej wtedy niejako omijać ich system iluzji i zaprzeczania. Nie zapominamy o nich, ale pracujemy „dla wszystkich i ze wszystkimi”.

⁷ T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders, M.G. Monteiro (2001), *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*, WHO/MSD/MSB/01.6a [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=4B271A6CEFC6BCFB8AD0D9376F85F894?sequence=1].

⁸ Dane za: “Global report on Alcohol and Health” 2018, s. 281, tab. “Heavy episodic drinking”.

Klaryfikacja wartości — alkoholowe zyski i straty. Mapa problemów alkoholowych

Dla zrozumienia roli używania alkoholu przez ludzi trzeba podjąć próbę ukazania dodatnich i ujemnych skutków tego zachowania. Mawiamy o picciu, że jest zachowaniem ryzykownym, ale co znaczy słowo „ryzyko”, na przykład w grach hazardowych? Możliwość straty lub... wygranej. Podobnie jest z używaniem etanolu — zachowanie to może generować zarówno „zyski”, jak i „straty” w różnych zakresach. Uporczywość, z jaką część ludzkości trzyma się tego zachowania, a nawet ekspansja używania w pewnych regionach i okresach historii wskazuje na obecność określonych dodatnich efektów używania, zaś obecność i przewaga ilościowa abstynentów wśród ludzi na świecie (57% populacji starszej niż 15 lat) wskazuje z kolei na określone straty, których ludzie się obawiają. Na przełomie XIX i XX w. zapanowała moda na ekspozowanie się głównie strat. Wiązało się to z większymi możliwościami używania mocnych alkoholi („epidemia pijaństwa”), a także z zaobserwowaniem zjawiska uzależnienia (Cook, 2006)¹. Jeśli śledzi się dyskusje z tamtego czasu (choćby dyskusje sejmowe nad polskim prawem z 23 kwietnia 1920 r., *lex Moczyłowska*)², to widać, jak bardzo alkohol etylowy uchodził za źródło cierpień. Lekarze zalecali abstynencję, w sporcie dominowała abstynencja, wiele krajów podejmowało radykalne kroki prawne w rodzaju prohibicji. Ponieważ polskie prawo II Rzeczypospolitej dopuszczało możliwość lokalnych referendów alkoholowych, to znaczna część kraju (10%) znalazła się w kręgu praktycznej prohibicji, gdyż legalne nabycie napojów alkoholowych wymagało dalekiej podróży. Oczywiście radzono sobie z tym przez pędzenie bimbru, ale pamiętajmy, że wymaga ono produktów wyjściowych (np. cukru), które po I wojnie światowej były nadal towarem deficytowym. Napoje alkoholowe można produkować tam, gdzie jest nadwyżka węglowodanów (zboże, ziemniaki), a Polska była po wojnie wygłodzona. Nie dziwi zatem spożycie rządu 1 litra czystego alkoholu na głowę mieszkańca rocznie. Jeśli ktoś wątpi w możliwość tak niskiego spożycia, to przypomnę, że obecnie ok. 40% konsumujących alkohol

¹ Ch. Cook (2006), *Alcohol, Addiction and Christian Ethics*, Cambridge.

² Można je znaleźć w sieci, gdyż Biblioteka Sejmowa zdigitalizowała stenogramy z posiedzeń, a szczególnie: https://bs.sejm.gov.pl/exlibris/aleph/a22_1/apache_media/7BRN6633L-KG9QE54G27BAPQ27XF2EJ.pdf.

pozostaje na tym poziomie. Wystarcza im spożycie roczne, takie jak przed stu laty. To zachowanie jest bardzo zróżnicowane. Obok pijących ogromne ilości mamy większość bardzo powściągliwą. Do tej pory. Wróćmy do tematu oceny picia alkoholu. Na przełomie XIX i XX w. ocena ta była negatywna. Być może w związku z tym właśnie do dziś popularne bywa podejście traktowania alkoholu etylowego wyłącznie z perspektywy strat. Tymczasem to zachowanie generuje również określone profity i to nie tylko w postaci zysków finansowych producentów, dystrybutorów czy władz skarbowych. Co do roli ekonomicznej, to jest ona nadal problematyczna. Szacuje się, że z punktu widzenia państwa do każdej „zarobionej” na alkoholu złotówki trzeba dopłacić 3 złote (Wojcieszek, 2019, s. 72–75). Interes problematyczny, prawda?

Zatem nie o zyski ekonomiczne liczone wprost może tutaj chodzić, raczej o rolę psychospołeczną alkoholu etylowego. Po pierwsze jest to środek, za pomocą którego ludzie łagodzą różne swoje przeżycia emocjonalne, regulują samopoczucie, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych. Alkohol modyfikuje neurotransmisję (komunikację chemiczną między komórkami nerwowymi) i jest w stanie generować takie zjawiska, jak poczucie relaksu (modyfikacja transmisji GABA), poczucie odprężenia i lepszego humoru (modyfikacja transmisji serotoniny), poczucie przyjemności (modyfikacja transmisji dopaminy) i nawet stan euforii (wydzielanie beta-endorfiny w mózgu³). Ta wszechstronność alkoholu (Woronowicz, 2009, s. 66–69)⁴ sprawia, że jest znakomitym lekarstwem na nudę, przy jego pomocy „coś się dzieje”, człowiek odczuwa zmianę przeżyć, nawet jeśli te przeżycia nie są do końca przyjemne (Lindenmayer, 2007, s. 62–64)⁵.

Skoro tak chwalimy tu działanie alkoholu etylowego, to warto podkreślić mało znany, a bardzo ważny aspekt: jego działanie zmienia się w trakcie wzrostu stężenia w płynach ciała. Przy niskich stężeniach może być subiektywnie pozytywne, a przy wyższych negatywne (Cierpiałkowska, s. 32–34)⁶. Bardzo warto o tym pamiętać.

Warto zauważyć, że to, jak jednostka przeżywa kontakt z alkoholem, zależy od jej genetycznego wyposażenia, a ściślej od składu enzymów rozkładających etanol, głównie w wątrobie, zwanych dehydrogenazami (Woronowicz, 2010, s. 66). Jeśli dana osoba ma mało aktywne enzymy rozkładające aldehyd octowy jako produkt utleniania etanolu, to skutkuje to niemal natychmiastowym zatruciem. Aldehyd jest bardzo reaktywny i trujący jeszcze bardziej niż sam etanol. Zatem taki konsument od razu cierpi i zazwyczaj zniechęca się do picia. Tak dzieje się w Azji, gdzie nawet do 40% populacji ma tego rodzaju konstrukcję genetyczną. Być może to tłumaczy dotychczasową małą popularność alkoholu

³ C.K. Erickson (2013), *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, tłum. J. Vetulani, Warszawa, s. 143–144.

⁴ B. Woronowicz (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań–Warszawa, s. 66–69.

⁵ J. Lindenmayer (2007), *Ile możesz wypić?*, tłum. J. Chodkiewicz, Gdańsk.

⁶ L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (2010), *Psychologia uzależnień — alkohol*, Warszawa, s. 32–34.

w azjatyckich społeczeństwach. Preferowano tam raczej inne narkotyki, jak haszysz czy opium. W naszej strefie takich osób jest zdecydowanie mniej, ok. 10%. Ale nawet one decydują się czasem pić ze względu na poszukiwanie opisanych zmian świadomości lub ze względu na korzyści społeczne („Jasiu! Ze mną się nie napijesz!?”).

Ta ostatnia sprawa kieruje nas do społecznej roli alkoholu jako środka ułatwiania relacji społecznych. Obniżając obawy, redukując nieśmiałość i poczucie granic psychologicznych, alkohol etylowy nadaje się do roli społecznego „smaru”. I stał się niemal obowiązkowym elementem spotkań towarzyskich czy uświetnieniem rodzinnych imprez. Trudno sobie wyobrazić np. wesele bez alkoholu, chociaż ta praktyka jest obecna w Polsce i przynosi zaskakująco pozytywne rezultaty⁷, gdyż imprezy bezalkoholowe, jeśli dobrze przygotowane, okazują się bardziej atrakcyjne niż te „zakrapiane”. Przecież w społeczeństwach całkowicie wyzbytych alkoholu kwitnie życie społeczne, jak obserwujemy w krajach konsekwentnie muzułmańskich. Jednak walory alkoholu jako „smaru społecznego” są istotne i przyczyniają się do utrwalenia pozycji jego używania w społeczeństwie. Być może tym większego, im słabsze są umiejętności społeczne w danej grupie (np. słaba eutrapelia⁸). Konkludując: używanie alkoholu etylowego jest atrakcyjne indywidualnie i społecznie, niezależnie od spostrzeganej przez konsumentów ambiwalencji i ryzyka. W niniejszej pracy zakładamy szacunek dla postawy abstynencji, ale nie postulujemy prohibicji alkoholowej. Zakładamy, że z powodu opisanych korzyści używanie napojów alkoholowych jest uprawnionym zachowaniem. Nie dążymy do jego eliminacji. To ważne stwierdzenie, gdyż część osób postrzega działania profilaktyczne jako wyłącznie prohibicyjne. Nic podobnego. Większość profilaktyków to rozsądni realści, którzy nie stawiają sobie tak kontrowersyjnych celów. I my nie stawiamy. Jednocześnie nie można ukrywać danych, które zachęcają do dużej powściągliwości w tym zachowaniu (umiar), a nawet promują abstynencję z powodów zdrowotnych czy religijno-kulturowych (jak ostatnio rząd brytyjski czy w Polsce ruch KWC)⁹.

Powodem tej precyzyjnej postawy są stale odnotowywane szkody i straty alkoholowe. Jest ich mnóstwo i wydaje się, że są poniekąd nieuniknione, jedynie można modyfikować ich zakres. Jakie szkody należy tu wskazać? Podstawowe to szkody zdrowotne. Używanie alkoholu nie jest zachowaniem prozdrowotnym, a on sam przyczynia się do kilkudziesięciu chorób, atakując prawie wszystkie

⁷ Powstało nawet specjalne stowarzyszenie Wesele Wesel (<https://rejestr.io/krs/280051/stowarzyszenie-wesele-wesel>), które organizuje doroczne ogólnopolskie spotkania małżeństw mających swe wesela bez alkoholu. Autor miał okazję uczestniczyć w takim spotkaniu w Warszawie. Impulsem do powstania stowarzyszenia była działalność ks. W. Zązela, proboszcza w Kamesznicy na Żywiecczyźnie, który promował takie wesela wśród parafian. Ten zwyczaj jest zresztą dawniejszy i szerszy, sięga XIX w.

⁸ Eutrapelia to umiejętność, cnota dobrej zabawy, promowana już przez Arystotelesa w jego „Etyce Nikomachejskiej.

⁹ Na temat ruchu KWC: P. Kulbacki (2002), *Ziarno pszenicy. Kilka myśli o wyzwoleniu człowieka*, Poznań, s. 92.

organy ludzkiego ciała (Cierpiałkowska, 2010, s. 38–52). Po kolei: obniża sprawność układu odpornościowego, powoduje zaburzenia krążenia w postaci kardiomiopatii alkoholowej, redukuje sprawność mięśni (np. niweluje efekty treningu u sportowców i osłabia wydajność pracowników fizycznych). Przyczynia się znacząco do kancerogenezy (powstanie nowotworów), w tym zwłaszcza: raka piersi u kobiet, nowotworów narządów układu pokarmowego, w tym raka jelita grubego, zwiększa zapadalność na raka płuc i nowotworów głowy. Ma znaczący wkład w tę narastającą epidemię nowotworów, z którą mamy do czynienia obecnie. Raporty o stanie zdrowia na Świecie WHO (Raport WHO o stanie zdrowia na świecie 2002, 2003, s. 100–101)¹⁰ nie pozostawiają wątpliwości, że używanie alkoholu jest na podium tzw. pierwotnych czynników przedwczesnej utraty zdrowia i życia¹¹. W krajach o podobnej strukturze jak Polska jest na miejscu pierwszym lub dzieli podium z paleniem tytoniu.

Osobna kategoria to różnego rodzaju wypadki. W krajach dawnej unii aż 1/3 wszystkich zgonów w wieku 15–29 lat miała podłoże alkoholowe (Andreson, Baumberg, s. 172)¹². Ludzie młodzi są grupą pijącą najwięcej (3. dekada życia) i zdarzają się im wypadki. Różnorodność tych wydarzeń jest zadziwiająca i czytając doniesienia medialne, często zadajemy sobie pytanie: czego to człowiek nie wymyśli? To dla przykładu: wspinanie się na transformatory wysokiego napięcia, spanie na torach kolejowych, spanie na drogach, pokazy balansowania na barierach mostów, bicie rozmaitych „rekordów”. Zwłaszcza pewien przypadek wbił się w pamięć autora. Oto na przedmieściach Łodzi (Radogoszcz) dwoje młodych ludzi miało latem randkę, siedzieli na szynach kolejowych, popijali piwko. Mężczyzna na chwilę oddał się za potrzebą. Gdy wrócił, jego partnerka już nie żyła. Przejechała ją pociąg. Alkohol zwolnił reakcję i nie zdążyła uciec z torów.

Ilość takich opowieści jest niezliczona i wiele z nich zadziwia jako popisy bezmyślności i ryzykanctwa wzmocnione alkoholem. Czasami są to wypadki zbiorowe, zwłaszcza katastrofy komunikacyjne.

Czasem katastrofa ma inny przebieg. Oto mamy II wojnę światową, jej schyłek. II Armia LWP walczy pod Budziszynem (niemieckie Bautzen). Zмага się z bardzo silną jednostką niemiecką. W tym czasie dowódca naszej armii nie dowodzi skutecznie. Wojska niemieckie o mało nie biorą go do niewoli. W tej bitwie straty polskie idą w kilkanaście tysięcy żołnierzy, oceniana jest jako jedna z najkrwawszych w dziejach wszystkich polskich walk w II wojnie. Generałem

¹⁰ *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia* (2003), WHO, wyd. polskie: tłum. A. Basaj, Warszawa.

¹¹ Obszerne informacje na ten temat w każdym wydaniu przygotowywanego przez zespół ekspertów WHO *Raportu o alkoholu na świecie (Global Status Report on Alcohol and Health, WHO 2014/2018)*. *Global status report on alcohol and health 2018: executive summary* (2018), World Health Organization, Geneva (WHO/MSD/MSB/18.2), Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, s. 8–11.

¹² P. Andreson, B. Baumberg (2006), *Alcohol in Europe*, Institute of Alcohol Studies, London, wyd. polskie: P. Anderson, B. Baumberg (2007), *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa.

tym był Świerczewski, „człowiek, który się kulom nie kłaniał”. Znany był z zamięłowania do trunków¹³.

Jeśli mowa o ciekawostkach, to przytoczmy jeszcze inny przypadek. Oto grupa pracowników Służby Bezpieczeństwa PRL dostaje zadanie skompromitowania obyczajowego Karola Wojtyły. Preparują odpowiednie materiały, udają się do Krakowa. Już są blisko sukcesu, gdyby nie to, że dowodzący kapitan P. (tak, ten P.) upija się w trakcie akcji i rozbija służbowy samochód. Akcję trzeba było zwinąć. Pełny opis w aktach krakowskiego IPN. Cóż, alkoholowi trzeba „zapłacić” swoją niedyspozycją, obniżeniem wydajności. Chociaż w tym wypadku można dyskutować, czy to była strata czy zysk z punktu widzenia ogólnospołecznego¹⁴.

A zatem zdrowie i wypadki¹⁵. Lista takich wydarzeń jest długa. WIĘKSZOŚĆ ofiar utonięć była „po alkoholu”, a to kilkaset osób rocznie. Podobnie z zamrznieniami. I z wieloma przypadkami ofiar pożarów. W rodzinnym mieście autora (Łódź, słynna ul. Włókiennicza) zwraca uwagę wypadek, gdy lokator się upił, spowodował pożar, sam ocalał, natomiast piętro wyżej śmiertelnie zatruta się młoda kobieta z kilkuletnią córeczką¹⁶. Zapewne każdy Czytelnik potrafi przywołać podobne przykłady. Jest ich wiele, zbyt wiele...

Dla niektórych chorób można zestawić ścisłe wyliczenie. I tak z powodu alkoholowej marskości wątroby DZIENNIE umiera w Polsce aż 19 osób (Wojcieszek, 2019, s. 71–72).

Osobne miejsce na mapie problemów alkoholowych zajmują śmiertelne zatrucia etanolem. Bardzo ekscytujemy się zatruciami metanolem, które są niemal mikroskopijne w porównaniu z klasyką etanolową. Mogą się wydarzyć nawet przy niskich stężeniach, ale zasadniczo przy ok. 3,5 do 4 promili normalny człowiek powinien stracić przytomność i mieć kłopoty z oddychaniem. Rocznie w Polsce zatrzuwa się śmiertelnie alkoholem etylowym (tym zwyczajnym z piwa, wina i wódki) ok. 1500 osób (Wojcieszek, 2019, s. 56–59). Dane trochę pływają ze względu na różnice w sprawozdawczości, ale jest to zawsze ok. 3 x więcej niż z powodu np. przedawkowania narkotyków (300–350 rocznie). Po zatruciach intencjonalnych, gdy ktoś specjalnie spożywa truciznę, chcąc się zabić, jest to druga kategoria interwencji toksykologicznych w szpitalach. Wydaje się, że

¹³ „W tym miejscu należy zaznaczyć, iż polski generał nie był odpowiednim człowiekiem do prowadzenia tak dużego związku taktycznego w tak trudnym momencie batalii. Brakowało mu odpowiedniego doświadczenia, a uzależnienie od alkoholu wzmacniało jego niekompetencję”, http://www.sw.w.szu.pl/index.php?id=bitwa_budziszyn (7.04.2021).

¹⁴ Dokładniejszy opis akcji „Triangolo” w: C. Gmyz (2003), *Czerwone cienie papieża*, „Wprost”, 19 października, <https://www.wprost.pl/tygodnik/50789/czerwone-cienie-papieza.html>.

¹⁵ Bardzo obszerne zestawienia statystyczne znajdziemy w cytowanym raporcie Andersona i Baumberga, np. s. 55–69, 112–116 i inne miejsca.

¹⁶ P. Grabowski (2011), *Pożar na Włókienniczej: mogłyby żyć, gdyby nie pijak...*, 11 marca, <https://lodz.naszemiasto.pl/pozar-na-wlokienniczej-moglyby-zyc-gdyby-nie-pijak/ar/c1-812806> (dostęp: 15.03.2021).

konsumenci nie chcą się zabić, ale im się czasem udaje, w ok. 1/4 hospitalizowanych przypadków. Paradoksalnie dotyczy to w dużym stopniu nieuzależnionych, gdyż u osób uzależnionych organizm stopniowo się przystosowuje, zmienia tolerancję i wytrzyma niekiedy nawet 10 promili i więcej. Tyle miał podobno (jeszcze) żywy pan na Pomorzu, zbadany podczas wypadku¹⁷. Zatem ci, co się trują, zazwyczaj otruć się nie chcą, ale tak im wychodzi. Spektakularne wydarzenie miało miejsce w Zabrze kilka lat temu¹⁸. Otóż w kawiarni dwu panów po pięćdziesiątce (sic!) założyło się, który może więcej wypić. I rozpoczęli zawody. Po kwadransie jeden zmarł na miejscu, a drugi stracił przytomność. Gdy zastanawiam się, kto tu był głupi, to oprócz nieszczęśników rozważam też kandydaturę kelnera czy barmana. Czyżby „klient nasz pan?”. Ta kawiarnia definitywnie straciła przynajmniej jednego klienta.

Skoro o zatruciach mowa, to wspomnijmy o samobójstwach (Wojcieszek, 2019, s. 59–62). Rzekomo alkohol łagodzi stres, ale tak naprawdę jest czynnikiem ryzyka rozwoju... depresji. Ostatnio dużo się w Europie dyskutuje na temat skali wpływu alkoholu na wzrost przypadków depresji. Związek jest ewidentny. W Polsce samobójstwa są bardzo poważnym problemem. To około 7–8 tys. rocznie udanych zamachów na własne życie. I okazuje się, że istnieje dość ścisła korelacja między poziomem średniego spożycia alkoholu a krzywą wzrostu samobójstw. Im więcej pijemy, tym częściej skutecznie się wieszamy. Wśród samobójców dominują mężczyźni w średnim wieku mający kłopoty alkoholowe. W tym wypadku spodziewam się, że częściej chodzi o pozbawionych nadziei uzależnionych. Choć nie zawsze. Czasami obiektywne skutki utraty pracy czy rozpadu rodziny skłaniają również nieuzależnionych do próby samobójczej. Zastanawiamy się, jak rozpatrywać przypadek mający miejsce w miejscu zamieszkania autora, gdy ojciec rodziny powiesił się, ponieważ utracił za alkohol prawo jazdy, a był zawodowym kierowcą. Był uzależniony? Nie był? Teraz trudno to ocenić. Prawdopodobnie jednak w tej grupie — samobójców — dominują osoby uzależnione, nawet od 14 do 43% osób uzależnionych od alkoholu podejmuje takie próby, zaś od 7 do 18% ginie z tego właśnie powodu (Michalski i wsp., 2015, s. 213–220)¹⁹. Może to mieć związek z nieudanymi próbami terapii alkoholowej, która jest w pełni skuteczna tylko w odniesieniu do 1/3 leczących się. Są osoby, które wielokrotnie próbują. Rekordzista,

¹⁷ <https://szczecin.wyborcza.pl/szczecin/7,34939,26715070,pacjent-mial-10-promili-alkoholu-we-krwi-dwukrotnie-przekroczyl.html> (dostęp: 7.04.2021). Media epatują wieloma tego typu informacjami, można bez trudu znaleźć rekordy zmiany tolerancji na alkohol.

¹⁸ A. Malanowska (2007), *Tragiczny finał zawodów w picciu wódki. Nie żyje 54-latek*, 14 marca, „Gazeta Wyborcza”, <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,21494476,tragiczny-final-zawodow-w-picciu-wodki-nie-zyje-54-latek.html> (dostęp: 7.04.2021).

¹⁹ A. Michalski, M. Kopera, B. Gmaj, A. Łoczevska (2015), *Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 28/4, s. 213–220.

jakiego spotkał autor w jednej z klinik, podobno próbował... 26 razy²⁰. Okaz wytrwałości, ale dla wielu jedno czy drugie niepowodzenie i załamują się. Tak, z chorobą alkoholową walczy się bardzo trudno, wymaga to ciężkiej pracy nad sobą i dobrego wspomagania. Nie każdy ma w sobie tyle siły...

I tak doszliśmy do kwestii uzależnienia²¹. Tutaj na razie wymieńmy najważniejsze fakty: w Polsce uzależnionych w stopniu ciężkim (alkoholików) jest 2,2% całej dorosłej populacji (4,1% mężczyźni, 0,4% kobiety) (dane wg „Global Status Report on Alcohol and Health 2018”, s. 281). To dużo, kilkaset tysięcy osób. Większość z nich nie podlega spontanicznemu samoleczeniu (jest takie zjawisko) i nie korzysta z terapii. W rezultacie choroba niszczy ich, niszczy ich rodziny i otoczenie. O ile osoba bez umiaru (pijaka) zazwyczaj może przestać pić samodzielnie, o tyle w przypadku większości uzależnionych jest to zbyt trudne. Muszą mieć pomoc z zewnątrz, a zatem wyrazić na nią zgodę. Zgodę na przyjęcie pomocy. Ze względu na mechanizmy psychologiczne choroby jest to trudne.

Zespół uzależnienia od alkoholu dość dobrze rozpoznaje się przy pomocy serii testów i wywiadu klinicznego (a nawet biochemii). Opisuje go klasyfikacja chorób i zaburzeń psychicznych (ICD lub DSM). Tam znajdziemy wszystkie cechy alkoholizmu, po których można go poznać. Ciekawe jest i mało znane, że nie wszystkie cechy muszą występować, ważne jest, czy pewna ich liczba występuje w okresie ostatniego roku. Innymi słowy uzależniony nierówny uzależnionemu. Różnice bywają znaczne. Tylko mały odsetek uzależnionych jest wyraźnie widoczny społecznie, większość zręcznie się kamufluje. Chorobę określają mechanizmy psychologiczne: nałogowej regulacji uczuć, systemu iluzji i zaprzeczeń oraz rozdwojenia „ja” (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006, s. 68–124; Cierpiałkowska, 2010, s. 147–180; Woronowicz, 2009, s. 122 i dalej)^{22,23}.

Wprost trudno ująć krótko wszystko, co składa się na zespół uzależnienia z punktu widzenia ludzkiego cierpienia i strat, strat samego delikwenta i jego otoczenia. Co bowiem wynika z tego, że wskażemy, że żyje on średnio o 10–20 lat krócej, niżby mógł i odchodzi w samotności? Dlaczego zatem nie zajmujemy się tutaj tylko tym zjawiskiem? Ponieważ szkody alkoholowe są szersze i podlegają prawu paradoksu przewencyjnego. Nie trzeba być uzależnionym, aby śmiertelnie spaść ze schodów. Wystarczy za dużo wypić. Oczywiście pamiętamy o nadreprezentacji osób uzależnionych za kratami.

²⁰ Oczywiście należy tę deklarację wziąć w nawias ze względu na stan psychiczny pacjenta, ale zdarzają się potwierdzone dane o kilkunastu hospitalizacjach.

²¹ Czytelnik znajdzie też dokładniejsze omówienie zjawiska uzależnienia w artykule dr Katarzyny Iwanickiej, zamieszczonym w dalszej części monografii.

²² J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda (2006), *Integracyjna terapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa.

²³ L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (2010), *Psychologia uzależnień — alkoholizm*, Warszawa.

Warto zauważyć, że istnieją zidentyfikowane czynniki przyspieszenia uzależnienia (tzw. efekt teleskopowy — Hussong, Bauer, 2008, s. 63–78²⁴). Są to takie sytuacje, jak: płeć — kobiety uzależniają się szybciej, wiek — młodzi uzależniają się szybciej oraz obciążenie genetyczne (pochodzenie od uzależnionych przodków). To ostatnie to aż 30–50% wpływu. Ponadto doświadczanie traumy psychologicznej (większość alkoholików miała takie doświadczenie²⁵), życie w rodzinie dysfunkcyjnej (zwłaszcza z przemocą i z alkoholem). Mają znaczenie też obyczaje i normy społeczne. Czy u nas trudno jest się uzależnić? Nasze wskaźniki pod tym względem są w okolicach średniej europejskiej, trochę wyższe, ale badania RAHRHA (Moskalewicz i wsp., 2017, s. 53–73)²⁶ wykazały, że nasze społeczeństwo „pomaga” się uzależnić, gdyż ma zbyt swobodny stosunek do upijania się i częstości picia („Co to za chłop, co sobie nie wypije?”).

Osobną kategorię szkód stanowią szkody gospodarcze wynikające z osłabienia wydajności pracy, wypadków przy pracy, zniszczenia środków produkcji (Wojcieszek, 2019, s. 72–74). Gdy pijany kierowca miejskiego autobusu rozbija go, to rzadko udaje się od razu przywrócić pojazd do użytku. Takie straty dotyczą nawet statków czy samolotów, choć aż trudno w to uwierzyć, aby piloci mieli problemy alkoholowe. Mają. Linie lotnicze zatrudniają specjalnych pracowników, aby zajmowali się trzeźwością personelu.

Skalę bezpośrednich szkód gospodarczych dobrze oddaje efekt EAP — Opiekuńczych Służb Pracowniczych, które od czasu wojny funkcjonują w USA. Odzykiwanie zamiast zwalniania powoduje, że każdy dolar zainwestowany w terapię skutkuje oszczędnością 3 dolarów, gdyż unika się strat z tytułu zwolnienia pijącego pracownika. Podobno aż 60% firm prywatnych ma taką strategię prewencyjną. Z zyskiem. U nas nadal to jest rzadkość, więc wiele tracimy.

Na mapie problemów alkoholowych wcześniej pojawiła się przestępczość, więc nie musimy jej osobno omawiać. Ale nie pojawiła się demoralizacja nieletnich, a to jeden z podstawowych komponentów procesu stawania się przestępcą. Z młodymi jest też tak, że ich przedwczesne picie powoduje utratę części komórek nerwowych mózgu. Tracą na mierzalnej inteligencji, gorzej się uczą i zapamiętują, łatwiej wpadają w konflikty i izolację, częściej doświadczają wykorzystania seksualnego i przypadkowych kontaktów. Jeśli się zważy, że w Polsce średni wiek inicjacji alkoholowej to 12,5 roku (słownie: dwanaście i pół roku), to widać, jak rozległe i nieznane są to szkody. Gdyby rodzice lepiej sobie to uświadomili! Tymczasem boją się używania narkotyków, ale mniej boją się używania alkoholu przez własne dzieci (Wojcieszek, 2016, s. 28–31)²⁷. Straty rozwojowe

²⁴ A. Hussong, D. Bauer (2008), *Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents*, „Journal of abnormal psychology”, 117(1), s. 63–78.

²⁵ M. Dragan (2008), *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*, Warszawa.

²⁶ J. Moskalewicz, R. Room, B. Thorn (red.) (2017), *Comparative monitoring of alcohol epidemiology cross the EU*, RARHA Work Pacakge 4, Warszawa, s. 53–73.

²⁷ K. Wojcieszek (2016), *Nasze dzieci w dżungli życia. Jak pomóc im przetrwać?*, Kraków.

wśród młodych to jest prawdopodobnie największa część szkód alkoholowych ukryta pod wodą jak góra lodowa, której tylko czubek wystaje na powierzchni. To ogromny zakres strat (Anderson, Baumberg, 2007, s. 90–100).

Jeśli mowa o młodych, to dodajmy kolejny obszar szkód: straty w życiu rodzinnym. Wspomnieliśmy już, że aż 62% przypadków interwencji z powodu przemocy domowej dotyczy pijanych sprawców. To wskazuje na konfliktogenny charakter spożywania etanolu. Znane są przypadki, gdy z tego powodu dajmy na to ojciec chrzestny dziecka podczas przyjęcia komunijnego zabił ojca biologicznego (lub odwrotnie). Podobnie zdarza się na wielu weselach. Jednak najbardziej bolesne są systematyczne straty w rodzinach, gdzie nadużywanie alkoholu rozsadza małą rodzinę „nuklearną”. Nie tak dawno był to główny powód rozwodów, obecnie nadal jest, ale nie na pierwszym miejscu (Szukalski, 2013; Szukalski, 2016). Musimy zdać sobie sprawę z niszczącego wpływu nadużywania i alkoholizmu na atmosferę rodziny. Gdy zapytano 200 tys. młodych Polaków, czy przeżyli w związku z piciem rodzica jakąś sytuację dramatyczną, której nie będą mogli zapomnieć do końca życia, to aż 30% to potwierdziło. To znacznie więcej, niż jest rodzin alkoholowych z uzależnionym rodzicem²⁸.

Jeśli już zdarzy się przypadek rozwoju uzależnienia, to w jego tle rozwija się tzw. **współuzależnienie** członków rodziny, zwykle żony i dzieci, czasem innych bliskich (Cierpiałkowska, Ziarko, 2010, s. 212–229; Woronowicz, 2009, s. 324–332). System rodzinny przyjmuje charakter obronny: nic nie może się wydostać na zewnątrz i trzeba rodzinę chronić w jej trwaniu — za wszelką cenę. Taki przebieg ma większość sytuacji. Powoduje to ogromne i trwałe straty psychologiczne jej członków (tzw. sztywne role alkoholowe — matki, dziecka bohatera rodzinnego, dziecka kozła ofiarnego, dziecka niewidzialnego, dziecka maskotki, dziecka pomocnika w picu (Cierpiałkowska, Ziarko, 2010, s. 229–252). Znaczna część żon alkoholików zapada na ciężkie nerwice wymagające nawet hospitalizacji.

Ocenia się, że w Polsce żyje nie mniej niż milion dzieci alkoholików, a nie więcej niż dwa miliony²⁹. Są, wedle badań: bardziej podatne na choroby z powodu chronicznego stresu, mają gorsze osiągnięcia w nauce (zazwyczaj, nie zawsze, zwraca na to uwagę Cierpiałkowska, Ziarko, 2010, s. 284–288), nawet mają niższy wzrost czy rozwojowe zaburzenia somatyczne z powodu chroniczności stresu (Robinson, Lyn, 2005, s. 111–142). Pewien autor uważał, że ich los jest pod względem obciążeń porównywalny z pobytem w obozie lub w ciężkim więzieniu. Można się bliżej przyjrzeć ich przeżyciom, gdy sięgniemy do wstrząsającego wyboru listów dzieci do swoich rodziców — Skrzypczyk (red.), 1996³⁰.

²⁸ Taki wynik uzyskano w trakcie akcji „Sonda 21” prowadzonej przez PARPA z udziałem autora.

²⁹ „Przyjmując, że w Polsce żyje około 700–800 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu, liczbę niepełnoletnich dzieci alkoholików możemy określić na około 2 miliony, z których co najmniej połowa żyje w sytuacji drastycznie zagrażającej ich zdrowiu i rozwojowi”, strona internetowa PARPA, <https://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dzieci-alkoholikow> (dostęp: 7.04.2021).

³⁰ W. Skrzypczyk (1996), *Listy. Wybór tekstów dzieci alkoholików*, wyd. 2 poszerzone, Łódź.

Co bardzo smutne, to uszkodzenia te idą dalej, w życie, nawet gdy uzależniony umrze lub opuści rodzinę (Ryś, 2007, s. 118–120)³¹. Z pokolenia na pokolenie. Być może najbardziej tragiczne jest to, co wykryła Claudia Black — aż 2/3 jej pacjentów leczących alkoholizm było też DDA — Dorosłymi Dziećmi Alkoholików (Black, 1987)³². Gdy w USA powstał ruch DDA, to znalazło się w nim ponad 20 mln członków!

Jedyną skuteczną ścieżką w przypadku uzależnienia jest terapia całej rodziny. A w obszarze samopomocowym oprócz lepiej znanego AA funkcjonuje też Al-Anon (bliscy uzależnionych), DDA czy Alateen (dzieci — nastolatki). W zasadzie cała rodzina powinna być wsparta odpowiednią terapią.

Trudno opisać skalę tego cierpienia, ale pamiętajmy, że pojawia się ono również w swych elementach składowych na etapach wstępnych, gdy dana osoba tylko nadużywa alkoholu. Autor z tego powodu szacuje straty w życiu rodzinnym znacznie szerzej niż tylko w rodzinach ściśle alkoholowych, ze zdiagnozowanym uzależnieniem.

Oczywiście zdarzają się przypadki (na szczęście rzadkie), gdy to oboje rodzice mają problemy alkoholowe. To niszczy dzieci jeszcze bardziej.

Próbowano oszacować współczynnik kontynuacji uzależnienia przez dzieci z rodzin alkoholowych. Rozrzut wyników był od kilkunastu procent do nawet 64%. Przyjmuje się, że jest to średnio 25% (Wojcieszek, 2016)³³. Tyle osób bezpośrednio kontynuuje uzależnienia rodziców. Koszmarne dane, ale niestety prawdziwe. Przecież te dzieci strasznie cierpią, a mimo to wpadają w to samo, co rodzice. Aż trudno się z tym pogodzić. Zapobieganie takiej sytuacji to właściwy temat „profilaktyki uzależnień”, pod tym względem jeszcze słabo rozwiniętej. To nie wszystko. Stwierdzono, że np. córki osób problemowo pijących wybierają częściej za mężów osoby problemowo pijące. Kontynuują koszmar w swoim życiu rodzinnym. Takie bowiem są mechanizmy psychologiczne, które to determinują, a z których nie zdajemy sobie sprawy. Poza tym dzieci wybierają role społeczne zgodnie ze swymi dysfunkcyjnymi rolami — np. dziecko bohater wybiera role „godne”, ale w nich się zapracowuje, natomiast „dziecko kozioł ofiarny” często wybiera rolę... przestępcy.

Może się zdarzyć, że jedno z dzieci w tej samej rodzinie zostanie prokuratorem lub policjantem, a drugie przestępcą. Nie są to tak rzadkie konfiguracje. Mechanizmy psychobiologiczne są tutaj nieubłagane. Zatem hasło: „Piję za swoje i co ci do tego?” nie ma zastosowania. Zawsze straty rozciągają się szerzej, w ostateczności na całe społeczeństwo.

³¹ M. Ryś (2007), *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa, s. 118–120, ale w zasadzie całość monografii. Podobne opracowania u Cierpiałkowskiej, Zirako (2010), w cytowanej już wielokrotnie pracy. Obie badaczki mają wybitne zasługi w badaniu i popularyzacji zagadnienia.

³² C.A. Black (1987), *It will never happen to me! Children of Alcoholics: As Youngsters — Adolescents — Adults*, Ballantine Books, New York.

³³ K. Wojcieszek (2016), *Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu — przyczyny oraz możliwości zapobiegania*, w: Z. Gaś (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin, s. 129–146.

Można rozszerzać tę mapę, ale może zakończmy ją wskazaniem na fakt, który ma znaczenie dla więzienników. FAS — płodowy zespół alkoholowy (Foetal Alcohol Syndrome) i jego słabsza odmiana FAE to najczęstsze uszkodzenie wokółurodzeniowe, częstsze niż zespół Downa. To podstępne uszkodzenie, bo nie zawsze możliwe do szybkiego wykrycia³⁴ (Klecka, 2007). Wiele osób z FAS ma uszkodzenia selektywne, dla przykładu nieźle mówią, ale słabo rozumują. Często nie mogą dobrze zrozumieć zagadnień (nawet logiki żartów), trudno im się uczyć, skupić uwagę, pokierować sobą. Ich reakcje są często paradoksalne (Jadczyk-Szumiło, 2008, s. 12–32)³⁵, ale jako że uchodzą za nieuszkodzonych, to obciąża się ich całkowitą odpowiedzialnością za czyny. Przykład: uczeń z FAS wywołał bójkę, gdyż wydawało mu się, że kolega go bije. Tymczasem kolega tylko się o niego lekko otarł na przerwie. Dziecko z FAS miało w tym wypadku nadwrażliwość na ból. Z kolei inne dziecko miało funkcjonalną niewrażliwość na ból. Gdy zraniło się podczas zabawy na podwórku, wykrwawiło się na śmierć, bo nie zauważyło rany. FAS powstaje tajemniczo, niekiedy w wyniku jednej szalonej imprezy alkoholowej ciężarnej matki. Nie musi być ona osobą uzależnioną. To klasyczny wyraz „paradoksu prewencyjnego”.

Autor jest przekonany, że wciąż nie opisaliśmy całej mapy problemów alkoholowych. Jak na przykład zakwalifikować błędy decyzyjne po pijanemu? W dwudziestoleciu międzywojennym nastąpił gwałtowny kryzys finansowy, zniknęła 1/3 wpływów budżetu. Usiłowano załatać tę dziurę, nie udawało się. Samodzielność państwa stanęła pod znakiem zapytania. Powołano na stanowisko ministra finansów, wybitnego specjalistę, prof. Zawadzkiego. Był niewątpliwie fachowcem, ale też był... pracoholikiem i alkoholikiem³⁶. W końcu z tego powodu stracił stanowisko (i dość przedwcześnie życie), ale zdążył ubocznie zdewastować system prawny w dziedzinie alkoholowej. Zliberalizowano prawo o obrocie alkoholem i w rezultacie spożycie się podwoiło w krótkim czasie (z 1 litra do 2 per capita). Historyków można zachęcić do analizy takich subtelnych wpływów. Są nawet tacy, którzy uważają, że niefortunny moment wybuchu powstania warszawskiego był skutkiem rozchwianej osobowości gen. Okulickiego — „Niedźwiadka”, który wykazywał się cechami osoby uzależnionej od alkoholu (Rosalak, 2012)³⁷. Zatem mamy jeszcze wiele białych plam na „mapie problemów alkoholowych” i wciąż odkrywamy nowe zależności i rodzaje szkód.

³⁴ M. Klecka (2007), *FAScynujące dzieci*, Kraków.

³⁵ T. Jadczyk-Szumiło (2008), *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Warszawa.

³⁶ „Minister skarbu pracował każdego dnia do wyczerpania, a potem upijał się w trupa. To, że profesor za kołnierz nie wylewa, było powszechnie wiadome”. A. Krajewski (2013), *Budżetowi cudotwórcy*, Forbes, 4.03.

³⁷ „Ale tu nie chodziło o odwagę osobistą. Tu chodziło o rozsądek. On musiał myśleć. Pytałem kiedyś pułkownika Janusza Bokszczanina (szefa Oddziału III KG AK — przyp. red.), kto to był Okulicki. Oni razem służyli w Równem przez jakiś czas. On powiedział: »To był ,ura, ura!«. Niestety, nie można oddać losów milionowego miasta w ręce człowieka, który właściwie nie myślał kategoriami trzeźwymi i nie myślał rozsądnie. Nie chcę mówić

Konkluzja: wydaje się, że używanie alkoholu to zachowanie ryzykowne, które może generować wiele szkód. Mimo to jest mało prawdopodobne przejście ludzkości na rezygnację z picia z powodu odczuwanych zalet tego zachowania jako substancji psychoaktywnej. Panuje przekonanie, że jest możliwe zachowanie umiaru, czyli taki styl używania, że prawdopodobieństwo szkód jest małe. Bywa to określane „picciem rozsądnym”. Taki efekt dotyczy niskich stężeń alkoholu we krwi i małej częstości picia. Także pełnej abstynencji w wielu sytuacjach życiowych. Tylko wtedy „zyski” mogą przeważać nad „stratami”.

o zmarłych ludziach źle, ale to był alkoholik i często był pod tzw. gazem”. Dramat '44. Czy powstanie warszawskie rzeczywiście było wielkim błędem i katastrofą narodową? Z prof. Janem Ciechanowskim rozmawia Maciej Rosalak, <https://historia.uwazamrze.pl/artypkuk/923047/dramat-44> [Data publikacji: 15.08.2012 r. Data aktualizacji: 24.04.2020 r. Nr wydania: 16.08.2012].

Kontekst społeczny nadużywania alkoholu na świecie, w Europie i w Polsce. Normy społeczne, style używania

Przechodząc z płaszczyzny indywidualnej na społeczną, zauważamy, że używanie napojów alkoholowych jest silnie uwarunkowane zachowaniami otoczenia społecznego pijących. Owszem, w pewnych sytuacjach picie indywidualne („do lustra”) też występuje, lecz początkowo prawie zawsze picie ma charakter grupowy, niemal rytualny. Wspólne „obalanie połówki” przypomina indiańską fajkę pokoju (kalumet), która krążyła dookoła zgromadzonych wokół ogniska Indian na znak wspólnoty i pokoju. W kręgu kultury europejskiej napoje alkoholowe spełniały podobną rolę. Do dziś inicjacja w picie dokonuje się najczęściej w jakimś towarzystwie i stanowi dla wielu rodzaj przejścia w dorosłość.

Europa uchodzi za kontynent generalnie rozпиты, jej średnie spożycie alkoholu per capita jest około dwukrotnie wyższe niż średnia światowa (12 litrów wobec 6 litrów) (Raport WHO 2018, op. cit.). Wszędzie tam, gdzie kultura europejska sięgała, pojawiały się przejawy nadużywania alkoholu. Dobrym przykładem jest Grenlandia, wyspa arktyczna należąca formalnie do Danii, która obecnie boryka się z ogromnymi kłopotami: pijaństwem (Aare, 2012)¹ i samobójstwami (Bjerregaard, Lynge, 2006)². Tradycyjna kultura Eskimosów nie była idealna, ale tych konkretnych problemów nie znała. Władze duńskie starają się objąć wyspę czymś w rodzaju praktycznej prohibicji i manipulacji cenami alkoholu, ale nie do końca to pomaga, chociaż ograniczyło najbardziej drastyczne zjawiska³.

Jeśli śledzimy wpływy historyczne na naszym kontynencie, to zauważamy wpływ Bliskiego Wschodu i pierwotnych cywilizacji rolniczych. Gdy w wyniku rolnictwa pojawiły się pewne nadwyżki płodów rolnych, można było przeznaczyć

¹ H. Aage (2012), *Alcohol in Greenland 1951–2010: consumption, mortality, prices*, “International Journal of Circumpolar Health”, 71, 10.3402/ijch.v71i0.18444. <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18444> [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525923/>].

² P. Bjerregaard, I. Lynge (2006), *Suicide — A Challenge in Modern Greenland*, “Archives of Suicide Research”, 10:2, s. 209–220.

³ Jednocześnie warto odnotować znakomite rezultaty wysiłków innego nordyckiego kraju — Islandii, który zdołał znacznie zredukować upijanie się młodzieży, stosując zestaw działań zapobiegawczych przez 20 lat. A.L. Kristjansson, I.D. Sigfusdottir, T. Thorlindson, M.J. Mann, J. Sigfusson, J.P. Allegrante (2016), *Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014*, “Addiction”, V. 111(4), s. 645–652.

je na produkcję fermentowanych napojów. Najpierw piwa, nieco później wina jako produktu z fermentujących winogron. Gdy powstawała republika rzymska, to musiała jeszcze sprowadzać wino ze wschodniej części basenu Morza Śródziemnego. Ma ono zatem stosunkowo krótką historię, nie było „odwieczne”, jak błędnie przypuszczamy. Pod koniec pierwszego tysiąclecia po Chrystusie rozprószyła się umiejętność destylacji sfermentowanych niskoprocentowych napojów. Powstały koniak i wódka. W Europie dopiero od XII/XIII w. (Woronowicz, 2009, s. 38–51; Wojcieszek, 2010, s. 83–87). Wszystko to ma znaczenie, gdyż pojawienie się napojów wysokoprocentowych szybciej ukazało potencjał szkód alkoholowych, które nagle „wybuchły” (Cook, 2006). Nieco trudniej jest upić się piwem (oczywiście jest to możliwe i praktykowane), trochę łatwiej winem (10–12% zawartości alkoholu) i wreszcie całkiem łatwo wódką (35–60% zawartości alkoholu). Co prawda „alkohol zawarty w piwie, winie i wódce jest ten sam i działa tak samo” (słynna ulubiona maksyma prof. Jerzego Mellibrudy), ale różnice w stężeniu alkoholu uwydatniały jego działanie. Zwłaszcza że wraz z opanowaniem technologii produkcja taniała. Produkowano więcej zboża, a następnie do Europy dotarły ziemniaki, co jeszcze bardziej potaniło produkcję wódki. Już nie był to destylat z wina, czyli koniak, lecz tani i mocny destylat z fermentującego zboża lub ziemniaków. Gwałtowny wzrost dostępności alkoholu uczynił jego masywne spożycie rozpowszechnionym. Mocno zmieniła się sytuacja zdrowotna społeczeństw.

Ponieważ można się upijać również winem, to od czasów starożytnych zauważano problemy alkoholowe. Jeden z najstarszych opisów znajdujemy w Biblii, to historia patriarchy Noego (Księga Wyjścia, 9,18–28). Już po potopie Noe zakłada winnicę, ale nie zna mocy wina i wpada w pułapkę. Nagi leży w namiocie, zdany na łaskę i niełaskę synów. Jeden z nich, Cham wykorzystuje niemoc ojca i namawia pozostałych do skorzystania z sytuacji (są bibliści, którzy twierdzą, że to zakamuflowany opis kazirodczego gwałtu homoseksualnego na ojcu). Jednak Sem i Jafet nie dają się namówić. Po wytrzeźwieniu Noe przeklina Chama (stąd nasze przekleństwo: ty chamie!). Biblia jako tekst starożytny ukazuje daleko idące identyfikacje zagrożeń alkoholowych jednocześnie z ukazaniem plusów spożywania alkoholu. Wino staje się zarówno przekleństwem dla tych, którzy go nadużywają, jak i błogosławieństwem dla rozważnych konsumentów. Symbolem tego jest chociażby cud w Kanie Galilejskiej (przemiana wody w wino), jak i ustanowienie wina jako części sakramentu Eucharystii (Ostatnia Wieczerza). Już wcześniej w tradycji narodu żydowskiego spełnianie toastu winem było bardzo ważnym elementem świętowania Paschy, najważniejszego dorocznego święta⁴. Jednak ścisła regulacja spożywania doprowadziła z czasem do czegoś, co specjaliści nazywają „żydowską tajemnicą picia”. Polegała ona na takim stylu używania alkoholu, że znacznie minimalizowano straty. Podobno w latach 60., gdy ta reguła działała, w Tel-Awii było zarejestrowanych w poradni odwykowej...

⁴ Bardzo miał to za złe obu religiom ekspert tej miary co Griffith Edwards: G. Edwards (2001), *Alkohol. Tajemnicza substancja*, tł. A. Grzybek, Warszawa.

30 osób⁵. W całym dużym mieście. Przez stulecia styl używania napojów alkoholowych w kręgu krajów śródziemnomorskich był powściągliwy (styl południowy) i udawało się unikać zwłaszcza uzależnienia, którego przypadki w tych krajach były znacznie rzadsze niż na północy Europy. Dziś te różnice trochę się zacierają (globalizacja), ale nadal są widoczne w obyczajowości. Wydaje się, że np. Włosi piją znacznie rozsądniej niż Polacy, Brytyjczycy czy Rosjanie. Istotą stylu południowego jest trzymanie się małych stężeń BAC („drinkowanie”) i unikanie upijania się. Tego ostatniego nie toleruje się tam społecznie.

Styl północny ma przeciwne cechy⁶. Pije się tak, aby się upić, czyli znacznie przekroczyć granice (np. 1 promila alkoholu w płynach ciała, więcej niż 60 g etanolu dla mężczyzny i 40 g dla kobiety), jakby zbliżyć się nieco do granicy zatrucia. Alkohol działa wtedy jak typowy, silny narkotyk. Epizodów picia nie musi być wiele, ale jak się już zdarzą, to muszą być intensywne. Ciekawe, że były kraje, w których zachęcano do pijaństwa, nawet do niego... zmuszano przepisami prawa. Takim krajem była Rosja w okresie gromadzenia środków na budowę armii — wtedy największej na świecie (XVIII/XIX w.)⁷. Czy można się dziwić, że Rosjanie dotąd mają z tym zachowaniem wielki kłopot?

Gdzie są Polacy?⁸ Pod względem średniego spożycia nieco ponad średnią europejską spożycia per capita, ale bliżej stylu północnego⁹. Z tego powodu polskim problemem jest pijaństwo i społeczna akceptacja dla tego typu zachowania. W naszej historii napoje alkoholowe jawiły się początkowo jako przywilej szlachecki, gdyż to szlachta miała piwniczki pełne beczek piwa i zwłaszcza beczek wina (słynnego „węgrzyna”). Pamiętniki z okresu „srebrnej Rzeczypospolitej” ukazują społeczeństwo, w którym pewnym pokazem bogactwa było upijanie się na umór szlachty — np. Jędrzej Kitowicz¹⁰ w swoich pamiętnikach (*Opis obyczajów...*, 1840) narzeka, że za jego czasów spełniano toasty za zdrowie

⁵ Ustna informacja Shoshanny Weiss, wybitnej izraelskiej badaczki.

⁶ J. Moskalewicz, R. Room, B. Thom (red.) (2016), *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA Work Package 4*, Warsaw.

⁷ W pewnym stopniu dotyczyło to również Polski poprzez stosowanie tzw. przywileju propinacyjnego.

⁸ Najlepiej odwołać się do ostatniej edycji Raportu WHO 2018 (op. cit.) s. 281. Jest tam syntetyczne zestawienie danych dla naszego kraju. Jeszcze dokładniejsze są cytowane już badania Rarha (Moskalewicz i wsp., 2016), także CBOS regularnie stara się badać różne aspekty alkoholowe (np. CBOS 160/2019).

⁹ Według danych ze strony PARPA jest to ok. 9,5 litra per capita rocznie, gdy liczy się starszych niż 15 lat, to WHO melduje o 11,7 litra.

¹⁰ J. Kitowicz (1840), *Opis obyczajów za panowania Augusta III*, wyd. pierwsze 1840, wydane następnie jako tom Biblioteki Narodowej Zakładu Narodowego im. Ossolińskich. Tamże: „Trafiło się i to, że komu trunku aż po dziurki (jak mówią) pełnemu nagle gardło puściło i postrzelił jak z sikawki naprzeciw siebie znajdującą się osobę, czasem damę po twarzy i gorsie oblał tym pachnącym spirytem, co bynajmniej nie psuło dobrej kompanii”. *O trunkach i pijatykach*, <https://literat.ug.edu.pl/kitowic/023.htm>.

każdego obecnego na uczcie szlacheckiego „pana brata”, co dawało czasem... 70 toastów. Zauważa, że część gości wpadała po drodze nieprzytomna pod stół.

Gorszym problemem było pojawienie się taniej wódki. Początkowo wódka w postaci nalewek była domeną pań domu, jako lekarstwo (XV–XVI w.). Później stała się napojem mas. Chłop pijał nie za często, ale jeśli już, to mocno, do upojenia. Wiązało się to z ogólną sytuacją polityczno-gospodarczą. Otóż jak wiadomo Polska przez pewien czas była jednym z większych eksporterów zboża w Europie (głównie przez Gdańsk). Dawało to zainteresowanym ogromne bogactwo, co prawda większe po stronie pośredników niż producentów, ale zawsze... W pewnym momencie ten strumień pieniądza zaczął się kurczyć, a kraj już rozwinął system folwarków, nastawiony na produkcję zboża. Co robić? Szybko przedstawiono się z eksportu na produkcję wódki. Podobno aż 50% produkcji zboża szło na produkcję wódki¹¹ (Rostworowski, 1977, s. 577), od XVII w., a proces ten nasilił się w XVIII i w początkach XIX w. Według prof. Kieniewicza w Galicji w 1836 r. pracowało 5000 gorzelnii, wytwarzając ok. 15 litrów spirytusu na głowę ludności (Kieniewicz, 1994, s. 19¹²). Weszliśmy z tym w czasy saskie, politycznie złe i obyczajowo tragiczne. Przemarsze obcych wojsk pustoszyły kraj. W okresie zaborów pozostał tzw. przywilej propinacyjny, który sprawiał, że aż 1/3 dochodów ziemiańskich w XIX w. pochodziła z produkcji napojów alkoholowych. Nic dziwnego, że te sfery zazwyczaj nie chciały krzewić trzeźwości (były chwalebne wyjątki). Sprawa wkroczyła nawet do wielkiej polityki. Słynna rabacja galicyjska (1846), w której chłopstwo zniszczyło 3000 dworów wraz z ich mieszkańcami, polegała na rozpowszechnianiu przez austriackiego zaborcę przekonania, że panowie chcą pozbawić chłopów dostępu do wódki, krzewiąc trzeźwość, wraz z księżmi (Besala, s. 538–542)¹³. Wątek ten jest mało znany, bo nieco wstydlivy; pokazuje, jak łatwo było manipulować masami za pomocą alkoholu. Dochodziło do tego, że w jednych miejscowościach chłopci niszczyli gorzelnie i wylewali wódkę podczas rabacji, a w innych pili na umór, korzystając z gorzelnianych zasobów. W tym samym czasie i w tym samym regionie!

Sytuacja była zróżnicowana w trzech zaborach. Do dziś najniższe spożycie notuje się w południowej Wielkopolsce (dawny zabór pruski). Zabór rosyjski był o tyle ciekawy, że formalnie prawo wymuszało tam trzeźwość, aby pozyskiwać dobrego rekruta z ziem polskich, ale jednocześnie zaborca

¹¹ „W rolniczym kraju o słabo rozwiniętym rynku wewnętrznym i w związku z ogólnym rozwojem rolnictwa europejskiego tracącym tradycyjne rynki eksportowe, nadwyżki zbożowe przerabiano na wódkę i rozpijano chłopów w ramach dworskiego monopolu propinacyjnego”. S. Rostworowski (1977), *Historia Powszechna. Wiek XVIII*, Warszawa, s. 577.

¹² J. Kieniewicz (1994), *Polski alkoholizm i trzeźwość*, w: M.F. Romaniuk (red.), *W trosce o trzeźwość Narodu. Sylwetki trzeźwościowych działaczy XIX wieku oraz antologia ich pism*, Wyd. „Michalineum”, Warszawa, s. 15–26.

¹³ J. Besala (2017), *Alkoholowe dzieje Polski. Czasy rozbiorów i powstań*, Poznań. Besala twierdzi, że to sukces bractw wstrzemięźliwości umożliwił chłopom zrozumienie ucisku i reakcję rewolucyjną.

zabraniał wszelkiej pracy na rzecz trzeźwości, nawet w postaci bractw kościelnych. Działalność trzeźwościowa odbywała się w tym zaborze w konspiracji, a wielu działaczy wylądowało na syberyjskiej katordze. Ile Polacy wtedy pili? Szacowanie jest trudne, ale wskazuje na nieco więcej niż obecnie. Charakterystyczny jest przykład działań wybitnego patrioty hrabiego Władysława Zamoyskiego. Wypędzony z zaboru pruskiego (stracił wielkie dobra rodowe) natychmiast wziął się do pracy w Galicji i poprowadził sieć świetnie prosperujących browarów i gorzelni. Uzyskane środki inwestował w cele patriotyczne. A był niewątpliwie człowiekiem pobożnym i skrajnie uczciwym. Dobrze to oddaje nastroje i zwyczaje końca XIX w. w zaborze austriackim, najbardziej wolnym formalnie, ale i najbiedniejszym. Są badacze (np. Skolimowski, 1985, s. 1–23)¹⁴, którzy twierdzili, że spożycie sięgało tam aż 40 litrów per capita. Byłoby więc cztery razy większe niż obecne. Jest raczej prawdopodobne, że takie mogło być wśród „czołówki” pijących.

Przełom nastąpił w ostatniej ćwiartce XIX w. Polacy świadomie zajęli się trzeźwością, w dużej mierze pod wpływem objawień Matki Boskiej w Gietrzwałdzie (Parzych, 2005)¹⁵. Miały tam miejsce trzy miesiące codziennych dialogów Matki Bożej z dwoma dziewczynkami. Dialogi po polsku, mimo że był to teren zaboru pruskiego, mocno zgermanizowany. Proboszcz był Niemcem, ale przejął się bardzo objawieniami, nawet go za to prześladowały władze pruskie, przecież to czasy „Kulturkampf” Bismarcka. Wieść o objawieniach rozeszła się po kraju. Pociągami i przez zieloną granicę popłynęły do warmińskiej wioski setki tysięcy pielgrzymów z całej środkowej Europy. Czego domagała się Matka Boża? Modlitwy i... trzeźwości. Odbył się charakterystyczny dialog. Pewna rodzina często chorowała, więc poprosiła dziewczynki, aby zapytały Matkę Bożą, czy choroby w tej konkretnej rodzinie ustaną. Ta odpowiedziała:

— *Nie będą chorować, jeśli będą się modlić i przestaną pić wódkę!*

Modlitwa i trzeźwość! Ten przekaz podziałał na cały kraj i zmobilizował Polaków do wielkiej pracy. Powstały specjalne konspiracyjne zakony, których celem było na przykład prowadzenie gospód bez alkoholu (siostry bezhabitowe — tzw. gospodarki, wchłonięte później przez zakon Służek NMP). Ostatni tego typu lokal dotrwał w Lublinie do lat 80. XX w. (Wójcik, 1978)¹⁶. W Polsce pojawiło się wielu wybitnych działaczy łączących trzeźwość z poprawą obyczajów (ks. Fiecek, bł. ks. Markiewicz, bł. H. Koźmiński). To była konspiracja obejmująca cały kraj i wszystkie warstwy. Trudno było przełamać nawarstwione od XVII w. złe obyczaje. Legenda głosi, że późniejszy święty, słynny malarz Adam Chmielowski (słynny Brat Albert) powziął zamiar przyłączenia się do grupy

¹⁴ K.P. Skolimowski (1985), *Abstynencja w skautingu polskim. Źródła i rozwój zasady abstynencji w skautingu w latach 1911–1914*, Warszawa, s. 1–23.

¹⁵ K. Parzych (red.) (2005), *Orędzie gietrzwałdzkie wczoraj i dziś*, Olsztyn.

¹⁶ M. Wójcik (1978), *Zgromadzenie Sióstr Służek NMP Niepokalanej. Powstanie, rozwój i działalność w latach 1878–1918*, Mariówka/Przysucha.

bezdolnych tzw. ogrzewalni krakowskiej, prowadzonej przez krakowski magistrat siedzibie wszelkiej nędzy. Nie został zaakceptowany, dopóki nie przyniósł... butelki wódki. A były to początki wielce zasłużonego zakonu albertynów.

Jednak kraj trzeźwiął. Abstynencja stała się modna, zwłaszcza wśród studentów. Stąd w polskim harcerstwie, które wtedy powstawało (Małkowski, Strumiłło) pojawiła się zasada pełnej abstynencji alkoholowej¹⁷. Warto odszukać w sieci stenogram z procedowania w kwietniu 1920 r. ustawy o obrocie alkoholem (lex Moczydłowska)¹⁸, aby przekonać się naocznie o nastrojach tamtych dni. Polska nie wprowadziła prohibicji, ale podobno zabrakło do tego... jednego poselskiego głosu! Przyjęte prawo było bardzo surowe, wiele zabraniało. Np. handlu alkoholem od soboty do poranka w poniedziałek! Rozwiązania jako żywo przypominały ówczesne przepisy szwedzkie, uchwalone w Skandynawii w podobnym kontekście i w podobnym czasie (np. szwedzki system Bratta). U nas nie było stemplowania zakupu alkoholu w specjalnej książeczce, ale była reguła jednego punktu na 2500 mieszkańców. W mojej obecnej miejscowości byłby to... jeden punkt sprzedaży alkoholu. Jest kilkanaście. XX w. to dla Polski wiek heroiczny. Najpierw udana wojna z Rosją bolszewicką (1919–1920), potem bardzo trudna budowa zrębów własnej państwowości po wiekach nieistnienia. Następnie wielki kryzys. Przed kryzysem Polacy pili ok. 1 litra per capita rocznie. Akcje trzeźwościowe i dobre prawo dały rezultat. Jednak poluzowanie prawa w czasie kryzysu spowodowało wzrost spożycia do 2 litrów (przy okazji wypełnił się skarb państwowy). Przyszła II wojna światowa, a po niej komunizm. Spożycie stopniowo, lecz systematycznie rosło i rosło. Nie tylko z powodu samego ustroju (Grygiel, 1980)¹⁹ i częściowej tylko niepodległości, ale również z powodu stopniowej stabilizacji gospodarczej. Reguła jest taka: pije się więcej tam, gdzie ludzie mają więcej pieniędzy. U nas nakładały się zarówno wpływy kulturowe (rozpacz polityczna), jak i gospodarcze. Spożycie szybko było wysoko, zatem podczas słynnego strajku w Stoczni Gdańskiej w 1980 r. robotnicy ogłosili strajkową prohibicję i zażądali od władz troski o trzeźwość narodu (uchwały I Zjazdu „Solidarności”²⁰ (Moskalewicz, 1998; Kieniewicz, 2000). Co

¹⁷ B. Leonhard (1992), *Harcerski Słowniczek Abstynencki*, Wydawnictwo „Skauta”, Kraków; K.P. Skolimowski (1985), *Abstynencja w skautingu polskim. Źródła i rozwój zasady abstynencji w skautingu w latach 1911–1914*, Warszawa; S. Siedlaczek (1984), *Geneza skautingu i harcerstwa* (reprint 1936 r.), Warszawa; T. Strzembosz (1984), *Szare Szeregi jako organizacja wychowawcza*, Warszawa; również: F.W. Bednarski, *Wychowanie młodzieży dorastającej* (2000), Warszawa.

¹⁸ *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 r. o ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych* (Dz.U. z 1922 nr 35, poz. 299).

¹⁹ S. Grygiel (1980), *Alkoholizm a dialektyka pan — niewolnik*, w: K. Majdański (red.), *Antropologiczne kategorie trzeźwości. Materiały ogólnopolskiego sympozjum pastoralnego, 20–21 czerwca 1978*, Warszawa, s. 17–109.

²⁰ J. Moskalewicz (1998), *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944–1982*, Warszawa; J. Kieniewicz (2000), *Polski alkoholizm i trzeźwość. Od drugiej do trzeciej Rzeczypospolitej*, w: M. Romaniuk (red.), *W trosce o trzeźwość Narodu. Sylwetki najwybitniejszych działaczy trzeźwościowych XIX i XX wieku oraz antologia ich pism*, Warszawa, s. 18–30.

ciekawe, żądanie to trafiło na podatny grunt, bo ówczesny dyktator, „gensek” gen. Jaruzelski był zapamiętałym, zdeklarowanym abstynentem. W 1982 r. uchwalono specjalną Ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Gdy Polska odzyskała suwerenność (1989–1990), to trochę zajęto się tą sprawą, ale nieznacznie, gdyż zapanowała idea wolności gospodarczej i znoszenia wszelkich ograniczeń. Co prawda minister zdrowia powołał swego pełnomocnika ds. rozwiązywania problemów alkoholowych (prof. Jerzy Mellibruda), powstała Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i nowelizacja prawa (1996) bardzo ciekawa i pozytywna, ale dominujący był wpływ wielkiego biznesu. Wielkie koncerny europejskie zainwestowały wielki kapitał i wkrótce np. wskaźniki picia piwa przez młodzież poszybowały w górę²¹. Były to popisy skuteczności lobbingu i kampanii reklamowych²². W wyniku tych procesów średnie spożycie osiągnęło wskaźnik 11,6 litra czystego alkoholu rocznie na głowę mieszkańca starszego niż 15 lat (dla wszystkich zaś około 10,5 litra, włączając niemowlęta — wg danych PARPA 9,5 litra; spotyka się różne oszacowania zależnie od metodologii badań). To dużo za dużo i Narodowy Program Trzeźwości postuluje redukcję do średniej światowej, czyli ok. 6 litrów. Jest w nauce silne przekonanie, że istnieje stała zależność między średnim spożyciem a ilością szkód — im ono większe, tym szkód więcej.

Z tym procesem wzrostu spożycia łączyły się zmiany obyczajowe. Normą stało się picie, a zwłaszcza upijanie się. To najbardziej bolesny skutek socjologiczny w społeczeństwie, które na progu XX w. wchodziło w historię jako... jeden z najmniej pijących narodów w Europie! Niemożliwe? Proszę sprawdzić (Zieliński, 1994)²³. Spożywaliśmy wtedy tyle, co obecnie niektóre kraje islamskie — poniżej 1 litra na głowę (0,9). To nawet mniej niż obecnie w Turcji. Z pozytywnego lidera staliśmy się obecnie, powiedzmy, przeciętniakiem. Co jednak najważniejsze, to struktura spożycia, która jest u nas specyficzna. „Dorobiliśmy się” „polskiego stylu”: i często (styl południowy, śródziemnomorski), i dużo naraz (styl północno-wschodni). Złączyliśmy obecnie to, co w obu stylach europejskich jest najgorsze. „Polak potrafi!”

Zanim opuścimy ten rozdział, musimy się przyjrzeć tzw. strukturze spożycia. Jest ona bardzo osobliwa. Istnieje grupa abstynentów, którzy nie piją wcale (głównie kobiet) i wynosi ona 32% osób dorosłych (15+). To stosunkowo dużo, ale mniej niż na świecie (tam 57%). Jest też grupa ok. 40% konsumujących etanol, która rocznie spożywa 1 litr per capita, jak przed wojną (!) (Sierosławski, Bukowska, 2004)²⁴. Ogólnie spożycie jest na tyle skoncentrowane, że 75% konsumentów spożywa tylko 4% całego wolumenu napojów, zaś 6% konsumentów

²¹ Widać to na wykresach z badań mokotowskich z tamtego czasu. K. Okulicz-Kozaryn, A. Borucka (1997), *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984 — 1988 — 1992 — 1996*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 2(27), s. 179–195.

²² Kto dziś pamięta „Mariolę o kocim spojrzeniu”?

²³ A. Zieliński (1994), *Polish culture: Wet or Dry?*, “Contemporary Drug Problems”, V. 21, s. 329–340. [“Nordisk Alkoholtidskrift” 1994, V. 5–6, s. 258–263].

²⁴ J. Sierosławski, B. Bukowska (2004), *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Łodzi w 2004 r.*, Warszawa.

spożywa ponad 50% wolumenu. Widać, że są tacy, co unikają picia i tacy, którzy za wszelką cenę chcą podtrzymać dobre imię polskiego pijaka. Wg Raportu WHO z 2018 r. dorośli mężczyźni/konsumenci alkoholu spożywają średnio aż 23,8 litra per capita rocznie. Nic zatem dziwnego, że aż 22,7% polskich mężczyzn 15+ cierpi na różne choroby spowodowane alkoholem. Sytuujemy się w obszarze i stylu spożycia wysokim z powodu działań tej grupy rekordzistów. Jednak najważniejszą daną, jaką znajdujemy w tym raporcie (2018, s. 281), jest informacja o odsetku mężczyzn, którzy choć raz w miesiącu przekroczyli granicę upicia się wyznaczoną przez ekspertów (czyli przynajmniej 60 g na jednej imprezie, finalnie ok. 1 promila BAC). Jest takich mężczyzn aż 67,3% wszystkich w grupie konsumentów (już po odliczeniu abstynentów). Aż 2/3! Tu jest nasz alkoholowy pies pogrzebany. **Zbyt duża** grupa Polaków nie umie pić z umiarem! Z uwagi na „paradoks przewencyjny” powoduje to dużą liczbę szkód. Znajdujemy się w grupie państw z bardzo wysokim wskaźnikiem tzw. utraconych lat życia. Średnia długość życia mężczyzny (76 lat) w Polsce różni się od średniej kobiet o 8 lat, głównie z powodu picia i palenia tytoniu. Co ciekawe, zaczął być widoczny wpływ rewolucji wolnego rynku. O ile w wyniku odzyskania suwerenności średni wiek Polaka wzrósł w ciągu 25 lat o 6 lat w stosunku do końcówki PRL, o tyle od dwóch lat nie tylko nie wzrasta, ale maleje! Zespół prof. Zatońskiego, analizując dane, wykazał, że jest to skutek wysokiego i stale rosnącego spożycia alkoholu. Mało nas pociesza, że w Rosji jest gorzej... Ktoś obliczył, że nasi pijacy spożywają ekwiwalent 160 półlitrówek wódki rocznie. Idziemy na rekord!

Wszystko to sprawia, że norma „pije się” ma się dobrze. A człowiek jest tak zbudowany, że stara się czynić to, co czynią wszyscy. Gdy nabierze przekonania, że „pije się”, to wzmacnia to jego własną gotowość do picia. Eksperci nazwali ten efekt kulturowy „**błędymi przekonaniami normatywnymi**” (Hansen, 1993)²⁵. Dlatego tak ważne jest ukazywanie złożoności tego zachowania. Nie wszyscy piją i nie wszyscy jednakowo. Prawda zdejmuje z nas towarzyski (społeczny) przymus picia. Dlatego nigdy nie są profilaktyczne narzekania na powszechne pijaństwo. Tylko pełna prawda nas wyzwala. W Polsce aż 83% dorosłych można uznać za znających umiar, chociaż część z nich od czasu do czasu go łamie. Jeśli przy okazji złamie tylko nogę, to jeszcze nic, ale jeśli spowoduje coś innego z bogatej galerii problemów alkoholowych? Musimy oduczyć się pijaństwa, zmienić normy kulturowe i na nowo (tak!) nauczyć się szanować abstynencję i umiar. To da się zrobić, skoro przynajmniej raz się udało, w okresie odzyskiwania niepodległości. Konieczna jest narodowa nauka alkoholowego umiaru. W każdej grupie, w tym również i szczególnie w systemie więziennictwa. Wielu osadzonych należy do tych skrajnie nieumiarkowanych. Pracę na rzecz tej grupy akcentuje się również w tekście Narodowego Programu Trzeźwości z 2018 r.

²⁵ W. Hansen (1993), *School — Based Alcohol Prevention Programs*, “Alcohol Health and Research World”, V. 17, nr 1, s. 54–60.

Z kim pracujemy? Obciążenia czynnikami ryzyka wśród osadzonych

Należy uważniej przyjrzeć się naszej grupie docelowej ewentualnych działań profilaktycznych. Skąd wywodzą się osadzeni, kim są? Przeważnie są mężczyznami (tylko ok. 10% to skazane kobiety). Z punktu widzenia zachowań ryzykownych ma to duże znaczenie. Mężczyźni bardzo różnią się od kobiet w sprawach alkoholowych. Wystarczy porównać współczynniki uzależnionych mężczyzn i kobiet: mężczyźni to 4,1% populacji 15+, a kobiety to tylko 0,4 % populacji 15+. Pomimo tego, że nominalnie kobiety szybciej się uzależniają. W ostatnich latach wśród młodych Polaków picie dziewcząt zaczęło się zrównywać z piciem chłopców (Borucka, Okulicz-Kozaryn, 2008)¹, w niektórych okresach polskie dziewczęta piły nawet częściej niż chłopcy (!). Zjawisko to obserwuje się w innych krajach europejskich i przypisuje różnym czynnikom, w tym zwłaszcza nasilonej reklamie kierowanej na tę grupę.

Na razie jednak nadal picie mężczyzn przeważa. Kolejna cecha to podleganie procesom demoralizacji od wczesnej młodości. Używanie substancji psychoaktywnych, picie, palenie, używanie narkotyków stanowi wyróżnik socjologiczny grupy uznawanej za zdemoralizowaną. W różnych skalach oceniających stopień demoralizacji (np. Pytki) ten element jest stale obecny jako jej miara.

Kolejna cecha to stres. Pobyt w więzieniu, zwłaszcza po raz pierwszy, to bardzo silny stresor, jak już wspomniano. Bywa, że funkcjonariusz, któremu osadzeni dokuczają swoją roszczeniowością, ma ochotę każdego położyć na słynnym madejowym łożu. Może to utrudnić zauważenie, pod jakim ciśnieniem psychologicznym znajduje się człowiek pozbawiony wolności. Ilość deprywacji podczas pobytu w zakładzie karnym (deprywacja, tu: brak zaspokojenia potrzeb) jest bardzo duża. W jednym ze wspomnień byłego więźnia znalazła się wzmianka, że cierpiał bardzo z powodu trudności w swobodnym dostępie do toalety po przebudzeniu. Osobom na wolności taki kłopot nawet nie przychodzi do głowy. Stąd bardzo duży poziom chronicznej złości wśród osadzonych. Osadzeni nie są ludźmi głupimi, pod pewnymi względami ich wskaźniki inteligencji są zaskakująco wysokie, zwłaszcza wśród przestępców przeciw

¹ A. Borucka, K. Okulicz-Kozaryn (2008), *Dlaczego coraz więcej dziewcząt pije alkohol?*, „Świat Problemów”, v. 182(3), s. 18–21.

mieniu. Jednak ogólny poziom wykształcenia jest niski, niskie są też kompetencje społeczne, a nawet nawyk pracy. Wielu podlega syndromowi wyuczonej bezradności, wielu prezentuje tzw. negatywną tożsamość, wyjątkowo toksyczną wobec zamiarów resocjalizacyjnych (Karasowska, 2006)².

Niski bywa poziom religijności skazanych, a to obiektywny czynnik chroniący. Również relacje rodzinne wielu skazanych są bardzo powikłane i często słabe. Zdarzają się więźniowie kompletnie osamotnieni, którzy nie mają dokąd wracać. Odpada kolejny czynnik chroniący, jakim są więzi rodzinne, bliskie przyjaźnie (Nowak, 2020)³.

Z punktu widzenia problemów alkoholowych wszystko to jest ważne i wzmacnia ryzyko. Jednak najważniejsza jest rodzina pochodzenia. Bardzo wielu wywodzi się z rodzin z problemem alkoholowym, wielu jest DDA (Ryś, 2007)⁴. A to okazuje się silny czynnik ryzyka problemowego picia (Wojcieszek, 2016; Wojcieszek, 2018)⁵. Takie osoby niezależnie od ważnych czynników genetycznych podlegają tzw. modelowaniu. Uczą się od swego otoczenia, że trudne sytuacje życiowe się zapija, a radości też świętuje się zawsze z alkoholem. Prawie nie znają innych wzorców. Zatem i biologia (geny), i psychologia (modelowanie), i socjologia (normy) kierują takie osoby wprost do problemowego picia. To grupa ryzyka problemów alkoholowych w najwyższym stopniu, bardzo wymagająca pomocy. Musi sobie z tego zdawać sprawę każdy, kto podejmuje nawet proste i krótkie działania profilaktyczne wśród osadzonych. Wśród uczestników działań może być znaczna nadreprezentacja osób problemowo pijących na wolności. To oznacza zwykle wysoki poziom oporu psychologicznego podczas pracy profilaktycznej, tym bardziej terapeutycznej. W pracy z taką grupą trzeba się mocno trzymać scenariuszy zajęć, gdyż one zwykle uwzględniają taką sytuację i w nich świadomie „pracuje się z oporem”. Nawet trudności można wykorzystać konstruktywnie.

² A. Karasowska (2006), *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania?*, Warszawa.

³ B. Nowak (2020), *[Nie] Skazani na wykluczenie. Od patologii do normy zachowań społecznych*, Warszawa.

⁴ M. Ryś (2007), *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa.

⁵ K. Wojcieszek (2016), *Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu — przyczyny oraz możliwości zapobiegania*; K. Wojcieszek, 2018, *Obowiązki etyczne społeczeństwa wobec dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w kontekście międzypokoleniowej transmisji uzależnienia i wymogu solidarności społecznej*, w: Z. Gaś (red.), *Profilaktyka w świecie zagubionych wartości*, Lublin, s. 151–164.

Czynniki ryzyka problemów alkoholowych służb mundurowych

Na system więziennictwa zawsze składają się zarówno osadzeni, jak i funkcjonariusze. I wzajemnie na siebie działają. Założenie jest takie, że to dobrze uformowani pracownicy Służby Więziennej pozytywnie działają na skazanych, powodując u części z nich, oby jak największej, pozytywną przemianę życia. Jednak klasyczna teoria systemów wskazuje na wzajemne oddziaływanie obu podsystemów. Nie ma między nimi bariery, współdziałają na wiele skomplikowanych sposobów. Czy w dziedzinie problemów alkoholowych jakoś się to zaznacza?

W tej sprawie mamy dwie wiadomości, jedną dobrą, drugą złą. Jak w starym dowcipie o góralu, któremu po pijanemu nogi spaliły się w ognisku i musieli je amputować. Nikt nie chciał oznajmić mu tej przykrew prawdy, gdy leżał w szpitalu, bo to był chłop krewki. W końcu pewien jego kolega zdecydował się pomóc. Przybył do szpitala i zaczął tak:

*Ceść Wacek! Mom dwie wiadomości, dobrom i złom. Zło jest tako, ze nogi ci od-
jeni, a dobro tako, ze na buty mom kupca!*

Ja też mam dwie wiadomości dla funkcjonariuszy, dobrą i złą. Zła jest taka, że znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka rozwijania się problemów alkoholowych wraz ze wszystkimi służbami mundurowymi na świecie. Dobra jest taka, że osobiście odkryłem wielkie zainteresowanie funkcjonariuszy uzyskaniem (lub umocnieniem) sprawności umiaru i trzeźwości przy okazji pracy profilaktycznej z kilkoma setkami pracowników Służby Więziennej i mam na to potwierdzenie we własnych badaniach. Obie wiadomości są ważne i należy je rozwinąć.

Zacznijmy przegląd od tej gorszej strony. Mało jest ścisłych wiadomości na temat stopnia trzeźwości polskich funkcjonariuszy SW. Opieramy się tu na poszlakach, które wskazują, że może nie być najlepiej¹. Czynniki ryzyka? Płeć

¹ Spektakularną poszlaką był słynny „nocny lot” nietrzeźwego funkcjonariusza SW z czwartego piętra budynku kompanii w Kaliszu, podczas szkolenia. O dziwo zakończył się przeżyciem delikwenta, gdyż miał szczęście upaść na gęste krzewy iglaste. Autor zgromadził kilkadziesiąt notatek prasowych na ten temat, gdyż wydarzenie zakrawało na jawny cud i stało się głośne w całym kraju. Sądzimy, że nie ma potrzeby przytaczać tutaj tych źródeł.

męska, zawodowe przebywanie z osobami o zaburzonej historii życia (przestępcy — osadzeni), stresująca praca i tworzenie hermetycznego męskiego środowiska służby, co wymaga rytuałów jedności.

Pewną przesłanką są dwie obserwacje jakościowe. Otóż systematycznie zdarzają się alkoholowe kłopoty poza służbą, na przykład zatrzymania po pijanemu, gdy funkcjonariusze kierują pojazdami. Może nie jest tego oszałamiająco dużo, ale zdarza się regularnie, co jest sygnałem kłopotów. Drugi moment to zdarzające się od czasu do czasu wypadki, czasem spektakularne jak wspomniany lot pijanego kursanta z okna czwartego piętra budynku kompanii w kaliskim centrum szkoleniowym z dwoma promilami etanolu we krwi. To znana sprawa, ale od czasu do czasu zdarzają się podobne. Tutaj ważne zastrzeżenie — nie prowadzę tych dociekań, aby jakoś poniżyć Służbę Więzienną, nic podobnego. Pracując w WSKiP, i nawet wcześniej, poznałem wielu znakomitych, zacnych ludzi z tego kręgu zawodowego, których bardzo polubiłem i cenię. Usiłuję tylko wytłumaczyć, że ten typ pracy stanowi sam w sobie czynnik ryzyka problemów alkoholowych (Howland i wsp., 2007; Fijałkowska, Tomaszewska, 2010)^{2,3}. Podobnie jest zresztą w innych formacjach mundurowych na świecie: w policji w USA, w wojskach brytyjskich i w zasadzie wszędzie, gdzie prowadzono jakieś systematyczne badania (Fear i wsp., 2007; Bray, Hourani, 2007)⁴. Najlepiej znamy sytuację w wojsku brytyjskim, bo tam zbadano bardzo dużą grupę osób testem przesiewowym AUDIT przed wysłaniem wojsk do Iraku w czasie tzw. wojny w Zatoce. To świetne, dokładne badania, wiele mówiące o dość trudnej sytuacji.

Na pocieszenie dodam, że gdy porównamy brytyjskich wojskowych i polskich funkcjonariuszy SW, to ci ostatni wypadają lepiej, dużo zdrowiej niż wojskowi Brytyjczycy. Zatem nie ma czego się bać i trzeba spojrzeć prawdzie w oczy. To praca, w której utrzymanie umiaru alkoholowego jest szczególnie cenne pod każdym względem. Polscy pracownicy SW zasługują na to, aby obejmować ich systematyczną, dobrą pracą profilaktyczną, w tym również opartą na strategii programu „Korekta”.

Co do dobrej wiadomości, to nawet się zdziwiłem, jak wysoko oceniali funkcjonariusze warsztat profilaktyczny, który im zaproponowano. Dysponujemy dość dobrą oceną ewaluacyjną tych wydarzeń. Zawsze zdecydowana większość

² S. Fijałkowska, I. Tomaszewska (2010), *Problemy alkoholowe w profesjonalnej armii*, „Świat Problemów”, nr 6(209), s. 34–37.

³ J. Howland, N. Bell, I. Hollander (2007), *Causes, types and severity of injury among army soldiers hospitalised with alcohol comorbidity*, „Addiction”, V. 102, s. 1399–1410.

⁴ N.T. Fear, A. Iversen, H. Meltzer, L. Workman, L. Hull, N. Greenberg, C. Barker, T. Browne, M. Earnshaw, O. Horn, M. Jones, D. Murphy, R.J. Rona, M. Hotopf, S. Wessely (2007), *Patterns of drinking in the UK Armed Forces*, „Addiction”, V. 102, s. 1747–1748; R. Bray, L. Hourani (2007), *Substance use trends among active duty military personnel findings from the United States Department of Defense Health Related Behaviours Surveys*, „Addiction”, V. 102, s. 1092–1101.

uczestników oceniała warsztat bardzo wysoko, co jest wskazówką do jego stosowania w odpowiednich okolicznościach.

Do opisanej sytuacji warto przyłożyć schemat tzw. Opiekuńczych Służb Pracowniczych (EAP). W czasie wojny bardzo ważne były fabryki, zwłaszcza w USA. Tymczasem ich pracownicy pojechali walczyć. Przemysł boleśnie odczuwał brak rąk do pracy. Wtedy podjęto eksperyment z pijącymi pracownikami. W USA już wiadano o czymś takim jak AA. Zamiast od razu wyrzucać nadużywających, sugerowano im pomoc i skorzystanie z pobytu we wspólnocie samopomocowej. To się tak sprawdziło, że funkcjonuje do dziś, obejmując znacznie szerszy wachlarz problemów pracowniczych (Pomianowski, 2007)⁵. Podobno każdy zainwestowany w tę metodę dolar przynosi 4 dolary zysku. W przypadku służb mundurowych problem jest taki, że zazwyczaj kłopoty z trzeźwością powodują usunięcie z zawodu, jeśli są poważne. Oczywiście nie od razu („Polak potrafi!”), coraz częściej stosuje się wewnętrzne systemy pomocy (zazwyczaj służby mają swoich psychologów). Jednak autorowi wydaje się, że sytuacja tym bardziej „woła” o intensywną profilaktykę. Szkoda ludzi. Lepiej zapobiegać, niż leczyć, prawda?

⁵ R. Pomianowski (2007), *Pijący pracownicy — czyj problem?*, „Świat Problemów”, v. 172(5), s. 12–18.

Różnice między pracą indywidualną a grupową w profilaktyce problemów alkoholowych. Wyniki ewaluacji programu „Korekta”

Od współczesnych działań profilaktycznych wymaga się, aby były oparte na wiedzy (tzw. *science-based*) i podlegały ocenie obiektywnej, czyli ewaluacji procesu i wyniku (formatywnej i sumatywnej — *evidence-based*). Ponieważ zasadniczym narzędziem, jakie tu proponujemy, jest scenariusz grupowej interwencji „Korekta dla osadzonych”, to należy spytać, co wiemy na temat skuteczności tego rodzaju programu?¹

Jego zastosowanie ma długą historię, gdyż pochodzi z 1998 r. Został przygotowany na prośbę Departamentu Wychowania MON i dość szeroko zastosowany w całym wojsku. Przeszkolono w jego zakresie dużą grupę psychoprofilaktyków wojskowych oraz oficerów wychowawczych (autor osobiście szkolił kilkaset osób). Ze względu na poszukiwanie wsparcia dowódców szkolono również i tę grupę w specjalnym cyklu spotkań. Wieloletnia współpraca wojska z autorem pokazuje, że scenariusz cieszył się popularnością i był stosowany. Wydano dwukrotnie opis programu w znacznym nakładzie (Wojcieszek, 2004)² oraz wydano specjalny podręcznik dla oficerów wychowawczych ukazujący podstawy profilaktyki alkoholowej w wojsku (Wojcieszek, 2010)³. O czym świadczy sukces organizacyjny tego projektu? Jest pewną formą ewaluacji formatywnej, gdyż dotyczy ona tego, jak przebiega zastosowanie (implementacja) danego narzędzia i jak jest odbierane przez grupę docelową. Ten typ pracy był i jest odbierany dobrze.

Powodzenie programu w Wojsku Polskim zachęciło do jego stosowania Policję (np. w szkole policji w Katowicach z udziałem autora, ale też podjęła ona własne prace na kanwie struktury tego programu). Program zastosowano też

¹ W dalszej części monografii znajdują się wyniki z jednego z badań autorstwa dr Marii Wojcieszek.

² K. Wojcieszek (2004), „Korekta”. *Program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami służby zasadniczej*, wyd. 2, Warszawa.

³ K. Wojcieszek (2010), *Profilaktyka problemów alkoholowych w warunkach profesjonalnej służby wojskowej. W poszukiwaniu rozwiązań*, Warszawa.

systematycznie w Akademii Ekonomicznej w Katowicach i na kilku uczelniach warszawskich. Grupą docelową byli wtedy studenci.

We wszystkich tych przypadkach bezpośredni odbiór programu był znakomity, potwierdzony wynikami ankiet *ex post* (czyli prowadzonych po programie wśród uczestników)⁴. W końcu program był i jest stosowany w pracy z grupami młodzieży dorosłej (według stanowczej rekomendacji autora powyżej 16. roku życia), **jeśli stwierdzi się, że poziom używania alkoholu w danej grupie jest znaczny i wymaga interwencji profilaktycznej (tzw. selektywnej)**. Z założenia nie stosuje się tego programu dla młodzieży młodszej, w ramach profilaktyki uniwersalnej.

Wszystkie te doświadczenia i systematyczne stosowanie narzędzia w okresie 23 lat pokazują, że można uznać narzędzie za w pełni pozytywnie zweryfikowane w ramach monitorowania i ewaluacji formatywnej. Jednak dobry odbiór programu nie wystarcza jako odpowiedź co do jego obiektywnej skuteczności (ewaluacja sumatywna). Taką ocenę prowadzi się w tzw. schemacie quasi-eksperymentalnym (albo nawet w pełni eksperymentalnym), poddając wyniki starannej analizie statystycznej. Program „Korekta” podlegał takiej ocenie z wynikiem pozytywnym, powstała na kanwie tych badań praca magisterska (M. Wojcieszek, 2015, patrz cz. III monografii). Udokumentowano w niej pozytywne, oczekiwane zmiany w stylu życia uczestników. Zmiany te nie były znaczne, ale istotne statystycznie. Jest to typowa sytuacja dla wszelkich programów profilaktyki problemów alkoholowych. Jest to chyba najtrudniejszy rodzaj profilaktyki ze względu na to, że dotyczy zachowania bardzo ugruntowanego w kulturze krajów europejskich (Hawkins, Nederhood, 1994)⁵. W tym kręgu kulturowym bardzo trudno jest odnieść sukces w postaci trwałej zmiany zachowań odbiorców profilaktyki. Sprawa ta jest stałym polem dyskusji naukowych (Anderson, Baumberg, 2008)⁶. Przywołani autorzy uważają, że z tego powodu należy ograniczać działania profilaktyczne w szkołach jako mało efektywne, ale autor nie podziela tej minimalistycznej opinii, gdyż oznacza ona... bezradność edukacyjną. Co proponują ci autorzy w zamian? Silne ograniczenia typu podnoszenie cen alkoholu, redukcjonowanie liczby punktów sprzedaży, zakaz reklamy itp. o odcieniu prohibicyjnym. I owszem, należy popierać takie radykalne działania w przypadku alkoholu i są kraje, które na tym polu odniosły znaczne sukcesy (np. Szwecja, Norwegia, Islandia, Polska przed stu laty i inne). Łatwo jednak zauważyć, że bez dobrej pracy edukacyjnej poparcie społeczne dla tych **koniecznych i uzasadnionych naukowo** działań będzie zbyt małe i po jakimś czasie trzeba będzie łagodzić ograniczenia pod wpływem „woli ludu”. Profilaktyka populacyjna to skomplikowany system działań i nawet trudności, na jakie napotyka praca wychowawcza w tym zakresie, nie mogą uzasadniać rezygnacji z działań ściśle edukacyjnych. I nie widać, aby faktycznie z nich rezygnowano.

⁴ Dokładniejsze wyniki ewaluacji sumatywnej „Korekty” podajemy w cz. III.

⁵ J.D. Hawkins, B. Nederhood (1994), *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*, Warszawa.

⁶ P. Anderson, B. Baumberg (2007), *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa, s. 200–204.

Można uznać, że stopień zbadania programu typu „Korekta” jest dostateczny, aby uznać go za program *evidence-based*, oparty na wynikach ewaluacji sumatywnej. Oczywiście autor jest stale zainteresowany pogłębianiem badań i ulepszaniem scenariusza w oparciu o ich wyniki. Ewentualna skuteczność narzędzia w systemie więziennictwa jest sprawą otwartą i powinna być osobno zbadana, jak w przypadku każdej nowej grupy odbiorców.

Skoro ustaliliśmy, że program był i jest badany pod kątem skuteczności, a wyniki ewaluacji są pozytywne, to trzeba teraz wskazać na istotną różnicę między pracą typu krótkiej interwencji indywidualnej a interwencją grupową (Wojcieszek, 2011)⁷. Interwencja indywidualna powstała po odkryciu schematu wywiadu (dialogu) motywującego przez Millera i Rollnicka⁸ (Miller, Rollnick, 2010) oraz po ogłoszeniu teorii transteoretycznego modelu zmiany. Powodem zainteresowania tematem była stosunkowo słaba skuteczność działań wobec osób, które nie są uzależnione, ale nadużywają alkoholu, ponadto nie chcą (nie mogą?) podjąć radykalnej ścieżki pełnej abstynencji. W zasadzie prawie każdy uzależniony marzy o odzyskaniu kontroli nad piciem i możliwością jego kontynuowania w sposób bezpieczniejszy, tylko zazwyczaj to mu się nie udaje (element utraty kontroli to jedno z kryteriów uzależnienia). Istniała widoczna luka w tym zakresie. Często osoby znajdujące się na początku procesu uzależnienia szybko rezygnowały z terapii, gdy okazywało się, że jest ona oparta na paradygmacie dożywotniej, pełnej abstynencji. W związku z tym, aby ich nie tracić, zaproponowano (Larimer i wsp., 1999)⁹ zmianę paradygmatu leczenia na liberalny, w którym to sam pacjent (zwany klientem) określa cele terapii, w tym może zdefiniować je jako picie kontrolowane (Miller, Munoz, 2006)¹⁰. Z tego nurtu wywodzi się schemat indywidualnej interwencji alkoholowej, stosowany w pewnym stopniu przez personel Służby Więziennej. Stosuje się nawet test AUDIT w podobny sposób, jak powinni go stosować lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (łatwo się przekonać, że nie stosują) czy pielęgniarki na szpitalnych oddziałach ratunkowych. W trakcie takiej interwencji indywidualnej pyta się klienta (Miller, 2009)¹¹ o pozytywwy z picia (*Dlaczego to tak ważne dla Pana?*), następnie pyta się o problemy związane z piciem (*Czy ma Pan z powodu picia jakieś problemy?*) i w końcu pyta się klienta o gotowość do zmiany stylu życia na bezpieczniejszy (*Czy chciałby Pan coś z tym zrobić?*).

⁷ K. Wojcieszek (2011), *Krótką interwencją profilaktyczną w grupie — konstruktywne wykorzystanie dysonansu poznawczego w profilaktyce dla grupy podwyższonego ryzyka na przykładzie programu „Korekta”, „Resocjalizacja Polska”, nr 2, s. 257–274; K. Wojcieszek (2013), *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych*, Kraków.*

⁸ W.R. Miller, S. Rollnick (2010), *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany?*, tłum. A. Pokojska, Kraków.

⁹ M.E. Larimer, R.S. Palmer, G.A. Marlatt (1999), *Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model*, „Alcohol Research and Health”, 23(2), s. 151–60.

¹⁰ W.R. Miller, R.F. Munoz (2006), *Picie kontrolowane*, tłum. K. Mazurek, Warszawa.

¹¹ W.R. Miller (2009), *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Zalecenia do Optymalizacji Terapii*, tłum. K. Mazurek, Warszawa, s. 62–64.

W modelu proponowanym przez zespół Babora i WHO towarzyszy temu wypełnianie testu przesiewowego AUDIT i konfrontacja klienta z jego wynikami¹². Ma to być źródłem motywacji do zmiany (przejście z fazy prekontemplacji do fazy kontemplacji w modelu TMZ). Co intrygujące, to stwierdzona w dziesiątkach badań empirycznych skuteczność nawet 20-minutowej interwencji (Holloway, 2007)¹³. Autor uważa te wyniki za pełne optymizmu, nawet fascynujące. Po krótkiej interwencji ktoś zmienia styl życia, zmienia ZACHOWANIA, a nie tylko wiedzę czy postawę.

Po latach badań okazało się jednak, że nie zawsze możemy liczyć na tak pozytywny efekt i nastąpiła faza pewnego krytycyzmu wobec zastosowanych metod. Pozostawmy badaczom ustalenie prawdy, a zajmijmy się następującą kwestią: skoro stosuje się krótką interwencję indywidualną, to po co stosować grupową?

Proponowane dalej narzędzie jest interwencją grupową, oczywiście niewykluczającą pracy indywidualnej pogłębiającej jej skuteczność. Czym zatem różni się od tej indywidualnej? Wprowadzeniem grupowych mechanizmów psychologicznych. Dla przykładu nawet wyniki testu AUDIT są w grupie od razu widoczne i porównywalne między uczestnikami. Ktoś, kto jest przekonany, że „pije jak wszyscy, wszystko jest OK”, może się przekonać naocznie i natychmiastowo, że picie jest zróżnicowane i nie ma czegoś takiego jak „picie jak wszyscy”. Wyniki zawsze rozkładają się według pewnego schematu. Ktoś pije bezpiecznie, a ktoś ekstremalnie. Podobnie jest z wynikami „promili przy ostatniej okazji”. Też wynik indywidualny pojawia się na tle wyników całej grupy.

Ponadto, przy dobrej konstrukcji i wykonaniu działań uzyskuje się kapitalny efekt, gdy **cenne komunikaty profilaktyczne są formułowane nie przez prowadzącego, ale przez członków grupy**, co bardzo utrudnia ich zdezawuowanie. W „Korekcie” precyzyjnie prowadzi się grupę poprzez serię pytań i zadań, uzyskując wspaniały efekt omijania oporu i generowania cennych komunikatów profilaktycznych przez społeczność. A społeczność to poważna siła, poważniejsza niż siła indywidualnego terapeuty.

Zatem praca grupowa pozwala na wprowadzenie elementów pracy z dysnanssem poznawczym i oporem, które są mniej dostępne w warunkach pracy indywidualnej. Trzeba jednak wskazać też na pewne minusy pracy grupowej w stosunku do indywidualnej. Otóż pojawia się w niej dodatkowy efekt mobilizowania zasobów „grupy jako grupy” dla zredukowania interwencyjnej mocy oddziaływania programu. W pracy indywidualnej klient jest zdany na własne zasoby „radzenia sobie z interweniującym”, zasoby które zazwyczaj są zbyt

¹² T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders, M.G. Monteiro (2001), *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*, Wyd. 2, WHO.

¹³ A. Holloway, H.E. Watson, A.J. Arthur, G. Starr, A.K. McFadyen, J. McIntosh (2007), *The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in general hospital setting*, „Addiction”, V. 102, s. 1762–1770; A. Holloway, S. Landale, J. Ferguson, D. Newbury-Birch, R. Parker, P. Smith, A. Sheikh, *Alcohol Brief Interventions (ABIs) for male remand prisoners: protocol for development of a complex intervention and feasibility study (PRISM-A)*, „BMJ Open”, May 4; 7(4):e014561.

małe, aby „pokonać” poznawczo osobę podejmującą interwencję. Tymczasem w pracy grupowej natychmiast są mobilizowane zasoby całej grupy zorientowane na to, aby sparaliżować niewygodne komunikaty w trakcie programu. Toczy się pewnego rodzaju gra między grupą a prowadzącym. Dlatego należy się trzymać dobrze sprawdzonego schematu działania. Praca z grupą wymaga trzymania się sprawdzonego scenariusza w stopniu znacznie większym niż w przypadku interwencji indywidualnej (Wojcieszek, 2013, s. 114–144).

Dość oczywistą zaletą pracy grupowej jest natomiast jej zasięg. Uzyskuje się w jej wyniku znaczne przyspieszenie skutków poznawczych. Autorowi zdarzało się pracować nawet z grupami kilkudziesięcioosobowymi, z dobrym rezultatem. To pozwala na ogarnięcie pracą profilaktyczną od razu dużych zespołów ludzkich. Między innymi dlatego ceniono sobie tę metodę w wojsku. To jak masowe szczepienie, jeśli wolno tak zażartować. W przypadku „Korekty dla osadzonych” grupy będą z pewnością mniejsze (względy bezpieczeństwa), ale i tak może to znacznie zintensyfikować pracę. Zdaniem autora daje to możliwość wprowadzenia stałego komponentu profilaktyki alkoholowej do codziennej pracy resocjalizacyjnej w polskich zakładach karnych. W pewnym momencie tak stało się w Wojsku Polskim i zdaniem oficerów odpowiedzialnych za tematykę formacji było to doświadczenie udane pomimo mankamentów w postaci różnych drobnych błędów w realizacji i odstępstw od drukowanego scenariusza.

Z punktu widzenia prowadzącego jednym z najważniejszych zasobów jest wiedza o dysonansie poznawczym (Festinger, 1958) i mechanizmach jego rozładowania w grupie oraz wiedza o zjawisku reaktancji (oporu) i formach pracy z oporem grupy. Z czasem prowadzący znacznie podwyższają swoje kompetencje w tym zakresie i potrafią w pełni wykorzystać strukturę programu w taki sposób, że to grupa, rozwiązując dysonans poznawczy, formułuje wartościowe komunikaty profilaktyczne. Przypomina to sytuację z indywidualnej interwencji, gdy poddawany jej człowiek szuka wraz z prowadzącym realnych możliwości poprawy swojego stylu życia.

Interwencyjne aspekty profilaktyki w grupie ryzyka: interwencja, dialog motywujący i terapia

Czytelnicy zapewne są zdumieni, że dotąd tak niewiele mówiliśmy o uzależnieniu. Temat uzależnienia jest świetnie opracowany, a ilość publikacji, w tym dostępnych w sieci — ogromna. Zatem osoby zainteresowane tym tematem powinny rozszerzać swoją wiedzę w oparciu o szeroko dostępne zasoby¹. Jednak nie da się prowadzić pracy profilaktycznej bez podstawowego rozeznania co do procesu uzależnienia od alkoholu. Podstawowy powód jest taki, że w grupie, z którą będziemy pracować, uzależnienie może być nadreprezentowane. Jest niemal pewne, że w losowo wybranej grupie więźniów pojawią się osoby przejawiające zaburzenia w wyniku picia alkoholu w stopniu lekkim (łagodnym), umiarkowanym lub ciężkim (wg klasyfikacji DSM V). Wedle nieco tylko dawniejszej klasyfikacji dzielimy naszych klientów na abstynentów, umiarkowanych konsumentów, pijących ryzykownie, pijących szkodliwie i uzależnionych (według klasyfikacji ICD 10 i DSM IV). W społeczeństwie za „alkoholików” uważa się powszechnie osoby z ostatnich faz choroby alkoholowej, które już nie potrafią ukrywać swych problemów przed otoczeniem. Jest to być może tylko 10% wszystkich uzależnionych od alkoholu, zaburzonych w stopniu ciężkim?

W każdym razie z dużym prawdopodobieństwem w grupach naszych klientów znajdują się takie osoby. Jak rozumieć ich sytuację? Uzależnienie (rozważamy to ciężkie, alkoholizm czy „chorobę alkoholową”, zespół uzależnienia od alkoholu) rozgrywa się na kilku płaszczyznach jednocześnie — biologicznej, psychologicznej, społecznej i duchowej (Cierpiałkowska, Ziarko, 2010, op. cit.; Woronowicz, 2009)². W jaki sposób? Na płaszczyźnie biologicznej polega na zmianie tolerancji na etanol. Można mieć 5–7 promili BAC, a jednocześnie nie czuć się pijanym. Nasz organizm, jak wszystkie inne żywe organizmy, ma zdolność adaptacji i adaptuje się do wysokich stężeń etanolu. Często towarzyszy temu pojawianie się tzw. zespołu odstawienia, czyli cierpień związanych z brakiem alkoholu (np. „głód alkoholowy”, przemożna chęć picia). Organizm często jest już zdewastowany, zwłaszcza w układzie nerwowym. Pojawia się

¹ Ponadto odsyłam to świetnego tekstu dr K. Iwanickiej w dalszej części monografii.

² L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (2010), *Psychologia uzależnień — alkoholizm*, Warszawa; B.T. Woronowicz (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań, s. 31–158.

wiele zaburzeń charakterystycznych tylko dla uzależnionych od alkoholu, w tym *delirium tremens* — majaczenie drżenne jako efekt odstawienia etanolu, rodzaj psychozy występującej w jakiś czas po zakończeniu „ciągu alkoholowego”, psychozy z omamami, urojeniami, straszliwymi wizjami. Stan taki powinien być hospitalizowany, choć najczęściej nie jest, a zagraża utratą życia.

Ten biologiczny kontekst wiąże się z tym, że samo popadanie w uzależnienie ma podłoże biologiczne (genetyczne) w zakresie od 30 do 50% (Wojcieszek, 2016)³. Osoby, które nie mają odpowiednich genów, będą znacznie dłużej pozostawać w kręgu pijących ryzykownie lub szkodliwie. Może się zdarzyć, że pomimo wielu doznawanych innych szkód nigdy nie przekroczą granicy ciężkiego uzależnienia. Tak, za mało się mówi o tym, że są wśród nas osoby z ukrytą genetyczną „bombą zegarową”, która aktywuje się pod wpływem zwyczajnej konsumpcji alkoholu etylowego. Tolerując pijacki obyczaj, jesteśmy dla takich osób wyjątkowo niemiłosierni. Ta „skaza” ma to do siebie, że jeszcze nie umiemy jej oznaczać poprzez przegląd genomu, nie umiemy jej uprzedzająco diagnozować, lecz mamy niezbitą wiedzę, że taka zależność występuje (np. badania podłużne losów bliźniąt jednojajowych). Nie można zatem ostrzec kogoś inaczej, niż to robimy, przez wskazanie na dziedziczenie ryzyka. Wiadomo, że nie jest to zbyt przekonujące dla zainteresowanych.

Na płaszczyźnie psychologicznej wyróżniono wiele mechanizmów właściwych osobie uzależnionej, takich jak: nałogowa regulacja uczuć (czyli odruchowe reagowanie na pogorszenie nastroju czy stres przy pomocy substancji); system iluzji i zaprzeczeń (stopniowe wycięcie niewygodnych faktów ze świadomości, co sprawia, że uzależniony NIE WIE, że jest chory i nic nie chce zmieniać); dysocjacja „ja” — rozdwojenie osobowości na część dobrą i złą, co skutkuje abulią — niemocą podjęcia działania w kierunku zdrowia. W terapii pracuje się nad rozbiciem tych groźnych mechanizmów, to jej podstawa (Woronowicz, 2009, s. 182–184).

Na płaszczyźnie społecznej uzależnienie polega na tym, że szuka się grup czy społeczności nadmiernie pijących, aby nie czuć się kimś negatywnie wyjątkowym, kimś „innym” (Kaczmarczyk, 2008)⁴. I buduje się przekonanie, że picie jest powszechne i normalne (fałszywe normy społeczne). Pomimo tego dążenia uzależniony coraz bardziej osłabia więzi i w końcu pozostaje ogromnie samotny.

Na płaszczyźnie duchowej następuje koncentracja na jedynej wartości, jaką jest picie, a sam uzależniony uważa się niekiedy za... Boga, gdyż potrafi (do czasu) regulować przy pomocy substancji swój nastrój (czyli jest w niebie, kiedy chce). Wielu uzależnionych nawet po udanej terapii ma deficyty w tym zakresie, eksponując światu swoje rozdęte ego. Oczywiście taki stan nie sprzyja

³ K. Wojcieszek (2016), *Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu — przyczyny oraz możliwości zapobiegania*, w: Z. Gaś (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin, s. 129–146.

⁴ I. Kaczmarczyk (2008), *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa, s. 239–242.

kultywowaniu życia duchowego czy religijnego. Uzależniony w pewnym sensie jest dla siebie centrum świata. Jednocześnie pogłębia się jego brak nadziei. Żyje w stanie ukrytej lub jawnej rozpacz (Wojcieszek, 2005; Wojcieszek, 2010)⁵.

Wszystkie te cechy sprawiają, że bardzo trudno jest pomóc osobie uzależnionej, a przynajmniej doprowadzić ją do momentu tzw. zgody na pomoc. Stosuje się w tym celu albo interwencję kryzysową, albo dialog motywujący (Jay, Jay, 2008; Olszewska, Michalski, 2016)⁶. Interwencja to masywny atak na „pancerz” systemu iluzji i zaprzeczeń wykonany przez osoby, na których uzależnionemu jeszcze zależy⁷ (Johnson, 1994; James, Gilligand, 2004). Mają one trudne zadanie: na chłodno ukazać uzależnionemu swoje przeżycia i cierpienia, jednocześnie upewniając go, że nadal jest akceptowany jako osoba ludzka (nadal jest kochany) (Jay, Jay, 2008)⁸. To bardzo trudne zadanie wymaga solidnego przygotowania, gdyż bliscy zazwyczaj tkwią we współuzależnieniu i nie są w stanie wykonać takiego zadania odpowiednio. Metoda interwencji kryzysowej ma to do siebie, że jeśli jest dobrze prowadzona, powoduje otwarcie się „okienka transferowego” w postaci zgody na pomoc (np. podjęcie określonej terapii NATYCHMIAST). Opracował ją oryginalnie dr Johnson w USA i następnie rozeszła się po świecie i rozwinęła. Taki pomyślny przebieg ma ona wtedy aż u 90% uzależnionych! Proszę sobie wyobrazić: 20 lat nacisków rodziny, przysięg i konfrontacji i nic. A tu godzina rozmowy wedle pewnego schematu i... zgoda na pomoc. Gdyby nie to, jak złożone jest przygotowanie interwencji kryzysowej, to stałaby się powszechną i standardową procedurą. Usiłowano to zrobić i jej metoda stanowi klasyczne wyposażenie amerykańskich psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych, więzienników, lecz okazuje się, że barierą jest to szczególne połączenie konfrontacji ze wsparciem i przygotowanie zespołu interweniującego. Czasami zdarza się nietypowy przebieg interwencji, gdzie działa nie zespół, ale jedna osoba, choć w warunkach więziennych dość trudno sobie wyobrazić bezpośrednie zastosowanie tej klasycznej metody (choć bywają rzeczy, o których się filozofom nie śniło, więc może?).

Drugie podejście już częściowo opisaliśmy, jest to „wywiad motywujący”. Od jakiegoś czasu jego twórcy wolą określenie „dialog motywujący”. Jest to metoda dużo łagodniejsza i zostawiająca więcej autonomii uzależnionemu, ale też ma nieco mniejszą moc sprawiania zgody na pomoc i zmianę (w subiektywnej ocenie autora). Jej entuzjaści i badacze twierdzą inaczej i mają prawo tak

⁵ K. Wojcieszek (2005), *Na początku była rozpacz*, Kraków; K. Wojcieszek (2010), *Człowiek spotyka alkohol*, Kraków.

⁶ O. Olszewska, A. Michalski (2016), *Jak wspierać osoby dotknięte problemem alkoholowym. Poradnik dla osób duchownych. Wykorzystanie technik dialogu motywującego*, wyd. 2, Warszawa.

⁷ V.E. Johnson (1994), *Interwencja. Jak pomóc komuś, kto nie chce pomocy*, tłum. B. Mroziak, Warszawa; R.K. James, B.E. Gilligand (2004), *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa.

⁸ J. Jay, D. Jay (2008), *Miłość przede wszystkim. Metoda interwencji w terapii uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych*, tłum. Z. Bosacka, Poznań.

sądzić, ale autor też ma prawo uznawać dialog za mniej efektywny wobec siły uzależnienia. Raczej sprawdza się w etapach wstępnych procesu chorobowego. Pozostawmy rozstrzygnięcie przyszłym porównaniom. Autor jest zwolennikiem stosowania WSZELKICH aktualnie możliwych form motywacji do leczenia w przypadku zespołu uzależnienia od alkoholu.

Jest jeszcze tajemnicza sytuacja tzw. samoleczenia, gdy ktoś przeżywa elementy zarówno interwencji, jak i dialogu we własnym wnętrzu, po prostu sam. Okazuje się, że jest pewna grupa takich osób (10–20%?) (Woronowicz, 2009, s. 245–246)⁹. Trwają namiętne dyskusje specjalistów, jak traktować to zjawisko, w każdym razie oczekiwanie, że ktoś sam się zmieni zazwyczaj sprawia, że ten ktoś po prostu umiera bez doświadczenia zmiany (osiągnął „alkoholowe dno”, ale utonął w mule). „Samoleczenie” to dość rzadki przywilej, często o podłożu religijnym. Przyjmuje się, że samotnie nie da się sobie pomóc, wsparcie musi przyjść od innych osób. Zresztą uważne analizy przypadków samoleczenia wskazują na pośredni czy ukryty udział takich osób, lekarza czy spowiednika (np. spowiednik w przypadku C.S.B. Matta Talbota w Irlandii).

Warto podkreślić, że uzależnienie jest dość trwałe, nawet wedle niektórych całowyciowie, nieusuwalne jako stan. Stałe jest niebezpieczeństwo nawrotu choroby w pełnych objawach nawet po kilkunastu latach zupełnej abstynencji i pracy nad trzeźwością. Stąd stałym elementem nowoczesnej terapii jest profilaktyka nawrotów. Proszę sobie wyobrazić przeżycia bliskich, którzy już radowali się „zdrowym” tatą czy mężem przez kilka lat, a tu nagle nawrót choroby w pełnej okazałości. Podsumowując: zespół uzależnienia od alkoholu to straszliwa choroba (Erickson, 2013)¹⁰, co powinno być motywem dla silnej profilaktyki. Zabiera zdrowie, bliskich, majątek, ale też powoduje, że uzależniony odchodzi z tego świata od 10 do 20 lat wcześniej niż jego rówieśnicy. Dlatego zwykło się nazywać uzależnienie chorobą chroniczną, śmiertelną i postępującą. Jeśli nic nie robimy — będzie tylko coraz gorzej.

Przy takim stanie rzeczy wiadomość, że w Polsce 2,2% dorosłej populacji jest uzależniona, zaburzona w stopniu ciężkim (Global Report on Alcohol and Health WHO 2018, s. 281), to bardzo zła wiadomość. Większości z tych osób nie uda się pomóc. Większość z nich jest zamknięta w systemie iluzji i zaprzeczeń, a poza tym nie zawsze system terapii pozwala na ich ratowanie. Przecież to kilkaset tysięcy osób w Polsce (630–800 tys.). Będą systematycznie niszczyć swoje otoczenie, a potem umierać w samotności. Jest parę rodzajów zgonów właściwych uzależnieniu, w tym zwłaszcza samobójstwo lub zatrucie.

Nawet jeśli ktoś uda się dobrowolnie na terapię („zgoda na pomoc”), to będzie ona w pełni skuteczna (abstynencja, z możliwością nawrotów, niestety) u 1/3 uczestników, poprawi funkcjonowanie u kolejnych 1/3 uczestników, a nic

⁹ „Jednocześnie szacuje się, że około 10–20% osób pijących w sposób problemowy zaprzestaje picia bez profesjonalnego leczenia”. B. Woronowicz (2009), *Uzależnienia...*, s. 245–246.

¹⁰ C.K. Erickson (2013), *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, tłum. J. Vetulani, Warszawa, s. 30–34.

nie wskóra u pozostałych (tzw. reguła Emricka). Mimo to zabiegamy o tę możliwość, bo bez tego uzależniony tylko broi, niszczy i przedwcześnie umiera. Jest niezwykłym osiągnięciem wzrost skuteczności terapii w Polsce do 35%, czyli do wyniku światowego. W PRL wskaźnik ten wynosił poniżej 5% (ok. 3% zazwyczaj). To wielki postęp w terapii.

Jakie możliwe drogi wyjścia ma osoba uzależniona, która uczestniczy w naszym programie krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie? W warunkach więziennych pozostaje udział w mitingach i ruchu AA (Anonimowych Alkoholików) lub terapia w oddziale terapeutycznym¹¹. W zasadzie powinno być jedno i drugie zgodnie z praktykowanym modelem Minnesota/Atlantis. Taki „mikst” daje najlepsze rezultaty. Większe możliwości otwierają się po wyjściu na wolność.

Czy jednak jest możliwe, że ktoś zidentyfikuje swoją chorobę i zgodzi się na pomoc w wyniku udziału w „Korekcie”? Czy ma ona również charakter interwencyjny? Jak najbardziej. Ten program zawiera komponenty interwencyjne i jest pod tym względem dość skuteczny. Przy pierwszej historycznie realizacji w 1998 r. z grupą żołnierzy tuż po programie dwójka z nich poprosiła autora o rozmowę, uznając, że są uzależnieni i muszą szukać pomocy. Rewelacja, tak od razu...

Dlatego należy tę kwestię wziąć pod uwagę, wiedzieć, co można zaproponować komuś, kto w wyniku udziału w programie przeszedł z nieświadomości do wiedzy i chce sobie pomóc. Musimy być na taką ewentualność przygotowani, np. poprzez posiadanie odpowiednich informacji praktycznych o dostępnej pomocy. Uwaga: posiadanie informacji jeszcze przed zajęciami. Jeśli praca odbywa się na jakiś krótki czas przed opuszczeniem zakładu karnego, to można zasugerować odpowiednie kontakty. Trzeba jednak pamiętać, że „okienko transferowe” zgody na pomoc otwiera się na krótko.

Skoro to wszystko tak źle wygląda, to czemu dotychczas w znacznej mierze pomijaliśmy kwestię uzależnienia w bieżącym opisie? Ponieważ obowiązuje nadal „paradoks przewencyjny” i większość szkód alkoholowych powodują osoby nie uzależnione, lecz ryzykownie lub szkodliwie pijące. A że uzależnienie przeraża? Owszem, nawet bardzo. Jest straszliwe dla uzależnionego i jego bliskich. Nikt temu nie przeczy.

Zdarza się jednak, że ktoś pyta: *Podaj mi, jak poznać uzależnienie?* Po podaniu danych oddycha z ulgą i mówi: *Nie jestem! Mogę „ćwiczyć” dalej!*¹²

Zjawisko uzależnienia jest tym częstsze w danym społeczeństwie, im więcej osób stosuje nadużywanie alkoholu. Jeśli dobrze pracujemy profilaktycznie, to zmniejszamy prawdopodobieństwo jego występowania. Są społeczeństwa na globie, wśród których prawie nie ma uzależnionych od alkoholu. Wcale. Jest to związane z niskim spożyciem tej substancji, z małą dostępnością alkoholu.

¹¹ Warto docenić popularne lektury i oglądanie programów, np. „Ocalonych” w TVP.

¹² To częsta reakcja obserwowana regularnie przez autora podczas zajęć warsztatowych z dorosłymi.

Ograniczanie dostępności alkoholu to uznana metoda redukowania szkód — w zasadzie najpoważniejsza społecznie.

Na koniec zwróćmy uwagę, że wychodzenie z procesu uzależnienia, a raczej zatrzymanie go zaczyna się od przemiany duchowej i psychologicznej. Taki jest system w AA, gdzie osoba uzależniona nie przechodzi **żadnej terapii**, ale przechodzi wraz z grupą wielką przemianę duchową w oparciu o Program 12 Kroków i 12 Tradycji AA. Podobnie w ruchach typu „Cenacolo”.

W Polsce jest ok. 500 państwowych placówek świadczących usługi terapeutyczne, z czego ok. 150 bardzo dobrych, pracujących kompleksowo i ponad 2500 grup AA (różne dane za różne lata, nawet 3500). Na nasz podziw zasługują osoby, które korzystają z tych możliwości. Czasami muszą to robić uparcie, wiele razy. Autor jest dla nich pełen admiracji. Jest to jednak niewielka część wszystkich chorych. Większość nie uzyskuje pomocy, zatopiona w systemie iluzji i zaprzeczania, podtrzymywana w uzależnieniu przez „życzliwe” otoczenie społeczne, które często kooperuje z uzależnionym w jego chorobie, aby oddalić od niego skutki picia (np. *Może lewe zwolnionko potrzeba? Jakies umorzenie z powodu malej szkodliwosci czynu?*). Mnożymy różne czynniki ryzyka, nie wzmacniamy różnych czynników chroniących i powiększamy grono tych, których obarczyliśmy delegacją do choroby i cierpienia.

Poziom uzależnionych w danym społeczeństwie jest zależny również, i to bardzo, od przyjętego ogólnego sposobu postępowania z etanolem. Nasz dominujący kulturowo „narodowy” styl picia sprzyja uzależnieniu bliźnich.

W tym miejscu warto się zastanowić, do czego zmierzamy. Co jest obecnie największym alkoholowym bólem Polaków?

Zmiana indywidualna i zmiana społeczna

W działaniach profilaktycznych kluczowe jest zdefiniowanie celu działań. Co chcemy osiągnąć? Aby to wyjaśnić, trzeba wskazać na największe bolączki „polskiego picia”. Wgląd w to dają rozmaite badania empiryczne, na przykład takie, jak cenne badanie RARHA, gdzie można było porównać szczegółowe wyniki dla 19 europejskich krajów uczestniczących w badaniu (Moskalewicz i wsp., 2016). Ujawniły one, że Polacy zbyt często traktują etanol po prostu jako narkotyk. Zajęliśmy 3. miejsce w rankingu co do odsetka odpowiedzi na pytanie: „Dlaczego pijesz? — Aby się upić!”. Już samo to, że Polacy tak ochoczo i bez zażenowania przyznawali się do tego rodzaju motywu, wiele mówi o aktualnych postawach wobec alkoholu. Zobaczmy, jak ta sprawa rysuje się w syntetycznych danych Raportu WHO z 2018. Najpierw obejrzymy dane o średnim spożyciu czystego etanolu w ujęciu rocznym.

| | | |
|--|------------|-------------|
| Dane dla populacji 15+ (czyli 85% populacji ogólnej) | 2010 | 2016 |
| Spożycie rejestrowane w dcm ³ per capita rocznie | 10,3 | 10,4 |
| Spożycie nierejestrowane w dcm ³ per capita rocznie | 1,5 | 1,7 |
| Łącznie | 11,4 | 11,6 |
| Łącznie mężczyźni / kobiety | 18,7 / 4,6 | 19,2 / 4,7 |
| Dane dla regionu europejskiego WHO | 11,2 | 9,8 |

I drugie zestawienie intensywności picia (przekraczania progu upicia się, powyżej 60 g czystego etanolu przy jednej okazji w ciągu ostatnich 30 dni).

Oto wyniki z Raportu opublikowanego w 2018:

| Grupa | Populacja ogółem 15+ | Tylko pijący 15+ | Populacja 15–19 lat | Tylko pijący 15–19 lat |
|------------|----------------------|------------------|---------------------|------------------------|
| M | 54,3% | 67,3% | 52,8% | 76,3% |
| K | 17,5% | 31,1% | 16,9% | 40,9% |
| Obie płcie | 35,1% | 51,6% | 35,3% | 63,5% |

Co wyłania się z tych dwu tabel? Co do średniego spożycia, to widać, że jest ono obecnie o ok. 15% wyższe niż średnia europejska za rok 2016 (11,6 litra wobec średniej europejskiej 9,8 litra) i dwa razy większe niż średnia światowa (ok. 6,2 litra). Rzuca się w oczy duża różnica między kobietami a mężczyznami. Postulat, jaki od razu wyłania się z analizy tabeli pierwszej, jest jasny: zmniejszyć średnie spożycie, na przykład o połowę, jak sugeruje Narodowy Program Trzeźwości. Przynajmniej do średniej światowej. Przypomnijmy, że na początku XX w. Polska była jednym z najmniej pijących krajów europejskich. To jest realistyczny cel, wbrew pozorom.

Druuga tabela zawiera jeszcze ważniejsze dane. Aż 76,3% młodzieży, która pije alkohol (wiek 15–19 lat) przekracza przynajmniej raz w miesiącu granicę upicia się. Dla dorosłych konsumentów mamy 67,3%. To bardzo, bardzo wysoki wskaźnik. Upijamy się i to jest nasza „pięta Achillesowa” w sprawach alkoholu. Druga tabela sugeruje też, że zwyczaj upijania się przechodzi na młode kobiety (40,9% wykazuje taki epizod w ostatnich 30 dniach).

Tutaj postulat jest jasny — dążyć do tego, aby stężenia alkoholu we krwi nie przekraczały granicy upicia się. Decyduje ilość porcji standardowych etanolu spożytych przy jednej okazji.

Wieloletnie obserwacje autora podczas prowadzenia „Korekty” potwierdzają ten obraz. O ile wyniki testu AUDIT ukazywały pewien rozrzut na poszczególne kategorie zaburzeń (umiar, picie ryzykowne, szkodliwe, uzależnienie), to już analiza BAC przy ostatniej okazji (ile promili osiągnięto przy ostatniej okazji) wyraźnie pokazywała silną skośność rozkładu. Znaczna część grupy, często większość, obliczyła sobie przekroczenie granicy nawet do wysokości kilku promili BAC (np. 4–7 promili), nie mówiąc o 1–2 promili. Wyraźnie nie umiemy zadowolić się małymi dawkami. To natychmiast tworzy postulat profilaktyczny — nauczyć uczestników umiaru. Sprawić, aby uczestnicy zredukowali ilości alkoholu wprowadzane jednorazowo do organizmu. To nie jest łatwe zadanie wobec tak wysokich wskaźników społecznych incydentów upijania się. I wobec krótkiego czasu trwania zajęć. Może jednak być kamieniem węgielnym stopniowej zmiany na lepsze.

Zarówno w interwencji indywidualnej, jak i w grupowej promuje się tzw. **reguły rozsądnego picia** zbudowane przez specjalistów tak, aby konsumowano mniej niż granica picia ryzykownego, nie mówiąc już o upijaniu się.

Pojawia się granica 0,2 promila jako gwarancja „rozsądku” i ilość porcji standardowych przy jednej okazji mniejsza dla kobiet, nieco wyższa dla mężczyzn, do 5–10 g dla kobiet, do 10–20 g dla mężczyzn¹. Wskazuje się na sytuacje wymagające bezwzględnej abstynencji (ciąża, prowadzenie pojazdu i inne). Postuluje się pozostawienie kilku dni (np. 2) w tygodniu jako zupełnie „suchych”. Zdaniem autora koniecznie trzeba tę wiedzę podawać, ale być może kluczowe są fałszywe normy społeczne dotyczące stylu picia („wszyscy się upijają i to jest OK”) i stosunku do pełnej abstynencji? Interwencja powinna promować

¹ Różnice — widełki z powodu dyskusji ekspertów, mniej lub bardziej liberalnych.

abstynencję. Po prostu są **два rodzaje umiaru: abstynencja i niskie spożycie**. Powinny być polem swobodnego wyboru. Społeczeństwa, które nie doceniają swoich abstynentów, nie mogą też zazwyczaj osiągnąć wystarczającego umiaru (Kulbacki, 2002)². Przypomnijmy: w Polsce mamy 32% osób powyżej 15. roku życia, które w ostatnim roku wcale nie spożywały etanolu. Czy można nie szanować 1/3 społeczeństwa? Jednak obecność tej grupy staje się konfrontująca dla pijących nadmiernie, bo ukazuje oczywistą prawdę, że alkohol etylowy nie jest witaminą (witamina to biologicznie coś, bez czego nie da się żyć). Da się żyć bez alkoholu i to życie może być tak samo wspaniałe i twórcze, jak życie umiarkowanego konsumenta alkoholu.

Autorowi dane było obserwować reakcje systemowe na decyzję abstynencką kogoś z członków w rodzinach, gdzie nie zachowywano umiaru (a nawet było uzależnienie). Pojawienie się takiej osoby wyraźnie destabilizowało system w kierunku pozytywnej zmiany. To pewna postać „cichej interwencji”. W takim przypadku zwykle pijący nadmiernie starał się moderować swoje picie, a niekiedy podejmował terapię. Nie dlatego, że osiągnął „dno”, ale ponieważ stale był konfrontowany z faktem innego stylu życia podjętego przez bliską osobę. Najsprawniej to szło w przypadku decyzji dzieci, trochę gorzej z żonami³.

Rozumiał to Kościół, lansując hasło: „Przez abstynencję wielu do trzeźwości wszystkich”. Nie mamy tu miejsca na analizę tej bardzo ciekawej zależności, ale wspominamy o tym elemencie pracy profilaktycznej, gdyż bywa pomijany i niezrozumiany. W klasycznym ujęciu cnota umiaru ma dwie postacie: całkowite wyrzeczenie się alkoholu lub silnego ograniczenia picia. Jeśli chcemy szerzyć umiar, musimy życzliwie spoglądać na abstynencję i abstynentów. Ci z kolei nie powinni domagać się (np. prawnie, poprzez prohibicję), aby wszyscy stali się koniecznie tacy jak oni, choć mogą promować swój styl życia. Powinno to być polem swobodnego wyboru. W tym sensie „alkohol jest dla ludzi” (dorosłych, zdrowych, umiających go ograniczać). Abstynencja jest też ważna, gdyż składnikiem każdej formy umiaru jest zdolność do jej natychmiastowego podejmowania (całkowitej abstynencji) w wielu okolicznościach życia: ciąża, karmienie, prowadzenie pojazdów i maszyn, odpowiedzialne czynności, praca, opieka nad małoletnimi, określone choroby i leki. To integralny składnik umiaru! Osoba umiarkowana MUSI umieć rozpoznawać takie okoliczności i podejmować bez zwłoki pełną abstynencję. Potem może sobie troszkę pofolgować (poniżej progu picia ryzykownego).

Jak widać, nie ma tu miejsca na pełną swobodę picia, jakiej domagają się osoby nieumiarkowane („Za króla Sasa jedz, pij i popuszczaj pasa”). Wszystko to mieści się w klasycznej wersji etyki cnót (Wojcieszek, 2010; Wojcieszek, 2019)⁴.

² P. Kulbacki (2002), *Ziarno pszenicy. Kilka myśli o wyzwoleniu człowieka*, Poznań.

³ Oczywiście to pewna obserwacyjna hipoteza, wymagająca zbadania.

⁴ K. Wojcieszek (2019), *Cnota trzeźwości: indywidualna czy społeczna?*, „Rocznik Tomistyczny”, wyd. w 2019 jako 2018, s. 255–270.

Czyżby pewien współczesny zanik zainteresowania samokontrolą przeszkadzał nam zrozumieć te sprawy?

Dlatego tak ważnym elementem programu jest zestawienie poziomu BAC przy ostatniej okazji dla całej grupy i nauka obliczania BAC (promili etanolu w płynach ciała, gramy na litr płynów). Często pomija się to nawet w indywidualnej krótkiej interwencji, ograniczając się do testów przesiewowych. Jak również należy czytelnie, zrozumiale i dobitnie podawać „reguły rozsądnego picia”.

Przyjęcie prostej reguły połowy dotychczas spożywanej ilości mogłoby mieć znaczenie praktyczne, gdyby się okazało, że uczestnicy nie są w stanie prowadzić obliczeń. Pomaga też obliczenie z góry, ile promili wytwarza spożycie określonej ilości napoju zawierającego etanol u danej osoby. Wtedy promile przelicza się na kufle piwa, lampki wina, kieliszki wódki. Musimy bowiem pamiętać, że osadzeni dość często mają rozmaite ograniczenia poznawcze (czasami analfabetyzm czy dyskalkulia). Musimy szukać z nimi prostych, zrozumiałych reguł.

W sensie psychologicznym dążylibyśmy do czegoś, co nazywane bywa „nieświadomą kompetencją alkoholową”, gdy sam styl życia automatycznie chroni konsumentów.

Ze względu na zasadniczą wagę sprawy warto jeszcze raz zebrać „reguły rozsądnego picia” w ujęciu K. Wojcieszka.

Reguły rozsądnego używania napojów alkoholowych:

1. Najlepszym stylem życia jest całkowita abstynencja od napojów alkoholowych, gdyż chroni przed wszystkimi potencjalnymi szkodami wynikającymi z ich używania. Wymaga jednak odpowiedniego podejścia. Jeśli jest niedojrzała, lękowa, to potrafi również powodować szkody (!), zwłaszcza na obszarze kontaktów społecznych, gdyż aktualną normą w Europie jest używanie napojów alkoholowych. Jeśli jest skutkiem dojrzałego wolnego wyboru, to daje dużą moc osobistą i poczucie wolności.
2. Wypracowanie umiejętności zachowania abstynencji jest niezbędne dla każdego bez wyjątku z powodu wielu sytuacji życiowych, w których jest ona bezwzględnie wymagana (zarówno przez prawo, jak i przez oddalenie ryzyka szkód). Te sytuacje to:
 - młody wiek (zasadniczo do 21 lat, jak w USA),
 - ciąża i karmienie,
 - kierowanie pojazdami i maszynami,
 - praca (z małymi wyjątkami, ale nawet kiperzy wypluwają badane napoje),
 - opieka nad małoletnimi,
 - określone choroby, jak np. cukrzyca,
 - używanie określonych leków (np. neuroleptyków),
 - uprawianie sportów, zwłaszcza ekstremalnych (np. turystyka górską),
 - posługiwanie się bronią.
3. W obecności dzieci, młodzieży i w wielu miejscach publicznych wymagana jest lub zalecana całkowita abstynencja, a zwłaszcza brak demonstracyjnego picia napojów alkoholowych (tzw. zły przykład).

4. Używanie napojów alkoholowych nigdy nie może być ciągłe (non stop, np. codziennie). Zaleca się przynajmniej (przynajmniej!) 2 dni w tygodniu zupełnie bez picia napojów alkoholowych.
5. Ilości i częstość dla kobiet powinny być wyraźnie (ok. 1/2) mniejsze niż dla mężczyzn⁵. Także osoby o mniejszej wadze ciała powinny spożywać relatywnie mniej alkoholu, gdyż u nich szybciej osiąga wyższe stężenia w płynach ciała („promile”), co przekłada się na zwiększone ryzyko szkód.
6. Istnieją propozycje ilościowe „rozsądnego picia”: do 10 g czystego etanolu przy jednej okazji dla kobiet i do 20 g etanolu dla mężczyzn. Przekłada się to na usiłowanie nieprzekraczania nigdy stężenia 0,2 promila etanolu w płynach ciała (BAC).
7. Ryzyko szkód alkoholowych rośnie wykładniczo w stosunku do stężenia alkoholu w płynach ciała, co może zaskakiwać konsumenta.
8. Za szczególnie niebezpieczne uważa się picie w samotności i w kryzysie (tzw. zalewanie robaka).
9. Szczególną ostrożność powinni wykazać konsumenci mający wśród swych bezpośrednich przodków osoby wykazujące symptomy uzależnienia, gdyż w takim przypadku tempo uzależnienia rośnie 4 x w porównaniu z pozostałymi konsumentami.
10. Warto pamiętać, że obecność gazu ditlenku węgla (napoje gazowane) znacznie przyspiesza absorpcję etanolu do płynów ciała, co może powodować efekt zaskoczenia i nagłego upijania się.
11. Nigdy nie wolno zbliżać się do stężenia BAC do poziomu 3,5 promila (zagrożenie utratą przytomności i zatruciem). Jeśli czujemy się zmuszeni do osiągnięcia wysokich stężeń etanolu, to może to być jeden z objawów rozwoju uzależnienia.
12. Należy pamiętać, że osoby z tzw. mocną głową są bardziej podatne na rozwój uzależnienia.
13. Czynniki chroniącymi przed używaniem etanolu, zwłaszcza w młodym wieku (Hawkins i wsp., 1992), są:
 - silna więź z rodzicami,
 - dobre wyniki w nauce,
 - aktywność religijna,
 - zakorzenienie w pozytywnych normach środowiskowych,
 - konstruktywna grupa rówieśnicza (np. harcerstwo, oaza),
 - wyższe kompetencje i umiejętności społeczne,
 - późniejszy wiek inicjacji alkoholowej.
14. Zwłaszcza szeroko rozumiany rozwój osobisty (psychiczny i duchowy) stanowi zaporę przed problemowym używaniem napojów alkoholowych (tzw. cnota umiaru w różnych wersjach, w tym w wersji abstynenckiej).

⁵ Ostatnio WHO opublikowała raport ekspercki, w którym jest propozycja całkowitej abstynencji dla kobiet w wieku 18–55 lat.

15. Hasła Narodowego Programu Trzeźwości:

Nie upijaj się! (przekraczanie jednorazowo 40 g etanolu dla kobiet i 60 g etanolu dla mężczyzn przy jednej okazji lub ekwiwalent tygodniowy tych ilości (210 g kobiety, 350 g mężczyźni jako granica picia szkodliwego, zaś już powyżej 140 g dla kobiet i 280 dla mężczyzn tygodniowo to granice picia ryzykownego)⁶).

Mniej jest lepiej! (nie przekraczaj 0,2 promila).

A najlepiej wcale! (Abstynencja jest cenna, a w wielu przypadkach konieczna).

⁶ Podaje się granice tygodniowe 140 g etanolu dla kobiet i 280 dla mężczyzn jako dolne granice ryzyka problemów (14 porcji standardowych i 28 porcji standardowych tygodniowo).

Garść informacji o alkoholu etylowym. Zakończenie podsumowania teoretycznego i części pierwszej monografii

Prowadzący pracę profilaktyczną musi się dokształcać pod kątem wiedzy o działaniu etanolu na ludzki organizm. Tytuł poczytnej niegdyś książki brzmiał *Zrozumieć alkohol* (Kinney, Leaton, 1996)¹. Nie zastąpimy tu obszernych opracowań, których nie brakuje (np. Woronowicz, *Uzależnienia...*, 2009, s. 31–134; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010). Zwykle takie ogólne dane pojawiają się na początku różnych opracowań. Autor zdecydował się umieścić te dane tutaj, gdyż Czytelnikom będzie łatwiej je zrozumieć i docenić w świetle wcześniejszego opisu działań profilaktycznych. Jest też szansa na usunięcie pokutujących mitów i stereotypów alkoholowych. Zaczniemy więc...

Alkohol etylowy (etanol, C_2H_5OH) jest związkiem organicznym z grupy alkoholi, które zbudowane są z łańcucha węglowodorowego i jednej lub więcej grupy hydroksylowej ($-OH$). Ponieważ proton (H^+) łatwo się oddziela od takiej grupy, to cząsteczka alkoholu jest polarna i przypomina kwasy organiczne (one mają grupę karboksylową — $COOH$). Połączenie w jednym łańcucha węglowodorowego i polarnej końcówki sprawia, że cząsteczka alkoholu etylowego jest polarna, co zbliża ją do takiego rozpuszczalnika jak woda (H_2O , również polarna, ma „plus” i „minus” w obrębie cząsteczki). Czysty, 100-proc. etanol jest niesłychanie „wodolubny” (hiperhigroskopiijny) — potrafi zabrać wodę praktycznie z każdego roztworu. Dlatego spotykamy zwykle co najwyżej roztwór z 96% etanolu (tzw. spirytus).

Cząsteczka etanolu jest niewielka (zaledwie dwa atomy węgla w łańcuchu), co daje jej ruchliwość i zdolność przenikania różnych barier. W organizmie wszelkie nasze komórki są otoczone szczelną błoną fosfolipidową (ciekły kryształ, głównie lecytyna, podobna do tej w żółtku jaja). Etanol bez trudu instaluje się w tej błonie, zmieniając jej lepkość i inne parametry (jak częściowy detergent). Zmienia w ten sposób funkcje wszystkich białek zainstalowanych w błonie komórkowej (receptory, kanały jonowe itp.). Ta cecha daje etanolowi wszechstronność działania. Najsilniej ten efekt widać w komórkach nerwowych. Jednak na przykład w komórkach mięśniowych etanol deformuje

¹ J. Kinney, G. Leaton (1994), *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Basaj, A. Bielasik, Warszawa.

włókna aktyno-miozynowe i osłabia mięśnie (uwaga sportowcy!)². Deformuje też strukturę białek, np. enzymów trawiennych, zatem słusznie uważa się go za truciznę metaboliczną. Jak w przypadku wszystkich trucizn jego toksyczne działanie zależy od stężenia. U osoby bez zmiany tolerancji już stężenie 3,5 promila powinno wywołać utratę przytomności, a wyższe stężenia (4,5 promila) powinny „wylączyć” działanie automatycznych ośrodków regulacji oddychania i bicia serca umiejscowionych w rdzeniu przedłużonym. Człowiek popada w komę i traci życie. Rocznie takich przypadków jest ok. 1500, najmłodsza ofiara — 12 lat. Przy pewnych stężeniach toksykologodzy są bezradni i nie mogą uratować „marynowanego mózgu” (Bogdanik, 1988)³. Jak wszystkie trucizny etanol trafia u nas na system detoksykacji (głównie w wątrobie, 90% rozkładu), gdzie zajmuje się nim grupa enzymów dehydrogenaz („odrywa-czy wodoru” co jest ekwiwalentem utleniania) (Woronowicz, 2009, s. 51–52). Najpierw z cząsteczki etanolu powstaje aldehyd octowy (C_2H_4O), substancja bardzo reaktywna chemicznie, rakotwórcza, trująca. Nawet jeśli cały etanol został już rozłożony, to często pozostaje jeszcze aldehyd, który np. osłabia sprawność kierowcy. Z aldehydu powstaje kwas octowy (CH_3COOH), po prostu ocet (który zresztą był produkowany przemysłowo z alkoholu etylowego przez bakterie żyjące na wiórach drzewnych). Oczywiście kwas octowy również jest trujący w większych stężeniach. W końcu ostatnia grupa dehydrogenaz przekształca kwas octowy w dwutlenek węgla (poprawnie: ditlenek węgla) i wodę. Po drodze powstaje trochę kalorii, nawet nie tak mało.

Dehydrogenazy, które katalizują cały proces, są rozmaite i konkretna osoba ma ich wiele, całą zróżnicowaną kolekcję, wyznaczoną genetycznie. Stąd różnice narodowe w reakcji na alkohol. U Azjatów (Tajwan, Japonia) znaczna część (np. aż 40%) populacji reaguje „alergicznie” na etanol, gdyż ich dehydrogenazy szybko rozkładają etanol do aldehydu, a wolno aldehyd do kwasu octowego⁴. Taki skład enzymów powoduje silne zatrucie aldehydem octowym równolegle ze spożyciem etanolu (jakby natychmiastowy kac). U nas osób z taką konstrukcją genetyczną jest ok. 10%. Paradoksalnie osoby mające „dobre dehydrogenazy” są

² J. Fernandez-Sola, E. Sacanella, R. Estruch, J.M. Nicolas, J.M. Gran, A. Urbano-Marquez (1995), *Significance of type II fiber atrophy in chronic alcoholic myopathy*, “Journal of Neurology Sciences” 2007, V. 130, s. 69–76; V. Lecoutre, Y. Schultz (2009), *Effect of small dose of alcohol on the endurance performance of trained cyclists*, “Alcohol and Alcoholism”, V. 44(3); E.B. Parr, D.M. Camera, J.L. Areta, L.M. Burke, S.M. Philips, J.A. Hawley, G. Coffey (2014), *Alcohol Ingestion Impairs Maximal Post — Exercise Rates of Myofibrillar Protein Synthesis following a Single Bout of Concurrent Training*, “PlosOne”, 12, Feb 9(2), e88384.

³ T. Bogdanik (1988), *Alkohol etylowy*, w: *Toksykologia kliniczna*, idem (red.), Warszawa.

⁴ „Superaktywna forma ADH2 jest więc odpowiedzialna za występowanie po spożyciu nawet niewielkiej ilości etanolu bardzo wysokich stężeń aldehydu octowego nie tylko w wątrobie, ale również we krwi”. E. Czech, M. Hartleb (2003), *Polimorfizm genetyczny dehydrogenazy alkoholowej — znaczenie patofizjologiczne*, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, V. 12(6), s. 801–809.

narażone na szybsze uzależnienie, ponieważ w ich przypadku reakcje organizmu na alkohol są słabsze („mocna głowa”). Piją zatem częściej i więcej oraz szybciej się uzależniają. Proces rozkładu jest stały jak w zegarze atomowym — nie daje się go przyspieszyć, choć można złagodzić objawy kaca. Jest to od 8 do 16 g etanolu na godzinę (przeciętnie ok. 10 g — jedna porcja standardowa, ekwiwalent szklanki piwa).

Do rosnących stężeń etanolu organizm przystosowuje się poprzez zmianę tolerancji. Jest ona jednym z biologicznych objawów uzależnienia (tak jak zmiany w aktywności wybranych enzymów). Rekordziści byli jeszcze żywi przy ponad 12 promilach i więcej.

Ponieważ nasz organizm traktuje etanol jako truciznę, to ma pewne „zabezpieczenia”, jak np. specjalny „czujnik” z komórek nerwowych w okolicach wejścia do żołądka. Gdy napijemy się zbyt dużo, reagujemy wymiotami (wyrzucanie spożytej trucizny). Część specjalistów uważa, że zanik tego czujnika to wyraźny objaw uzależnienia.

Farmakologicznie etanol jest usypiaczem, działa sedatywnie. W niskich stężeniach euforyzuje, w wyższych powoduje pogorszenie nastroju (depresję alkoholową) (Cierpiałkowska, Ziarko 2010, s. 32). Widać w tym momencie mądrość narodów, które preferują niskie stężenia w napojach alkoholowych (np. Włosi rozcieńczają wino stołowe wodą z 10% do 5% etanolu). Co ciekawe, stężenie to konsument włoski reguluje samodzielnie, gdyż oba składniki są podane w osobnych naczyniach.

Etanol powoduje uzależnienie, na które podatność jest wyznaczona genetycznie. Według Ericksona (Erickson, op. cit., s. 47) 15% wszystkich pijących napoje alkoholowe uzależni się w ciągu życia od etanolu⁵.

Etanol zmienia działanie komórek nerwowych (neuronów) przez modyfikację neurotransmisji (GABA, serotonina, dopamina, beta-endorfina), dając subiektywne przeżycia relaksu, poprawy nastroju, przyjemności i nawet euforii, głównie przy niskich stężeniach. Wpływa na postrzeganie, osłabia refleks, dlatego nie sprzyja precyzji w kierowaniu pojazdami. Ci, co twierdzą inaczej („po drinku lepiej prowadzę”), zapewne są już na drodze do uzależnienia, chociaż o tym nie wiedzą. Z powodu zaburzeń działania układu nerwowego picie bardzo sprzyja wypadkom. Narastanie ryzyka wypadków jest wykładnicze, zatem przyrasta szybko nawet przy małych różnicach stężeń etanolu w płynach ciała.

Uzyskanie przez konsumenta oczekiwanych zmian w przeżyciach zastawia na człowieka pułapkę, gdyż sądzi on, że skoro jeden drink go rozweselił, to dwa rozweselią bardziej. Tymczasem efekty pozytywne zanikają z każdym kolejnym drinkiem w sensie ich wydajności. Inne przeżycia (pojawienie się zadowolenia dopiero po kilku drinkach) mogą świadczyć o procesie rozwoju zespołu uzależnienia.

⁵ Autor nie podaje kryterium, jakie stosował. Wydaje się, że ten odsetek jest niższy, jeśli brać pod uwagę uzależnienie jako zaburzenie w stopniu ciężkim.

Pozyskiwanie etanolu dokonuje się przez proces fermentacji, czyli rozkładu cukrów do etanolu. Dla mikroorganizmów jest to system ratunkowy, gdy aktualnie w środowisku nie ma dostępu tlenu. Prowadząc „beztlenowe utlenianie”, pozyskują mało energii (kilkanaście razy mniej niż możliwe przy pełnym tlenowym rozkładzie) i wyrzucają etanol poza komórkę jako produkt uboczny fermentacji. Jeśli jego stężenie przekroczy 10–12%, to mikroorganizmy (grzyby, bakterie) giną. Dlatego nie daje się uzyskać wyżej stężonych roztworów (wino — 10–12%) w sposób naturalny. Konieczna jest destylacja odkryta w Bizancjum we wczesnym średniowieczu i poprzez Arabów przekazana Europejczykom w XII/XIII w. Początkowo (do XV stulecia) stosowano stężone roztwory jako lekarstwo (rekommendacja Rajmunda Lullusa), również jako nalewki, gdyż etanol jest świetnym rozpuszczalnikiem i ekstrahuje z ziół substancje czynne).

Potaniecie produkcji etanolu w związku z nadwyżkami żywności bogatej w węglowodany (zboża, ziemniaki) spowodowało gwałtowny wzrost spożycia mocnych trunków i eksplozję szkód alkoholowych. W końcu XVIII w. zdefiniowano uzależnienie, chociaż bez znajomości jego mechanizmów (w Polsce lekarz Jakub Szymkiewicz). Samo zjawisko było znane od starożytności, co powodowało wyznaczanie reguł społecznych spożycia etanolu.

Alkohol odgrywał pewną rolę w obrzędowości i stał się też elementem ważnym w judaizmie i w chrześcijaństwie, które przyjęły wobec niego postawę ambiwalencji — stosowały i stosują wino w rytuałach, ale przestrzegają przed jego nadużywaniem.

Spożycie alkoholu wzrasta w społeczeństwach bogatszych, co obserwowano w wielu krajach. Ilość szkód alkoholowych jest zależna od średniego spożycia i od stylu używania zarazem. Za najlepszą metodę ograniczania szkód alkoholowych w społeczeństwie specjaliści uznają ograniczenie dostępności napojów alkoholowych (poparte edukacją publiczną).

Najbardziej rozpitym kontynentem jest Europa (i zależna od niej kulturowo Ameryka). Specjaliści (np. cytowani już Anderson i Baumberg) sugerują konieczność bardzo zdecydowanego ograniczenia spożycia etanolu w Europie ze względów nie tylko zdrowotnych, ale też gospodarczych (każda złotówka zysku to strata 3 złotych). W ocenie epidemiologów etanol jest na podium pierwotnych czynników przedwczesnej utraty zdrowia i życia (obok palenia tytoniu i ryzykownych zachowań seksualnych)⁶. Etanol jest na trzecim miejscu globalnie, ale w wielu krajach Europy (w tym w Polsce) jest na pierwszym miejscu podium⁷. Powoduje kilkadziesiąt chorób, w kilkuset jest komponentem (nawet w zakażeniu HIV — pomyślmy, dlaczego?). Jest kancerogeny, niekiedy nawet w niskich stężeniach, jak w przypadku raka piersi u kobiet. Między 6 a 11% wszystkich nowotworów ma pochodzenie alkoholowe. Systematycznie i obficie spożywany

⁶ *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia*, WHO, 2003, tłum. A. Basaj, Warszawa.

⁷ Dogania go nikotynizm, który powoli zaczyna dominować, niezależnie od spadku odsetka palaczy (odroczonego efekt z wielu lat).

uszkadza praktycznie wszystkie organy, najbardziej zaś układ nerwowy, pokarmowy i wydalniczy. Przy intensywnym stosowaniu potrafi chemicznie „wykastrować” mężczyznę, wybijając wszystkie komórki produkujące testosteron w jądrach (feminizacja). U kobiet powoduje tzw. maskulinizację, przybieranie zewnętrznych cech męskich. Występuje to jednak przy masywnym jego nadużywaniu.

Nadużywany skraca życie od 10 do 20 lat. **W ocenie światowego zebrania ekspertów etanol jest najbardziej szkodliwą substancją psychoaktywną używaną przez ludzi, niszczącą bardziej niż heroina i kokaina** (Nutt i wsp., 2010)⁸.

Z powodu zaburzania funkcji kontroli jest silnie kryminogenny i wiktymogenny. Jego używanie koreluje z używaniem narkotyków (tzw. teoria substancji torujących drogę, D. Kandel).

W wielu krajach na świecie jest stosunkowo mało używany, głównie z powodów religijnych lub tradycji kulturowych (kraje islamskie, Indie, Chiny). Obecnie notuje się dużą aktywność i ekspansję biznesu alkoholowego w tych krajach, co zwiększa spożycie, np. w Azji. Biznes alkoholowy jest zazwyczaj świetnie zorganizowany i korzysta z wydajnego lobbingu (Pietruszka, 2010, Pietruszka, 2010)⁹. Z tego powodu nawet oczywiste i potrzebne ograniczenia dostępności napotykać na problemy polityczne. Polacy mają stosunek ambiwalentny do alkoholu, z jednej strony chcą ograniczeń (np. dla nieletnich, 97% „za”¹⁰), a z drugiej są im przeciwni (Moskalewicz, 2016). Przodujemy w Europie pod względem uznawania etanolu za zwyczajny produkt spożywczy (60% respondentów).

Wydaje się, że nasz styl picia wymaga pilnej korekty, a nadużywanie stanowi jeden z najpoważniejszych problemów polityki społecznej w Polsce.

Szkody zawsze wywoływały reakcję i może z tego powodu dysponujemy dojrzałym prawem (Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 z późniejszymi zmianami)¹¹, które pozytywnie oceniają eksperci na świecie. Jednak bardzo kuleje jego skuteczne egzekwowanie.

Ciekawe są historyczne perypetie etanolu, w paru przypadkach przyczynił się prawdopodobnie do upadku różnych silnych organizmów politycznych (np. imperium Aleksandra Wielkiego).

W Polsce istnieje bogata tradycja profilaktyczna, związana z działalnością wielkich postaci w XIX i XX w. (ks. Fiecek, bł. Honorat Koźmiński, bł. Bronisław

⁸ D. Nutt, L. King, L. Philips (2010), *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*, „The Lancet”, V. 376, nr 9752, s. 1558–1565, 6 November.

⁹ M. Pietruszka (2010), *Aktywność producentów napojów alkoholowych na poziomie Unii Europejskiej*, „Świat Problemów”, nr 1(204), s. 32–35; M. Pietruszka (2010), *Aktywność producentów alkoholi w Polsce — piwowarzy*, „Świat Problemów”, nr 3(206), s. 34–36.

¹⁰ Badanie CBOS nr 160 z 2019 roku.

¹¹ Ustawa z dnia 26października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19820350230/U/D19820230Lj.pdf>).

Markiewicz, ks. Jan Kapica, prof. W. Lutosławski, poseł Maria Moczydłowska, Tadeusz Strumiłło, Andrzej Małkowski, CSB Franciszek Blachnicki i wielu, wielu innych, których pisma i biografie znajdziemy w serii monografii K. Romaniuka, op. cit.)¹². Najnowszym efektem działań trzeźwościowych jest Narodowy Program Trzeźwości, dostępny w całości w sieci¹³.

¹² Np. ks. J. Kapica (1933), *Alkoholizm a miłość bliźniego*, s. 114–121, w: *Kazania i mowy, odezwy*, E. Szramek (red.), Katowice, s. 378.

¹³ *Narodowy Program Trzeźwości* (2018), Warszawa–Katowice.

Część II

Narzędzia interwencji profilaktycznej w grupie

Scenariusz programu „Korekta dla osadzonych” Wersja A (klasyczna)

„KOREKTA dla osadzonych” (wersja dla kursu SWWS) — program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych przeznaczony do pracy z osobami dorosłymi, zwłaszcza z osadzonymi w zakładach karnych.

[Scenariusz A stanowi zmienioną, poprawioną, aktualizowaną, rozszerzoną i uzupełnioną wersję programu profilaktycznego „Korekta”, wyd. 2 z 2004 r. (K. Wojcieszek, *„Korekta” program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*, wyd. 2, Warszawa) dostosowaną do potrzeb systemu penitencjarnego. Jednocześnie zachowuje strukturę właściwą dla pierwotnego programu, co umożliwi opieranie się na dotychczasowych wynikach badań. Poprawiono zauważone w wersji klasycznej błędy i uwzględniono doświadczenia z wielu realizacji, jakie autor prowadził w różnorodnych grupach odbiorców. Zwłaszcza podkreślono rolę tzw. drugiego testu BAC w przebiegu programu. Z powodu dużej ilości zmian zastosowano osobną nazwę „Korekta dla osadzonych”. Scenariusz B jest nową syntezą — próbą uwzględnienia wydarzeń psychologicznych podczas programu i nigdy nie był dotychczas publikowany. Jest opisem wersji aktualnie stosowanej przez autora].

Dodatkowe informacje w: K. Wojcieszek (2013), *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych*, Kraków.

Wstęp

Program „Korekta” stanowiący bazę wyjściową dla „Korekty dla osadzonych” powstał ponad 20 lat temu, na prośbę Wojska Polskiego. Później był wielokrotnie realizowany, udoskonalany, poddawany ewaluacji formatywnej i sumatywnej w grupach żołnierzy, policjantów, studentów i w innych grupach zawodowych. Stanowi solidnie sprawdzone narzędzie profilaktyczne. Taki stan rzeczy umożliwił zastosowanie schematu „Korekty” do pracy w systemie penitencjarnym. Program można stosować zarówno z udziałem osób odbywających karę, jak i personelu, gdyż jest wysoce uniwersalny. Może być stosowany w ramach działań prewencyjnych w zakładach pracy. Ponadto bywa chętnie stosowany w pracy

z młodymi ludźmi z grup ryzyka. Zasadniczo jest przeznaczony dla osób pełnoletnich mających prawny dostęp do używania napojów alkoholowych (w warunkach polskich od 18 lat, w USA od 21). **W przypadku pracy z osadzonymi może stanowić element resocjalizacji i prewencji, zwłaszcza w sytuacjach poprzedzających zakończenie kary lub przepustki.** W tej grupie może też stanowić stały element pracy wychowawczej.

Cele programu: czego można oczekiwać po poprawnej realizacji programu „Korekta dla osadzonych”?

Zdarza się, że oczekiwania realizatorów idą zbyt daleko i spodziewają się oni doskonałych wyników w postaci np. podjęcia abstynencji przez uczestników, rezygnacji z upijania się itp. Trzeba zatem podkreślić, że zazwyczaj bezpośrednio efekty naszej pracy są skromne. Zostały zbadane i pozytywnie zweryfikowane w tzw. ewaluacji sumatywnej, jednak jest to przecież praca bardzo krótka, oparta na schemacie „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie” (patrz: K. Wojcieszek, 2013, *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych*, Kraków). Trudno się spodziewać, aby 3–4 godziny pracy zniwelowały skutki wielu zaszczości społecznych i indywidualnych. To, że wykazano pozytywne zmiany zachowań, postaw i wiedzy u uczestników (badania M. Wojcieszek w cz. III), nie pozwala na oczekiwanie spektakularnych efektów. Wyniki każdej pracy profilaktycznej są zazwyczaj skromne, trzeba dużo cierpliwości, a także wykonywania tej pracy bardzo starannie i zgodnie ze scenariuszem. Zatem nie należy się spodziewać efektów nieproporcjonalnie wielkich do włożonej przez nas pracy: przecież trening alkoholowy ludzi, z którymi przyjdzie nam pracować, trwa zwykle wiele lat (specjaliści mówią, że jeszcze przed pierwszym kieliszkiem kształtują się oczekiwania potencjalnych konsumentów). Należy przyjąć to założenie na początku, aby tym spokojniej podjąć pracę za pomocą opisanego scenariusza. Autor jest przekonany, opierając się na wieloletnim doświadczeniu i wynikach badań, że mimo skromnych efektów **warto** realizować ten scenariusz. Uczestnictwo w nim często pozostaje jedyną okazją do głębszej refleksji dla osób mających problemy alkoholowe.

Zdaniem autora można liczyć **u części** uczestników na:

- **rezygnację z normy ostentacyjnego upijania się (przesunięcie granic ilości spożywanego alkoholu i okoliczności picia w kierunku bezpieczniejszej konsumpcji u znaczącej części uczestników),**
- **używanie etanolu będzie bardziej ograniczone przez samego konsumenta, bardziej świadome i liczące się z negatywnymi skutkami picia,**
- **nastąpi osłabienie tendencji do ryzykownych zachowań alkoholowych generowanych społecznie i podejmowanych w oparciu o błędne przekonania normatywne (osłabienie „towarzyskiego przymusu picia” w tej konkretnej grupie, z którą się pracuje),**

- **u części osób mających poważne problemy alkoholowe (np. różne stopnie zaburzeń wg DSM V) umożliwi identyfikację doświadczanego problemu alkoholowego i wzbudzenie motywacji do poszukiwania profesjonalnej pomocy,**
- **u części uczestników nastąpi większe zrozumienie własnych i społecznych zachowań i genezy fałszywych norm społecznych zachęcających do picia,**
- **u wielu uczestników jest prawdopodobne zwiększenie akceptacji dla ograniczeń prawnych (w tym regulaminowych ograniczeń penitencjarnych) związanych z alkoholem.**

Ponadto autor jest zdania, że można również oczekiwać:

- **ulepszenia kontaktu między prowadzącym a odbiorcami programu (gdy realizacja jest spostrzegana jako autentyczny wyraz troski, np. o dalsze losy osadzonych),**
- **niejako „rykoszetem” program może wzmacniać tendencję do akceptowania innych zasad regulaminowych, np. zmniejszyć skalę przemocy wewnątrz grup (prawdopodobnie w niewielkim stopniu — ta rzecz do zbadania).**

Jak łatwo zauważyć, autor wypowiada się dość ostrożnie o efektach programu, chociaż jego własne obserwacje jako prowadzącego być może upoważniałyby do śmielszego wskazywania na pozytywne rezultaty. Gdy program był testowany pod koniec lat 90., zdarzyło się już przy pierwszych dwu realizacjach (Kielce, 1998), że bezpośrednio po zajęciach dwójka uczestników zgłosiła się do prowadzącego z prośbą o radę, w jaki sposób rozwiązywać swoje zaawansowane problemy alkoholowe („Jesteśmy chyba uzależnieni, niech nam pan powie, co zrobić”). Był to spektakularny efekt i takie też mogą wystąpić, ale byłoby mało naukowe opieranie się na pojedynczych, nawet bardzo optymistycznych wypadkach. Autor zakłada skromniejsze rezultaty, tym bardziej że scenariusz będą realizować osoby, które nie są jego autorami. I w różnych okolicznościach. Cykl badań nad efektami danego programu nigdy nie jest zamknięty z chwilą wykazania empirycznego jego oczekiwanych skutków. Nadal jest i będzie wiele ciekawych pytań wobec tego, co dzieje się w trakcie i po programie. Zatem autor zaleca „umiarkowany optymizm”. Program to nie jest działanie magiczne, choć bardzo dobrze odbierane i przygotowane. Pracuje się z wolnymi osobami, dodatkowo obciążonymi wieloma „zaszłością” w dziedzinie problemów alkoholowych. Na tym etapie wystarczy powiedzieć, że wyniki zarówno ewaluacji formatywnej, jak i sumatywnej są dla programu wyraźnie pozytywne, a co najmniej obiecujące.

Warunki skuteczności grupowej interwencji krótkoterminowej

Ciekawe jest pytanie o warunki skuteczności oddziaływania i warto je tu postawić. Co decyduje o efektywności programu? Efekty zależą od jakości realizacji, jak i wielu okoliczności zewnętrznych. Np. sytuacja grupy może być specyficzna

na tyle, że nie da się jej „naprawić” prostym programem profilaktycznym (np. obecność dużej grupy uzależnionych w stopniu ciężkim z bardzo rozbudowanym systemem iluzji i zaprzeczeń). Raczej nie stosujemy programu jako reakcji na jakieś aktualne negatywne wydarzenia. Należy go stosować systematycznie, zanim stanie się coś złego, czysto profilaktycznie. Czasami doświadczony realizator będzie mógł wykorzystać scenariusz jako interwencję w momencie, gdy miał miejsce jakiś drastyczny fakt, np. wypadek po pijanemu. Trudność, jaka wtedy się pojawia, polega na tym, że wzbudzanie poczucia winy w uczestnikach nie jest strategią zalecaną przez psychologów. W rzeczywistości zamyka ono uczestników emocjonalnie i poznawczo, a nasz program może być odrzucony. Tylko doświadczony realizator może poradzić sobie z tego rodzaju wyzwaniem.

Zdaniem autora decydujące jest coś jeszcze: **postawa prowadzącego spotkanie**. Zdecydowanie nie powinny prowadzić programu osoby, które mają jakiegokolwiek problemy alkoholowe (np. wykazane w uczciwie wypełnionym teście AUDIT). Prawdopodobnie mają też negatywny wpływ tzw. zachowania „kompulsywne” (np. nałogowe palenie tytoniu, nieopanowana złość czy trudności w samokontroli). Taka osoba będzie dla uczestników mało wiarygodna (jak w przysłowiu: „Nie rób tego, co ja robię, rób to, co ja mówię”).

Wieloletnie doświadczenie autora przekonuje też, że bardzo ważnym elementem skuteczności jest stałe i widoczne **wsparcie przełożonych** dla tego typu pracy. Może brakować takiego wsparcia, jeśli dany przełożony ma jakieś osobiste opory, czasami wynikające z różnych zaszłości i negatywnych doświadczeń. Wsparcie środowiska bardzo wspomaga efektywność programu, w tym wypadku zrozumienie otoczenia Służby Więziennej pracującej w danym zakładzie karnym. Lepiej, aby prowadzący nie był skazany na los samotnego bohatera.

W warunkach zakładu karnego dużą przeszkodą może być brak zaufania osadzonych do kadry. Taka sytuacja może wręcz uniemożliwić poprawną realizację programu. Profilaktycznych skutków nie uzyskuje się pod przymusem. Jedynie samo fizyczne uczestnictwo można wymusić, pozytywnych efektów już się nie da. Z historii miasta Rzymu znany jest fakt, że gdy mieszkańców tamtejszego getta (wydzielona dzielnica żydowska) zmuszano do wysłuchiwania chrześcijańskich kazań, to ci umiejętnie zatykali sobie uszy watą. „Z niewolnika nie ma pracownika”, mawiamy. Tym bardziej w naszym przypadku. Oczywiście nie musimy czekać na moment, gdy wszyscy zechcą brać udział. Raczej chodzi o to, aby starać się wypracować taki rodzaj rzeczowego kontaktu, który skłoni W TRAKCIE pracy część uczestników do współpracy z prowadzącym, chociażby minimalnej. Warunki w zakładzie karnym są specyficzne, ale autor jest zdania, że da się tę trudność przełamać. Osobiście prowadził bowiem kilkakrotnie udane zajęcia profilaktyczne w zakładach karnych (np. Warszawa, ul. Rakowiecka, przed wielu laty, zanim powstał tam oddział terapeutyczny i powstało obecne muzeum). Lepiej zatem, aby zajęcia prowadziła osoba przynajmniej w podstawowym stopniu budząca zaufanie uczestników. Nie musi ona jednak przyjmować postawy zbyt uległej, gdyż jest jedynie przewodnikiem, a grupa pracuje SAMA w trakcie programu.

Podobna zasada obowiązuje, gdy korzystamy ze scenariusza w innych grupach, np. w pracy z funkcjonariuszami czy ze starszą młodzieżą. Konieczne jest wtedy odejście od sztywności i dystansu, czasami spotykanych w relacjach wzajemnych. Konieczne jest zbudowanie w trakcie programu atmosfery umożliwiającej uczestnikom utożsamienie się z celami programu. Trzeba starać się pracować tak, jakbyśmy pracowali ze zwykłą grupą dorosłych ludzi, nawet jeśli wiemy (np. z akt osadzonego, z wywiadu indywidualnego), że nasi uczestnicy mają trudności w omawianej dziedzinie. Możemy wykorzystać okoliczność zgromadzenia uczestników, ale i tak musimy uzyskać ich aktywność i współpracę. Można przecież „spać” podczas programu lub ignorować jego przesłania. Na udział uczestników musimy zapracować.

Preferowane cechy prowadzącego podczas pracy w warunkach zakładu karnego:

- **empatia i dobry kontakt z ludźmi, zwłaszcza z osadzonymi,**
- **wiarygodność (sam żyje w zgodzie z zaleceniami programu),**
- **umiejętność redukcji zbyt dużego dystansu czy nieufności ze strony uczestników,**
- **gotowość do uczenia się od uczestników bez względu na ich status (np. od osadzonych),**
- **identyfikacja z celami programu,**
- **gotowość do poddania pracy superwizji i do ewaluacji działania,**
- **staranne przygotowanie się do realizacji, zarówno merytoryczne, jak techniczne.**

A co, jeśli ktoś nie spełnia tak wyśrubowanych warunków? Wyniki ewaluacji wskazują na pewną osobliwość — wydaje się, że nawet przeciętna, zwyczajna realizacja proponowanego scenariusza daje pozytywne efekty profilaktyczne. W scenariuszu są bowiem zawarte **elementy autodydaktyczne**, w trakcie których uczestnicy uczą się od siebie czy konfrontują swoje zachowania z grupą. Tutaj cała grupa pracuje, a prowadzący tylko **katalizuje** tę pracę. Dotychczasowe doświadczenia pokazały, że po przełamaniu pierwszych trudności program ten jest chętnie realizowany i stanowi normalne narzędzie pracy, zwłaszcza wychowawców. Autor ma nadzieję na taki rezultat w zakładach karnych.

„Ściągowka dla realizatorów” — krótki opis poszczególnych kroków programu

- I. **Krótkie wprowadzenie do programu, zagajenie — elementy edukacji o alkoholu etylowym i jego roli w ludzkim życiu.**
- II. **„Burza mózgów” w postaci zapisania na tablicy „korzyści — straty” z picia alkoholu (ważne: zawsze zaczynamy najpierw od spisywania korzyści!).**
- III. **Nieco obszerniejszy komentarz prowadzącego do rezultatów uzyskanych widocznych na tablicy. Czy propozycje uczestników są zgodne z obiektywną wiedzą?**

- IV. Kluczowe głosowanie na temat przewagi korzyści lub strat z powodu picia napojów alkoholowych. Sekwencja kolejnych pytań (głos przez podniesienie ręki i zliczenie):**
- a) 1 pytanie: kto sądzi, że przeważają korzyści z picia? — ręka do góry.
b) 2 pytanie: kto sądzi, że przeważają straty? — ręka do góry.
Zazwyczaj przewaga liczebna opcji „przeważają straty”, ale pracujemy niezależnie od aktualnego wyniku głosowania (!).
c) 3 pytanie: kto z obecnych nie używa wcale napojów alkoholowych i jest abstynentem w zwyczajnym życiu? Zliczamy.
Zazwyczaj powstaje zagadka: jest wielu (większość? patrz wyżej) takich, którzy skłaniają się do wskazania na przewagę strat nad korzyściami, a mimo to używają napojów alkoholowych. Akcentujemy widoczną sprzeczność logiczną tego wyniku.
- V. Rozmowa prowadzącego z grupą na temat paradoksalnego zestawienia odpowiedzi i ryzyka związanego z alkoholem oraz warunków, pod jakimi kontakt z alkoholem może nieść więcej korzyści niż strat (jeśli to możliwe, że korzyści więcej). Aktywni są głównie uczestnicy, którzy „tłumaczą się” ze sprzeczności.**
Zazwyczaj grupa proponuje, że jeśli się „pije z głową”, to nie ma strat. Prowadzący zgadza się z tą tezą, ale... Może być tak, że komuś tylko wydaje się, że pije rozsądnie.
- VI. Co to znaczy: picie w granicach rozsądku, „z głową”? Przygotowanie do testu przesiewowego AUDIT.**
- VII. Wspólnie wypełniony (synchronicznie) anonimowy Test AUDIT (w uproszczonej formie — dla grupy). Zebranie kartek z wynikami indywidualnymi. Gdzie jest granica, za którą są problemy alkoholowe? (8–10 punktów, przyjąć jedną, najlepiej 8).**
- VIII. Zliczenie wyników testu, ukazanie ich w czytelnej formie na tablicy i komentarz wyjaśniający poszczególne sytuacje problemowe: picie ryzykowne, picie szkodliwe, uzależnienie.**
- IX. Wstępne omówienie zasad „picia rozsądnego”. Jednak AUDIT to nie wszystko. Być może ważniejsze jest przekraczanie stężenia BAC w płynach ciała?**
- X. Wspólne liczenie ilości alkoholu spożytego przy ostatniej okazji i stężenia alkoholu we krwi. Nauka obliczania.**
- XI. Ocena stopnia ryzyka wynikającego z wysokiego BAC przy ostatniej okazji picia. Również ukazanie zebranych anonimowo (karteczki) wyników na tablicy.**
- XII. Ponowne omówienie reguł rozsądnego picia i zaleceń związanych z uzyskanymi wynikami (zarówno AUDIT, jak i BAC).**
- XIII. Dokładniejsze omówienie (być może sprawdzenie wiedzy uczestników) o formach pomocy w kwestiach alkoholowych (jako element interwencji).**

XIV. Zebranie ocen spotkania, przeliczenie ich i ewentualne ogłoszenie. Wzmocnienie indywidualnych korzyści ze spotkania — zachęta do zmiany ryzykownych zachowań. Możliwa kontynuacja indywidualna lub grupowa.

Optymalne warunki realizacji:

- grupa takiej wielkości, aby utrzymać anonimowość wyników (najlepiej od kilkunastu osób), możliwe też w mniejszej grupie, jeśli uczestnikom nie przeszkadza ta sprawa — wziąć pod uwagę uwarunkowania zakładu karnego,
- niezakłócony czas trwania (minimum 3 h lekcyjne z przerwami), możliwa realizacja „w jednym kawałku”, co może być ważne w warunkach zakładu karnego — wtedy skracamy poszczególne elementy, minimum 1,5 godziny zegarowej, nie więcej niż 4 h,
- dostęp prowadzącego do uczestników ułatwiający zbieranie ankiet i wypełnianie materiałów w warunkach anonimowości (unikamy zbyt ciasnych pomieszczeń, gdzie uczestnicy siedzą „ramię w ramię” i zagląдают sobie w testy),
- KONIECZNA TABLICA (zwykła lub papierowa) I KREDA/MAZAK lub duże arkusze papieru, nawet pakowego, do zapisywania wyników, kilka arkuszy,
- zapewniona widoczność tablicy, kalkulator, torba lub pudełko do zbierania kartek i ankiet,
- bardzo wskazany (choć niekonieczny) komplet (jednakowych) ołówków (długopisów?) (zapewnia anonimowość ankiet, może być ważne (?) do oceny prowadzących), komplet testów AUDIT dla uczestnika, zazwyczaj ksero po jednym na osobę,
- bardzo pomocne małe białe karteczki biurowe **bez kleju**.

Istnieje „minimum techniczne”: ksero testu AUDIT na głowę + tablica + karteczki biurowe.

Ze względów etycznych konieczne jest uzyskanie wcześniej informacji o dostępnych punktach pomocy w chorobie alkoholowej (telefon, adres grupy AA, adres poradni) lub ustalenie procedury, gdy ktoś potrzebuje indywidualnej konsultacji. Co robi prowadzący, gdy usłyszy — „tak, mam problem, jak mogę z tym zadziałać?”. Trzeba być gotowym na taką sytuację zawsze i przemyśleć zagadnienie. Ten element jest ważny, gdyż jednym z efektów programu może być zainteresowanie poszczególnych osób uzyskaniem fachowej pomocy. Program ma częściowo charakter interwencyjny, to znaczy w przypadku uzależnienia może niekiedy spowodować chęć natychmiastowego poszukiwania pomocy. Taki efekt jest wspaniałym rezultatem programu, ale stanie się zupełnie bezużyteczny, jeśli prowadzący nie będzie dysponował adresami placówek udzielających stosownej pomocy lub procedurami działania w warunkach zakładu karnego. Brak przygotowania w tym zakresie jest jednym z najczęściej spotykanych błędów

w realizacji. Prowadzący zapominają o sile uruchomionej przez nich interwencji. Siła ta może domagać się od uczestnika jakiegoś konstruktywnego działania dla rozwiązania powstałego napięcia. Może on zadawać sobie chociażby pytanie o to, czy jego wysoki wynik w teście AUDIT jest przypadkowy (co może się zdarzyć, błędy w teście), czy oznacza faktyczne kłopoty. Z tego i innych względów jest niezbędne, aby ZANIM przystąpimy do realizacji programu, dowiedzieć się, gdzie znajdują się najbliższe dostępne dla uczestników placówki oferujące pomoc w rozwiązywaniu problemów alkoholowych lub **na czym polegają procedury w tym zakresie w zakładzie karnym** (np. który wychowawca się na tym zna i udziela porad). Placówki w warunkach wolnościowych (co może być ważne dla mających opuścić zakład karny) to:

- a) poradnie leczenia uzależnienia i współuzależnienia („odwykowe”) prowadzące terapię choroby alkoholowej — najlepiej zarazem uzależnienia i współuzależnienia (poradnie prowadzące pomoc psychologiczną dla członków rodziny alkoholika są oceniane wyżej jako bardziej profesjonalne),
- c) grupy samopomocowe typu AA (Anonimowi Alkoholicy) czy Al-Anon (osoby bliskie alkoholikom), jak również DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików czy Alateen (nastolatki z rodzin alkoholowych),
- d) tzw. kluby abstynenta (stowarzyszenia lokalne) i inne struktury pozarządowe wspierające trzeźwienie. Prowadzą lokalną pracę środowiskową, często wspierają konsultacje w kierunku terapii.

W warunkach zakładu karnego — oddziały specjalistyczne (kilkadziesiąt w systemie penitencjarnym).

Optymalne jest kierowanie do kontaktu z wyspecjalizowaną poradnią. Personel takiej poradni może poddać pacjenta dokładnej diagnozie i określić ściśle rodzaj jego problemów. Zwłaszcza konieczne jest odróżnienie stanu uzależnienia od okazjonalnego nadużywania czy picia ryzykownego. Do przeprowadzenia takiej diagnozy konieczna jest specjalistyczna wiedza. Czasami taka dokładniejsza diagnoza ma miejsce w zakładzie karnym.

Możliwości pomocy są zróżnicowane. W niektórych okolicach bez trudu znajdziemy odpowiednią placówkę z kompetentnym personelem, zaś w innych brak będzie takiej możliwości. Zasadniczo w każdej gminie powinien być urzędnik dysponujący danymi (np. tzw. pełnomocnik wójta lub burmistrza ds. rozwiązywania problemów alkoholowych). Obok placówek osiągających rezultaty na poziomie światowym mamy placówki bardzo zaniedbane, nieprowadzące efektywnego leczenia. Zróżnicowana jest też sytuacja pomocy prywatnej, czasami bardzo powierzchownej (zazwyczaj tylko detoks i pozory terapii, ale czasami bardzo wysoki poziom i skuteczność). Warto, aby prowadzący zorientował się w sytuacji, a zwłaszcza powinien uzyskać wiedzę na temat procedur kierowania na terapię w warunkach zakładu karnego. **Cenną wersją pomocy jest AA — w wielu zakładach karnych działają grupy samopomocowe AA.**

Jeśli uczestnik ma możliwość poszukać pomocy w miejscu swego zamieszkania po wyjściu na wolność lub na przepustkach, można określić miejsca, do

których będzie mógł się zwrócić (w takim wypadku cenne są konkrety adresowe). Może być pomocne zorientowanie się w możliwościach, gdyż prowadzący może się spotkać z pytaniami swego własnego otoczenia w rodzaju „co zrobić, aby on nie pił”, jeśli wieść o jego aktywności profilaktycznej rozejdzie się szerzej. To zawsze cenna i pomocna wiedza.

Gdzie uzyskać informacje na temat placówek świadczących pomoc?

Teoretycznie (ustawowo) w każdej gminie powinien być realizowany lokalny program rozwiązywania problemów alkoholowych (profilaktyki, również narkotykowej). Wiele gmin (dzielnic) powołało pełnomocników zajmujących się realizacją tego programu, choć czasami realizuje go dział pracy socjalnej. Tam powinny się znajdować wystarczające informacje. Warto też uzyskać informacje od środowiska osób korzystających z pomocy placówek, gdyż osoby te zwykle doskonale znają z autopsji jakość oferowanych przez poszczególne placówki usług. Pomocą mogą tu służyć członkowie grup AA (zwykle telefon podawany publicznie w gazetach) czy członkowie klubów abstynenckich. Również kontakt z aktywnymi w danym rejonie psychologami czy lekarzami może zaowocować konkretną wiedzą o możliwościach pomocy. Pamiętajmy jednak, że sam dyplom lekarza czy psychologa jeszcze nie daje gwarancji, że dana osoba rzeczywiście orientuje się w sieci pomocy. Również w tym środowisku zawodowym napotkamy wiele stereotypów i mitów na temat leczenia uzależnień.

Faza przygotowania tego rodzaju informacji jest niezbędna i dość pracochłonna, ale pamiętajmy, że wykonujemy ją zasadniczo tylko raz na danym terenie lub w danym zakładzie karnym. Później będziemy dokonywali jedynie jej aktualizacji. Warto zatem skorzystać z telefonu, gazety, informacji publicznych i własnego wywiadu, aby w momencie startu programu mieć niezbędne informacje pod ręką. Może się też okazać, że z tych informacji będą chcieli skorzystać członkowie kadry, którzy na wieść o realizacji programu w jednostce będą chcieli uzyskać dyskretną pomoc. Jeśli posłużymy im w tym zakresie, często zaskarbimy sobie oddanych przyjaciół. Można też wyobrazić sobie, że gdy wiemy o terminie opuszczenia zakładu karnego przez daną osobę, możemy próbować znaleźć dla tejeż jakieś wstępne informacje o punktach pomocy, gdyż dysponujemy dostępem do sieci i do informacji. Osadzony zasadniczo (z wyjątkami) nie ma takich możliwości. Jest to już jednak duża uprzejmość ze strony prowadzących, choć wydaje się rozsądna.

Szczegółowy scenariusz programu

I. Powitanie (nawet wtedy, gdy zgromadzeni znają prowadzącego/prowadzących). Wbrew pozorom sposób przywitania już wyznacza w pewnym stopniu atmosferę całego spotkania.

Prowadzący wita się **uprzejmie** z zebranymi uczestnikami. W warunkach zakładu karnego może to być nieco mniejsza grupa, choć optimum to kilkanaście osób (wyznaczają to realne regulaminy wewnętrzne takich spotkań podyktowane względami bezpieczeństwa). Zwłaszcza warto sprawdzić elementy komunikacji: czy jest się wyraźnie słyszany i czy uczestnicy widzą tablicę (lub papier). Można o to zapytać zebranych, zwłaszcza osoby usytuowane z tyłu sali. Warto poświęcić chwilę na „ogarnięcie grupy” i nawiązanie kontaktu. Jeżeli prowadzącym jest osoba z zewnątrz zakładu, to musi się krótko przedstawić. Jeżeli prowadzi ktoś dobrze znany — przedstawia jedynie temat spotkania lub akcentuje jakieś swoje kompetencje, które uzasadniają pracę.

W razie trudności z rozpoczęciem można wcześniej przygotować krótkie zagajenie, ale nie odczytywane z kartki. Generalnie: nie musimy podczas programu wiele mówić. Lepiej zadawać pytania i słuchać członków grupy.

Przykład zagajenia:

Nasze zajęcia będą dotyczyć spraw niby dobrze znanych, ale postaramy się na nie spojrzeć od nieco innej strony. Porozmawiamy o alkoholu i jego wpływie na nasze życie. Najpierw przedstawię sam alkohol etylowy (etanol). O paru sprawach z nim związanych nie wie wielu jego użytkowników. Posłużę się ściągawką w postaci prezentacji „Człowiek spotyka alkohol”. Musimy przecież znać bliżej tego jęgościa, skoro z nim się niekiedy stykamy.

Tu następuje krótsze lub dłuższe przedstawienie pewnych aspektów natury etanolu, a zwłaszcza jego struktury chemicznej ułatwiającej działanie (polarność, dopasowanie do błon komórkowych), pewne aspekty historii produkcji alkoholu (jest dość późnym wynalazkiem ludzkości związanym ściśle z rolnictwem jako źródłem węglowodanów) [uczestnicy kursu SWWS mają do dyspozycji dodatkowe materiały]. Bardzo cennym elementem jest analiza rozkładu etanolu w organizmie podzielona na etapy (aldehyd octowy, kwas octowy, ditlenek »dwutlenek« węgla i woda). Wyjaśnia ona, dlaczego jedni mają tzw. mocną głowę, a inni nie i co z tego wynika (większa podatność ludzi z mocną głową na uzależnienie). Warto ujawnić, że większość ludzkości to abstynenci (wg raportu WHO z 2018 r. aż 57% osób w wieku powyżej 15 lat). Cenne jest zapoznanie uczestników z **podstawami** działania etanolu na mózg i z mechanizmem zatrucia śmiertelnego etanolem przez „uśpienie” ośrodków regulacji oddechu. Wszystkie te pytania i odpowiedzi znajdują się na prezentacji włączonej do kursu SWWS („Człowiek spotyka alkohol”), ale jeśli nie ma możliwości jej odtwarzania, to można tylko przytoczyć parę opracowanych faktów. Ważne, aby wszystko, co podajemy, miało podstawę naukową. Nie wolno powielać mitów i stereotypów alkoholowych. Z pewnych względów zwłaszcza warto unikać sformułowań typu: „alkohol jest dla ludzi”, bo osłabiają one nasze przesłanie (bywa też alkohol dla szczurów w eksperymentach medycznych, sam autor takie prowadził). Jeśli już jest „dla ludzi”, to wyłącznie dla: dorosłych, odpowiedzialnych, zdrowych i umiejących się nim posługiwać.

Warto zauważyć, że jest to tylko cenne zagajenie, więc nie należy się na tym etapie skupiać czy go nadmiernie rozwlekać. Zwłaszcza w grupie osadzonych

należy unikać zbyt naukowego podejścia w sensie terminologii. Staramy się być rozumiani. Zawsze i przede wszystkim.

II. Lista „korzyści — straty”

Przykładowe zagajenie tego fragmentu:

Zwykle przedstawia się ten temat od strony rozmaitych problemów, jakie wynikają z picia. Jednak mimo tych problemów ludzie czasami decydują się na używanie alkoholu. Chcę was zapytać o to, jakie korzyści odnoszą z picia konsumenci napojów alkoholowych? Będę zgłoszone przez Was propozycje zapisywać na tablicy z lewej strony, na oddzielnym kreską polu.

Prowadzący uważnie wsłuchuje się w wypowiedzi uczestników i zaczyna zapisywać dużymi literami **korzyści z picia** w wersji sformułowanej przez uczestników lub do niej zbliżonej. W grupie osób nienawykłych do tego trybu pracy (a tacy mogą być również osadzeni) należy być cierpliwym, delikatnie zachęcać. Nie musimy mieć tych propozycji zbyt wiele. Zachęca postawa prowadzącego, jeśli pokazuje, że liczy się z wypowiedziami uczestników, np. stara się je wysłuchać i ściśle zapisać, nawet jeśli są podane żartem (zwłaszcza wtedy!).

Ważne, aby nie komentować zgłoszeń i zapisywać je w brzmieniu podanym przez uczestników, nawet jeśli są to żartobliwe określenia. Ważne jest, aby mieć cały czas kontakt z grupą i nie forsować znaczeń poszczególnych punktów wbrew autorom propozycji. Nie spieszymy się, delikatnie zachęcajmy. Początkowo zgłoszenia będą nieśmiałe i zgłaszający będą niejako wypróbowywać prowadzącego, starając się sprawdzić, czy rzeczywiście rzetelnie stawia pytanie i przyjmuje propozycje z sali bez zmian. Stąd będą się brały gry słowne, żarty, głupie propozycje, salwy śmiechu, tzw. głupawki. Nie szkodzi — zapisujemy wszystkie propozycje, nawet gdyby się nam wydawało, że zaszkodzi to naszej profilaktycznej pracy. Nie zaszkodzi. Uczestnicy zawsze mają rację, nawet gdy się mylą. Zbieramy propozycje do momentu wypełnienia się przeznaczonego na poszczególne punkty miejsca na tablicy lub do momentu, gdy propozycje zanikną. Nie musimy się spieszyć. I nie musimy „wyczerpać tematu”. Starajmy się pracować bezstronnie. W rzeczywistości ludzie rzeczywiście doznają określonych korzyści czy satysfakcji z picia napojów alkoholowych i problem nie w tym, że używają alkoholu, ale w tym, JAK go używają. Dlatego zupełnie spokojnie zapisujemy na tablicy coś, co z pozoru wydaje się być niezgodne z potocznie rozumianymi celami profilaktycznymi.

Listy strat

Następnie proponujemy wspólne zbudowanie listy **strat/szkód/problemów** powodowanych w ludzkim życiu przez picie napojów alkoholowych. Dokładnie zapisujemy propozycje, czasem pomagając je wypowiedzieć. Zawsze warto dopytać o znaczenie rzuconej cicho propozycji lub sprawdzić, czy dobrze ją zrozumieliśmy. Zwłaszcza jeśli była rzucona żartem, wywołując aplauz grupy. Czasem ta praca będzie wymagała podejścia bliżej do uczestników. Gdy

pracujemy z mikrofonem, można głośno powtórzyć propozycje zgłaszane przez uczestnika półgębkiem. Propozycja mówienia do mikrofonu często deprymuje uczestnika zajęć, zatem powtarzając jego wyrażenia, zapewniamy wypowiadającemu się większy komfort. Komfortowe jest prowadzenie programu przez 2 osoby (jedna dopytuje, druga zapisuje), ale nie jest to warunek prowadzenia pracy. W pracy z mniejszą grupą wystarczy jedna osoba prowadząca.

Uwaga! Zarówno „korzyści”, jak i „strat” nie musi być dużo, chociaż w grupie swobodnej zazwyczaj brakuje miejsca na tablicy, zwłaszcza po stronie strat (zwykle zgłaszane są szybciej niż korzyści!). Nie martwmy się powolnym zgłaszaniem, chwilowymi przestojami. Każda grupa pracuje we własnym tempie. Jeśli podano kilka korzyści i strat, a nie kilkanaście, to też jest w porządku. Nie musimy „wyciskać” stwierdzeń od uczestników.

Warto zadbać o sposób postawienia pytania. Otóż można zbudować podobieństwo pomiędzy sytuacją uczestników a wynikami na tablicy, pytając po prostu o **straty osób w podobnym wieku lub w podobnej sytuacji**. Zwłaszcza jeśli pracujemy z grupami nietypowymi lub bardzo młodymi (np. w MOW, w poprawczaku). Ułatwia to ominięcie kłopotu w postaci przekonania uczestników, że „to ich nie dotyczy, to im się nie zdarzy”. W tym momencie mogą się pojawić uprzedzające nasz cel pytania o doprecyzowanie, co to znaczy pić (ile, z kim, jak). Nie dajmy się wciągnąć w zbyt drobiazgowo wyjaśnienia, to jeszcze nie ten etap pracy. Odpowiadamy: „gdy pije się przeciętnie, jak wszyscy”. Jakie wtedy straty może ponosić pijący? Skąd takie dopytywania? Z ułożenia strat alkoholowych wyłącznie z widocznym uzależnieniem. Zazwyczaj uczestnicy chętnie wymieniają straty zewnętrzne osób uznawanych za alkoholików (tzw. meneli, np. bezdomnych alkoholików). Tymczasem uważa się, że to zaledwie 10% wszystkich uzależnionych, z ostatniej fazy choroby alkoholowej. Inni jeszcze nie są widoczni publicznie, do pewnego stopnia się kontrolują. Tym bardziej dotyczy to osób jeszcze nie uzależnionych, ale nadużywających. A przecież to właśnie ta kategoria osób dostarcza sobie i innym najwięcej strat, zgodnie z paradoksem przewencyjnym! Dlatego może lepiej nie doprecyzowywać tej sprawy na tym etapie pracy, chyba że uczestnicy stanowczo się tego domagają.

Faza zbierania „korzyści” i „strat” może być okazją do pogłębiania kontaktu z grupą w formie pewnego rodzaju zabawy słownej. Nie jest to złe, a nawet do pewnego stopnia pożądane. Pamiętajmy: ten się śmieje, kto się śmieje ostatni. Jeśli na tym etapie uczestnicy rozładują napięcie żartami, to dobrze. Lepiej się będzie pracować. Najgorzej pracuje się z „milczącym betonem”. Autorowi zdarzało się to na szczęście dość rzadko. Trudna praca, ale nadal możliwa. Propozycje zapisów są zazwyczaj składane z wyraźnym oglądaniem się na grupę („co inni powiedzą?”), nawet niekiedy z chęcią zaimponowania grupie. Wiele zgłoszeń stanowi pewnego rodzaju badanie prowadzącego („powiedziałem, i co on na to powie?”). Jeśli sposób prowadzenia „burzy mózgów” będzie budził zaufanie, zyskamy możliwość lepszej pracy na dalszych etapach scenariusza.

III. Komentarz — omówienie zawartości zapisanych propozycji.

Zauważmy, że zgromadzenie propozycji na tablicy stawia nas przed koniecznością wyjaśnienia celu tej pracy. Mamy cenną możliwość odniesienia się do poszczególnych punktów, do komentarza, mniej lub bardziej dokładnego (czas!). Jest to niezmiernie ważny edukacyjny moment, bowiem sporządzona lista nie jest przypadkowa. Być może uczestnicy tego nie zauważyli, ale po stronie „korzyści” znajdziemy czasem pozycje, które dadzą się zinterpretować jako rzeczywiste straty, zaś po stronie strat takie, które są w rzeczywistości korzyściami. Najlepszym przykładem jest tu „kac” bardzo często (w 90% przypadków) zgłaszany jako „strata”. Tymczasem kac jest specyficznym sygnałem obrony organizmu przed nadmiarem toksycznego alkoholu, jakby głosem ostrzegawczym ze strony naszego ciała. Zatem finalnie jest korzyścią! Poprzez kaca nasze ciało komunikuje nam: zetknąłeś się z czymś dla mnie niedobrym! Przecież osoby **nieodczuwające** kaca są w grupie zwiększonego ryzyka uzależnienia, bo zazwyczaj częściej raczą się napojami alkoholowymi lub zmieniała się ich tolerancja na alkohol w wyniku nadużywania.

Jednym z walorów tej części pracy jest możliwość zapoznania uczestników z ważną prawdą:

NIKIEDY PRZYJEMNOŚCI MOGĄ BYĆ STRATAMI, A KORZYŚCI MOGĄ BYĆ NIEPRZYJEMNE.

Jest to paradoks, zatem niełatwo będzie go wykazać. Trzeba będzie się odwołać do głębszych uzasadnień. Dobrze, aby prowadzący przemyśleli tę kwestię. Przykład: ktoś podejmuje ryzykowny seks. Odczuwał przyjemność. W rezultacie zakaził się wirusem HIV. Zysk czy strata? Przyjemność zazwyczaj jest sygnałem spełniania potrzeb organizmu (zysk), ale nie zawsze. Bywa sygnałem straty!

Zadaniem prowadzącego na tym etapie jest WERYFIKACJA propozycji z punktu widzenia „eksperta” — niektóre „korzyści” możemy zakwestionować (np. alkohol jako rzekomo sprzyjający kontaktom seksualnym porównać z alkoholem jako główną przyczyną impotencji męskiej). Przede wszystkim warto zakwestionować zdrowotność nadmiernego picia napojów alkoholowych. Przecież to trzeci globalny czynnik ryzyka przedwczesnej utraty życia i zdrowia (raporty WHO o stanie zdrowia na świecie).

Często listy będą wymagać uzupełnień — prowadzący ma prawo wzmocnić poszczególne stwierdzenia, uzupełnić listę, rozwinąć treść propozycji. Występuje przecież z pozycji eksperta. Można i trzeba w razie konieczności coś zmazać czy przesunąć. Uwaga! Gdy będziemy dokonywać tych transferów, trzeba się upewnić, że nie ma protestów uczestników, innymi słowy, że uczestnicy akceptują nasze wyjaśnienia. Nic na siłę! Zdarza się, że uczestnicy „ukrywają” pewne zjawiska i nie zgłaszają ich lub zgłaszają na końcu (np. uzależnienie, śmierć). Jeśli na tablicy brakuje czegoś naprawdę ważnego, możemy ją uzupełnić, chociaż nie nadmiernie.

Rezultat edukacyjny tego fragmentu pracy zależy od rzeczywistej i rzetelnej wiedzy prowadzącego na tematy alkoholowe. Jest to możliwość doskonałej

edukacji dla grupy. Możemy punkt po punkcie omówić kolejne propozycje uczestników. Zdarzy się, że nasze informacje będą dla uczestników zupełnie zaskakujące. Zatem należy troszczyć się o ich zrozumiałość (używać dość prostego języka, rzeczowo tłumaczyć, znajdować dobre przykłady, niekiedy wspólnie z uczestnikami, sprawdzać rozumienie wyjaśnień poprzez parafrazę). Jeśli uczestnicy nas nie rozumieją, to brak będzie rzeczywistego przekazu wiedzy na tematy alkoholowe. Oznacza to konieczność unikania błędów w wyjaśnieniach. Zwłaszcza muszą one być rzetelne, oparte na faktycznej wiedzy. Ponadto zawsze musimy liczyć się z aktualnymi możliwościami poznawczymi uczestników. Prawdopodobnie poziom przyswajania wiedzy osób osadzonych może się różnić od przeciętnego (na plus lub na minus). Badania wskazują tutaj na różne sytuacje — część osadzonych charakteryzuje się dość dobrymi parametrami poznawczymi związanymi z ich „zawodem”, a część odwrotnie. Nie jest źle obserwować grupę i orientować się, jaki język przekazu ułatwi jej zrozumienie poszczególnych treści.

Może być też tak, że nie potrafimy odnieść się odpowiednio do jakiegoś elementu tablicy „korzyści/straty”? Po pewnym czasie zauważymy, że nieocenionym źródłem wiedzy są w takich sytuacjach sami uczestnicy, którzy w grupie potrafią skomentować punkty tablicy wraz z nami, w swoistej dyskusji. Możemy przecież nadać temu fragmentowi pracy formę debaty. Niekiedy możemy zachęcić grupę czy jakąś pojedynczą osobę do złożenia pomocniczych wyjaśnień. Omówienie propozycji jest sprawdzianem naszego przygotowania, wcześniejszego przemyślenia tematu i naszej wiedzy. Bardzo dobrze jest, jeśli osoba prowadząca poszerza swoją wiedzę na tematy alkoholowe. Tu muszę poczynić pewną zaskakującą uwagę: nie zawsze ekspertami okazują się osoby prowadzące zajęcia edukacyjne pod kątem terapii uzależnień! Dlaczego? Ponieważ ten ich punkt wyjścia narzuca specyficzne zainteresowania, np. zjawiskami psychologicznymi występującymi u uzależnionych. Tymczasem nasz program ma charakter profilaktyczny. Nie zakładamy, że siedzą przed nami osoby uzależnione. Wiele razy miałem okazję obserwować to zjawisko, współpracując z terapeutami uzależnień. Są wybitnymi specjalistami, ale od zjawiska uzależnienia. Czasami przesłania to inne wątki, np. epidemiologiczne. Np. terapeuci miewają (czasami, nie zawsze) trudność w zrozumieniu, że w skali globalnej na świecie przeważają abstynenci (wg WHO 57–58% wśród dorosłych, w Polsce 32%). Ponieważ terapeuci borykają się z osobami nadużywającymi etanolu, to nieco trudniej im pojąć pewne dane epidemiologiczne, socjologiczne. Podobnie bywa z uznawaniem sugerowanych przez innych specjalistów środków zaradczych typu ograniczenia dostępności napojów alkoholowych. Terapeucie trudno uznać, że może to mieć wpływ na poziom spożycia, gdyż w przypadku jego klientów ta sprawa może nie mieć znaczenia. Ponieważ sądzę, że często programem będą się posługiwać właśnie terapeuci uzależnień, to czynię tę uwagę, z całym szacunkiem dla ich wielkiej wiedzy i cennej pracy psychologicznej.

W tej części programu nie starajmy się na siłę omawiać wszystkiego i wszystkich, jeśli nasza wiedza na to nie pozwala. Wtedy lepiej omówić coś, czego

jesteśmy pewni, a inne rzeczy pozostawić nawet bez komentarza. Nie bądźmy „słownikiem problemów alkoholowych”, nie taka jest nasza rola. Jesteśmy tylko „katalizatorem” myślenia uczestników w grupie, a nie „maszyną edukacyjną”. Najważniejsze jest, abyśmy nie dezinformowali ich poprzez jakiś niefortunny komentarz, niż informowali powierzchownie o wszystkim. A mogą się nam wyrwać jakieś niefortunny komentarze typu: „alkohol jest dla ludzi”. Pamiętajmy, że nie mamy obowiązku promowania picia (niestety obserwowałem takie postawy wśród adeptów programu!), ale też nie mamy obowiązku zniechęcania do picia. Nasz cel jest inny — umożliwić uczestnikom krytyczną WŁASNĄ refleksję nad ich stylem kontaktu z etanolem. W tym sensie jesteśmy neutralni wobec zjawiska picia napojów alkoholowych. W tym programie taka neutralność pomaga, bo uczestnicy z góry spodziewają się, że nie będziemy bezstronni. Oczywiście NIGDY nie dezawuuujemy postawy abstynencji alkoholowej. Wielu zakłopotanym alkoholowo ludziom dosłownie ratuje życie.

IV. Przykładowe omówienia tabeli „korzyści/straty”.

Aby nieco ułatwić prowadzącym ich zadanie, zaprezentuję kilka typowych zgłoszeń po stronie korzyści i strat oraz postaram się je skomentować. Zgłoszenia są zaczerpnięte z realnych zajęć, są autentyczne, chociaż w realnych grupach osób osadzonych każdorazowo tabela może zawierać inne pozycje. Podaję za pierwotną wersją programu „Korekta” z uwagi na wysoką powtarzalność zgłoszeń. Swoją drogą ta powtarzalność jest znacząca.

KORZYŚCI

- dobra zabawa
- ułatwia kontakty męsko-damskie
- humor
- zadowolenie
- dobry smak
- poprawia trawienie
- dobry dla zdrowia
- odlot (zapomnienie)
- idzie coś załatwić

STRATY

- kac
- strata pieniędzy
- wypadki
- agresja
- odbicia
- konflikty w rodzinie
- mulenie w brzuchu
- uzależnienie

A oto potencjalne komentarze prowadzącego.

Zauważmy, że po obu stronach tablicy mamy wypisanych sporo propozycji. Oznacza to, że kontakt z alkoholem dostarcza zarówno pewnych satysfakcji, jak i strat. Tak, nie bójmy się tego — picie dostarcza też określonych korzyści, inaczej nie byłoby stosowane. Wymieniliście sporo punktów po obu stronach. Większość jest podana trafnie — brawo! Ale nie wszystkie. Zacznijmy od tych punktów, które podaliście błędnie. Po stronie „Straty” znalazły się na przykład „kac” i „mulenie w brzuchu”. Czym jest „kac” (tu możemy pozbierać informacje od grupy). Jak widać, jest to reakcja obronna organizmu zatrutego aldehydem octowym, który powstaje w naszym organizmie w trakcie rozpadu alkoholu. Związek ten jest silną trucizną. Są osoby, których organizmy mają silne enzymy, bardzo szybko rozkładające w wątrobie ten związek. Wtedy nie odczuwają kaca tak źle i tak długo jak inni. Niestety błędnie odczytują to jako możliwość swobodnego picia. W związku z tym osoby te często piją więcej i częściej niż inni. Powoduje to u nich ryzyko szybszego uzależnienia od alkoholu. Zatem tak naprawdę „kac” jest sygnałem ostrzegawczym od naszego organizmu, który informuje nas: „Uważaj, za dużo wypileś”. Jest więc, paradoksalnie korzyścią, a nie stratą!

Podobnie „mulenie w brzuchu” jest związane z działaniem specjalnych komórek nerwowych przy wejściu do żołądka, które reagują na alkohol, prowokując wymioty. To nas chroni przed śmiertelnym zatruciem. Zatem chociaż nie jest przyjemne, to jest... korzyścią. Pamiętajmy, że alkoholem łatwo się śmiertelnie zatruć.

(możemy zetrzeć/skreślić kaca ze strony „straty” i ostentacyjnie przenieść na stronę korzyści, podobnie z „muleniem”).

Kolejny przykład. Omawiamy „ułatwienie kontaktów męsko-damskich”. Pozornie wszystko się zgadza. Dawka alkoholu usuwając obawy i hamulce, pomaga niekiedy osobom nieśmiałym przekroczyć pewne bariery w kontaktach erotycznych. Zwłaszcza dotyczy to kobiet, dla których niewielkie ilości alkoholu mogą działać jak chwilowy afrodyzjak. Nie zawsze jednak w miejscu, czasie i okolicznościach, których najbardziej by sobie życzyły osoby pijące. Co innego jest jednak istotne — dla mężczyzn alkohol etylowy jest jedną z substancji powodujących okresową lub nawet trwałą impotencję. U osób dużo pijących mogą pojawiać się epizody impotencji, nawet u stosunkowo młodych. Natomiast u osób systematycznie i dużo pijących alkohol przyczynia się do zaniku pewnych komórek w jądrach produkujących testosteron, co powoduje tzw. feminizację (zanik drugorzędnych cech płciowych, impotencję, zanik popędu). Zaburzenia hormonalne mogą być bardzo duże, na przykład uwidocznione w tendencji do wzrostu tkanki tłuszczowej wokół męskich piersi. Z dodatkowym efektem można się liczyć w przypadku konsumpcji dużych ilości piwa, gdyż jest ono produkowane między innymi z szyszek chmielowych (od XV w.). Zawierają one alkaloid lupulinę, znacznie zmniejszający popęd płciowy (stosowane w tym celu od czasów starożytnych herbatki chmielowe na uspokojenie mężczyzn). Pogląd wiążący picie z seksem jest zatem błędny, opiera się jedynie na rozhamowującym wpływie alkoholu na psychikę.

Ostatecznie przypomina to „chemiczną kastrację”, na szczęście u niewielu, którzy dłużej i więcej nadużywają.

Alkohol jest substancją uspokajającą, usypiającą, sedatywną. Gdy dostaje się do ciała, najpierw usypia ośrodki nerwowe odpowiedzialne za kontrolę. Jakby najwyższe piętra dowodzenia. Ośrodki niższe wymykają się wtedy spod kontroli i człowiek działa zbyt spontanicznie. Z tego powodu uznano, że występująca niekiedy skłonność do zbliżeń po wypiciu alkoholu jest jego trwałą cechą. Mylnie uznawano nawet picie za swoisty przejaw męskości. Widzimy jednak, że dane medyczne wskazują na coś zupełnie innego. Zresztą alkohol w wielu przypadkach ma zdolność do wywoływania takich mylnych opinii, które utrwalają się w postaci stereotypów przekazywanych niekiedy z pokolenia na pokolenie jako mity o alkoholu. Alkohol oszukuje (sentencja śp. prof. Jerzego Mellibrudy).

Ten fragment pracy (osłabienie kontroli przez alkohol) może być dobrym punktem do podkreślenia specyficznych problemów osadzonych, gdy przez „spontaniczne” działania łądują za kratami. Być może wielu właśnie z tego powodu uwikłało się w sytuację kryminalną? A przecież w polskim prawie stan nietrzeźwości podczas przestępstwa jest okolicznością obciążającą, a nie łagodzącą!

O ile alkohol czasami ułatwia kontakty erotyczne, znosząc zahamowania, o tyle działanie alkoholu przeciw autentycznej ludzkiej miłości widać w takim wskaźniku, jak 70% rozwodów orzekanych do niedawna przez sądy z powodu picia męża (do niedawna — obecnie dominuje „niezgodność charakterów”, ale alkoholizm nadal pozostaje jednym z dominujących powodów rozpadu związków). Szczególnym przypadkiem jest tzw. kompleks Otella — nierzadko osoby nadmiernie pijące, które nie współżyją z partnerką z powodu zaburzeń libido, oskarżają ją o zdradę (np. z kimkolwiek, łącznie z kurierem). Bywa, że dochodzi na tym tle niekiedy do zbrodni z patologicznej zazdrości. Szkoda, że ci, którzy opisują takie wypadki, nie analizują dokładnie przyczyn tego typu wydarzeń. Może wtedy rzadziej społeczeństwo uważałoby mylnie alkohol za męski afrodyzjak. Jest tak, jak pisał Szekspir: „wzmaga pożądanie, ale utrudnia wykonanie”. Z powodu tego „wzmaganania” istnieje związek między piciem a przypadkowością kontaktów seksualnych. Stąd zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym nieuleczalne zakażenie wirusem HIV–AIDS. Alkohol jest z powodu swego „rozluźniającego” działania jednym z poważnych czynników zwiększających liczbę zakażeń tą chorobą w kontaktach seksualnych. Z tych powodów trzeba tę propozycję umieścić raczej po stronie „Strat”.

W zaprezentowany na tym przykładzie sposób staramy się omawiać kolejno poszczególne punkty z tablicy „K/S”. Możemy to robić mniej lub bardziej dokładnie, nie o to chodzi, żebyśmy przytłoczyli uczestników wiedzą. Możemy pozostawić pewne kwestie bez omówienia, jeśli nie mamy odpowiedniej wiedzy, trudno. Chodzi raczej o to, aby uczestnicy w wyniku naszych komentarzy i ewentualnej dyskusji, dostrzegli następujące fakty:

**Z UŻYCIEM ALKOHOLU SĄ ZWIĄZANE ZARÓWNO ZYSKI,
JAK I STRATY.**

Większość ludzi ma skłonność do dostrzegania w swoim życiu głównie ZYSKÓW, nawet wtedy, gdy ponoszą niekiedy dramatyczne straty. Co prawda wiedzą o nich, ale zwykle są to straty „jakichś tam innych ludzi”. Pamiętajmy, że w badaniach aż 50% ankietowanych nastolatków pijących alkohol nie odnotowało w swoim życiu z tego tytułu żadnych strat, czyli ich nie dostrzegło! Umysł ludzki stara się, w ramach tzw. obronnego podnoszenia samooceny, usuwać świadomość doznawanych szkód czy strat. Już nawet samo tylko mówienie o stratach w obecności ludzi doświadczających ich i ukrywających ten stan przed samymi sobą jest silną interwencją w ich zwyczaje. Niezależnie poniekąd od stopnia omówienia zagadnienia przez prowadzącego. Pamiętajmy: **nawet wykazane straty nieomawiane przez prowadzącego pozostają w zasięgu uwagi uczestników**, bo zostały wymienione przez grupę, a więc są prawdopodobne.

DZIAŁANIE ALKOHOLU CZĘSTO JEST DLA KONSUMENTÓW NIEZNANE W SZCZEGÓLACH

Wbrew poczuciu „ekspertów”, czyli obecnych na sali pijących uczestników.

DZIAŁANIE ALKOHOLU CZĘSTO JEST UJMOWANE POPRZEZ POPULARNE MITY I STEREOTYPY.

Często stereotypy te są całkowicie nieprawdziwe (prawdziwe jest natomiast zdanie: „alkohol oszukuje”).

KORZYŚCI Z PICIA CZĘSTO SĄ NATYCHMIASTOWE I KRÓTKOTERMINOWE, ZA TO STRATY ZWYKLE SĄ DŁUGOTRWALE I NIEKIEDY TRUDNE DO ZAUWAŻENIA NA POCZĄTKU (ZWŁASZCZA DOTYCZY TO PROCESU POWSTAWANIA UZALEŻNIENIA).

Zaproponowane grupowe omawianie skonstruowanej **wspólnie** tabeli jest dogodną okazją edukacyjną. Istotne jest, że następuje to w grupie, gdyż nieco inaczej przebiega podobny proces indywidualnie. Każdy wykonawca programu ma tu niemal nieograniczone możliwości doskonalenia się w aktualnym podejmowaniu wątków edukacyjnych w oparciu o zgłoszone przez uczestników tematy (uważać na upływający czas!). Co do sposobu omawiania, to w miarę poważne, a w miarę żartobliwe prowadzenie tej części sprzyja pogłębianiu się kontaktu z uczestnikami, co będzie niezbędne w dalszych, nieco trudniejszych momentach pracy.

Z oczywistych powodów nie jest możliwe omówienie potencjalnych komentarzy do wszystkich propozycji zgłoszonych przez uczestników. Prawdę powiedziawszy, wystarczy omówić część, może te ważniejsze. Autor zazwyczaj stara się omówić dużo aspektów tabeli, ale jest to pochodną zgromadzonej z latami pracy wiedzy szczegółowej. Wiedza procentuje. Z tego powodu prowadzący powinien przed przystąpieniem do programu zapoznać się z różnymi pozycjami książkowymi na temat zbliżony do zagadnienia, np. z książką *Zrozumieć alkohol* czy starszą, ale ciekawą broszurą *Tajemnice Etoh* J. Mellibrudy. Zresztą w sieci

jest ogrom danych do samokształcenia, np. na stronach internetowych różnych stowarzyszeń i agencji. Jest tam nawet wiele filmów, wypowiedzi czy audycji (jak np. dr Bohdana Woronowicza czy niżej podpisanego). Są oczywiście bardzo poważne, chociaż zrozumiałe pozycje, jak opracowanie prof. Cierpiałkowskiej przywoływane w części I. Im więcej wiemy, tym bezpieczniej się czujemy w tej fazie pracy.

Przypomnijmy: dla prawidłowego przebiegu programu nie jest konieczne omówienie wyczerpująco wszystkich zagadnień podsuniętych przez uczestników. Jeśli nie mamy pewnego komentarza do jakiegoś punktu, możemy go pozostawić bez szczegółowego omawiania i rozpoznać zagadnienie po zajęciach, gdyż zapewne określona propozycja będzie się powtarzać. W gruncie rzeczy tabela jest dogodnym **zagajeniem edukacyjnym, pretekstem** umożliwiającym przystąpienie do ważniejszego punktu — do konfrontacji zachowań uczestników z zasadami bezpieczeństwa alkoholowego — regułami „rozsądnego picia”. Jest wskazane, aby prowadzący umiał odnieść się przynajmniej do kilku zagadnień. Może nieco ważniejsze jest wskazanie na punkty mało oczywiste, na przykład dopisanie propozycji „śmierć, wypadek” po stronie strat, jeśli uczestnicy tego nie zaproponowali, i omówienie tego rodzaju skutków. W grupie wiekowej 16–29 lat najczęstszą przyczyną zgonów są wypadki po alkoholu (25% w UE wg Raportu P. Andersona i B. Baumberga dla Komisji UE).

Dość oczywiste w tej grupie są też wszelkie aspekty kryminologiczne i wiktymologiczne.

Może warto tutaj wskazać na inne propozycje niż podane w klasycznym podręczniku, które autor odnotował w swej praktyce. Na przykład po stronie korzyści: **tradycja (podtrzymanie tradycji), relaks, integracja grupy, korzyści ekonomiczne dla państwa (ten „patriotyczny” aspekt pojawia się stosunkowo często, widać, że uczestnicy nie wiedzą, że na obrocie alkoholem traci się ekonomicznie, jeśli podsumować wszelkie aspekty tego obrotu), dla zdrowia (tak! Takie zgłoszenie jest również częste), odpędza smutek, niszczy pasożyty, dodaje sił (?), leczy serce (?)**. Po stronie strat dodatkowo pojawiają się takie jak: **śmierć, utrata pracy, utrata prawa jazdy, utrata kontroli, przestępstwa, wypadki na drodze, zatrucie**. Z praktyki autora wynika też, że ważne zgłoszenia strat, takie jak śmierć, przestępstwa czy uzależnienie, zazwyczaj jeśli się pojawiają, to na końcu zgłoszeń. Odnosi się wrażenie, że uczestnicy swoiście selekcionują rodzaj i kolejność zgłoszeń i „burza mózgów” też ma swoją ukrytą strukturę. Autor obserwował ten specyficzny aspekt, gdy prowadził osobiście dziesiątki spotkań. Sprawa zasługuje na dodatkowe zbadanie, gdyż mogą (i zapewne będą) pojawiać się różnice pomiędzy różnymi grupami. W grupie osadzonych zgłoszenia mogą być nieco odmienne.

Warto jeszcze wskazać na korzyści z zastosowania równowagi emocjonalnej w omawianiu obu list. Zapewne uczestnicy zajęć mogą mieć trudności z prawidłowym nazywaniem strat i korzyści (np. będą zaczynać od popularnych stereotypów), a po drugie zechcą trywializować ten fragment programu, zepchnąć go jakoś na bok. Jest dość prawdopodobne, że u części z nich samo wskazanie na

występowanie strat może być już elementem interwencji i wywoływać napięcie dysonansowe. W związku z tym reakcja ze strony prowadzącego na tego typu usiłowania uczestników (np. wspomniane żarty) może się zawierać we w miarę poważnym omówieniu strat nieodwracalnych, takich jak śmierć czy uzależnienie. W każdym jednak wypadku konieczna jest ze strony prowadzącego równowaga, bez jawnego przechylania się na jedną lub drugą stronę tabeli. Ułatwi to realizację dalszych punktów. Prowadzącym mającym pewną własną sympatię do picia może się przytrafić bezwiedne skłanianie się do przeakcentowywania korzyści z picia. Z kolei u osób, które może doświadczyły jakichś ciężkich strat osobistych, chociażby w rodzinie, może pojawiać się skłonność do przerysowywania i akcentowania zaproponowanych przez grupę strat. Zdaniem autora najlepsza jest rzeczowa równowaga, oparta na solidnych faktach, zwłaszcza wynikach badań czy relacjach z wydarzeń. Obiektywnie w społeczeństwie takim jak nasze, gdzie udział strat jest stosunkowo wysoki z powodu destrukcyjnego stylu picia kilkunastu procent populacji konsumentów etanolu, może być uzasadnione lekkie przechylanie się na stronę akcentowania strat, ale nie ostentacyjne czy przesadne.

Aby ułatwić prowadzącym wykorzystanie listy korzyści i strat, zamieszczam nieco uwag do typowych zgłoszeń, spotykanych podczas realizacji programu, najpierw w kolejności podobnej, jak w pierwszym scenariuszu:

- dobra zabawa

Wydaje się, że niewielkie stężenia alkoholu (do 0,5–1 promila) istotnie pomagają niektórym ludziom w zabawie, ale... odwoływanie się do alkoholu w tym wypadku jest zawsze związane z brakiem pomysłu na dobrą zabawę bez niego (alkohol nie tyle sprzyja zabawie, ile ukrywa fakt braków pomysłów na dobrą zabawę lub deficyt stosownych umiejętności). Kontrprzykłady? Zabawy taneczne, a nawet wesela bezalkoholowe. Prowadzący może spytać, czy ktoś brał udział w takim wydarzeniu i wysondować opinię, często pozytywną (np. we wsi Kamesznica pod Żywcem większość wesel jest realizowana bez alkoholu, obecnie już kilkaset! W skali kraju jest to kilka tysięcy rocznie, ze względu na popularność tej praktyki np. w środowisku KWC. Jeszcze liczniejsze są rozmaite zabawy organizowane przez kręgi abstynenckie, np. sylwestry czy zabawy karnawałowe. Są to tysiące wydarzeń. Jeśli jednak nikt z uczestników nie brał udziału w takich wydarzeniach lub ich doznania były negatywne, to spokojnie się z tym godzimy. Nie starajmy się przekonać do swoich racji na siłę.

W pracy ze starszą młodzieżą (patrz: granice wiekowe i sytuacyjne zastosowania programu) autor w takich wypadkach aranżuje jakąś prostą zabawę, która poprawia prowadzącym humor, a potem pyta, czy się dobrze bawili... bez alkoholu. Inny motyw to zapytanie, czy uczestnicy dobrze bawili się w wieku lat 7 w jakąś zabawę. Gdy potwierdzą, np. podniesieniem ręki, można spytać, czy ta zabawa wymagała użycia alkoholu? Zaaranżowana zabawa nie może być trudna. Oczywiście w warunkach więziennych ten aspekt trudno stosować i nawet nie wiadomo, czy jest to wskazane.

- lepszy humor

Jest to jedna z najczęstszych propozycji zgłaszanych w trakcie „burzy”. Subiektywnie przeżywana poprawa nastroju wiąże się z działaniem niskich stężeń alkoholu na układ nerwowy człowieka, przy wyższych stężeniach (typowo powyżej promila BAC, czasem już niżej) następują efekty odwrotne, nawet depresja. Stratą rozwojową jest niestety zaniechanie wszelkich innych form redukcji stresu, co prowadzi do zubożenia życia psychicznego człowieka i zawężenia jego możliwości. Nawet alkohol nie zawsze jest dostępny, gdy jest nam smutno. Co wtedy? Nadużywaniu alkoholu w Europie przypisuje się wpływ na notowany wzrost przypadków depresji jako choroby. Ten ostatni aspekt badania ujawniły niedawno, ale przewiduje się stały wzrost zapadalności na depresję w Europie w najbliższych latach. Być może zgłoszenie odzwierciedla faktyczne potrzeby uczestników? W sytuacji osób dotkniętych silną deprivacją zaspokojenia podstawowych potrzeb, jak w grupie więziennej, może to być wartość szczególnie atrakcyjna.

- towarzystwo

Według obserwacji osoby pijące mają nieco więcej powierzchownych kontaktów towarzyskich niż abstynenci, ale znacznie mniej z nich przeradza się w przyjaźń — alkohol bowiem słyca kontakty międzyludzkie, skupiając uwagę pijącego na własnych przeżyciach i ich zmianach pod wpływem przyjmowanej substancji. Najprościej tego doświadczyć, gdy zabraknie funduszy na picie, wtedy znajomi odpływają. Ważna jest dla nich substancja, a nie człowiek. Jeszcze bardziej to widać u osób pijących intensywnie. Mając wątpliwości, czy ich zachowanie jest prawidłowe, zaczynają orientować się na towarzystwo postępujące podobnie. Jedynie w nim czują się w porządku i nie narusza ono ich samopoczucia (samooceny). Potem mawiamy, że ktoś „popadł w złe towarzystwo”. Na pewnym etapie nie mógł inaczej bez napięć psychicznych. Nie mógł sobie pozwolić na to, aby odstawać od grupy. Więc znalazł odpowiednią...

- szpan

Tzw. szpan (imponowanie grupie społecznej) jest oznaką deficytów, jeśli po to, aby komuś zaimponować, odwołujemy się do tak prostego środka, jak picie... Ta propozycja pada zazwyczaj w grupach młodszych (młodych dorosłych), gdyż aplauz grupy i zgodność z jej normami, a także potrzeba uzyskania autorytetu są w nich wyraźnie większe. Trudno powiedzieć, czy sprawa ta ma znaczenie w przypadku środowiska osadzonych. Autor pozostawia to przyszłym obserwacjom.

- załatwianie spraw

To znana i wysoce szkodliwa praktyka, która ostatecznie prowadzi do rozszerzania się zakresu nieprawidłowości w życiu społecznym i gospodarczym, w tym do korupcji. Jest bardzo szkodliwa i zdajemy sobie z tego sprawę. Zażartujmy: a co, jeśli trafimy na abstynenta? I nie chodzi już wyłącznie o gospodarcze czy prawne aspekty korupcji, ale o utrwalanie się w życiu społecznym zasady, że etanol jest „walutą”, że jego używanie jest pozytywne.

- podtrzymanie tradycji

Czym jest tradycja i czy zawsze jest warta podtrzymywania? Są przecież tradycje pozytywne i negatywne. Etnografowie twierdzą, że jedno z plemion Dajaków — groźnych „łowców głów” na wyspie Borneo co jakiś czas kulturuje tradycję tygodniowego opilstwa realizowaną przymusowo przez wszystkich mieszkańców wioski na znak dany przez wodza. W czasie, gdy wioska jest całkowicie niezdolna do obrony, łatwo o skuteczną napaść sąsiadów i pozbawienie upitych krajowców ich głów. Ponieważ tradycją jest również składanie uciętej głowy przed progiem chaty wybranki na żonę (komunikat do kandydatki na żonę: „ze mną pożyjesz dłużej”), to taka zdobycz sąsiedzka jest ceniona. Czy jest to tradycja godna kultuwowania z punktu widzenia tych, co „stracili głowy”? Cóż, siła tradycji... Tradycje należy badać pod kątem sensowności, a nie powtarzać je bezkrytycznie. Prowadzący mogą wcześniej dostrzec jakąś tradycję alkoholową, która jest mało konstruktywna. Autor miał okazję zaobserwować pewien „ludowy zwyczaj”, gdy wpuszczano na teren wesela jedynie osoby, które obowiązkowo musiały wychylić pełną szklankę mocnego napoju alkoholowego. A były to również kobiety (w tym w ciąży), może osoby uzależnione walczące o utrzymanie abstynencji, młodzież. Zastosowanie tej „przepustki” zależało od widzimisię dwóch drabów blokujących wejście, zresztą też już „pod wpływem”. Dobra tradycja? A wypijanie „strzemiennego” przed udaniem się w podróż?

- dla zdrowia fizycznego

Jest to jedna z częstszych propozycji, tak jakby uczestnicy oczekiwali wprost zajęcia stanowiska przez prowadzącego. Są rzadkie i niepewne metodologicznie dane wskazujące, że bardzo niewielkie dawki alkoholu mogą sprzyjać usuwaniu złogów tętnicznych i chronić w ten sposób przed zawałem, ale obserwacja ta dotyczy jedynie mężczyzn w średnim wieku, w strefie cywilizacji zachodniej, dlatego przypuszcza się, że alkohol jedynie usuwa tu jakieś skutki skądinąd niezdrowego życia tej grupy osób. Zresztą inni badacze przypisują ten znikomy efekt działaniu innej substancji, obecnej w skórkach czerwonych winogron nazywanej resweratrolem (z grupy polifenoli). Większość konsumentów alkoholu zdecydowanie przekracza ilości alkoholu, przy których można oczekiwać opisywanych niekiedy dodatnich skutków. Powoduje to sytuację, gdy znaczna część przedwczesnych zgonów ma faktycznie ścisły związek z alkoholem, również na zawał i zaburzenia krążenia. Między innymi z piciem jest związana choroba zwana kardiomiopatią. Natychmiast bowiem po przekroczeniu owej minimalnej dawki „profilaktycznej” przeważają negatywne skutki picia. WHO z tych powodów sytuuje nadużywanie alkoholu (a nawet proste używanie) jako trzeci pod względem negatywnego wpływu globalny czynnik przedwczesnej utraty zdrowia i życia. Syntetyczne dane na ten temat znajdują się w cyklicznych raportach o stanie zdrowia na świecie WHO. Ostatnie analizy zespołu prof. Zatońskiego wskazują, że kurczenie się średniej długości życia wśród Polaków, jakie odnotowano w ostatnich latach, ma związek z etanolem. Wskazywanie na alkohol etylowy jako źródło zdrowia jest absurdem. Przypisuje mu się bowiem znaczną część przedwczesnych

zgonów — ok. 11% w skali świata. Dlatego oficjalnie władze brytyjskie od paru lat zalecają obywatelom abstynencję jako najzdrowszy styl życia.

- dla lepszego trawienia

Etanol uszkadza białka, naruszając ich konformację (np. dehydratacja), zatem enzymy trawienne jako białka też są uszkadzane, stąd przekonanie o jego dodatnim wpływie na trawienie jest błędne: utrudnia on trawienie wielu substancji pokarmowych. Przekonanie, że sprzyja trawieniu wiąże się jedynie z jego zdolnością do emulgacji (rozdrabniania, dyspersji) tłuszczów zawartych w pokarmie, co daje wrażenie większej „lekkości” posiłków tłustych. Etanol działa wtedy jak detergent. Z tego powodu narody śródziemnomorskie stosują mało stężone wino (10% wino + woda = 5%) do części posiłków. Emulgując tłuszcze, jednocześnie alkohol uszkadza lipazy służące ich trawieniu. Efekt jest zerowy, polega tylko na subiektywnych odczuciach konsumentów. Skądinąd oliwa, najczęściej stosowana w tych krajach sama w sobie jest pokarmem zdrowym. Jaki jest bilans? Być może nieco dodatni z powodu używania samej oliwy, bogatej w nienasycone kwasy tłuszczowe, ale nie przy stosowanych u nas stężeniach etanolu i „ciężkich” pokarmach. Autor pozostawia tę sprawę poszukiwaniom przyszłych realizatorów, gdyż w tego typu kwestiach nowe dane pojawiają się z dnia na dzień.

Teraz uwagi do punktów z listy STRATY:

- wypadki

Alkohol etylowy jest w Europie głównym powodem wypadków, w tym śmiertelnych, zwłaszcza w grupie wiekowej młodych dorosłych (normalnie są oni najzdrowszą częścią populacji, zatem trudno im umrzeć na banalną chorobę, ale zarazem dużo piją na tle innych grup wiekowych). W cytowanym w I części raporcie „Alkohol w Europie” P. Andersona i B. Baumberga znajdujemy dane, że aż 25% osób w wieku 15–29 lat w UE, jeśli traci życie, to z powodu wypadków po alkoholu. Wypadki samochodowe powodowane przez pijanych kierujących lub pieszych — 1/3 wszystkich — mają cięższe skutki (więcej ofiar śmiertelnych i rannych). Po alkoholu zwykły upadek ze schodów może się zakończyć śmiertelnie. Media są pełne stosownych przykładów, również z udziałem funkcjonariuszy Służby Więziennej i wymiaru sprawiedliwości, jak chociażby słynny lot na 2 promilach z 4 piętra kompanii na kampusie kaliskim w 2019 r. Tym razem nie zakończył się śmiertelnie, bo delikwent upadł na gęste krzewy. Trochę straszno, trochę śmieszno. Gdyby szukać najbardziej spektakularnych wydarzeń tego rodzaju, to alkohol z pewnością miałby pierwszeństwo, np.: wspinanie się na transformator wysokiego napięcia, spanie na torach kolejowych lub na szosie po zmroku. Itp. itd. Być może uczestnicy znają jakieś wydarzenia tego typu? Jeśli opowiedzą coś o cudownym ocaleniu, też akceptujemy. Może pijacy mają dodatkowego anioła stróża? Kto wie?

- rozpad rodziny

Niestety skutek jak najbardziej słusznie wskazany. Nadużywanie etanolu wprowadza ogromne zaburzenia do życia rodzinnego, obarczając długotrwałymi negatywnymi skutkami członków rodziny pijącego. W Polsce żyje ok. 2 mln

dzieci cierpiących z powodu alkoholizmu rodziców (stały stres i jego rozległe skutki psychofizyczne). Znaczna część orzekanych rozwodów ma podłoże alkoholowe. Ta sprawa jest tak poważna, że **zalecamy prowadzącym zapoznanie się z jakimkolwiek materiałem opisującym tzw. współzależnienie i syndrom DDA**. Absolutnie nie wolno utożsamiać zjawiska współzależnienia członków rodziny z towarzyszeniem w piciu osobie nadużywającej! To całkiem coś innego, często doświadczanego przez zupełnych abstynentów. Jest to zespół specyficznych dla choroby alkoholowej skutków psychologicznych u członków otoczenia pijącego, dość złożony w przejawach, ale bardzo niszczący. Część skutków zostaje przekazana na kolejne pokolenia lub trwa nawet po odejściu pijaka od rodziny. Jedyne, co autor może doradzić w tej sprawie to przeczytanie czegoś na ten temat, przynajmniej z sieci. Pomocna może być oficjalna strona internetowa ruchu Al-Anon, grupującego członków rodzin i bliskich uzależnionym. **Jest bardzo prawdopodobne, że sporo z naszych uczestników może mieć rozmaite symptomy współzależnienia obok symptomów uzależnienia**. Jeśli są np. DDA — Dorosłymi Dziećmi Alkoholików. Czasami po udanej terapii uzależnienia zachodzi konieczność osobnej pracy nad syndromem DDA (wg terapeutki Claudii Black jest to sytuacja 60% jej pacjentów). Istnieje dość bogata literatura na ten temat i osobne terapie dla członków rodziny. W ocenie autora przejawy współzależnienia są trudne w terapii, ale może terapeuci uzależnień mają inne zdanie.

Dodajmy jeszcze, że ok. 63% przypadków ostrej przemocy domowej odbywa się po alkoholu. Trudno, aby alkohol cementował rodzinę. Na różne sposoby ją niszczy. Być może to najgroźniejszy skutek nadużywania etanolu? Paradoksalnie współzależnienie przez jakiś czas zespala rodzinę z powodu lęku przed zmianą u członków rodziny, ale potem przychodzą dramatyczne kryzysy. I w końcu nie udaje się jej utrzymać. Jedną z autorek prac na ten temat jest prof. L. Cierpiąłkowska, której prace cytowaliśmy w I części.

- alkoholizm

Prawidłowa nazwa to „zespół uzależnienia od alkoholu etylowego”. Jest ciężką, chroniczną, śmiertelną chorobą degradującą ok. 750 tys. ludzi w Polsce (wg WHO jest to w kraju 2,2% ogólnej populacji powyżej 15. roku życia, w większości mężczyzn, wśród nich ponad 4%). Lecz uwaga, uwaga! Nie ono jest jedynym problemem alkoholowym, ani nawet nie jest najpoważniejszym. Natomiast najbardziej nas „straszy” czy „dotyka” przez swą bezwzględność przejawów, względną nieodwracalność (w terapii udaje się pomóc tylko ok. 35% uzależnionych) i przerażające cechy „samobójstwa na raty”. Obcując z uzależnionymi, mamy czasem wrażenie jakiejś demoniczności ich choroby, tak bardzo nas uderzają jej przejawy. Zdaniem większości specjalistów (poza grupą prof. Marlatta) po przekroczeniu bariery uzależnienia nie ma powrotu do picia kontrolowanego, a więc nawet jeśli uda się zatrzymać picie, choroba nadal czyha na swoją ofiarę (regułą są tzw. nawroty picia). U dużej grupy pacjentów choroba może osiągnąć takie natężenie, że można ocalić ich życie w warunkach jedynie całkowitej i dożywotniej abstynencji alkoholowej. Zdrowienie jest zresztą dość

trudnym procesem i stawia duże wymagania terapeutom i choremu. Mechanizmy psychologiczne uzależnienia powodują, że wchodzenie w tę chorobę jest bardzo trudno zauważalne dla chorego, ponadto zwykle nie chce on poddać się leczeniu (wpływ syndromu iluzji i zaprzeczania). Alkoholizm średnio skraca życie dotkniętych nim ofiar o 10–20 lat, nie wspominając o radykalnym obniżeniu jakości ich życia. Okoliczności ich odejścia z tego świata z reguły bywają naprawdę bardzo smutne. Wobec zjawiska uzależnienia mamy poczucie zamachu na ludzką godność. Wpływ czynników biologicznych na podatność na uzależnienie jest dobrze zbadany — 30 do 50% wpływu to... geny. Oczywiście bez nadużywania etanolu ich wpływ jest zerowy. Geny nie zmuszają do picia, zaś warunki społeczne już częściej.

- strata pieniędzy

Jest to jedna z najczęściej zgłaszanych propozycji grupy. Widać bardzo czytelna i dolegliwa. Finansowe straty indywidualne są szczególnie widoczne w grupach uboższych — picie pogłębia ubóstwo takich grup, stając się istotną przeszkodą w znalezieniu pracy i stabilizacji ekonomicznej. W skali społecznej straty te wynoszą od 2 do 6% produktu narodowego brutto (ogromne sumy). Również indywidualne straty są bardzo wysokie z powodu koncentracji spożycia alkoholu — 6% konsumentów wypija aż 53% alkoholu! Ocenia się, że do każdej złotówki pozyskanej przez państwo na dystrybucji alkoholu musi ono dopłacić 3 złote na pokrycie strat (np. gaszenie pożarów, leczenie, przedwczesne zgony itp.). Przecież zasięg przestępstw bez udziału alkoholu byłby znacznie mniejszy, więc i koszty systemu penitencjarnego dochodzą do tego rachunku. To jak trudny kredyt — dopłacamy wszyscy rok w rok. W sytuacji osób osadzonych ich zasoby materialne mogą być zróżnicowane, czasem bardzo skromne, zatem i ta strata może się wysuwać na czoło przed innymi.

- agresja

Według danych policji samych napaści ulicznych spowodowanych przez pijanych jest w Polsce ok. 1 mln rocznie. Większości słynnych okrutnych i bezsensownych zabójstw towarzyszyło picie (średnio 80%). Sam etanol nie wywołuje agresji (jest usypiaczem!), ale hamując ośrodki kontroli, powoduje sytuację działań, na jakie normalnie ludzie sobie nie pozwalają. Innymi słowy ją specyficznie wyzwala.

W I części przytoczyliśmy słynną sytuację Grzegorza Płociniaka, który na krótko przed zwolnieniem warunkowym (kara za popełnienie morderstwa) zabił po pijanemu swego lekarza więziennego w jego własnym domu, na przepustce (!). Gdyby nie moratorium na karę śmierci, to ponowny wyrok byłby wykonany. To wielce tragiczna historia, ale jest takich bardzo dużo. To oczywisty obszar wyjaśnień i może analizy sytuacji w grupie? Przykładów aż nadto. Trwają dyskusje, w jaki sposób substancja sedatywna, usypiająca, a taką jest etanol, może powodować agresję? Przeważa pogląd, że nie jest to podwyższanie agresji, ale raczej wynik utraty kontroli. Natomiast u młodych mężczyzn może być również wprost podwyższenie poziomu agresji. Sprawa nadal jest badana. Związek między przestępstwami przemocowymi a piciem jest oczywisty. Ponad 50% ofiar zeznaje, że sprawca w sposób widoczny był „pod wpływem”. Można

znaleźć odpowiedni rozdział podręcznika wiktymologii czy kryminologii. Z uwagi na rodzaj grupy — osadzeni — może to być ważny element edukacji.

- konflikty

Sz szczególnie zadziwiająca jest dezintegrująca moc alkoholu — zarazem skupia ludzi i ich rozdziela. Wspomnieliśmy już (?), że wiele zabójstw jest w Polsce dokonywanych za pomocą noża kuchennego podczas pijackich biesiad (najczęstsza formuła zabójstwa w Polsce). Wśród nich są przypadki szokujące, jak wyrzucenie z 10 piętra koleżanki podczas libacji 4 młodych osób — „Wyrzucie ją stąd, bo mi się nie podoba”. Sytuacja sprzed kilku lat na Śląsku. Impreza 2 panów i 2 pań. Skutek — wiadomy. Pijackie burdy na pewnym etapie „imprezy” stanowią niemal stały element alkoholowej „integracji”. Szokujący był przypadek, gdy podczas przyjęcia komunijnego ojciec chrzestny dziecka zabił ojca biologicznego. Aż trudno się wczuć w sytuację pozostałej rodziny. W pewnych regionach krążył ponury żart: „Wesele bez trupa to nie wesele”. Może coraz rzadziej, bo cywilizujemy i tę sferę życia, ale jestem przekonany, że różne zastarzałe czy uśpione konflikty nadal rozkwitają podczas zakrapianych zabaw.

- utrata autorytetu

Autorytet liderów to spoiwo społeczności, czasem źródło jej tożsamości, jak w przypadku brytyjskiej rodziny królewskiej. Już najdawniejsze teksty (w tym Biblia, „Etyka Nikomachejska” Arystotelesa, Summa Teologiczna św. Tomasa, kwestia o pijaństwie) zalecały powstrzymywanie się od picia przez liderów społecznych. Picie, degradując kontrolę osobistą, niszczy tym samym zdolność do sprawowania kontroli zewnętrznej. Aleksander Macedoński wcześniej utracił życie i swoje imperium, tak błyskotliwie wywalczone, gdyż gustował w pijackich orgiach. Do czasu. A nasz były prezydent i jego „choroba filipińska”? Chętni niech znajdą wyjaśnienie tego terminu w sieci.

- utrata zdrowia

Nadużywanie etanolu uszkadza wszystkie układy i narządy organizmu człowieka — najsilniej układ nerwowy, wątrobę, serce, nerki i układ rozrodczy. U sportowców niszczy efekty treningu, atakując mięśnie. Jest to decydujący czynnik utraty zdrowia przez Polaków (jeden z głównych czynników ryzyka utraty zdrowia obok palenia i trybu życia, w naszych warunkach na pierwszym miejscu, ostatnio „goni go” palenie tytoniu). Nawet małe dawki mogą spowodować straty zdrowotne — u dzieci występuje Płodowy Zespół Alkoholowy FAS/FAE, który może być spowodowany bardzo niewielkimi ilościami alkoholu wypijanymi przez matkę w ciąży lub w karmieniu (zwłaszcza FAE — częściowy FAS). Istnieje wpływ alkoholu na jakość nasienia męskiego i to w miesiąc po wypiciu alkoholu. Zatem utrata zdrowia dotyczy też otoczenia pijącego, nie tylko jego samego (wbrew popularnemu hasłu „piję za swoje”). Mało znany jest wpływ etanolu na powstawanie nowotworów, zwłaszcza nowotworu piersi u kobiet, raka prostaty u mężczyzn i nowotworów głowy oraz układu pokarmowego. Szacuje się, że co dziesiąty nowotwór ma pochodzenie alkoholowe. Aż 10%!¹⁴ Ta sprawa

¹⁴ Dokładniej między 6 a 11%.

nie była tak jasna w momencie powstawania programu, jak jest obecnie. Odpowiedź na pytanie: co się psuje od alkoholu, zajęłaby osobną książkę. Najlepiej odpowiedzieć: wszystko się psuje. Nie jest trudno znaleźć dane na ten temat, co zaleca się prowadzącym. Ta sprawa bywa przedmiotem dyskusji z uczestnikami, gdyż biznes lansuje wszelkie wyniki badań na temat pozytywnych zdrowotnych picia i są one czasem lepiej znane niż dane o stratach (np. usilne lansowanie w mediach kwestii pozytywnego wpływu picia czerwonego wina).

W tym miejscu dodamy jeszcze nieco danych o zgłoszeniach grup, które nie były uwzględnione w pierwotnym podręczniku, a które są znane autorowi z wielu osobistych realizacji. Przypomnijmy je z poprzednich stron, wraz z pomocnymi uwagami:

Korzyści:

relaks — istotnie występuje taki bezpośredni efekt związany z modyfikacją metabolizmu kwasu gamma-aminomasłowego (GABA). W wielu przypadkach to decyduje o atrakcyjności picia. Jednak wpływ ten jest bardziej skomplikowany (Cierpiałkowska, 2010, s. 36–38), gdyż zależy od rosnącego stężenia etanolu w płynach ciała i ostatecznie prowadzi do odczucia smutku, przygnębienia. To bardzo dwuznaczna korzyść. Omawiając ten aspekt, korzystamy ze strategii „tak, ale...”.

integracja grupy — wspominaliśmy już o dezintegracji grupy. Wszystko zależy od panujących w niej norm i obyczajów. Ludzie grupują się zgodnie z wyborami wobec określonych zachowań, tworzą się specyficzne podgrupy. Warto zadać pytanie: czy taka integracja jest pomyślna?

korzyści ekonomiczne dla państwa — ten aspekt pojawia się bardzo często jako podstawowy element dyskusji z prowadzącym i próba przerzucenia odpowiedzialności za własne straty na jakieś rzeczywiste czy mityczne państwo. Cóż odpowiedzieć? Bez wątplenia jest to element mechanizmów obronnych uczestników. Jednakże sam autor często wypowiadał się krytycznie o pewnych zaniedbaniach służb publicznych i elit w sprawie alkoholu. Tak, w jakimś stopniu te zaniedbania odbijają się na kondycji społeczeństwa, ale tu możemy poinformować, że na picciu państwo zawsze traci (my tracimy jako ogół). Każda zarobiona złotówka to 3 złote strat. Odpowiedni rozdział pracy Andersona i Baumberga wyjaśnia te kwestię, ale są też raporty polskie, dostępne w sieci (np. uczelni Łazarskiego). Na tym się traci.

odpędza smutek — wyjaśniamy, jak przy sprawie depresji — sprowadza smutek, jeśli pijemy zbyt wiele lub zbyt często.

niszczy pasożyty — rzadko zgłaszane wśród korzyści zdrowotnych, ale ostatnio częściej, być może w związku z różnymi kampaniami medialnymi lub epidemią. Autorowi nic nie wiadomo o takim efekcie, ale wie, że alkohol osłabia układ odpornościowy i często pijący są słabsi oraz częściej chorują.

dodaje sił — wspomniano wcześniej o negatywnym wpływie picia etanolu na wyniki treningu sportowego. Wydaje się, że uczestnicy będą znali przykłady

sportowców, którzy dosłownie przepili swoją karierę. Jednym z najślawniejszych jest Maradona. Można ich zapytać.

Ieczy serce — to efekt nasilonych kampanii medialnych na rzecz picia wina. Wyjaśnialiśmy to jako efekt raczej resweratrolu. Z całą pewnością nadmierne spożycie jest jedną z przyczyn tzw. kardiomiopatii.

Mogą się pojawiać jeszcze inne propozycje, ale pamiętajmy, że nie wszystkie musimy wyjaśniać. Możemy pewne zgłoszenia, nawet uznane przez nas za fałszywe, pozostawić bez komentarza.

Straty:

śmierć — jest intrygujące, że taka propozycja pada stosunkowo rzadko, w to miejsce proponuje się eufemizmy, np. wypadki, tak jakby uczestnicy bali się wypowiedzieć ten aspekt. A przecież jest on dość oczywisty. Każdego dnia media donoszą o kolejnych przypadkach przyspieszenia śmierci. Omawialiśmy to już w kontekście wypadków alkoholowych. Może warto dodać, że aż 57 osób dziennie traci życie z powodów alkoholowych (Wojcieszek, 2019). Omawialiśmy to już w części I. Może warto też dowiedzieć się o bardziej powolnych sposobach skracania życia przez nadmiar etanolu, jak choroby, w tym nowotwory. Uczestnicy mniej wiedzą na ten temat, bo media unikają tego rodzaju informacji.

utrata pracy — stosunkowo częste zgłoszenie, być może bardziej zasadne w latach ubiegłych, gdy program powstawał. Obecnie raczej nie toleruje się picia w miejscu pracy, chociaż różne naruszenia w przypadku funkcjonariuszy służb mundurowych mogą łatwo skutkować takim rezultatem, również w sytuacjach np. jazdy po pijanemu.

utrata prawa jazdy — jak wyżej. Z racji tego, że wielu pijanych jeździ bez uprawnień, może lepiej nie omawiać tego zgłoszenia, gdyż omawianie może dać asumpt do lekceważenia sprawy? Przepisy nakładają obowiązek edukacji alkoholowej, oprócz innych sankcji, ale trudno powiedzieć, na ile te działania są efektywne w obecnym stanie praktyki.

utrata kontroli — ten punkt może mieć bardzo duże znaczenie w grupie osadzonych. Może warto powiązać go ze sprawą przestępstw czy recydywy. W zasadzie byłby to materiał na osobny warsztat, który być może w przyszłości powstanie. Sam tylko udział alkoholu w przestępstwach „impulsywnych”, przemocowych wskazuje na kluczowe znaczenie tej sprawy.

przestępstwa — jak wyżej. Może tylko warto zlecić prowadzącym, aby gromadzili pewne studia przypadków z lektur i mediów. Autor ma taką praktykę i w jego bibliotece znajduje się specjalny segregator zawierający różne opisy przestępstw i przypadków alkoholowych. Wiele ma walor anegdotyczny, więc dają szansę na rozluźnienie atmosfery pracy w grupie. Potrzebne są takie wentyle nastroju. Jak to jednak wygląda w tej specyficznej grupie uczestników — zobaczymy. Może nie jest właściwe żartowanie ze spraw, które przywiodły ich za kraty? Z pewnością autor będzie sprawdzał w praktyce zasadność takiej taktyki w bezpośredniej pracy z osadzonymi. Wydaje się bowiem, że nawet w takim przypadku warstwa anegdotyczna może mieć zastosowanie.

wypadki na drodze — oczywistość, ale nieoczywista, gdyż wypadki śmiertelne po alkoholu stanowią mniejszość wypadków tego rodzaju, decydują inne przyczyny — nadmierna prędkość, naruszanie przepisów o pierwszeństwie przejazdu, niedostosowanie stylu jazdy do warunków na drodze. Wypadki śmiertelne po alkoholu są jednak bardzo dotkliwe, bo wydaje się nam (może słusznie), że jakoś zależą od kierowców, którzy nierozważnie wprowadzają ten rodzaj ryzyka. Autor w takich przypadkach nie boi się nieco zakwestionować oczywistości i wypowiedzieć aktualny stan rzeczy, dostępny w statystykach policyjnych. Trochę to odbiega od kampanii medialnych, ale jest konstruktywne, gdyż uczestnicy widzą, że nie mają do czynienia kimś, kto jest w ujęciach jednostronny. Oczywiście potępiamy samo zjawisko i to mocno.

zatrucie — ten rodzaj zgłoszenia byłby oczywisty z punktu widzenia wstępnych zagajeń, gdzie występuje, ale uczestnicy jakby „zapominają” o nim podczas burzy mózgów. Z uwagi na przypuszczalną nadreprezentację osób osiągających duże stężenia BAC w grupie osadzonych zasługuje nawet na dopisanie do listy przez prowadzącego i dokładniejsze omówienie.

Z pewnością zdarzą się jeszcze inne zaskakujące propozycje, ale pamiętajmy, że nie musimy ich omawiać. Warto omawiać te, z którymi wiążą się sprzeczności (korzyści zdrowotne — utrata zdrowia) czy najważniejsze zagadnienia. Musimy też pamiętać o możliwym wkładzie grupy i o upływie czasu. Bardzo łatwo zapędzić się w wyjaśnienia czy dyskusje, a czas leci. Zjawisko znane autorowi z autopsji. Stopniowe omawianie poszczególnych punktów listy daje okazję do poruszenia mnóstwa zagadnień edukacyjnych. Pamiętajmy jednak, że nie jest to sedno naszej pracy, jak wcześniej wspominałem i podkreślałem. Przypomnijmy, że w warunkach **równowagi komentarzy** warto zachować jednak ostrożność przy omawianiu korzyści. Większość z nich jest bowiem obiektywnie iluzoryczna. Rzadko występuje u ludzi taki sposób kontaktowania się z alkoholem, który bez korekty zachowań niósłby same tylko zyski. Taki stan notujemy rzadko w wybranych społecznościach, o bardzo dojrzałej obyczajowości. Najlepszą formą relacjonowania „zysków” alkoholowych jest adnotacja „tak, ale...”, gdy po uznaniu pewnego rodzaju korzyści akcentujemy związaną z nim stratę, która występuje natychmiast, gdy przekroczone są warunki bezpieczeństwa, czyli umiar, gdy znika wzgląd na okoliczności picia czy uważność pijącego na indywidualne dyspozycje itd. Takie prezentowanie materiału niejako przygotowuje słuchaczy do następnego punktu — „głównego pytania krytycznego”, a właściwie zestawu kilku kluczowych dla programu pytań. Pytania te to samo serce, istota programu.

W zasadzie cokolwiek by się działo wcześniej, to sam ten fragment mógłby działać autonomicznie. Autor kilka razy miał okazję to sprawdzić w różnych grupach, np. studenckich.

IV. Pytania krytyczne. Sedno programu.

Pierwsze pytanie kluczowe brzmi: **Co przeważa w używaniu napojów alkoholowych: korzyści czy straty? Odpowiedzi rozbijamy na dwie tury:**

- Czy przeważają korzyści? (głosowanie, zapisujemy wynik na tablicy);
 - Czy przeważają straty? (głosowanie, zapisujemy wynik na tablicy).
- Zazwyczaj parę osób się wstrzymuje, nie szkodzi.

Pytania te to zasadniczy element programu, jakby jego oś. To punkt zwrotny w pracy nad korektą w sposobie kontaktu z alkoholem. Od tego pytania rozpoczynamy poważną pracę interwencyjną, chociaż mogło się wydawać, że tzw. klaryfikacja wartości w poprzednich punktach była ważniejsza. Otóż nie — dopiero teraz jest istota programu, w serii precyzyjnie powiązanych pytań (ważna ich kolejność!). Dlatego jest bardzo istotne, aby prowadzący dogłębnie zrozumiał tę sekwencję pytań. Zadane pytanie niejako wisiało w powietrzu wobec analizy strat. Jak wspomniałem pijący starannie unikają tematu strat, aby nie popaść w dysonans. Pamiętam pewnego oficera, który podczas pracy w Kościelisku na tyle poczuł się źle z tematem strat, że w przerwie pobiegł do otwartego baru, aby się „znieczulić” drinkiem. Od razu poweselał i uspokoił się. Już mógł słuchać o stratach alkoholowych. Tak to działa.

Z powodu podskórnie narastającego niepokoju (straty? jakie straty?) być może już w trakcie komentowania wyników „burzy mózgów” niektórzy uczestnicy usiłowali podejmować dyskusję z prowadzącym, minimalizując straty i maksymalizując zyski z picia. Na tle rozpowszechnionych stereotypów alkoholowych fachowo dokonany przegląd, chłodna refleksja mogły już zaniepokoić tę część uczestników, u których elementy syndromu iluzji i zaprzeczeń silnej się rozwinęły. Czy rzeczywiście „pije się na kredyt” i jest tylko kwestią czasu, kiedy trzeba będzie zwrócić „pożyczkę” i znieść negatywne konsekwencje picia? Właśnie na tle tego niepokoju stawiamy pytanie. I od razu też widać, dlaczego tak ważne było rozpoczynanie od korzyści, a nie od razu od strat (pamiętajmy!). Pytanie o straty przyszło niepostrzeżenie.

Nasze pytanie może nie być jasne, uczestnicy mogą dopytywać się, prosić o uściślenie. Przypominamy, że w codziennym doświadczeniu ludzi obecne są realnie zarówno korzyści, jak i straty z tytułu spożywania etanolu. Pytamy zatem, co przeważa w ogólnym bilansie. Jeśli wskazują na różnice w piciu, to dobrze, wrócimy do tego, ale starajmy się nie wchodzić obecnie w te doprecyzowania „udając Greka” wobec grupy. Jak zacięta płyta: co przeważa? Korzyści czy straty?

Sposób zadania tego pytania jest istotny, oto przykładowa formuła:

— *Jak widać, w doświadczeniu ludzi są obecne i straty i korzyści z picia. To, że alkohol utrzymuje się od dawna w ludzkiej kulturze, jest możliwe, gdyż wynik tego zestawienia nie jest jasny: jedni doznają w danym czasie strat, inni doświadczają jedynie korzyści. A jak wy sądzicie, zebrani tutaj na sali?*

— *To zależy, jak się pije...*

— *Powiedzmy, że mamy na myśli nie tyle maczanie czubka języka w kieliszeczku, ile normalne picie alkoholu, przeciętne, takie, z jakim się spotykamy. Zastanówmy się nad pytaniem: co przeważa w życiu przeciętnego konsumenta alkoholu,*

takiego, który „pije jak wszyscy”? Kto sądzi, że przeważają korzyści, niech podniesie rękę...

(widoczne pewne zakłopotanie, uczestnicy nie kwapią się do podnoszenia ręki)

— *Proszę bardzo, kto sądzi, że przeważają korzyści?*

(cisza lub nieliczne głosy „żelaznych dyskutantów” lub negatywnych liderów grupy na korzyść picia)

— *Cóż, w takim razie niech podniesie rękę ten, kto sądzi, że w ogólnym bilansie przeważają straty.*

(stopniowo podnosi się więcej rąk, czasem widoczna większość)

Przebieg tego głosowania może być różny, lecz pamiętajmy: **pracujemy przy każdej konfiguracji wyniku**, ale w pewnym sensie sprawa jest zdecydowana w tym momencie, **gdy je stawiamy**. To ciekawe, że obserwacje, doświadczenie, rezultaty profilaktyki antyalkoholowej zmuszają większość do uznania, że straty przeważają, a picie nie jest taką sobie drobną sprawą z życia codziennego. Oczywiście najkorzystniejszy jest wynik najprostszy — gdy uczestnicy ze zdziwieniem przyznają, że w ich opinii przewaga strat jest decydująca i odzwierciedla tym samym pewien obiegowy stereotyp, znany im, ale nigdy nie stosowany praktycznie w tym kontekście — osobistego bilansu danego zachowania — picia alkoholu. Być może współcześnie zwraca się większą uwagę na potencjał strat, ale nadal dominuje opisana konfiguracja, w dziesiątkach (jeśli nie w setkach) prowadzonych przez autora spotkań.

Pojawiający się **dysonans poznawczy** powinniśmy teraz **powiększyć**, zadając kolejne „uroczyste pytanie” (kolejne głosowanie przez podnoszenie rąk, warto wyniki wszystkich kolejnych głosowań zanotować odpowiednio na tablicy):

— *Kto z obecnych wcale nie pije alkoholu?*

(zwykle prawie nikt nie podnosi ręki, czasem trafi się jakiś nieśmiały abstynent). Sprawa może być kłopotliwa w grupie osadzonych, zatem możemy ją odnieść do ich praktyki na wolności.

Mamy wyniki (przykładowe, w zwykłej grupie uczestników):

- za przewagą korzyści — 3 osoby,
- za przewagą strat z tytułu picia — 10 osób,
- wstrzymały się — 3 osoby,
- pije: 16 osób. Wszyscy.

Zwróćmy uwagę na kolejność pytań — zaczynamy od pytania o przewagę korzyści.

Uzyskany wynik głosowań wprowadza uczestników w konfuzję i realny **dysonans poznawczy**, czyli wewnętrzną sprzeczność. Teorię dysonansu poznawczego zaproponował niejaki Festinger w 1958 r. Jest to jedno z lepiej opracowanych

zagadnień psychologicznych. Jest to sytuacja dość konfrontująca, niezależnie od realnego przebiegu głosowania, nawet gdy wyniki są na przekór zupełnie różne od naszych oczekiwań. „Wewnętrzny wynik” w głowach uczestników jest taki, na jakim nam zależy, niezależnie od przejawów zewnętrznych, czyli arytmetycznych wyników głosowań. Można nazwać ten stan „zawieszeniem”. To klasyczna tzw. alternatywa stanowcza: „albo, albo”. Zatem albo zawodzi logika wyводу, albo postępowanie uczestników (picie alkoholu) jest nierozsądne, skoro piją, przyczyniając sobie i innym strat. Sprzeczność wydaje się jawna. Jeśli taka nie jest, możemy ją uwidocznić, nawet trochę pożartować na ten temat.

Wywód nie jest przyjemny dla uczestników, jak w typowej sytuacji dysonansu, chociaż też nie jest jakiś porażający. Zwykle od razu zaczynają spierać się z prowadzącym, również żartować... Musimy się liczyć z ujawniającym się oporem, niekiedy przybierającym dość zabawne formy, niekiedy zaś poważnym, zależnie od doświadczeń uczestników. W grupie osadzonych może być mocniejszy, gdyż dla wielu z nich tak się zaczynała droga za kraty i bywają tego świadomi.

W tej fazie programu trzeba być uważnym, pozwolić uzyskanej sytuacji trochę potrwać, np. wysłuchać spontanicznych reakcji. Słuchacze będą chcieli jakoś rozwiązać dyskomfort emocjonalny wynikający z tak jawnej sprzeczności, w który niewątpliwie ich wprowadziliśmy naszymi pytaniami, wykorzystując dwuznaczności języka potocznego i zastosowaną retorykę (nawet erystykę). Wyczuwając, że „coś kręcimy”, będą się starali zakwestionować ten paradoksalny wynik sekwencji pytań. I słusznie. Mają do tego prawo.

V. Częściowe rozwiązanie dysonansu: dyskusja na temat ryzyka strat związanego z pićciem.

Należy pozwolić uczestnikom wygadać się, zastanowić. Skupmy się na uważnym wysłuchaniu, dawajmy znaki koncentracji na tym, co mówią poszczególni uczestnicy. Nie wchodzimy w sprzeczki, tym bardziej jakieś zacięte (broń Boże!). Starajmy się przestrzegać reguł dialogu, np. takich, że mówi naraz tylko jedna osoba. Gdy panuje milczenie, stupor, delikatnie zachęćmy pytaniami czy drobnym komentarzem. Zwykle znajdzie się ktoś najodważniejszy, kto będzie usiłował nas „zagiąć”, wykazać jakąś niekonsekwencję w rozumowaniu. Czasami w tej fazie toczy się ożywiona dyskusja między uczestnikami, chociaż w przypadku grupy osadzonych może dominować wycofanie (a może nawet jakaś forma ataku słownego na prowadzącego?). Po chwili z kilku zarysowanych stanowisk zacznie wyłaniać się niezwykle ważna **sugestia rozwiązania dysonansu** poznawczego, która jest dla nas, jako prowadzących, najbardziej pożądana. Otóż zwykle da się wyprowadzić wniosek, że przewaga korzyści czy strat nie jest pewną niezależną stałą („alkoholowy constans”), ale raczej jest zależna od tego, w jaki sposób spożywa się alkohol. Jeśli tego typu motyw pojawi się w wypowiedziach, warto go podkreślić. Na przykład upewniając się, czy uczestnik (uczestnicy) tak właśnie myślą. Wypowiedzenie tego komunikatu „tak, ale...” to zasadnicza podstawa naszej pracy. Przecież jest to główny komunikat programu,

którego celem jest ukazanie zależności skali strat od sposobu kontaktu z alkoholem! Komunikat ten jest tym cenniejszy, że został WYPOWIEDZIANY PRZEZ UCZESTNIKÓW, zazwyczaj jako stanowisko większości grupy. A z sobą samym (z grupą) trudno się dyskutuje. Zauważmy, że gdybyśmy to my wypowiedzieli taki cenny i skądinąd słuszny komunikat, to podlegałby on łatwo zakwestionowaniu poprzez różnorodnie ukształtowany opór grupy. Tymczasem tutaj został on wypowiedziany przez uczestników, więc znacznie trudniej go zneutralizować. Komunikat ten jest ich komunikatem! Pochodzi od grupy.

Coś, co z pozoru prowadziło do triumfu grupy nad prowadzącym, stało się odsłonięciem celu naszej pracy. Bardzo często, aby wzmocnić ten efekt, zarządzam dodatkowe pytania/głosowania, np. czy obecni zgadzają się z taką tezą, że skala strat alkoholowych zależy od sposobu korzystania z alkoholu? Na przykład ze stosowania umiaru?

Zwykle grupa się zgadza. Jeszcze można wzmocnić efekt pytaniem o to, czy sądzą, że prowadzący zgadza się z taką tezą. Zwykle uczestnicy są przekonani, że prowadzący się nie zgadza. A jakże on ma się nie zgadzać, jeśli ta teza to jeden z głównych zaplanowanych komunikatów profilaktycznych programu! Zatem: prowadzący zgadza się. Tyle tylko, że pojawia się dalszy ciąg rozumowania: co to jest ten umiar? Na czym polega? Kiedy korzyści przeważają nad stratami? I najważniejsza kwestia: **czy uczestnicy go osobiście stosują, gdy mają do czynienia z napojami alkoholowymi?** Czy jeśli stykają się z alkoholem, to piją z umiarem? Przechodzimy w ten sposób do kolejnej odsłony pracy z grupą. Czy stosujemy umiar? Uczestnicy sądzą zazwyczaj, że jest to pojęcie subiektywne, tymczasem umiar jest ściśle definiowalny naukowo. Mamy zamiar to ukazać.

VI. Wyjaśnienie typowych form kontaktu człowieka z alkoholem.

Wyjaśniamy uczestnikom, że możliwe są następujące formy kontaktu człowieka z alkoholem etylowym:

- abstynencja,
- picie względnie bezpieczne zwane czasami „rozsądnym”,
- picie ryzykowne,
- picie szkodliwe,
- picie przymusowe — w sytuacji uzależnienia.

Oczywiście jest to uproszczony model na użytek programu, ale dzięki temu czytelny. Mniej więcej w punktach 3–5 odpowiada starszej klasyfikacji zaburzeń ICD 10 / DSM IV. Nowa klasyfikacja DSM V używa koncepcji continuum alkoholowego. W sumie i tak na jedno wychodzi, zdaniem autora.

W wyjaśnianiu możemy stosować pomocnicze obrazy graficzne i dane zawarte w prezentacji (kurs e-learnigowy SWWS) lub w innych materiałach. Możemy też od razu narysować jakby wykres kołowy i poszczególne kategorie przypisać do badań epidemiologicznych, wskazując, jaki procent dorosłych mieści się w danej kategorii. Np. wedle WHO w Polsce 32% dorosłych to abstynenci, a „patologiczne” picie (ryzykowne, szkodliwe) to 17%, zaś 2,2% to uzależnieni

(4,2% wśród mężczyzn). Zależnie od wyników, na których bazujemy, nasz wykres może trochę inaczej wyglądać (ja np. zmniejszam nieco grupę abstynentów, uznając za takich tylko tych bardzo konsekwentnych, całożyciowych). W moim wydaniu to 75% populacji charakteryzuje się umiarem, a 17% to razem picie ryzykowne, szkodliwe czy uzależnienie. Nie chodzi tu jednak o naukowe wywody, ale o zbliżony do rzeczywistości obraz tych 5 grup:

abstynencja — styl życia reprezentowany przez ok. 8–12% dorosłych w Polsce (wg WHO 2018 — 32%, bo liczą tych, co w ostatnim roku nic nie pili). Całkowicie wyklucza wszelkie ryzyko alkoholowe, choć niekiedy utrudnia w pewnym stopniu kontakty społeczne w środowiskach o zdecydowanie odmiennej tradycji. Indywidualnie zawsze zysk, społecznie czasem nieco strat. Mimo to zalecana oficjalnie przez ekspertów brytyjskich jako najzdrowsza forma kontaktów z alkoholem (czyli bez kontaktów). Uznali tak na podstawie badań nad wpływem alkoholu na choroby, w tym nowotwory. Mierzalne ryzyko wedle tych badań pojawia się nawet przy niskich dawkach alkoholu poniżej jednego drinka (zwłaszcza wpływ na raka piersi u kobiet).

Autor praktykuje ten styl życia od 46 lat, dobrowolnie, bez jakiegось przymusu walki z uzależnieniem, które u niego nie było obecne. Nie jest alkoholikiem, jak niektórzy błędnie mniemają, łącząc abstynencję wyłącznie z dyrektywą terapeutyczną.

picie względnie bezpieczne, umiarkowane, „rozsądne” — pijący uwzględnia ilość, czas i miejsce, stosuje się do reguł naukowych „rozsądnego picia”, oszacował znane sobie ryzyka, przestrzega przepisów prawa (np. nie pije, mając zasiąść za kierownicą), używa alkoholu raczej symbolicznie i dość rzadko. Tak pije... duża grupa osób, w Polsce zwłaszcza kobiet. Potocznie nazywamy to umiarem, ale umiar ma dwie formuły, gdyż zalicza się do niego również... abstynencja.

Tak rozumiany umiar jest wymagający, zakłada wypracowanie naprawdę znacznej samokontroli, bo stosunkowo łatwo jest przekroczyć jego granicę (do 0,2 promila!).

picie ryzykowne — styl picia już powoduje pewne szkody i straty, ale nie są one dobrze widoczne dla pijącego. Zwykle pije się nieco za dużo i nieco za często. Picie to jest zdefiniowane ilościowo — więcej niż 20 g u kobiet i 40 g u mężczyzn przy jednej okazji, także przekraczany limit tygodniowy. Bardzo często polega na niezbyt częstym, ale intensywnym przekraczaniu granic lub na dużej częstotliwości picia. W Polsce, według danych WHO, incydenty upijania się notuje aż 2/3 dorosłych mężczyzn przynajmniej raz w miesiącu!

picie szkodliwe — pijący spożywa alkohol często i w dużych ilościach, nie bierze pod uwagę okoliczności picia, ilości, częstotliwości. Upija się, czyli spożywa powyżej 60 g czystego alkoholu (mężczyźni) lub 40 g (kobiety) przy jednej okazji.

Pije, przekraczając wyraźnie barierę nietrzeźwości (upija się), nie troszcząc się o ewentualne skutki swego zmienionego stanu psychofizycznego. Naraża się na nieoczekiwane wydarzenia — wypadki, przestępstwa, kompromitacje, nawet zatrucie alkoholowe. Pomiędzy epizodami opilstwa może nawet rzadko korzystać z alkoholu. Ten styl to całkowity brak kompetencji w posługiwaniu się alkoholem. Styl wysoce niebezpieczny. Źródło wielu (większości) strat.

Polega też czasami na bardzo systematycznym nadużywaniu alkoholu, przekraczaniu miary ilościowej. Pijąc w sposób systematyczny, regularny, pijący doznaje strat, szczególnie zdrowotnych, choć jego psychika skutecznie broni się przed uznaniem tego faktu. Wiele szkód społecznych i wielorakie zaburzenia. Jak wspomniano, to, prawdopodobnie, główne źródło szkód alkoholowych w Polsce. Straty zaczynają być jawne, widoczne, szczególnie dla otoczenia pijącego. To odróżnia picie szkodliwe od ryzykownego — jawność strat.

picie przymusowe w sytuacji uzależnienia — w różnych fazach choroby alkoholowej (zespołu uzależnienia od alkoholu) ma ono rozmaity charakter. Czasem uzależniony nie pije dużo, ale za to pije systematycznie. Dąży za wszelką cenę (dosłownie) do unikania „głodu alkoholowego” (zespołu odstawienia). Stąd niekiedy pije „cokolwiek” włącznie z wodą kolońską i denaturatem, ale oczywiście jeśli go na to stać, to uspokaja chętniej organizm za pomocą koniaku i drogich win. Większość uzależnionych pija zwyczajne produkty rynkowe, a nie „wynałazki”. Zasadniczą cechą uzależnionego jest niemal całkowita utrata kontroli picia. Picie zatrzymuje się samo po długich ciągach alkoholowych lub staje się stałym zachowaniem umożliwiającym funkcjonowanie, ale jednocześnie stale niszczącym organizm i otoczenie społeczne chorego. Sytuacja dla większości uzależnionych nieodwracalna, a uzależnienie bardzo trudne do zatrzymania. Pijący w ten sposób rzadko zdaje sobie sprawę z sytuacji, bo działa syndrom iluzji i zaprzeczeń. Z tego powodu pije POMIMO jawnie doznawanych szkód. Różne klasyfikacje uzależnienia znajdują się dalej, w artykule dr Katarzyny Iwanickiej.

Po upewnieniu się, że uczestnicy zrozumieli treść przekazu (dodatkowe pytania?), warto podać dane o rozpowszechnieniu poszczególnych form **w Polsce**, jeśli nie umieściliśmy tych danych wcześniej:

- alkoholicy — ok. 750 tys., zależnie od źródła oszacowań, 2,2% populacji powyżej 15. roku życia wg WHO 2018,
- szkodliwie i ryzykownie — ok. 3 mln osób.

Razem obie grupy nie przekraczają 15–17% populacji (podaje się też czasem 23%) wszystkich konsumentów alkoholu. Informacja ta może zaskoczyć uczestników i wywoływać protesty. Zatem podajemy ją w przypadku dość dobrej orientacji własnej co do modeli konsumpcji. Jeśli takich danych nie mamy, ograniczamy się do przybliżonej, graficznej prezentacji proporcji poszczególnych grup wyrażonej na kołowym wykresie.

VII. Zbiorowy (indywidualny i anonimowy) test AUDIT.

W tym momencie uczestnicy są prawie gotowi do kolejnego ciekawego kroku — testowania umiaru indywidualnie i w grupie, czyli do wypełnienia i omówienia kwestionariusza ankiety testu przesiewowego AUDIT — indywidualnie, anonimowo, ale w grupie, jednocześnie, wedle wskazówek prowadzącego. Jak wiadomo, test ten ma charakter zasadniczo indywidualny. Powinien go wypełniać chociaż raz w zasadzie każdy pacjent, przynajmniej w zamyśle twórców (Babor i wsp.). Po to go opracowano. Niestety, jest w tej roli stosowany niezwykle rzadko. Wedle marzeń twórców testu każdy z nas powinien w ciągu życia kilka razy być testowany podczas zwykłej wizyty w gabinecie lekarza rodzinnego. Musimy zauważyć, że w programie „Korekta” rola tego testu jest inna. Ma on dać podstawę do wykonania „fotografii” grupy pod kątem uczestnictwa w omawianych przedtem stylach życia. Gdy stosuje go lekarz, to musi przywołać wyniki badań populacji i do nich odnieść wynik swego pacjenta. U nas porównanie dokonuje się natychmiast, na tle grupy, jako praktyczna odpowiedź na pytanie, czy uczestnicy stosują umiar alkoholowy, na który się wcześniej powołali.

Pamiętamy strategię, którą zastosowali, aby rozładować dysonans? „Tak, alkohol szkodzi, ale my pijemy z umiarem...”. Czy rzeczywiście? Wykonany w grupie test AUDIT pozwala stwierdzić, że **grupa nie jest jednolita pod względem stylu używania alkoholu**. Są w niej przedstawiciele być może wszystkich 5 form kontaktu człowieka z alkoholem. Zatem strategia „tak, ale my pijemy z umiarem...” nie dotyczy wszystkich uczestników, a tylko ich części.

Ponieważ jest to jeden z najważniejszych fragmentów programu, to należy starannie go poprowadzić.

Najpierw zwróćmy uwagę na fakt, że test przesiewowy AUDIT ma charakter w gruncie rzeczy indywidualny. Zatem najważniejszym elementem w tym punkcie programu jest absolutna dyskrecja i anonimowość. W praktyce czasami bardzo trudno to uzyskać — uczestnicy chętnie zaglądają sobie przez ramię i „konsultują się”. W praktyce oznacza to konieczność wysiłku w kierunku zapewnienia odpowiednich warunków technicznych, a w szczególności:

- a) dokładnego wyjaśnienia uczestnikom, dlaczego prosimy ich o indywidualne, wiarygodne wypełnienie testu,
- b) dostatecznej izolacji przestrzennej w trakcie wypełniania (bardziej niż na klasówce),
- c) opcjonalnie: jednakowych pisaków — czasami używam jednakowych ołówków, bo są najtańsze, choć to niekonieczne,
- d) odpowiedniego pojemnika do zebrania ankiet lub kartek z wynikiem (pudełko, torba reklamówka).

Zauważmy, że z powodu rozpowszechnienia stosowania krótkich interwencji alkoholowych w zakładach karnych niektórzy uczestnicy mogli już wypełniać test. Co wtedy? Nie szkodzi. Zachęcamy ich do ponownego wypełniania. Nawet, gdyby uczestnicy znali zakresy interpretacyjne testu, to my i tak go proponujemy. Ma bowiem w tym momencie inne zastosowanie, grupowe.

Test można prowadzić na podstawie jego **kserokopii** wręczonej uczestnikowi lub w oparciu o prezentowanie poszczególnych pytań w ramach specjalnej prezentacji (prezentacja w załączeniu do obecnego kursu e-learningu w SWWS).

Najlepszą, typowo stosowaną formułą wydaje się pozostawienie oryginalnych arkuszy testu po wypełnieniu w rękach samych wypełniających, a poproszenie jedynie o wpisanie na osobnych karteczkach (jednakowych!) anonimowo liczby punktów zsumowanych z odpowiednich pytań testu. Zbieramy karteczki, a nie testy. Dlaczego warto pozostawić test w ręku uczestników? Bo mogą go zweryfikować indywidualnie w późniejszym okresie, bez nacisku grupy. Jednak w warunkach zakładu karnego właściwe może być zebranie testów ze względu na efekt świeżości zastosowania w kolejnych grupach, gdy ze względów bezpieczeństwa pracujemy z niewielką grupą kilkunastu osób. Zabranie przez nich testów pod celę mogłoby utrudnić pracę z kolejnymi grupami. Pozostawiamy tę sprawę decyzji i roztropności prowadzących. Nigdy nie stosowano na zajęciach niszcarki dokumentów, ale kto wie? Może to jest specyficzne rozwiązanie dla osadzonych, już po zebraniu karteczek? Wtedy mogliby być pewni, że nie jest to forma inwigilacji indywidualnej. Sprawa otwarta.

Uczestnicy zawsze po wypełnieniu testu wpisują na karteczkach (anonimowo!) uzyskaną sumę punktów. W pracy z grupami wolnościowymi stosowałem sumę ogólną punktów i ewentualnie sumę punktów związanych z pytaniami AUDIT o uzależnienie podaną w nawiasie, jeśli program miał więcej cech interwencyjnych. Z badań nad testem wiadomo, które poszczególne pytania wskazują na picie ryzykowne, picie szkodliwe i uzależnienie. Jednak ten wariant nie był częsty ze względu na ograniczenia czasowe programu. Podstawą jest ogólna suma uzyskanych punktów. W przypadku liczby „6” i „9” prosimy, aby wpisujący zaznaczyli kropką, gdzie jest dół liczby, bo bez tego ich nie odróżnimy.

Najlepiej jest, aby przed wypełnianiem uczestnicy nie wiedzieli, które punkty testu co oznaczają i nie znali granicznej liczby punktów (8 lub 10). Nie będzie wtedy tendencji do fałszerstw. Powinni jednak doskonale rozumieć treść poszczególnych pytań testu. Dlatego każde pytanie wyjaśniamy i rozwiązujemy wolno i po kolei. Uczestnicy powinni zaznaczyć wynik każdego pytania po jego omówieniu. Prosimy o to. Zwłaszcza konieczność zrozumienia dotyczy pojęcia tzw. **porcji standardowej (10 g czystego etanolu)**. Musimy dokładnie wczytać się w treść testu i jeszcze przed uruchomieniem wypełniania dokładnie i obrazowo wyjaśnić, co to jest **porcja standardowa**. Stosowana przez autora prezentacja zawiera odpowiedni fragment wyjaśniający pojęcie porcji standardowej. Warto kilka razy upewnić się, że uczestnicy rozumieją to pojęcie. Autor stosuje nawet przeliczanie typowych ilości napojów na porcje (np. 0,5 l piwo = 20 g etanolu, czyli 2 porcje standardowe). Można przećwiczyć kilka takich przykładów. Osoby osadzone charakteryzują się zróżnicowanymi zdolnościami poznawczymi. Dla części taka arytmetyka może być kłopotliwa, dlatego warto posuwać się powoli i spokojnie. Jest oczywiste, że prowadzący powinien wcześniej opanować tę „arytmetykę”, uczestnicy mogą pytać. W tej grupie jest to bardzo prawdopodobne.

Przeważnie porcja standardowa zawarta jest w jednej szklance piwa (250 ml) lub w jednej lampce wina (100 ml). Co do wódki, to zależy od jej stężenia. Setka czystej to 3,5 porcji standardowej (między 3 a 4). Można przyjąć, że kieliszek przeciętnej wódki o objętości 50 ml zawiera 2 porcje (w rzeczywistości ciut mniej). W ramach przygotowania do wypełniania testu warto zaznajomić uczestników z pochodzeniem testu, wystarczy dość ogólnie. Można wskazać jego autorów, zwłaszcza prof. Babora. Autor czasami pyta, czy ktoś wypełniał taki test w gabinecie lekarskim, gdyż powinno to być częste (a nie jest). Zazwyczaj nikt się nie zgłasza.

Przykładowe zagajenie:

Być może ktoś już kiedyś wypełniał taki test? Nie szkodzi. Prosimy o powtórkę, bo za chwilę będziemy mogli przekonać się, jak to jest ze stylem picia w naszej grupie. Proponuję wypełnienie anonimowo testu AUDIT, stosowanego przez lekarzy, który jest zalecany przez Światową Organizację Zdrowia, doskonale sprawdzony, choć bardzo prosty w konstrukcji. Ma tylko 10 pytań. Za pomocą tego testu każdy będzie mógł się przekonać, jak to jest u niego — w której grupie naprawdę się znajduje. Uwaga: za chwilę rozdram ten test, nazywany AUDIT, ale proszę go jeszcze przez moment nie wypełniać, dopóki wszystkiego dokładnie nie wyjaśnimy. Oto test i ołówki, a także karteczki. Za chwilę wyjaśnię ich zastosowanie. Czy każdy otrzymał już wszystko? Proszę się wstrzymać z wypełnianiem do czasu, gdy wyjaśnię zasady, bo inaczej test będzie mniej wiarygodny. Uwaga! Test jest w tym wypadku całkowicie anonimowy, interesuje nas wynik grupy.

Następnie powoli i dokładnie wyjaśniamy treść pojęć użytych w pytaniach AUDIT, tak jakbyśmy tłumaczyli to pojedynczemu pacjentowi. Właściwe jest spokojne celebrowanie przygotowań i samego wypełniania, chociaż obserwuje się tendencję do przyspieszania wypełniania, zapewne podyktowaną niepokojem o jego wynik.

Po chwili rozpoczynamy **w jednym czasie**, krok po kroku, wypełnianie. Po wypełnieniu, podczas którego staramy się jak najmniej ingerować (ale możemy wyjaśniać poszczególne wątpliwości zgłaszane przez uczestników), zbieramy wyniki. Przypominamy, że trzeba dokonać podsumowania i wpisania na kartkach sumy wszystkich punktów, a także (niekiedy, nie zawsze) w nawiasie sumy punktów odnoszących się w teście do uzależnienia, jeśli mamy w planie pociągnięcie tego wątku (tylko w części grup, jako ewentualne przygotowanie do podjęcia terapii uzależnień). Podkreślamy przez cały czas anonimowość, przypominając o niepisaniu nazwisk na kartkach. Po podsumowaniu zbieramy kartki do pojemniczka i szybko na stronie przeliczamy. Chodzi o dwie sprawy:

- ile osób przekroczyło barierę picia szkodliwego — ryzykownego (suma punktów większa od 8),
- ile osób przekroczyło granicę w punktach związanych z uzależnieniem (jeśli poprosiliśmy o te dane, na początek lepiej tego nie stosować, może zabraknąć czasu, to dodatkowy wątek).

Wypisujemy wynik na tablicy w odniesieniu do ilości wszystkich osób. Autor stosuje specyficzną formę prezentacji — na prostym i dużym wykresie (nie musi

być staranny!). Na osi x są możliwe do uzyskania ilości punktów, mniej więcej do 26–30 (więcej rzadko się trafia), a na osi y liczba wskazań. Autor najczęściej korzysta z rysowania kwadracików w miejsce danego wskazania, ułatwia to obserwację przez uczestników. Czasami można poprosić kogoś o asystowanie, wtedy ta osoba odczytuje głośno liczbę punktów z karteczki, a prowadzący rysuje kwadracik w odpowiednim miejscu. Powstaje czytelny wykres, nie musi być staranny, to nie pomiar geodezyjny. Na tablicy lub papierze powstaje coś w rodzaju rozkładu socjologicznego wyników, zazwyczaj nieco skośnego. Po zakończeniu rysujemy wyraźną „linię demarkacyjną” na poziomie 8 punktów. Wyniki poniżej są „zadowalające”, zaś wyniki „powyżej” stanowią przesłankę do troski. Coś jest nie tak z pićm **części** uczestników. W naszej specyficznej grupie może nawet... wszystkich, kto wie?

Dlaczego nie wystarczy podać samej granicy punktowej? Bo sporządzenie rysunku lepiej uwidacznia sytuację grupy. To jej, grupy, dorobek punktowy, „fotografia”. Używanie alkoholu jest mocno społeczne. To nie jest zachowanie pustelników. Zatem i analiza stylu picia powinna być społeczna.

Dopiero teraz stosujemy dokładniejsze wyjaśnienie znaczenia punktacji, interpretujemy wyniki testu. Staramy się to zrobić powoli i zrozumiale. Autor wielokrotnie dostrzegał specjalne zainteresowanie i skupienie w grupie w tej fazie pracy, czasem z tendencją do rozładowywania napięcia żartami. W interpretacji kierujemy się wskazówkami z podręcznika testu AUDIT (osobny plik, dostępny po angielsku w sieci, również w polskim tłumaczeniu w wersji drukowanej).

Ważne jest, abyśmy czytelnie i przekonująco ukazali wyniki. Dla ułatwienia sporządzania wykresu samodzielnie: jednym ze sposobów jest szybkie rozdzielanie karteczek z daną sumą punktów na kupki w określonych przedziałach i wpisanie wyników w wykres.

Powstaje pewien problem specyficzny dla pracy z osadzonymi — otóż od kilku lat wzrosło zastosowanie testu AUDIT w resocjalizacyjnej pracy indywidualnej w zakładach karnych. Być może z powodu aktywności autora „Korekty”, kto wie? Co zrobić, jeśli uczestnicy już znają test? Bez obawy — stosować. Ponieważ w tej formule badamy GRUPĘ, a nie pojedyncze osoby. Można się spodziewać, że znający test będą mieli tendencję do zaniżania swego wyniku, a zwłaszcza sytuowania się nieco poniżej 8 punktów. Taki wynik jest „honorowy”: nieźle piję, ale jeszcze nie problemowo”. Autor obserwował takie zachowania w części grup. Nawet jeśli uczestnicy zaniżą wyniki, to i tak **zawsze** uzyskujemy ważny efekt — **świadectwo zróżnicowania stylów picia**. Przecież KAŻDY uzyskany punkt uwidacznia jakiś deficyt w stosowaniu alkoholu! Można zatem przeprowadzić stosowną analizę, mając nawet wszystkich uczestników „pod kreską zagrożenia”. Jeśli oszukiwali (świadomie lub nieświadomie), to nic nie szkodzi, bo rzecz nie w tym, że wykazemy, jak wiele osób ma kłopoty alkoholowe, ale że wykazemy **zróżnicowanie** w stylu używania alkoholu. Innymi słowy podważymy zastosowaną w rozwiązaniu strategię „tak, ale...” — „tak, ale jeśli pije się z umiarem, to bez strat”.

Autorowi dotychczas nie przytrafiła się (w ciągu 22 lat pracy programem!) grupa, w której nie byłoby osób przekraczających granicę rozsądnego picia, choć

liczba takich osób była zmienna (od 20% do nawet ponad 50%). W warunkach zakładu karnego i mniejszej grupy może być różnie, ale pamiętajmy: zawsze pracujemy na realnym wyniku, nie deprymuje nas, gdy odstaje on od oczekiwań zawartych w scenariuszu. Co zrobiłby autor, gdyby trafiła mu się taka grupa, gdzie nie ma nikogo powyżej 8 punktów? Pogratulowałby sukcesu! Pochwaliłby uczestników. Jeśli napisali prawdę, to świetnie — są umiarkowani. Jeśli zaś skłamałi, to i tak informacje z zajęć będą w nich pracować. Tak czy siak wychodzimy na swoje. To istotna uwaga, gdyż w warunkach zakładu karnego grupa może zachowywać się nietypowo. Mimo to posuwamy się do przodu z programem, jedynie różnicując reakcje.

Pozostaje jeszcze kwestia więźniów wieloletnich, którzy nie mieli okazji do picia w ostatnim roku. Wtedy prosimy takie osoby, aby wypełniały test z perspektywy ostatniego roku na wolności. Wyrazem niechęci do testowania się może być dopytywanie o tę sprawę. Spokojnie wyjaśniamy, że chodzi o zachowania na wolności, gdy dostęp do alkoholu był swobodny, ograniczony jedynie funduszami.

Pozostaje jeszcze zastanowić się, co z ewentualnymi przejawami totalnego oporu (lub wielkich ograniczeń poznawczych) uczestników. Zawsze staramy się, aby samodzielnie wypełnili test, ale nawet taka ekstremalna trudność nie zatrzymuje programu. Możemy mieć jakiś zestaw wyników typowych, chociażby podanych poniżej i na nich omawiać zagadnienie zróżnicowania stylów picia (czyli bez zbierania karteczek). Kluczowy jest zawsze najważniejszy akcent: ludzie piją rozmaicie — jedni rozsądnie, inni nie. I daje się to zbadać, np. testem przesiewowym. To nie jest subiektywne.

Oto przykładowy zestaw wyników zebranych w jednej z grup, w których testowano program.

Wypełniających test było 48 osób, oto rozkład liczby odpowiedzi według sumy punktów:

- 18 osób uzyskało wyniki poniżej progu testu (od 0 do 7 pkt),
- 7 osób znalazło się w strefie przejściowej (od 8 do 10 pkt),
- 23 osoby uzyskały wyniki powyżej granicy testu (od 11 pkt wzwyż).

Zestaw wyników testu mówi wiele o grupie, w której był zastosowany test przesiewowy. Analizujemy go wobec uczestników, na głos. Wystrzegajmy się natomiast żartowania z tych, którzy może w dobrej wierze uzyskali np. 24 punkty. Zwykle już sama grupa „nagrodzi” ich wynik, więc nie dolewajmy oliwy do ognia. Analizę prowadźmy zależnie od poziomu intelektualnego uczestników. Pamiętajmy, że wielu ludzi w Polsce nie potrafi czytać wykresów (a nawet są analfabetami!). Zawsze największy kłopot na maturach jest z matematyką. A tu jest matematyka, choć bardzo prosta, wizualna.

Gdyby przyjąć granicę 10 pkt (zwykle przyjmuje się 8 pkt u mężczyzn, 6 pkt u kobiet) jako granicę upoważniającą do niepokoju, to proporcje w przykładowej grupie kształtowałyby się następująco:

- poniżej granicy — 25 osób (52%),
- powyżej granicy — 23 osoby (48%).

Wynik ciekawy. „Jedynie” lub „aż” 23 osoby znalazły się w obszarze powiększonego ryzyka. Przeciętna w populacji dorosłych to ok. 25%, zatem ta konkretna grupa nie jest zwyczajna, obciążona jest większym ryzykiem. Jakie wyniki mogą być w grupie osadzonych? Ta grupa też jest zróżnicowana, więc nie można generalizować, ale zapewne bliżej jej do tych z obszaru większego ryzyka. Możliwa jest też interpretacja pozytywna, która lepiej koresponduje z cenioną w profilaktyce strategią redukcji błędnych przekonań normatywnych. Uzyskany wynik wystarcza do mobilizowania uczestników do jakiejś formy ucywilizowania swego picia, gdyż tylko część osób znajduje się w strefie w miarę bezpiecznej. Przypomnijmy — **każdy punkt oparty jest na jakimś deficycie w zakresie stylu używania alkoholu**. Co więcej, gdybyśmy pracowali z grupą kobiet (lub mieszaną), to wszystkie współczynniki muszą być obniżone. U kobiet nawet 6 pkt to powód do alarmu, gdyż stanowią grupę specyficzną, bardziej narażoną na szkody alkoholowe (np. na tzw. efekt teleskopowy). Wynik uzasadnia podjęcie interwencyjnej „nauki rozsądnego picia”. Czy nie można byłoby podjąć takich starań bez tylu ceregieli? Owszem, ale wtedy pojawiłyby się różne przejawy oporu.

Zanim przejdziemy do kolejnego punktu, opiszmy jeszcze wynik z nawiasów — z pytań 4, 5, 6 testu, jeśli go zastosowaliśmy (nie jest obowiązkowy, na początku uczenia się struktury lepiej go odpuścić). Jeśli wyniki w tej części testu są u części uczestników wysokie, to może to oznaczać zwiększone ryzyko występowania uzależnienia od alkoholu. Test AUDIT jest tylko testem przesiewowym, nie informuje on precyzyjnie o rodzaju ryzyka, tylko informuje ogólnie. Ale podkreśla się, że w sytuacji podejrzenia uzależnienia należy sugerować klientowi dalszą, lepszą diagnozę przy pomocy specjalistycznego badania w kierunku choroby alkoholowej. W warunkach izolacji może to być trudne, ale jeśli pracujemy na krótko przed opuszczeniem zakładu i końcem kary, jest to uzasadnione. Podobnie jeśli mamy możliwość kierowania na terapię w specjalnych oddziałach penitencjarnych. Zazwyczaj typowy sposób kierowania jest inny, oparty na indywidualnym rozpoznaniu potrzeb. Obecnie zapewne możliwości systemu są dość ograniczone i jest kolejka do terapii. Gdyby jednak takiej nie było, to można sobie wyobrazić, że sam w sobie program „Korekta dla osadzonych” mógłby pełnić taką funkcję motywacyjną. Tym bardziej, gdyby zdarzyło nam się pracować z dowolną grupą na wolności (funkcjonariusze, jakiś zakład pracy, starsza młodzież itp.). Te grupy mogą skorzystać z interwencyjnej mocy programu i zacząć od razu szukać adekwatnej pomocy. Autor wielokrotnie odwoływał się do takiej możliwości i zawsze krótko omawiał, co może zrobić zaniepokojona osoba w podobnej sytuacji.

Podkreślmy: uzyskany wynik 48% powyżej poprzeczki może niepokoić. Biorąc pod uwagę związek między piciem a przestępczością (picie jako ważny czynnik ryzyka przestępczości), taki wynik nie dziwiłby. Mógłby być nawet wyższy, w okolicach 70%. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w teście AUDIT nie mogą być pozostawione same sobie, powinny uzyskać informacje o źródłach pomocy w problemach alkoholowych, zwłaszcza w chorobie alkoholowej. Powinniśmy

podać informacje o potencjalnych formach i miejscach pomocy (adres AA, telefon AA, adres poradni itp.). W Polsce dostęp do pomocy jest gwarantowany prawnie — leczenie za darmo, sieć 500 placówek, lecz realny dostęp bywa różny. Nadal dla większości będą to grupy samopomocowe AA, a nie profesjonalna terapia (grup jest ok. 3000, a poradni tylko 500). Jednak wiele się zmieniło od lat 80. XX w. — pomoc stała się bardziej dostępna i lepsza jakościowo. Trzeba jednak przyznać, że mniej jest pomocy dotyczącej korygowania złego stylu picia u osób niezależnych, tylko kilkanaście placówek w tym się specjalizuje. Na szczęście modyfikacja postawy jest możliwa na własną rękę, choć wtedy trudniejsza.

A co, jeśli ktoś z naszej grupy zaniepokoi się i zwróci o radę „prywatnie”? Cóż, warto taką sytuację uwzględnić z góry i, jak wspominałem, przygotować się. Sami zadajmy sobie pytanie, co moglibyśmy takiej osobie doradzić? Prowadzący musi być przygotowany, bo program działa też interwencyjnie. Powinniśmy mieć gotową odpowiedź. W przypadku grupy na wolności, praktyczne jest przygotowanie drukowanej informacji i rozdanie jej wszystkim lub też zainteresowanym. Jest tu duże pole dowolności i ograniczeń.

Ponieważ test jest przesiewowy, to wyniki mają zawsze charakter uproszczony. Możemy nieco złagodzić ich działanie interwencyjne, tak aby uczestnicy nie popadali w zniechęcenie, ale mobilizowali się do działania. Przecież stosujemy test w warunkach specyficznych, niestandardowych, w grupie. Możliwe są pomyłki, podczas gdy w warunkach indywidualnych pacjent rozwiązuje test z pomocą lekarza. AUDIT nie jest testem diagnostycznym, lecz tzw. narzędziem przesiewowym, a więc zawsze przybliżonym.

Moment „spojrzenia w alkoholowe lustro” na tle grupy, stawania w prawdzie, jest mocnym fragmentem programu. Warto go odpowiednio przygotować poznawczo (porcje standardowe, formy picia) i poprowadzić uważnie, warto wskazać na podręcznik testu w sieci lub drukowany, jeśli posiadamy. AUDIT to narzędzie zbadane na świecie i dość precyzyjne. Zbadano nim dziesiątki, jeśli nie setki tysięcy osób w różnorodnych sytuacjach społecznych. Pomimo ewentualnych pomyłek w wypełnianiu nie zaszkodzi przyjrzeć się własnemu piciu i roli, jaką ono odgrywa w życiu uczestników. Może ta rola jest za duża? Optymalne jest, aby nasze zachowania alkoholowe nie były przypadkowe, ale świadome i kontrolowane. Nawet w przypadku abstynentów warto, aby podejmowali swoją decyzję świadomie, a nie bezwiednie. Wtedy łatwiej jej bronić i wytrwać.

VIII. Etap nauki rozsądnego picia.

Ten fragment może być poprzedzony drugim sprawdzianem promili przy ostatniej okazji, kolejność nie jest kluczowa. Tutaj omawiamy ten drugi BARDZO WAŻNY test po „nauce rozsądnego picia”.

Zapoznajemy uczestników z regułami tzw. rozsądnego picia. To podejście jest szczególnie chętnie stosowane w Wielkiej Brytanii, która jest zdecydowanie „mokrym krajem”. Przez długi czas rząd brytyjski zalecał odpowiednie reguły. Ostatnio akcent został położony na abstynencję, jako postawę optymalną, ale mimo to pozostała odpowiednia zachęta do rozsądku. Jeśli grupa nam zaufała

w podstawowym stopniu, to ta część programu może być niezwykle cenną wymianą refleksji. W pracy z osadzonymi może być tak, że będziemy pracować w warunkach ograniczonego zaufania uczestników, ale nie można tego przesądzać, zwłaszcza jeśli prowadzący zaskarbił sobie zaufanie osadzonych wcześniej jako kompetentny funkcjonariusz. Są różne sytuacje i poziomy tego zaufania. Podstawą pozostaje obiektywny materiał, uzyskany w toku pracy.

Zanim jednak zaczniemy objaśniać pojęcie i reguły rozsądnego korzystania z alkoholu, nie zapomnijmy zaznaczyć, że najlepszą metodą unikania szkód jest unikanie picia, czyli abstynencja. W grupie mogą być abstynenci albo osoby, dla których abstynencja może być drogą wyjścia z poważnych kłopotów. **Nie może powstać mylne wrażenie, że nie cenimy postawy abstynencji.** Zgodnie z danymi naukowymi jest ona najkorzystniejszą postawą. Nawet spotykane od czasu do czasu pochwały zdrowotne picia czerwonego wina tego nie zmieniają. Zresztą te pochwały wydają się fragmentem celowej kampanii promocyjnej producentów win. Wielu uczestników, którzy sami nie są abstynentami — nadal ceni tę „postawę z dzieciństwa”. Bywa, że uważają ją za nieosiągalną dla siebie. Nie niszczy takich dodatnich opinii. Nie gaśmy nadziei.

Gdy zajmiecie się „regułami rozsądnego picia”, skupcie się przede wszystkim na regułach pomocnych w zredukowaniu ryzyka szkód. Trzeba omówić część zawierającą tzw. limity i zasady rozsądnego picia. Rozłóżmy omawianie na raty, nie spieszmy się, sprawdzajmy pytaniami, czy jesteśmy rozumiani. Większość zaleceń podawanych w tej części programu może być znana uczestnikom w formie potocznej, w postaci anegdotycznej, w której mieszają się fakty i zmyślenia. Część wiedzy będzie bez wątpienia nowa, gdyż przeważnie picie alkoholu jest zachowaniem dość spontanicznym, regulowanym na zasadach tzw. dowodu społecznego, a jego styl jest wybitnie związany ze społecznym uczeniem się zachowań i wpływem środowiska. Realizator mający dużo cierpliwości może wzbogacić tę część programu poprzez sondowanie stanu wiedzy uczestników i porównywanie ich z naukowymi standardami „rozsądnego picia”. Praca ta może przebiegać w różnych formach: „burzy mózgów”, pracy w małych podgrupach, odpowiedzi na kartkach na zadane pytania czy w formie dialogu. Autor stosował dotychczas formy uproszczone z powodu ograniczeń czasowych. Zasadniczą kwestią okazywało się zapoznanie uczestników z pojęciem porcji standardowej alkoholu i wprowadzenie zasady jednakowego działania alkoholu niezależnie od napoju (a pamiętajmy, że w ramach strategii marketingowych biznes piwny promuje pojęcie piwa jako napoju innego niż pozostałe napoje alkoholowe). **„Alkohol zawarty w piwie, winie i wódce jest ten sam i działa tak samo”.** Oczywiście jest to pewne uproszczenie, na przykład napoje zawierające ditlenek (dwutlenek) węgla, czyli „bąbelki”, powodują szybsze wchłanianie się etanolu do płynów ciała. Jednak to uproszczenie ma znaczenie, gdyż znaczna część etanolu jest spożywana w postaci piwa, a okazuje się, że i tak powoduje to wysokie stężenia finalne etanolu w płynach ciała. Owszem, rozsądniej jest stosować napoje mniej stężone, ale tylko wtedy, gdy spożywamy przy ich udziale mniej alkoholu. Zasady „rozsądnego picia” obejmują:

- ilość wypitego napoju (stężenie finalne w płynach ciała, czyli BAC, zwykle liczone w promilach),
- okoliczności picia (jest wiele sytuacji życiowych, które wykluczają picie jako zbyt ryzykowne),
- wiedzę fizjologiczną o przyswajaniu i działaniu, a także tempie rozkładu alkoholu,
- aktualne, indywidualne cechy pijącego (wiek, stan zdrowia, płeć, waga ciała, historia rodziny).

Wiedza ta może być podawana na przykład na kanwie sporządzanych często tabel działania alkoholu na organizm kierowcy, spotykanych w literaturze popularnej i w sieci. Oto uwagi do reguł:

- ilość wypitego napoju (stężenie finalne w płynach ciała, zwykle liczone w promilach)

Przyjmuje się, że **nie należy wypijać ilości, która powoduje stężenie BAC większe niż 0,2 promila!** Dlaczego to wydaje się nam szokująco mało? Bo przywykliśmy do zbyt dużych stężeń BAC. Tymczasem ilość ta w przypadku mężczyzny o wadze 80 kg oznacza spożycie jednej porcji standardowej etanolu, czyli... szklanki piwa. Jeśli uwzględnimy fakt rozkładu etanolu w tempie mniej więcej jednej porcji standardowej na godzinę, to mężczyzna o tej wadze, jeśli zamówi kufel piwa (0,5 litra) i sączy go przez godzinę w pubie, zasadniczo nie powinien przekroczyć tej granicy (?). Nie jest to zatem ilość „abstynencka”. Podobnie, jeśli wypija lampkę wina na godzinę. Trochę gorzej jest z wódką, gdyż tzw. setka to porcja przekraczająca 3 do 4 razy opisaną granicę. W przypadku kobiet (niższa waga, mniej wody w organizmie) granica ta jest odpowiednio niższa. Z tego powodu czasami przyjmuje się nieco wyższy limit 0,5 promila jako bardziej realistyczny. Do czego sprowadza się taki styl picia? Do ostrożnego „drinkowania”, a nie szybkiego upijania się.

Podawane przez polskich specjalistów „normy” dotyczą też ilości dziennych i tygodniowych. Wspominaliśmy już, że **przekroczenie 60 g etanolu przez mężczyznę i 40 g przez kobietę przy jednej okazji** to naukowo określona granica upicia się. W przypadku piwa oznacza to więcej niż 1,5 litra piwa dla mężczyzny i litr dla kobiety. Dużo? Mało? To obiektywnie wyznaczona granica.

Dlaczego takie różnice dla kobiet i mężczyzn? Wynikają z fizjologii. Gdy on i ona siedzą przy stoliku i on spożył alkohol do poziomu 1 promila, to u niej są to prawie 2 promile. Wystarczy dokładnie przeliczyć ten poziom, wychodząc z danej ilości alkoholu. A ryzyko rośnie wraz ze stężeniem BAC i to wykładniczo. Ponadto panuje przekonanie, że dla kobiet picie jest bardziej ryzykowne, gdyż szybciej się uzależniają, trudniej zatrzymuje się u nich chorobę i zakres szkód u kobiet jest szerszy (np. FAS u dzieci). Tradycja tak to ustawiała, starając się ograniczać spożycie kobiet poprzez odpowiednie obyczaje.

Jest jeszcze jedna reguła — **nie pijemy dzień w dzień. Przynajmniej (przynajmniej!) 2 dni bez alkoholu w tygodniu**, aby organizm zdołał się zregenerować. Generalnie picie systematyczne nie ma dobrej prasy wśród badaczy, chyba że należą do dość dużego grona wspieranych przez biznes alkoholowy. Nie żałuje on pieniędzy na tego typu „badania”.

- okoliczności picia (jest wiele sytuacji, które wykluczają picie jako zbyt ryzykowne)

Te sytuacje to: praca (bo możemy spowodować wypadek i jesteśmy mniej wydajni, nie mówiąc o jej utracie z przyczyn prawnych), ciąża i karmienie (bo spowodujemy ciężkie uszkodzenie płodu znane jako FAS/FAE), prowadzenie maszyn (auta, statki, samoloty, może i balony...), opieka nad dziećmi, uprawianie sportów i turystyka, zwłaszcza sporty ekstremalne, określone choroby i leki wchodzące w interakcję z etanolem. Jest tych sytuacji wiele i one wszystkie oznaczają konieczną abstynencję.

- wiedzę fizjologiczną o przyswajaniu i działaniu, a także tempie rozkładu alkoholu

Alkohol etylowy rozkłada się, głównie w wątrobie, w tempie od 8 do 16 g na godzinę, lecz już po rozłożeniu może nadal (!) osłabiać wydolność z powodu zatrucia organizmu aldehydem octowym, czyli produktem jego utleniania (patrz: kac). Tego procesu rozkładu etanolu nie daje się przyspieszyć, stąd zaskoczenie, gdy kierowca ma jeszcze promile, a pił poprzedniego dnia. Alkohol stosunkowo szybko dostaje się do mózgu, ma dużą zdolność przenikania do płynów ciała. W niskich stężeniach jest bezpieczniejszy niż w wyższych, przy okazji dając więcej satysfakcji (reguła: „Mniej jest lepiej”). Wyższe stężenia BAC kierują ku depresji, frustracji, agresji. Napoje z bąbelkami szybciej uderzają do głowy i mogą „zaskoczyć” konsumenta. Promil BAC to 1 gram czystego etanolu w jednym decymetrze sześciennym płynów ciała (litrze), nie tylko samej krwi — w całym ciele, które ma 70% wody u mężczyzn i 60% wody u kobiet w stosunku do wagi ciała podanej w kilogramach. Część tej wiedzy podawaliśmy już na początku, ale nie zaszkodzi powtórzenie.

- aktualne, indywidualne cechy pijącego (wiek, stan zdrowia, płeć, waga ciała, historia rodziny).

Istnieją pewne indywidualne cechy pijącego, np. u osób, które w rodzinie miały uzależnionego wśród przodków, może występować tzw. efekt teleskopowy — znacznie szybsze wchodzenie w uzależnienie (np. 4 razy szybciej niż inni tyle samo pijący). Podobnie ludzie młodzi mają większe straty w układzie nerwowym. Nie powinni pić cukrzycy oraz osoby biorące określone leki w chorobach chronicznych (np. nie powinni pić leczący się psychotropami, np. neuroleptykami). Zawsze zatem powinniśmy znać swoje indywidualne ograniczenia.

Jak widać, jest to **wiedza o rozsądnym piciu**. Wiedza, której ludzie najczęściej nie mają. Prowadzący bardzo dobrze zrobi, jeśli poszerzy ten fragment wiedzy o jakieś inne, dokładne źródła. I tak na stronach Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych znajduje się zakładka „Sprawdź, czy Twoje picie jest bezpieczne”. Można znaleźć reguły polskie i anglosaskie, a także skandynawskie. Uzyskamy wtedy szerszy obraz zagadnienia niż w oparciu o powyższe skrócone dane. Ten element powierzyłbym najchętniej samokształceniu prowadzących, gdyż wysiłek włożony w poszukiwanie „reguł rozsądnego picia” zaprocentuje lepszą efektywnością w ich przekazywaniu uczestnikom. Nie możemy bowiem ograniczyć się do kwestii, że reguły takie istnieją, ale musimy podać, jakie one są, na czym polegają.

Może tylko dodajmy, że na świecie spotyka się dosłowną naukę rozsądnego picia z zastosowaniem autentycznych napojów alkoholowych. Stosuje się ją wśród osób, które przyłapano na łamaniu reguł, np. ludzi młodych z grupy skrajnego ryzyka. Oczywiście taką formułę chętnie popiera przemysł alkoholowy, ale autor niniejszego programu jej nie popiera, tylko o niej wspomina dla porządku. Poza tym koszty, koszty...

VIII. Drugie podejście — badanie BAC przy ostatniej okazji.

[omawiany poniżej ważny fragment może być realizowany tuż po teście AUDIT, zależnie od preferencji prowadzących]

Stopniowa refleksja autora nad scenariuszem, oparta o doświadczenia z realizacją ukazała konieczność zajęcia się sprawą zawartości etanolu w płynach ciała. Wydaje się nawet, że w warunkach polskich jest to zagadnienie wprost kluczowe. Zatem niezwykle istotnym ćwiczeniem dla grupy jest **indywidualne obliczenie stężenia alkoholu we krwi w momencie ostatniej okazji picia i zestawienie wyników dla grupy**. Powinien powstać podobny wykres/rysunek grupowy, jak powstały z wyników AUDIT. Tym razem na osi x będą przedziały stężenia BAC w promilach, a na osi y liczebność wskazań. To bardzo ważne ćwiczenie, ponieważ **przekraczanie dopuszczalnego stężenia BAC (upijanie się) wydaje się NAJPOWAŻNIEJSZYM PROBLEMEM ALKOHOLOWYM W POLSCE**. Mylnie sądzimy, że tym problemem jest uzależnienie, tymczasem w liczbie uzależnionych nie odstawiamy tak radykalnie od średniej europejskiej. A tolerujemy upijanie się. Około 2/3 mężczyzn, którzy używają alkoholu, przekracza granicę upijania się przynajmniej raz w miesiącu (dane WHO). Autorowi jeszcze nie zdarzyła się grupa, w której nie byłoby osób przekraczających dopuszczalne stężenia alkoholu w płynach ciała. Zwykle jest takich osób wyraźnie więcej niż nawet tych, którzy przekraczają pułap 8 czy 10 punktów w teście AUDIT. Nawet jeśli po teście AUDIT uczestnicy odetchnęli z ulgą („możemy jeszcze ćwiczyć”), to wyniki tego drugiego testu stanowią dla wielu faktyczny moment do zastanowienia się nad ich stylem kontaktów z napojami alkoholowymi.

Uczestnicy mają rozdane pisaki, najlepiej jakieś jednakowe, aby zwiększyć dyskrecję. Mają też karteczki. Całe obliczenie można zapisać na jednej małej

kartce. Ich zadanie to najpierw przypomnieć sobie i wypisać konkretne ilości alkoholu wypite przy ostatniej okazji, na przykład:

- 1 piwo 0,5 litra,
- 2 lampki wina,
- 2 „setki” wódki.

Ile to porcji standardowych? $2 + 2 + 7 = 11$, czyli 110 g czystego etanolu. To ilość przyswojona w tym przykładzie podczas ostatniej okazji (np. imienin). Kolejna czynność to ustalenie ilości wody w organizmach badanych. W przypadku mężczyzn trzeba pomnożyć ich wagę w kilogramach razy 0,7 (70% orient. wagi ich ciała to woda). W przypadku kobiet należy pomnożyć ich wagę razy 0,6 (60% wagi). Uzyskujemy liczbę litrów wody, w których rozpuścił się cały spożyty alkohol.

Teraz wystarczy podzielić liczbę gramów etanolu przez liczbę litrów wody, aby uzyskać BAC liczony w promilach (1 promil to 1 gram etanolu na 1 litr płynów ciała/decymetr sześcienny). Ten wynik powinni wpisać na kartkę uczestnicy (prosimy, aby wpisali wyraźnie!). Zbieramy karteczki.

Jak widać, operacja nie jest skomplikowana, ale w przypadku części osadzonych może być dość trudna. Bywa, że nasi klienci są na granicy zdolności liczenia, chociaż coraz rzadziej. Wtedy musimy wspomóc ich poprzez powolne omawianie poszczególnych operacji. Być może wtedy można za ich zgodą zrezygnować z anonimowości na rzecz lepszego, bardziej wiarygodnego wyniku? Relacje między osadzonymi bywają skomplikowane, tym bardziej z funkcjonariuszami. Autor nie rozstrzyga, co jest możliwe w danej sytuacji. Zawsze trzeba pracować z taktem i wyczuciem. Jeśli uda nam się przeprowadzić to ćwiczenie i wprowadzić wyniki na duży wykres, aby były widoczne, możemy przedzielić go jakąś linią demarkacyjną na poziomie 0,2 (lub 0,5 promila?). Wyliczymy wtedy, jaki odsetek grupy przekraczał przy ostatniej okazji granice rozsądnego picia. Zwykle jest to wiele osób, choć nie zawsze większość.

Jest tutaj również dodatkowy walor edukacyjny: oto w wielu grupach część uczestników nie jest w stanie przypomnieć sobie ilości napojów alkoholowych spożytych przy ostatniej okazji. To specyficzny znak braku kontroli. Tymczasem jest to niezbędny warunek „rozsądnego picia”. Trudność w przypomnieniu sobie tej ilości jest dla prowadzącego dodatkowym argumentem na rzecz konieczności lepszej kontroli sytuacji konsumenckich, oprócz czysto fizjologicznych i subiektywnych doznań pijących. Przecież w miarę treningu w picciu przesuwają się te granice (efekt zmiany tolerancji na alkohol) i ktoś może zupełnie nie zdawać sobie sprawy z osiągniętych „wyników”.

Jeżeli dla większości uczestników policzenie stężenia alkoholu w promilach we własnej krwi (ściślej: w płynach ciała) po ostatniej „balandze” jest ZA TRUDNE — to prowadzący musi pracować powoli, etapami, z pisaniem i tłumaczeniem na tablicy z przykładami. Oznacza to konieczność uzyskania dużej biegłości w tego rodzaju obliczeniu przez samego prowadzącego. Jeśli prowadzący opracuje sobie odpowiednią „metodę wykładu”, z pozoru niewykonalne zadanie staje się całkiem przystępne i ciekawe dla uczestników. Warto

po obliczeniu porównać stężenie uzyskane z naukowymi danymi fizjologicznymi na temat reakcji organizmu przy danym stężeniu. Nie zapomnijmy podać granicznych stężeń grożących śmiertelnym zatruciem (u osób bez zmienionej tolerancji na etanol tylko 3,0–3,5 promila, ze zmienioną znacznie więcej). Może się okazać, że będą uczestnicy, którzy osiągnęli tę granicę! Dlaczego w takim razie przeżyli? Prawdopodobnie ich organizm doznał znacznej zmiany tolerancji na ilość alkoholu. Jest to jedna z oznak procesu uzależnienia i nie ma się z czego cieszyć. Oczywiście jesteśmy radzi, że przeżyli...

Liczenie na piechotę nie jest jedyną możliwością. Są rozmaite „liczniki BAC”, w tym tradycyjne kółka tekturowe z ruchomymi elementami. Ponadto jest wiele liczydełek alkoholowych w sieci. Daje to prowadzącemu większe możliwości, jeśli może rzutować na ekran jakieś obliczenie. Jednak liczenie tradycyjne zupełnie wystarcza. W trakcie tej fazy pracy możemy spotkać się z pytaniami. Pomagajmy wtedy uczestnikom. Świadczy to o autentycznym zaangażowaniu uczestników w program.

Jeśli już dysponujemy wykresem dla grupy, jest możliwa refleksja nad aktualnym modelem picia panującym w Polsce. Jego wada polega właśnie na tolerancji dla upijania się. Narody, które nie mają takiej tolerancji, mają od razu mniej szkód alkoholowych (np. Włosi). Przy włoskim modelu umiaru jest kilkakrotnie mniej uzależnionych niż w Polsce, a ilość spożywanego etanolu tak bardzo się nie różni w obu krajach. Tzw. model północnoeuropejski ma to do siebie, że generuje znaczną ilość szkód. Naszą szansą jest rezygnacja z tego modelu na rzecz „drinkowania” (lub nawet abstynencji).

W Narodowym Programie Trzeźwości (2018) jest na końcu zestaw trzech haseł:

- **„Nie upijaj się!”;**
- **„Mniej jest lepiej”;**
- **„A najlepiej wcale”.**

Te trzy hasła dobrze oddają ducha programu „Korekta dla osadzonych”. W miarę doświadczeń z wielu realizacji autor przekonuje się, że właśnie obliczanie BAC jest najważniejszą umiejętnością wyniesioną z programu, gdyż odnosi się do kluczowego deficytu w kompetencjach alkoholowych Polaków.

IX. Ocena ewaluacyjna spotkania.

Końcowym elementem programu powinno być przekazanie informacji kontaktowych dla osób chcących zasięgnąć dokładniejszej porady czy pomocy (adres telefon, wskazówki praktyczne). Być może będzie niezbędne kontynuowanie pracy przy przejściu na tryb indywidualny? Element ten może być swobodniejszy co do formy.

Należy też ocenić przebieg programu, poddać go ewaluacji formatywnej. W tym celu rozdajemy karteczki z prośbą o wpisanie oceny, np. w skali szkolnej (1–6) lub rozdajemy całe jednostronicowe kwestionariusze ankiety ewaluacyjnej. Zbieramy karteczki/ankiety do pojemnika nieprzezroczystego, po czym zliczamy, szybko rozkładając na kupki. Uzyskane wyniki prezentujemy w formie

tabelki na tablicy. Zwykle wyniki są pozytywne, co pomoże nam w ten sposób, poprzez ich natychmiastowe upublicznienie, wzmocnić siłę oddziaływania całości programu. Możemy jednak pominąć ten krok, jeśli sądzimy, że zaszkodziłby efektom naszej pracy. **Spotkanie kończy się gratulacjami dla uczestników z powodu ich udziału w programie** i życzeniami umiejętnej zastosowania nabytej wiedzy w przyszłości. Warto wypracować własny schemat zakończenia. Oczywiście tego typu zakończenie musi być dostosowane do warunków pracy z osadzonymi. **Ponadto jest to dobre miejsce, aby ukazać znaczenie trzeźwości dla unikania recydywy.** Przecież z powodu naruszeń w tej dziedzinie osoby kończące karę nierzadko popadają niezwykle szybko w kolejne przestępstwa.

Nie jest wykluczone, że będzie wskazane lub niezbędne kontynuowanie pracy już w formie indywidualnej.

X. Uwagi końcowe

Proponowany program bardzo różni się zarówno od programów stosowanych w pracy z dziećmi i młodzieżą, jak i od programów skupionych na problemie alkoholowym — uzależnieniu. Zakładany tu model to model zmniejszania ryzyka szkód (ogólnej prewencji, zbliżony w pewnym sensie do tzw. *harm reduction*, choć z nim nie identyczny). Model ten autor uważa za dostosowany do pracy z dorosłymi osobami, chociaż zapewne znacznie trudniejszy w przypadku osób osadzonych w zakładzie karnym. W tej grupie może być trudniej uzyskać dużą zmianę zachowań, nawet uzasadnioną profilaktycznie. Chociażby z powodu takiej trudności, że od momentu realizacji programu czasami może minąć sporo czasu, zanim uczestnicy wypróbują jego efekty na wolności.

Specyficzną cechą proponowanego modelu jest **stosunkowo** mała ilość informacji o chorobie alkoholowej. Jest to celowe. Temat choroby alkoholowej jest tak obszerny i poważny, że wymagałby całkiem osobnego cyklu zajęć, a pozostaje sprawą otwartą, czy właśnie więzienie jest najlepszym miejscem do uprawiania terapii choroby alkoholowej? Jeśli mamy luksus pracy w sąsiedztwie więziennego oddziału terapeutycznego, to tak, jak najbardziej. Brak nacisku na zagadnienie uzależnienia czyni program bardziej uniwersalnym. Autorowi wydaje się, że tematyka uzależnienia może być omawiana **na kolejnych spotkaniach**, już niezależnie od schematu „Korekty”. Z uwagi na dość znaczną liczbę osadzonych wykazujących poważne problemy alkoholowe takie dodatkowe zajęcia mogą okazać się niezbędne. Możemy się w nich oprzeć na scenariuszach stosowanych np. w oddziałach terapeutycznych, gdzie są zajęcia edukacyjne obok terapii. Z pewnością takie zajęcia wzbudzą duże zainteresowanie części uczestników. Może warto ich rekrutować właśnie poprzez „Korektę”? Podczas „Korekty” otrzymują tylko bardzo podstawową wiedzę o uzależnieniu, a może potrzebują jej więcej? Dlaczego zatem zaczynamy od programu uniwersalnego? Bo jego elementy są ważne równo dla każdego, bez różnicy. Nazywamy to uniwersalnością.

Obecność osób najbardziej zagrożonych może nas kierować do:

- skrótego i wyraźnie interwencyjnego podania najważniejszych informacji o uzależnieniu,

- przygotowania danych pomocniczych, najlepiej w postaci gotowej ulotki własnej roboty z adresami pomocniczymi,
- gotowości prowadzącego do kontynuowania tematu dla chętnych osób w postaci dodatkowych zajęć skupionych wokół tematu choroby.

Może się zdarzyć prośba o kontakt bezpośrednio po programie, zatem warto go przewidzieć, aby nie być zaskoczonym pytaniem „Co ja mam zrobić?”.

Pewne (częściowe) zredukowanie problematyki uzależnienia może być korzystne z uwagi na przewyciężenie stereotypu, że jedyny problem alkoholowy to głębokie uzależnienie. Osoby myślące w ten sposób zwykle pomijają szkody alkoholowe, których aktualnie doznają, wciąż pocieszając się myślą, że nie są jeszcze „denatami” z tzw. zejściowej fazy uzależnienia. Przyjęty model jest zatem oparty na znanym w nauce tzw. paradoksie prewencyjnym, który głosi, że **suma szkód powodowanych przez osoby nieuzależnione jest większa od sumy szkód powodowanych przez osoby uzależnione** (również z racji liczebności obu grup!). Program dokładnie odzwierciedla ten model. Jednak model ten może nie odpowiadać ściśle sytuacji zakładów karnych. Zapewne wśród osadzonych może być znacznie większy odsetek osób wykazujących jakiś etap uzależnienia od alkoholu. Na to wskazują niektóre badania terenowe.

Ważną cechą programu jest nacisk na redukcję **nieprawidłowych przekonań normatywnych** i przez to zmniejszanie grupowej presji na jednostkę wywieranej w kierunku picia. Brak tu miejsca na dokładne omawianie szczegółów tego mechanizmu, ale program był projektowany z jego uwzględnieniem. Samo potraktowanie indywidualnie każdego z uczestników poprzez wypełnianie osobistego testu już redukuje postawy typu „wszyscy piją”. Okazuje się, że nie wszyscy i niejednakowo ostro. Przekonanie, że „wszyscy piją”, jest bardzo groźne w skutkach. Skłania natychmiast do nadużyć alkoholowych, jakby usprawiedliwia je.

Ześrodkowanie programu na stopniowym przewyciężaniu wywołanego przez prowadzącego dysonansu poznawczego, który jest redukowany poprzez edukację i opanowanie nowych umiejętności, stanowi jego istotę. Dysonans ten wywołany jest rozbieżnością między ogólnikową wiedzą o szkodach alkoholowych a własnymi niezdrowymi zachowaniami uczestników. W zasadzie dysonans taki tkwi w naszej aktualnej kulturze, a przez prowadzącego jest jedynie wydobywany i wykorzystywany. Z tego punktu widzenia kluczowym momentem jest poprawne wydobywanie tej sprzeczności („pytania krytyczne”, ich sekwencja). Program ma też wyraźną komponentę interwencyjną, np. motywującą do podjęcia działań. Jest ona zawarta w objaśnieniach do listy strat oraz zwłaszcza w wypełnianiu testu AUDIT. Składnik interwencyjny nadaje programowi odpowiednią siłę oddziaływania. Te zagadnienia zostały omówione szerzej w jednym z wykładów video zawartym w kursie e-learningowym SWWS.

Co do czasu pełnej realizacji programu, to jest to kwestia otwarta, możliwa do rozstrzygnięcia w praktyce. Sprawny realizator jest w stanie zrealizować podstawę programu w ciągu ok. 3 godzin zegarowych (z krótkimi przerwami). Autor zdołał kiedyś zmieścić się w 2 godzinach, ale tego nie zaleca. Najbardziej

typowy czas szkoleniowy to „od śniadania do obiadu”, wliczając w to kwestie przejścia z miejsca zakwaterowania do sali wykładowej. W warunkach zakładu karnego może być inaczej, trzeba to przewidzieć i dostosować się do warunków. Również zdolność grupy do udziału w zajęciach może być mniejsza niż innych, chociażby z powodu różnych deficytów poznawczych. Musimy to ocenić z góry. Pracujemy tak długo, jak grupa pozwala, ale też tak, aby zrealizować zasadnicze aspekty programu. Zazwyczaj grupa sporo wytrzymuje, jeśli jest zainteresowana tematem. Czasem zaskakująco dużo. W takim wypadku warto podzielić program na zasadnicze bloki, na przykład:

- wprowadzenie edukacyjne na temat etanolu,
- burza mózgów „korzyści — straty” wraz z omówieniem tabeli,
- pytania krytyczne i test AUDIT z ogłoszeniem i analizą wyników,
- „przewodnik rozsądnego picia”,
- nauka liczenia BAC w promilach (może być tuż po AUDIT*),
- zakończenie (ewaluacja, ewentualne pytania czy konsultacje).

Trzeba ponownie przestrzec prowadzących przed zbytnim rozbudowywaniem I części edukacyjnej. To zasadniczo tylko zagajenie przy pomocy pożytecznej wiedzy, a zazwyczaj prowadzący (autor także) ma tendencję do dłuższego opowiadania o etanolu. Wymagana tu jest czujność, jeśli zauważymy u siebie taką tendencję, bo zabraknie nam czasu na zasadnicze zagadnienia.

Czy warto rozbijać program na części? Musi to określić prowadzący, ale nie zawsze jest to uzasadnione z powodu tego, że program jest pewną całością. Kolejne spotkanie mogłoby już dotyczyć samego zjawiska uzależnienia, jeśli prowadzący się na nim zna.

Na zakończenie podkreślmy to, co zostało powiedziane już na wstępie: program nadaje się do realizacji przy przeciętnym przygotowaniu (konieczne wtedy dokładne przestrzeganie scenariusza) przez każdego zaangażowanego wychowawcę po przygotowaniu w postaci kursu. Osoby silnie motywowane, ze zdrowym stylem życia, mogą opanować program szybciej. Dlaczego? Bo jest zaplanowaną strukturą, która po części „pracuje sama”. **W zasadzie można się opierać na sekwencji kolejnych pytań jako kręgosłupie programu.** Zawartość edukacyjna może być wtedy nieco ograniczona.

Poważnym wymaganiem wobec prowadzących są ich osobiste dyspozycje, styl życia i styl prowadzenia programu. Środowisko więziennicze może być trudnym terenem do nawiązywania bardziej bezpośrednich relacji typu warsztatowego, chociaż autor zna wychowawców, którzy świetnie sobie z tym radzą. Dla realizacji programu nie jest konieczna „fraternizacja” z osadzonymi czy zacieranie granic. Najważniejsza jest uwaga i ścisłość. Prowadzący powinien być uważny, na przykład częściej sprawdzać, czy jest dobrze rozumiany i okazywać niezbędny szacunek uczestnikom. To wystarczy. Wtedy można spokojnie poprowadzić program bez konieczności zmieniania ustalonych reguł dystansu wobec siebie. Zatem rzeczywista troska o osoby osadzone będzie się w tym wypadku przejawiać w starannym przygotowaniu do programu. Najważniejszą rzeczą

jest rozumienie uczestników, a nie schlebianie im czy kokietowanie. Oczywiście odrobina lekkości czy humoru pomoże samemu prowadzącemu. Zdecyduje ostatecznie jakość spotkania wypracowana w toku lektur, przemyśleń i przygotowania... Autor trzyma kciuki za prowadzących i życzy im satysfakcji z tego działania. Sam często takiej doznawał, prowadząc ten program. Czasem to było wiele satysfakcji.

XI. Uwagi pomocnicze, sprawy „zapomniane” chwilowo przez autora...

Niekiedy grupa ma trudności z podawaniem propozycji do zapisania na tablicy. Nie wpadajmy w panikę. Po chwili z pewnością padną jakieś określenia, być może pierwsze z nich będą banalne lub żartobliwe. W ten sposób uczestnicy „testują” prowadzącego, sprawdzając, czy rzeczywiście jest skłonny zaakceptować ICH propozycje.

W XIX w. i na początku XX dominował wśród działaczy trzeźwościowych pogląd, że alkohol jest zawsze i bezwzględnie trucizną. Obecnie większość specjalistów skłania się do uznania bardzo umiarkowanego spożywania alkoholu za zachowanie **względnie** mało ryzykowne. Nie znaczy to, że abstynencja zasługuje na odrzucenie, ale zmieniają się motywy do jej podejmowania. Z uwagi na możliwą obecność abstynentów podczas programu ważne jest, aby w żadnym razie nie promować picia jako takiego, lecz podchodzić to tego zachowania spokojnie i realistycznie. Zarówno abstynencja, jak i umiarkowane spożycie mają swój osobny sens i wartość, zależnie od okoliczności i wyborów poszczególnych osób. Nawet trucizny można używać z umiarem (choć autor jest od ponad 46 lat abstynentem alkoholowym, z wolnego wyboru, bez motywu choroby alkoholowej).

Pozycją godną polecenia dla tych wszystkich, którzy chcieliby ugruntować swą wiedzę ogólną na temat alkoholu w ludzkim życiu, jest *Vademecum alkoholowe* B. Woronowicza lub Kinseya *Zrozumieć alkohol*, a także *Ile możesz wypić?* **Johannesa Lindenmayera**. Bardzo bogate są też zasoby sieciowe (netografia).

Wersja B — syntetyczna, rok 2021

Poprzednia wersja miała charakter szczegółowy i była w zasadzie wersją klasyczną, chociaż rozwiniętą i dostosowaną do pracy w systemie penitencjarnym, uwzględniającą doświadczenia autora i zmiany programu od lat 90. Obecnie autor proponuje wersję, która być może będzie bardziej komunikatywna, zwłaszcza dla początkujących. W tym celu zastosuje technikę **pisania z pamięci**, w oparciu o ujednoliczoną strukturę powstałą po kilkuset osobistych realizacjach. Jest to ten sam program, ale inaczej opisany, tak aby maksymalnie ułatwić stosowanie go początkującym adeptom. Może komuś pomoże taka wersja, nigdy wcześniej niepublikowana? W drogę!

Opis B (w formie monologu autora)

Masz zamiar przeprowadzić grupową interwencję profilaktyczną w dziedzinie problemów alkoholowych z grupą osadzonych lub innych dorosłych osób? Zapewniam, że nie będzie ona skuteczna, jeśli Ty sam lub Ty sama nie będziesz osobą mocno uporządkowaną pod względem stylu kontaktu z alkoholem (piwem, winem, wódką i co tam jeszcze istnieje). Dlaczego? Ponieważ bezwiednie będziesz popełniać subtelne (lub grube) błędy w trakcie pracy. Najgroźniejszym z nich jest potwierdzanie normy społecznej **wymagającej** używania (nawet — nadużywania) alkoholu, np. w formie powiedzenia: „Alkohol jest dla ludzi, prawda?”.

Norma ta prowadzi do przekonania, że używanie napojów alkoholowych jest koniecznością, a sam etanol jest... witaminą, bez której żyć się nie da. Jeśli tak uważasz, to lepiej zrezygnować z prowadzenia tego programu, póki czas.

Wyobraź sobie, że na sali będzie obecny ktoś, kto zmaga się z uzależnieniem lub buduje z trudem swój umiar. I nagle słyszy: „Alkohol jest dla ludzi!”. Czyżby nie był człowiekiem? A jeśli nim jest, czy zawsze MUSI pić wraz z innymi lub samotnie?

Dlatego zanim podejmiesz się prowadzenia programu, spróbuj zastosować do samego siebie zawarte w nim reguły, wypełnij uczciwie test AUDIT, zastanów się nad własnym stylem kontaktu z napojami alkoholowymi. Może zajrzyj na stronę PARPA, gdzie jest zakładka z akcji „Sprawdź, czy Twoje picie jest bezpieczne”? Może policz swój wynik z ostatniej okazji używania alkoholu i oblicz, ile uzyskałeś promili? W sieci jest sporo odpowiednich aplikacji, które to liczą, ale możesz zrobić to „na piechotę” i porównać z ich wynikiem.

1. Organizacja spotkania typu krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie.

Zanim spotkasz się z uczestnikami (kilkoma, kilkunastoma, kilkudziesięcioma — na takie wymiary jest zaprojektowana „Korekta...”), warto poczynić

kilka przydatnych przygotowań. Po pierwsze, trzeba się rozejrzeć za informacjami o punktach i formach pomocy dostępnych dla uczestników (zależnie od rodzaju grupy mają inne potrzeby i możliwości, np. osadzeni inne niż kadra). Warto zatem sprawdzić WCZEŚNIEJ i mieć pod ręką dane o tym, gdzie osoba uzależniona mogłaby uzyskać pomoc (diagnozę, motywację, terapię, rehabilitację). Są następujące formuły tej pomocy:

- diagnoza dokonana przez kompetentnego terapeutę czy lekarza (wywiad, testy). Ten punkt może być dostępny najwcześniej, a jest i bardzo podstawowy, i niezbędny. Często ma miejsce już na terapii, ale to odrobinę zbyt późno;
- terapia uzależnień stacjonarna lub ambulatoryjna (ta druga zwykle dłuższa). Może ją zapewnić ośrodek państwowy (za darmo) lub prywatny (odpłatnie). Warto się dowiedzieć, nie tylko gdzie taki ośrodek jest w okolicy, ale też jak działa — są mniej i bardziej skuteczne. Ja za skuteczne uważam te, które zapewniają kompleksową pomoc/ofertę również rodzinie pacjenta (temat współuzależnienia) i które są na bieżąco z nowoczesnymi formami pracy terapeutycznej (przynajmniej indywidualne plany terapii, profilaktyka nawrotów). Każdy ośrodek jest superwizowany przez odpowiedni wojewódzki WOTUW, można zasięgnąć języka. Warto też pozbierać „plotki”, czyli środowiskowe opinie o pracy ośrodka pochodzące od pacjentów, którzy uzyskali tam pomoc (pozostałych lepiej nie pytać — nie będą bezstronni);
- udział w grupie samopomocowej (AA dla uzależnionych, Al-Anon dla współuzależnionych, Alateen dla młodzieży, DDA — dla dorosłych dzieci alkoholików). Ponieważ w Polsce jest ponad 2000 czynnych grup AA, to szanse na taką pomoc rosną. Bardzo cenię tę formę pomocy, znam osobiście setki osób, którym pomogła odzyskiwać trzeźwość i rozwijać się. Jednak trzeba pamiętać, że nie każdemu ta forma „pasuje”, gdyż opiera się na rozwoju duchowym. Wielu „odpada” krótko po kontakcie z grupą AA. Poza tym warto się upewnić, czy dana grupa trzyma się 12 Kroków i 12 Tradycji i czy jest czynna (!), gdyż bywają kryzysy w życiu grup i zdarza się, że one zanikają lub pogrążają się w stagnacji. Grupa nie musi być duża, ale powinna być aktywna i „klasyczna”. Wtedy działa. Taka grupa nie pracuje permanentnie — ma swoje godziny i dni spotkań. Trzeba się o nie wywiedzieć. Oczywiście zawsze też o adres;
- udział w życiu stowarzyszeń abstynenckich („kluby abstynenta”). To nie jest AA, ale forma wsparcia dla osób uzyskujących trzeźwość i chcących się spotykać, prowadzić normalne życie, rozerwać się. Zwykle klub jest też oparciem i kontaktem dla terapii i AA, ale to niezależne organizacje lokalne. Uwaga! Nie ma czegoś takiego jak „kluby AA”!!! To pomyłka. Nawet gdy klub umożliwi jakiejś grupie AA spotkania, to nie jest częścią światowego ruchu samopomocowego, nie musi się kierować 12 Krokami czy 12 Tradycjami AA. Skąd się wzięło to nieszczęsne określenie „kluby AA”, nie wiem, przypuszczam, że to uproszczenie ze strony osób słabo zorientowanych. Kluby prowadzą dość żywą działalność, w tym artystyczną, towarzyską,

turystyczną, często bardzo ambitną. Są też ludzkim oparciem w kryzysach, o które w tej chorobie łatwo;

- udział w religijnych zrzeczeniach wspierających trzeźwość (np. ruch Cenacolo czy Krucjata Wyzwolenia Człowieka). Mogą one odegrać pewną rolę, ale raczej na dalszych etapach „powstawania z kolan”, gdy osobie zdrowiejącej bywa naprawdę trudno. **Jestem zdania, że bez rozwoju duchowego stabilne odzyskiwanie trzeźwości nie jest możliwe.** Dla wielu oznacza to życie religijne, po prostu. Warto jednak pamiętać, że udział w różnych wspólnotach religijnych (u nas głównie katolickich) nie jest receptą na trzeźwienie, jakiej się spodziewają osoby postronne. Czy nie dzieją się tam cuda? Owszem, wydaje się, że się dzieją, wielu byłem świadkiem czy uczestnikiem. Ale czy można sobie „zamówić cud”? Czy to jest racjonalne? Mogą być ciekawe formy wsparcia w trzeźwieniu (np. tzw. ORDW — Oaza Rekolekcyjna Diakonii Wyzwolenia ruchu KWC), ale chociaż znam wielu, dla których przeżycia podczas takiej pracy były kluczowe w trzeźwieniu, to nie uważam, że można się opierać na prostych schematach — „wysłać i niech się nawraca”. To subtelna sprawa. Z jednej strony składnik „duchowej rewolucji” wydaje się kluczowy dla trzeźwienia, a z drugiej nie da się go „obstalować” jak butów u szewca. Słyszałem na własne uszy wyjaśnienia wybitnych psychologów (np. W. Miller), którzy połamali sobie zęby na takim podejściu. Może po prostu... Bóg jest suwerenny i po swojemu dzieli łaskę? Podobno nasze myśli nie są Jego myślami...

Zatem bardzo warto zorientować się, jakie jest tego rodzaju zaplecze, ale nie ma co liczyć na to, że „wyślemy go i załapie”. Zazwyczaj „nie załapie”, a jeśli nawet, to na bardzo krótko.

Czego się wystrzeżać? Różnych hochsztaplerów leczących magicznie czy wyłącznie farmakologicznie. Szkoda czasu i pieniędzy. A amatorów dobrania się do cudzej kasy jest ostatnio wielu.

Zatem jeśli zwrócą się do Państwa uczestnicy po programie i zapytają o możliwości pomocy, warto mieć pod ręką te przydatne informacje. Nawet jeśli oni nie poproszą, to zdarzy się z pewnością, że informacje będą potrzebne komuś z pracy czy z rodziny. To cenna wiedza. Jak każda wiedza, wymaga aktualizacji, zmieniają się adresy, nazwy, terminy.

Dziś całą tę pracę ułatwia internet, ale pamiętajmy, że sieć nie musi się liczyć z rzeczywistością.

Drugie przygotowanie jest techniczne. Trzeba mieć gdzie pracować i to w taki sposób, aby móc np. zebrać „fanty” od uczestników, o coś dopytać. Zdarzało mi się pracować w wyjątkowo niewygodnych układach, gdy dostęp do części uczestników był bardzo ograniczony. Oczywiście nie jest tak, że układ decyduje, ale pomaga lub utrudnia pracę. W trakcie programu uczestnicy parę razy coś piszą (np. wypełniają test AUDIT, obliczają BAC). Trzeba zapytać samego siebie, jak oni to zrobią. Oczywiście można test AUDIT wypełnić „na kolanie” (dosłownie), ale najlepiej, gdy uczestnik ma pewien komfort w trakcie tej

czynności i np. nie siedzi zbyt blisko kolegi zaglądnącego przez ramię. Najlepsze jest coś w rodzaju... szkolnej ławki. Byle nie oznaczało to rzędu siedzeń ramię w ramię. Wtedy możemy pracować, rozsadzając uczestników (np. sala na 60 osób, a pracujemy z 20 osobami). Ponieważ zdarzało mi się pracować w bardzo różnych warunkach, to wiem, że ZAWSZE da się popracować, chociaż nie zawsze komfortowo.

Tablica, pisaki, karteczki. To trzy niezbędne rzeczy. W warunkach więziennych dodatkowo trzeba się trzymać wymogów bezpieczeństwa, zwłaszcza tego, czy osadzeni nie wyniosą czegoś z sali (np. pisak może się przydać). Tablica, ponieważ w wielu fragmentach coś na niej zapisujemy: efekty burzy mózgów „zyski/straty”, które potem omawiamy, wyniki zbiorcze testu AUIDT i testu BAC, „reguły rozsądnego picia” itp.

Najwygodniejsze są tablice papierowe. Jeśli jednak nie mamy typowego „flipchartu”, to możemy posłużyć się np. paroma arkuszami papieru pakowego przyręczonymi taśmą do ściany (staramy się jej nie uszkodzić, bo nas obciążą lub wygonią!) i grubym mazakiem do papieru. Tu trzeba uważać. Mnie parę razy udało się nabroić, gdy pomyliłem rodzaje mazaków. Czy przydatne są te do białych tablic? Średnio, bo my potrzebujemy zachować wyniki między fragmentami pracy. Ale trzeba bardzo uważać z mazakami permanentnymi. Łatwo się z takim pomylić i zamazać bielutką tablicę na amen. Sprawdziłem parę razy...

Wspominam o tym, bo widzę, że „nowoczesność” wkracza do zakładów karnych i są tam wspaniałe sale wykładowe przeznaczone na spotkania kadry lub edukację więźniów i tam często jest tablica „ścieralna” do mazaków „zmywalnych”. W tym programie nie zawsze jest to pomocne. Zdarzało mi się, że na takiej tablicy umieszczałem papierowe płachty różnego pochodzenia, aby móc popracować dłużej. Program jest klasyczny, dopasowany jakby do klasy szkolnej. Zwykła gumowa tablica z kredą piszącą też dobra, ale wtedy trzeba umiejętnie gospodarować jej powierzchnią.

W zasadzie program można poprowadzić zupełnie bez nowoczesnych pomocy technicznych.

Kwestia kartek i pisaków. W paru fragmentach pracy uczestnicy piszą coś na karteczkach (anonimowo liczbę punktów AUDIT czy promile BAC), które zbieramy. Ja najchętniej używam zwykłych, NIEKLEJONYCH karteczek biurowych (tzw. kostki), ale można po prostu pociąć parę kartek papieru do ksero. Na głowę uczestnika potrzeba najmniej 3 karteczek (AUDIT, BAC i ocena spotkania, jeśli nie używamy kwestionariusza ewaluacji). Jako doświadczony prowadzący często pozwalam sobie na luksus otwierania sesji pytań. Na to też potrzebne karteczki. Karteczki trzeba mieć w co zebrać. Najlepiej sprawdza się nieprzezroczysta „reklamówka”, ale znam takich realizatorów, którym żony wydzierały gustowne woreczki z haftem (tak!). Ale to tacy, co prowadzą programy nałogowo i zarobkowo (oczywiście bardzo kompetentnie i ciekawie). Kiedyś sam miałem specjalny woreczek na kiju, który ułatwiał zebranie wyników, ale gdy parę razy przypadkiem dzieliłem uczestnika po głowie tym wynalazkiem — zaprzestałem. Reklamówka wystarcza.

Co do pisaków, to nie wiem, co doradzić. Pierwsza realizacja „Korekty” (żołnierze MSW i WP w Kielcach) opierała się na jednakowych ołówkach, które pracowicie zatemperowałem (pomyślcie: 120 sztuk). Ale była to przesada. Obecnie nie zwracam sobie tym głowy, co najwyżej mam w zapasie 2–3 pisaki, na okoliczność, gdy komuś pisak odmówi współpracy.

I to wszystko, co trzeba mieć. Pomieszczenie powinno umożliwiać ciągłą pracę przez 3–4 h (czasem idzie szybciej). Pamiętam, jak mi przeszkadzało, gdy musiałem ustąpić sali na odprawę sztabu w jednej z realizacji w Policji. Nic się nie stało, ale to przeszkadza.

W kursie e-learningowym SWWS „Korekta dla osadzonych” są gotowe 2 prezentacje do zastosowania. Owszem, one ułatwiają pracę, ale i trochę przeszkadzają, bo są „sztywne”. Zatem sala z rzutnikiem, ale bez tablicy jest bezużyteczna. Zwykle w takich salach są tablice papierowe na stojaku. Wtedy OK. Ale z doświadczenia wiem, że najlepiej idzie praca zwyczajna, bez fajerwerków, za to w dobrym kontakcie z grupą.

To, jak siedzą uczestnicy, nie jest kluczowe, nie muszą siedzieć w kółeczku. Oczywiście wiem, że układ uczestników ma znaczenie komunikacyjne, ale z doświadczenia uznaję to za problem wtórny. Mnie najlepiej pracuje się w układzie szkolnym („uczestnicy w ławkach, nauczyciel przy tablicy”). To dystansuje uczestników od prowadzącego, ale też daje mu parę punktów autorytetu. A i tak będziemy „pracować na oporze”, częściowo. Co jest natomiast ważne czy przydatne, to dystans między uczestnikami, który ułatwi im indywidualne wypełnianie kwestionariuszy. Niestety, prawie zawsze zaglądadają sobie przez ramię (nawyk szkolny?). Tego chyba nie da się całkiem wyeliminować, nawet przy dużym dystansie, ale próbujcie... Może Wam się uda, mnie nie udawało się zbyt dobrze, ale zawsze „jako tako”. Na szczęście nie ma to zasadniczego znaczenia, bo i tak przyjmuje się, że zebrane dane są przybliżone (czyli np. AUDIT tutaj, to nie jest to samo, co AUDIT indywidualnie, z lekarzem czy terapeutą).

Jak widać, trzeba się trochę postarać, ale pamiętajcie, że ten rodzaj zajęć da się poprowadzić ZAWSZE I WSZĘDZIE. Wiem z praktyki, chociaż nie raz musiałem improwizować. A poprowadziłem program setki razy, Bóg wie gdzie...

2. Rozpoczęcie spotkania, powitanie, zagajenie.

Tu jest pole do Waszej twórczości. Co ja robię? Staram się poznać, przywitać z uczestnikami, których często wcześniej nie znam. Nawet jeśli znam, to witam się CIEPŁO. Ciepło między ludźmi zazwyczaj pomaga w pracy z nimi (nie zawsze, wiadomo). W tym wypadku warto być ciepłym i rzeczowym zarazem. Nie wydaje mi się, aby trzeba było zawierać kontrakt z uczestnikami, są dorośli. Jest to natomiast absolutnie niezbędne w pracy z młodzieżą przy pomocy dowolnego narzędzia, lecz tutaj chyba nie? Oczywiście, jeśli dojdziecie do wniosku, że jakieś reguły trzeba zapowiedzieć i ich wymagać, to tutaj jest miejsce na tę czynność.

Aby wdrożyć uczestników do pracy w oparciu o pytania i zadania, zaczynam zwykle zagajenie od jakiegoś pytania (retorycznego lub rzeczowego).

— *Jak Państwo sądzą, czym się dziś zajmiemy?*

Padają kilka propozycji, a czasem od razu ta właściwa.

— *Alkoholem?*

— *Tak. Ludzie sądzą, że wszystko o nim wiedzą, tymczasem trzymają się często różnych mitów, półprawd, stereotypów. Na przykład sądzą, że napoje alkoholowe to witamina, bez której żyć się nie da. A kogo jest więcej na świecie wśród ludzi dorosłych: abstynentów czy używających alkoholu? Może zagłosujemy podnoszeniem ręki. Kto jest zdania, że więcej jest ludzi, którzy używają napojów alkoholowych przynajmniej raz do roku — niech podniesie rękę. A kto jest przeciwnego zdania? Widzę, że przeważa opinia, że więcej jest konsumentów, tymczasem według danych Światowej Organizacji Zdrowia na świecie żyje 57% osób starszych niż 15 lat, które w ciągu ostatniego roku nic nie piły. Większość dorosłej ludzkości to nadal... abstynenci. A kto z Państwa wie, jak wytwarza się alkohol?*

Padają kilka odpowiedzi, zdarzają się uczestnicy, których takie pytania bawią, np. doświadczeni bimbrownicy.

— *Może dowiem się od Państwa, dlaczego nie można uzyskać większego stężenia w fermentacji niż 10–12% czystego alkoholu?*

Cisza lub nieśmiało przypuszczenia.

— *Mikroorganizmy, które rozkładają cukier do alkoholu, robią to awaryjnie, gdy nie ma tlenu. Jednak muszą wydzielać alkohol na zewnątrz komórek. W pewnym momencie stężenie rośnie do tych 10–12% i alkohol zabija owe mikroorganizmy, bo jest toksyczny, jest trucizną metaboliczną.*

Zmieszanie, zdziwienie, ale też myśli, że tak jak się spodziewano, będzie „dydaktyczne trucie o szkodliwości picia alkoholu”.

— *A czy alkohol etylowy może nas zatruć śmiertelnie? Może? Tak? A kto z Państwa wie, w jaki sposób? Jak to się dzieje dokładnie?*

...

— *Nie ma zgłoszeń. Cóż... Alkohol etylowy jest w stanie uspić komórki nerwowe, które zarządzają automatycznie naszym biciem serca i oddychaniem, a są umiejscowione w rdzeniu przedłużonym człowieka. Jeśli stężenie jest zbyt duże, np. 3,5 promila, to większość ludzi traci przytomność, a od 4,5 promila może już się nie obudzić, przestaje oddychać. Czasem do szpitala trafi ktoś z bardzo wysokim stężeniem, ale lekarze nie mogą mu już pomóc, jego układ nerwowy i te ośrodki są już uszkodzone. Tak ginie co roku ponad 1500 osób w Polsce. Jeśli zaś ktoś ma tzw. mocną głowę, to też nie za dobrze. Jest to wynik posiadania bardzo sprawnych enzymów, które rozkładają alkohol, ale wtedy częściej go pijemy i szybciej się uzależniamy.*

Przytoczone przykłady zagajenia wskazują na to, że na tym etapie pracy dokonujemy krótkiego (KRÓTKIEGO) przeglądu wiedzy i niewiedzy uczestników na temat alkoholu i jego działania na organizm ludzki. Specjalnie zamieściłem wcześniej osobny rozdział z tego rodzaju danymi, może być przydatny. Nie powinniśmy się spierać czy kłócić z uczestnikami, czasem istotnie coś wiedzą lepiej. Warto jednak wybierać takie krótkie informacje, które uderzają

w alkoholowe półprawdy (lub wręcz alkoholowe kłamstwa), bo jak mawiał prof. Jerzy Mellibruda: „Alkohol oszukuje”. Lubił mówić, że „oszukuje”, a nie że „szkodzi”. Chociaż szkodzi też, zazwyczaj...

Typowym przejawem takiego oszustwa jest „efekt jednego kieliszka”. Przy niskich stężeniach alkohol działa relaksująco, ale przy większych działa depresyjnie, wzmacnia smutek. Ludzie się na to łapią, myśląc: „Skoro po jednym zrobiło mi się lżej, to po kilku będzie jeszcze lżej. Gonią ten punkt szczęścia, po czym okazuje się, że łądzą w smutku, depresji, agresji i osłabieniu. To słynna „tajemnica małych stężeń”, czyli reguła, że pijąc, nie powinno się przekraczać niskich stężeń alkoholu w płynach ciała — promil to 1 gram etanolu na decymetr sześcienny (litr) płynów ciała.

Na tym etapie pracy czasem podpieram się swoją prezentacją, ale często nie. Jest to bowiem rozmowa z uczestnikami, ma zaznaczyć nasz szacunek do ich wiedzy/niewiedzy, bo każdy z nas w czymś się myli. Nie jesteśmy bogami. Zwykle omawiam najprostsze zagadnienia podstawowe, np. wyjaśniam, dlaczego etanol jest taki wszędziebylski w naszym ciele (powtórka z chemii organicznej — jest częściowo polarny i mały, więc łatwo przenika przez błony komórkowe zbudowane z cząsteczek fosfolipidów). Pokazuję model cząsteczki lub rysuję go na tablicy.

Wyjaśniam też, jak działa, omawiając krótko zagadnienie zmiany w neurotransmisji (lepiej nie używać tego słowa, ale opisać zjawisko).

Co jest ważne na tym etapie? Uzyskanie kontaktu z uczestnikami, przyzwyczajenie ich do trybu pracy przez wypowiedzi i głosowania, zbudowanie pewnego autorytetu poznawczego („coś wie”), zaskoczenie kilkoma nowymi danymi.

Ważne, abyśmy nie sądzili, że mamy obowiązek powiedzieć wszystko o alkoholu lub już na tym etapie nim straszyć. To nie jest ekstensywna edukacja alkoholowa. Owszem, jako doświadczony autor i realizator czasem ulegam takiej pokusie, ale wtedy gryzę się w język i zaprzestaję. Ponieważ to nie jest tak, że ludzie robią coś źle z alkoholem, bo nic nie wiedzą. Wiedzą całkiem sporo, ale zwykle niedokładnie. Nasze sprostowania nie spowodują, że się przestraszą i zaprzestaną picia. Nigdy! Natomiast wydaje się pożyteczne dostarczyć nieco wiedzy, która ich w życiu ominęła. Właściwie powinni się tego dowiedzieć w szkole, na zajęciach z chemii, biologii, higieny itp. Ale może byli na wagarach?

3. Po zagajeniu — burza mózgów: „zyski i straty alkoholowe”.

To ważny etap. Pytamy najpierw o to, jakie ZYSKI (KORZYŚCI) przynosi używanie napojów alkoholowych?

Jakie ZYSKI (KORZYŚCI) przynosi używanie napojów alkoholowych?

Precyzujemy, że chodzi o zyski dla pijących, a nie zastosowania techniczne (rozpuszczalniki, paliwo) czy ekonomiczne dla biznesu. Dla pijących. Co z tego mają?

Jest istotne, aby jasno zaproponować wypowiedzi, czasem trochę je ułatwić i zapisywać w kolumnie, rządkiem, najlepiej w taki sposób, jak są podawane. Dla niektórych uczestników jest to okazja do popisania się wymową przed kolegami. Padają określenia zarówno poważne, jak i żartobliwe. Czy dążymy do wypełnienia arkusza? Niekoniecznie. Może nam wystarczyć tylko kilka propozycji. Nic na siłę.

Uczestnicy na tym etapie dziwią się, że pytamy o zyski. Przyzwyczaili się, że profilaktyka to jedynie opowieść o stratach alkoholowych. A tu pytanie o zyski? **Ważne, aby nie zmieniać kolejności pytań.** Pewnie nic by się nie stało, gdybyśmy się pomylili i zapytali najpierw o straty, ale po co tracić dobry efekt zaskoczenia/rozbawienia? Tym bardziej że większość uczestników jest przekonana, że takie zyski są, bo inaczej czemu by ludzie pili? Większość doznała też osobiście jakichś zysków, np. pozytywnej zmiany nastroju, przyjemnych wrażeń smakowych, poczucia przynależności do grupy itd. Bo, kochani realizatorzy — zyski z picia są! Wiem o tym, jakem abstynent.

Wielu profilaktykom nie przechodzi to przez gardło, ale taka jest oczywista prawda, potwierdzona stałą obecnością napojów alkoholowych w kulturze. Jako abstynent wieloletni (46 lat życia bez alkoholu), tak sądzę, że zyski z picia są. I wiem dokładnie, co tracę, nie pijąc. I nie ma tu znaczenia odkrycie, że pewne straty alkoholowe (zdrowotne) pojawiają się już od zerowego stężenia BAC (np. wzrost ryzyka raka piersi u kobiet). Dlaczego? Bo konsumenci dokonują pewnego rodzaju bilansu ryzyka i zazwyczaj uznają, że mogą sobie na to ryzyko pozwolić. Przecież przyrostu ryzyka się nie odczuwa! A wszelkie uchwytne straty alkoholowe pojawiają się dopiero przy wyższych stężeniach alkoholu w płynach ciała.

Dobrym przykładem jest zagadnienie rakotwórczej roli wędzonego mięsa. Czy z tego powodu wyrzekamy się wędzonego boczku, kielbas, szynki? A jest to w zasadzie kwestia już udowodniona.

Mamy tu do czynienia z oceną organoleptyczną skutków kontaktu z jakąś substancją. Jest to obszar zwany piciem ryzykownym: straty w sposób niewidoczny kumulują się w organizmie konsumenta i szkody kiedyś staną się widoczne, jeśli nie zmieni on stylu życia. Jednak w miarę pojawiania się tych szkód wielu dostosowuje się do nich, włącza różne psychiczne mechanizmy obronne i nadal nie rezygnuje z dużej konsumpcji. Ilość szkód narasta, ale często dopiero w sytuacji jawnego i ciężkiego uzależnienia zaczyna docierać (?) do świadomości konsumenta, że coś poszło nie tak. Ale nawet wtedy dysponujemy mechanizmami psychologicznymi, które nie dopuszczają takich myśli do głosu. Większość uzależnionych nie zmienia stylu życia... aż do przedwczesnej śmierci. Tylko część z nich ma szczęście ulec interwencji otoczenia i leczyć się. W Polsce liczba ciężko uzależnionych sięga co najmniej 600–700 tys. osób, a zarejestrowanych w kierunku leczenia jest ok. 1/5 tej liczby. 4/5 „leczy się sama”, z wiadomym skutkiem.

Z tych powodów wszelkie „postrachy alkoholowe”, nawet oparte na realnych podstawach, stają się bezsilne wobec dynamiki ludzkich przeżyć.

Czy to znaczy, że nie wolno nam straszyć? Straszenie to ogólnie nie jest dobra strategia, bo wywołujemy jedynie chwilowe obawy, bardzo szybko usuwane ze świadomości wystraszonych. Szybko dokonują różnych „badań”, z których wynika, że nie ma się czym przejmować, a poza tym „na coś trzeba umrzeć”. Zatem nie straszmy. Więc co w zamian?

Rzetelna informacja o konsekwencjach zachowań, bez podkreślania ryzyka ponad jego realne wymiary. Po prostu prawda. Zawsze u człowieka dochodzi do głosu racjonalna funkcja umysłu (intelekt), ale zakres tego jest mocno indywidualny i wymaga czasu i analizy. Nie jest łatwo człowiekowi zdystansować swoje przeżycia i uczucia. A alkohol dostarcza znacznej części konsumentów (nie wszystkim, ale ok. 90%) wielu chwilowych satysfakcji. Jesteśmy tak zbudowani, że przeżycie przyjemności jest dla nas sygnałem, że dobrze czynimy.

Weźmy przyjemność wynikającą z czynności seksualnych. Czyż nie jest przekonująca? Zmierza do tego, abyśmy się mnożyli. To z tego powodu przeżywamy tzw. orgazmy, w oparciu o funkcje specjalnych wiązek włókien nerwowych w rdzeniu kręgowym i docelowo w mózgowiu. I teraz spróbujmy kogoś straszyć np. chorobami wenerycznymi... Zaraz zapyta o sposoby ich omijania, a nie o możliwość redukcji aktywności seksualnej. Mało kto wie o pewnych społecznych zjawiskach związanych z epidemią zakażeń wirusem HIV. Owszem, część potencjalnych ofiar zaczęła się bać, gdy znikali ich znajomi i przyjaciele. Ale też wielu wymyślało „świetne sposoby” przeciw zakażeniu czy nawet chorobie. Jednym z najdziwniejszych było przeświadczenie, że z zakażenia wirusem leczy... stosunek seksualny z dziewczyną. Trudno wręcz policzyć biedne dziewczyny zakażone wirusem w wielu krajach afrykańskich z powodu tego przekonania. A w Europie czy w USA pojawiły się nawet ruchy rytualnego przekazywania sobie wirusa jako czegoś cennego w specjalnie zaaranżowanych stosunkach. W Szwecji był pewien pan zakażony HIV, który w pełni świadomie prowadził cyfrowy dziennik stosunków z młodymi osobami. Było tam kilkaset pozycji. Wpadł tylko dlatego, że zalegał z czynszem i jego gospodarz przypadkowo zarekwirował jego komputer, szukając zastawu pod nieobecność lokatora. Człowiek potrafi, jest kreatywny w takich sytuacjach i generuje wiele „pomysłów”, aby nie trzeba było się zmieniać czy rozwijać. Przytoczyłem przykłady z dziedziny zachowań seksualnych, aby ukazać analogie w dziedzinie zachowań alkoholowych. Nie liczymy na to, że skutecznie wystraszymy jakiegoś „konesera picia”. Czasem myślę sobie, że gdyby mu się nawet ukazał jakiś straszny duch i przemawiał do rozumu, to i tak na niewiele by się to przydało. Trzeba inaczej. Bo jest dostęp do ludzkiego serca i umysłu, ale trzeba tę ścieżkę i ten szyfr znać... Zresztą zauważmy, że alkoholicy miewają straszne przeżycia podczas majaczenia drżennego (*delirium tremens*). I co? Boją się strasznie, okropnie, podczas naprawdę straszliwych wizji, gdy „słyszą” i „widzą” coś przerażającego... Potem otrząsają się jak pies po deszczu i „leczą” wiadomo czym. Ja widziałem wiele razy z bliska takie przeżycia uzależnionych i zachodziłem w głowę, w jaki sposób chorzy mogą je potem pomijać. A mogą!

Poświęciłem tyle uwagi kwestii straszenia, bo o ile nie jestem jego zwolennikiem, to jestem zwolennikiem dostarczania ludziom rzetelnych informacji o skutkach ich zachowań. Reszta to ich wybór. Pozostają wolni.

Rozpoczynanie przeglądu od zysków z picia wychodzi naprzeciw poglądom wielu uczestników. Nie trzeba tego pomijać, chociaż później możemy wiele z propozycji osłabić czy zakwestionować. Ale to później...

Gdy zbierzemy przynajmniej kilka czy kilkanaście propozycji zysków (realnych lub mniemanych), przechodzimy do zbierania propozycji STRATY.

Jakich strat (szkód) z powodu picia ludzie doznają?

Jakich strat (szkód) z powodu picia napojów alkoholowych ludzie doznają?

Zaobserwowałem, że proponowanie strat alkoholowych idzie o wiele lepiej niż zysków. Czy dlatego, że uczestnicy spodziewają się informacji na ten temat po licznych treningach profilaktycznych (które Melchior Wańkowicz nazywał czule „smrodkiem dydaktycznym”)? Czy może jednak obserwują siebie i świat z niepokojem? Stawiam na jedno i drugie. Zawsze straty sypały się jak z rękawa, gdy przy zyskach czasami było cienko. Jednak po setkach sesji programu dochodzę do wniosku, że jest w tym pewien porządek zgłoszeń, gdyż zgłaszane są najpierw szkody mało ważne (np. finansowe), a dopiero później lub wcale szkody/straty najpoważniejsze jak „śmierć”, „uzależnienie”, „utrata pracy”. Jest wyraźny porządek zarówno w zgłaszanych stratach, jak i zyskach. Doświadczony realizator dostrzega to szybko. Dostrzega i... korzysta z tego zjawiska.

Może bowiem wskazać na sprzeczności w zeznaniach, gdy w obu kolumnach znajdzie rzeczy jawnie sprzeczne (np. „zbliża ludzi” w zyskach i „powoduje samotność” w stratach). Niektóre sprzeczności są uderzające, jak „poprawa zdrowia” po stronie zysków i „utrata zdrowia” po stronie strat. Zazwyczaj jest takich oczywistości kilka i można je zauważyć i skomentować. Ciekawym przypadkiem jest „kac” po stronie strat. Zwykle dokonuję jego symbolicznego przeniesienia na stronę zysków, gdyż to bardzo nieprzyjemne zjawisko jest rodzajem sygnału ostrzegawczego ze strony naszego ciała o tym, że stało się coś niedobrego. Zanik kaca (wzrost tolerancji na alkohol) jest jednym z sygnałów rozwoju uzależnienia.

W powstałej tabeli ważne są też jej braki. Stosunkowo często brakuje strat, których uczestnicy się obawiają. Co wtedy robię? Dopisuję je. W końcu ja tu jestem ekspertem. Rzadko napotykam na protesty, gdyż z tymi dopiskami trudno polemizować, są oczywiste (jak uzależnienie czy śmierć). W wyniku tej burzy mózgów otrzymujemy klarowną tabelkę, jak w księgowości — po lewej stronie zyski, po prawej straty, zazwyczaj w dwu kolumnach.

Co ważne: metodologia „burzy mózgów” zakłada, że w jej trakcie nie podważamy ŻADNEJ z propozycji, nawet jawnie prowokacyjnej czy żartobliwej. Jeśli ktoś w stratach podał, że pijak „tropi węża”, zapisujemy. Jeśli poda, że pijak jest „melomanem, co słucha płyt... chodnikowych” — zapisujemy. Jeśli w zyskach poda, że „kobiety są ładniejsze po drinku” — zapisujemy. Czasem musimy się tylko upewnić, czy dobrze zrozumieliśmy propozycję. Na komentarze przyjdzie czas.

Cały ten fragment bywa świetną okazją do nawiązania naprawdę realnego kontaktu z grupą. Coś się dzieje, prowadzący jest jakby (czy tylko jakby?) po stronie uczestników. Nie spiera się z nimi. Poza tym uczestnicy mogą się czymś wykazać. To fascynujący fragment zajęć i warto dobrze go rozegrać. Czasami dopiero od tego momentu zaczyna się realna praca. Dlatego warto nie przedłużać wcześniejszej części edukacyjnej o alkoholu.

4. Komentarz do tabeli „zyski i straty”.

Przed wszystkim należy się tej tabeli przyjrzeć. Pochwalić grupę za twórczą współpracę, nawet gdyby wygenerowała zaledwie 1–2 „zyski”. Miałem taką grupę, wyjątkowo nieufną, bo pracowałem z nią po jakichś „wydarzeniach alkoholowych” i traktowali mnie jako element represji zaplanowanej przez przełożonych. Wszystko szło jak po grudzie, póki się nie przekonali, że nie jestem z nimi z powodu tych przykrych wydarzeń.

Tabela zawsze jest bardzo ciekawa i daje ogromne możliwości komentarzy. Możemy iść krok za krokiem, omawiając (znowu: krótko!) każdą z propozycji. Ja część skreślałam (ale pozostawiam na tablicy) lub biorę w nawias. Zwłaszcza czynię tak z kolumną „zyski”. Wiele z nich jest bowiem zbyt optymistycznych. Komentuję je wtedy negatywnie (np. zdrowie, jakie rzekomo przynosi etanol).

Przed wszystkim jednak szukam sprzeczności i braków. Czasami po tych zabiegach tablica jest trochę pomazana, bo robię różne dymki, zawijasy i nawiasy. Cel tych zabiegów jest prosty: więcej prawdy. Dopiero tutaj ma ona szansę zaistnieć. Oczywiście wymaga ten komentarz pewnej finezji, a jeśli nas na nią nie stać, to możemy sobie nawet... odpuścić komentarz. Oczywiście oznacza to pozostawienie części błędów w umysłach uczestników, niewątpliwie. Zatem ja tak raczej nie robię. Dysponuję wiedzą, która pozwala mi skomentować w zasadzie wszystkie propozycje. Wiem jednak, że nie każdy taką rozległą wiedzę posiada. Moja edukacja była po prostu bardzo wszechstronna (biologia molekularna, filozofia, pedagogika itp.), więc jestem dobrze dysponowany. Ale wiem, i to dobra wiadomość dla realizatorów, że NIE MUSZĘ omawiać tej tabeli. Przecież sam fakt jej sporządzania w takim trybie w zasadzie wystarcza. Zwłaszcza że na tablicy widnieją jak byk straty alkoholowe.

Wyjaśnię, o co chodzi, odwołując się do pewnego doświadczenia z zajęć z grupą oficerów. W trakcie zajęć jeden z panów, pewien major, wiercił się, przeskadzał, miał coś za złe. Domyślałem się, że coś go drapie i że są to informacje o stratach, której to refleksji unikał jak tylko mógł. Tu zaś musiał jej wysłuchać, patrzeć na tę nienawistną kolumnę pod nazwą „straty” (zwykle piszę u góry duże litery, aby nie było wątpliwości, o co chodzi). Co zrobił? W przerwie (ach te przerwy!) pobiegł do baru na terenie ośrodka i... wychylił parę mocnych drinków. Rozanielony wrócił na zajęcia i mógł już słuchać nawet o stratach. Zmiana była na tyle charakterystyczna, że nie musiałem go testować. Z zajęć nie wygoniłem, może coś osadziło się na dnie umysłu, kto wie?

Przytaczam to wydarzenie, bo ono pokazuje, że już samo zadanie pytania i zebranie odpowiedzi od grupy jest ważkim działaniem. Może to zabrzmie dziwne, ale NIE MUSIMY tabeli komentować. Jak wspomniałem, robię to zawsze, ale czasami w stopniu znacznie mniejszym niż możliwe z punktu widzenia wiedzy. Fakt się liczy, a nie mój komentarz. Oczywiście dobrze zrobicie, przygotowując parę typowych komentarzy. Wystarczy zadać sobie takie same pytania w zaciszu, wypisać i im się przyjrzeć. Jestem przekonany, że i Państwo zbudują tabelę bardzo podobną do tej, którą generuje grupa. W klasycznej wersji scenariusza poświęciłem sporo uwagi tym potencjalnym komentarzom, ale tutaj, dzieląc się jakby doświadczeniem z innego poziomu, wskazuję na to, co ważniejsze. Ważniejszy jest sam fakt **zadania pytań i uzyskania odpowiedzi**, a nie szczegółowa treść wyjaśnień. Gdybyśmy po zbudowaniu tabeli usiedli i puścili przez chwilę refleksyjną muzykę, efekt mógłby być znakomity (swoją drogą czemu tego dotąd nie zrobiłem? Tylko co puścić? „Rydwany ognia”? Bacha? Krawczyka? Balladę Cohena?). To oczywiście żart, ale kto wie, może faktycznie spróbuję. Lubię eksperymenty.

Z tego, co powiedziano wyżej, wynika, że nasze omawianie musi być odpowiednie, nie powinniśmy się spierać z uczestnikami (możemy zaś spokojnie dyskutować). To oczywiście doskonała okazja edukacyjna, wiele zagadnień możemy świetnie ukazać, odnosząc się do propozycji grupy zapisanych na tablicy. Co może boleć ich najbardziej? Zakwestionowanie (delikatne) części zysków (np. przyjemność przekształca się w depresję, radość w smutek z powodu dwufazowego działania alkoholu, również straty w rodzinie, straty dzieci pijaków). Czytelnicy znajdą trochę propozycji w klasycznym scenariuszu, tutaj skupię się na tzw. ogólnym wydźwięku komentarza. Polega on na tym, że: **zyski i straty są**. Istnieją, są faktem, a wraz z nimi ambiwalencja (dwojakość w skutkach) tego rodzaju zachowania, jak używanie napojów alkoholowych. Poniekąd wypisanie zysków jest naszym alibi do wypisanych strat. Poza tym zyski bywają wątpliwe („alkohol oszukuje”), a straty znacznie bardziej dotkliwe, niż się wydaje. To w zasadzie tyle. Może się wywiązać dyskusja szczegółowa, ale unikajmy jak ognia otwartych sporów z uczestnikami. To może być pułapka. Lepiej zachowajmy się jak ten mędrzec, którego pewien młody kleryk pytał, czy godzi się pocałować ciotkę, która go odwiedzała w seminarium. Odpowiedź brzmiała: „Z jednej strony tak, z drugiej strony nie”. I nasz kleryk zastanawiał się, z której strony wolno ciotkę całować... Ogólnie więcej słuchajmy, mniej mówmy, chociaż całkiem się nie da, bo uczestnicy zaczynają traktować nas jako ekspertów i oczekują pewnych wyjaśnień. To z tego powodu warto gromadzić dobrą wiedzę o alkoholu i problemach alkoholowych PRZED spotkaniami. Jednak zakres (czas, rozległość, punkty) komentarza w zasadzie to my sami regulujemy. Chyba że ktoś z uczestników zada nam jakieś poważne i ważne dla niego pytanie. Wtedy wypada odpowiedzieć, ale można też odroczyć odpowiedź w czasie, mówiąc „Dowiem się, odpowiem później”. Tylko dotrzymajmy takiej obietnicy. Czasem jest możliwość odwołania się do wiedzy grupy. Bywa naprawdę duża i ktoś może nam pomóc. W tej fazie pracy możemy już mieć pojedynczych

stronników w grupie. Zawsze opłaci się zapytać w takim wypadku, co grupa o tym sądzi.

Komentarz, chociaż umożliwia redukcję błędów poznawczych co do używania alkoholu, jednak ma inne znaczenie. Przygotowuje grupę do najważniejszego pytania dnia, a właściwie dwu pytań.

5. Pytania krzyżowe (krytyczne). Szczyt dysonansu poznawczego.

W uczestnikach wywołaliśmy pewien dysonans poznawczy, chociażby poprzez przypomnienie strat alkoholowych. Nurtuje ich zapewne pytanie, które za chwilę zadamy. Oczywiście zachowują to pytanie dla siebie, ale my zapytujemy ogólnie: co przeważa — zyski czy straty. Uczestnicy mogą wyczuwać tu pewną grę, więc czasami dopytują, wtedy musimy jak ta zdarta płyta twierdzić, że chodzi nam o ogólny BILANS. Co przeważa, jeśli pijemy napoje alkoholowe: zyski czy straty?

Co przeważa, jeśli pijemy napoje alkoholowe: zyski czy straty?

Uważny Czytelnik może zauważyć, że nie pytamy o nadużywanie alkoholu, ale o używanie. Jeśli nawet uczestnicy będą już teraz dopytywać, że przecież jest „używanie” i „nadużywanie”, to nic. Idźmy w zaparte. Używanie i już. Tę sprawę też wyjaśnimy, za chwilę. Po zadaniu pytania zliczamy głosy: kto za przewagą zysków, kto za przewagą strat, a może ktoś się nie opowiedział? Zapisujemy wyniki na tablicy, w możliwie widoczny sposób.

Następnie zadajemy drugie ważne pytanie: Kto z Państwa jest abstynentem, czyli wcale nie używa napojów alkoholowych? Mamy na myśli używanie na wolności, bo teoretycznie w zakładzie karnym jest to niemożliwe (?).

Kto z Państwa jest abstynentem, czyli wcale nie używa napojów alkoholowych?

Prosimy o podniesienie rąk, najpierw abstynentów, potem tych pijących. Możliwe, że będzie subtelny opór w rodzaju: „siedzimy i nic nie pijemy od dawna, to chyba jesteśmy abstynenci?”. W takim przypadku pytajmy o ostatni rok przed odsiadką lub o wewnętrzną decyzję („Czy jak wyjdę na wolność, to będę, czy nie będę używał alkoholu?”).

Do czego zmierzamy? Do spiętrzenia dysonansu poznawczego uczestników. Zazwyczaj jest tak, że większość z nich w pierwszym pytaniu głosuje za stratami („Tak wypada”), a w drugim potwierdza, że abstynentami nie są. Jacyś pijacy heroiczni? Piją pomimo świadomości strat? Trochę dla żartu, a trochę na poważnie proszę niekiedy, aby ci, co głosowali za przewagą strat, podnieśli w górę lewą rękę, a jeśli jednocześnie są (byli) konsumentami — prawą. I tak chwilę pozostają w pozycji „ręce do góry”...

Musimy nieco wytrzymać to natężenie dysonansu, nie spieszymy się zbyt z wyjaśnieniami, bo zazwyczaj sama grupa (jakiś odważny przedstawiciel) „zarzuci” nam niedokładność:

— *Przecież jeśli się pije z umiarem, to strat nie ma, prawda?*

Ku zdumieniu uczestników potwierdzamy tę tezę. Ja czasami droczę się z grupą i dla podbicia wypowiedzi zadaję trzecie pytanie: Kto sądzi, że ja bym się z taką opinią zgodził? Że jeśli z umiarem to (prawie) bez strat, a w każdym razie z przewagą zysków nad stratami? Znowu głosowanie, choć uczestnicy bywają skonsternowani tą serią pytań. Okazuje się, że zgodziłbym się, ale... Tak, ale... Ale co to jest umiar i czy oni, uczestnicy, zachowują go w kontakcie z alkoholem?

Stwierdzamy, że dokładnie wiadomo, czym jest umiar „naukowo” (wiadomo!), można to zmierzyć, co za chwilę zaproponujemy w dwu ćwiczeniach. Pierwsze jest zastosowaniem testu AUDIT.

Nawet jeśli ktoś z zebranych (a nawet wszyscy!) już go wypełniali, to nie szkodzi. Przecież sytuacja jest zupełnie inna — tutaj wypełniamy go w grupie. Czasami można stosować skrócony tzw. AUDIT C.

Zazwyczaj informuję, czym jest taki test, że nie mierzy alkoholizmu, lecz czasem może na niego lekko wskazywać, ale w zasadzie służy właśnie do „pomiaru umiaru”, czyli do wstępnego oddzielania osób niepijących problemowo od pijących problemowo (bynajmniej nie zawsze alkoholików). Możemy już tutaj zauważyć, że są dwa konstruktywne sposoby kontaktów z alkoholem — abstynencja lub ścisły umiar — i trzy, które nie są konstruktywne (picie ryzykowne, picie szkodliwe i uzależnienie). Test AUDIT daje możliwość porozdzielania wypełniających na te 5 grup. W zasadzie powstał dla lekarzy rodzinnych, aby mogli sprawdzić, czy ich pacjenta boli wątroba z powodu jakiejś choroby czy z powodu np. nadmiaru etanolu. Możemy podać garść informacji, które uwiarygodnią test. Przecież sprawdzano go w tylu krajach. W Polsce na kilkudziesięciu tysiącach osób, przez PARPA, w latach 90. Byłem przy tym. Ja zazwyczaj zabieram ze sobą polski oficjalny podręcznik testu, ale można go sobie wydrukować w wersji angielskiej, jaką przygotowało WHO. Bardzo cenna lektura. Warto go ściągnąć.

Zanim przejdę do tego etapu, parę słów o dysonansie poznawczym. To bardzo ważny temat w psychologii społecznej, ale nie zawsze jest omawiany. Opracował go niejaki Festinger w 1958 r. Stwierdził, że jeśli spotykamy się z czymś nowym, co stawia znak zapytania nad naszymi zachowaniami (nowa wiedza, nowe fakty, konfrontacje, oceny otoczenia), to pojawia się w nas napięcie emocjonalne zwane dysonansem poznawczym. Staramy się to napięcie usunąć na kilka sposobów:

- podważamy źródło nieprzyjemnego komunikatu („Co on tam wie!”) lub nawet je wyłączamy (np. telewizor w czasie meczu, gdy nasi przegrywają — ja stosuję tę metodę od dawna podczas meczu naszej kadry piłki nożnej — czemu mam się denerwować?),
- zmieniamy komunikat, coś do niego dodając lub ujmując: np. „Słusznie prawicie, że alkohol szkodzi zdrowiu, **ale** mój dziadek pił codziennie i dożył 90 lat”,
- lub (najrzadziej) zgadzamy się z nowym komunikatem i staramy się do niego dostosować.

Oczywiście wszelkiej maści edukatorzy i profilaktycy liczą na ten ostatni efekt, ale jest najrzadszy. Dwa pierwsze są częste, bo proste. Jeśli nasi uczestnicy dużo wcześniej gardłowali, że „wszystko zależy od ilości” podczas 2 kluczowych pytań, to stosowali metodę nr 2 — zmianę „tak, ale...”. Trochę to utrudniliśmy propozycją wypełniania AUDIT-u i naszą zgodą na to „tak, ale” grupy. Tak, alkohol pity z umiarem mniej szkodzi, ale czy WY jesteście umiarkowani? Co nam po ogólnej regule, jeśli sami z niej nie korzystamy? W takiej konfiguracji poniekąd trzeba już wypełnić ten nieszczęsny test, prawda?

6. Wypełnianie testu przesiewowego AUDIT.

Rozdajemy egzemplarze testów lub tylko wyświetlamy slajdy z poszczególnych pytań po kolei (prezentacja na kursie e-learningu „Korekty” w SWWS). Musimy dość dokładnie i powoli wyjaśnić sposób wypełniania. Zwłaszcza pojęcie PORCJI STANDARDOWEJ, jakie w tym teście występuje.

Spożycie alkoholu można różnie mierzyć, ale w tym teście przyjmuje się, że porcja standardowa to 10 gramów czystego etanolu. Musimy na przykładach pokazać, ile to jest (np. szklanka zwykłego piwa, lampka wina, z wódką kłopot, bo „setka” ma 3,5 porcji standardowej). Bez tego przygotowania nie wypełnią poprawnie testu. Przy okazji można stwierdzić, że „alkohol jest ten sam i działa tak samo niezależnie od rodzaju napoju”. Oczywiście to uproszczenie, bo decydują też dodatki, np. z bąbelkami idzie do głowy szybciej, szybciej się wchłania, co ma miejsce przy spożyciu piwa i szampana. Jednak jest w tym powiedzeniu prof. Mellibrudy taki sens, że również piwo czy wino to alkohol. Z inicjatywy biznesu zamazano tę świadomość zręczną reklamą piwa. Już niemieccy piwowarzy przed I wojną twierdzili, że „piwo to płynny chleb”, a nie jakiś tam alkohol.

Ale to dygresja. Przystępujemy do testu, zachęcając, aby to robili samodzielnie. Jest tendencja do zagłądania koledze przez ramię, niestety. Jakiś szkolny nawyk? Staramy się temu łagodnie przeciwdziałać, PROSZĄC o samodzielne wypełnianie. Prawdopodobnie z grupami ludzi prostych idzie to rzetelniej, ale ciężiej. Warto dostosować się do ich tempa, czasem pomagać, upewniać się, że rozumieją kolejne pytania testu. Muszą też mieć pewność, że nie chodzi o jakąś selekcję o nieprzyjemnych konsekwencjach. Test rozwiązujemy pytanie po pytaniu, cierpliwie i uważnie. Potem prosimy o wpisanie wyniku sumarycznego (dodawanie!) na karteczkę. Anonimowo. Karteczki zbieramy.

Pojawia się tu problem pozostawiania lub nie testu w rękę wypełniającego. Trudno mi powiedzieć, jak to robić w tak specyficznej grupie. Ale z drugiej strony, nawet jeśli koledzy spod celi go poznają, to i tak pracowałbym z tymi znawcami wedle scenariusza. Zdecydujecie sami, a może z czasem wyłoni się rozwiązanie? W zwykłych grupach zostawiam test właścicielowi, wystarczą mi karteczki.

Widać w tym różnicę w zastosowaniu testu AUDIT w indywidualnej interwencji i interwencji grupowej. W indywidualnej chodzi też o to, aby znać rozkład odpowiedzi klienta, bo możemy wtedy poznać jego profil, np. dowiedzieć się, czy jest na etapie picia szkodliwego czy może uzależnienia.

Tutaj zaś AUDIT jest jak **grupowe zdjęcie** — zestawiamy wyniki GRUPY dla wiedzy grupy.

Oczywiście dziękujemy za karteczki w trakcie zbierania. Przecież mogli je połączyć i nam nie dać. Żart, oczywiście.

To jakby odpowiedź na pytanie: jest ten umiar w grupie, czy nie ma?

7. Prezentacja wyników AUDIT dla grupy.

Tego typu nietypowe zastosowanie testu przesiewowego AUDIT po raz pierwszy zaprezentowałem na konferencji w Porto w Portugalii wiele lat temu. Jak przebiega taka prezentacja? Bardzo zwyczajnie. Kreślę duży klasyczny wykres z osią x i y. Na osi x oddzielam kreskami poszczególne wartości z testu AUDIT — od 0 do 24–30 (więcej punktów bardzo rzadko się trafia). Na osi y są po prostu odkładane ilości zgłoszeń danej wartości punktowej. Następnie rysuję kwadraciki (aby były widoczne z daleka, jeden dla każdego uczestnika) w odpowiednim miejscu. Powstaje bardzo czytelny graficznie wykres — rozkład, zazwyczaj typu skośnego, rzadko normalnego. Wybieram ze zbioru daną karteczkę, odczytuję wynik i „uroczyście” nanoszę na wykres. Po zakończeniu rysowania uczestnicy jeszcze nie wiedzą, ile punktów stanowi granicę umiaru. Kreślę zatem linię pionową na poziomie 8 punktów, zgodnie z ustaleniem autorów testu (Babor i wsp., patrz przewodnik WHO, który wisi w sieci, cytowany w bibliografii).

Okazuje się, że w typowej grupie część uczestników, zwykle większa część, lokuje się poniżej tych 8 punktów, a część, zwykle mniejsza, powyżej. W grupie osadzonych mogą przeważać wyniki wyższe. Komentuję każdy uzyskany zbiorowy wynik tak:

— *I mamy jasność. Owszem, alkohol spożywany z umiarem niewiele szkodzi, ale trzeba ten umiar stosować. Widać, że wśród nas są zarówno ludzie, którzy to stosują, jak i tacy, którzy nie stosują, dla których ta konsumpcja już teraz jest jakoś groźna, niekorzystna, w różnym stopniu. W naszej grupie jest to dość spora część. A nawet zdarzają się wysokie punktacje, co może oznaczać bardzo zaawansowane problemy alkoholowe. Wiemy już, że pijemy różnie: są wśród ludzi abstynenci, są umiarkowani, ale są też pijący ryzykownie, pijący szkodliwie i nawet uzależnieni od alkoholu. Jest tych pięć typów ludzi. Jak myślicie, która z tych grup jest największa w polskim społeczeństwie?*

Padają propozycje. Ku zaskoczeniu uczestników podają jakąś statystykę (PARPA, WHO, inną), z której wynika, że abstynentów i umiarkowanych jest większość, zaś tych, co przekraczają umiar — mniejszość. Proporcje te układają się tak, że wg WHO (Raport 2018, s. 281, metryczka dla Polski) uzależnionych jest zaledwie 2,2% populacji starszej niż 15 lat (uznawanej za „dorosłych”). TYLKO! Za to sporo jest ludzi pijących ryzykownie i szkodliwie — szkodliwie nawet ok. 12,3% (tylu choruje alkoholowo, włączając uzależnionych — tabelka na temat szkód). W każdym razie można w przybliżeniu uznać, że tych

„nieumiarkowanych” jest ok. 17–25%, zaś pozostałych 75%. Nieumiarkowani stanowią mniejszość w ogólnym społeczeństwie.

Tutaj jest pewien kłopot. Otóż te same dane donoszą, że aż ok. 2/3 konsumentów przynajmniej raz w miesiącu przekracza granicę upicia się (40 g etanolu dla kobiet a 60 g dla mężczyzn przy jednej okazji). Być może nie uzbieraliby wielu punktów w teście AUDIT i nie przekroczyli granicy 8 czy 10 punktów, ale nie jest to bezpieczny styl używania alkoholu. Zatem granica między grupami stosujących umiar i nieumiarkowanych jest nieco płynna. Ludzie zasadniczo stosujący umiar miewają incydenty braku umiaru, przynajmniej tak wynika z danych. Prowadzi nas to do stwierdzenia, że nie wystarczy sam AUDIT, ale trzeba sprawdzić, czy uczestnicy stosują najważniejszą regułę rozsądnego picia, czyli utrzymywanie stężenia alkoholu w płynach ciała poniżej 0,2 promila. To zasadniczy parametr.

Omawianie wykresu AUDIT dla grupy daje duże możliwości interpretacyjne, ale w dużej mierze „godzi” prowadzącego z uczestnikami, gdyż rozwiązuje dysonans poznawczy, do którego doprowadziliśmy sekwencją pytań. Okazuje się, że istotnie przewaga szkód czy korzyści zależy od sposobu używania alkoholu, ale rzecz w tym, czy ten sposób jest umiarkowany. Czy uczestnicy się do niego stosują. Jeśli nie — to w ich życiu zaczynają przeważać straty. Prowadzący powinien ostatecznie rozwiązać ten dylemat, wskazując na konieczność umiaru jako warunku przewagi zysków nad stratami.

Zauważmy bardzo ważną rzecz. Jeśli mamy do czynienia z oporem w jakiejś sprawie, jawnym lub ukrytym, to jest oczywiste, że nasi „oporujący” nie będą chętnie przyjmować komunikatów profilaktycznych z powodu dysonansu poznawczego i z powodu przywiązania do dotychczasowego stylu życia. Jak zatem do nich przemówić? Wyłącznie za pomocą ICH SAMYCH, ich własnych komunikatów. Strategia zastosowana w „Korekcie” sprawia, że bezcenne komunikaty profilaktyczne (np. że dzięki umiarowi jesteśmy bezpieczniejsi) płyną nie od prowadzącego, ale od uczestników i to od GRUPY uczestników. A grupa to siła. O ile łatwo jest opierać się cudzym dobrym radom, o tyle o wiele trudniej opierać się czemuś, co samemu się wypracowało w grupie. Taki jest sens tego całego ambarasu z krzyżowymi pytaniami. To pewnego rodzaju dyskurs, w którym stopniowo uczestnicy formułują cenne komunikaty profilaktyczne, z którymi prowadzący tylko się zgadza, czasem je precyzując lub wzmacniając. Czynią to, aby podjąć zmaganie z komunikatami prowadzącego, ale w trakcie tej „obrony” formułują cenne komunikaty profilaktyczne. Super!

To grupa sama się uczy, my tylko pomagamy.

Powtórzmy: w „Korekcie” najważniejsze komunikaty profilaktyczne formułują sami uczestnicy, prowadzący tylko wspomaga ten proces pytaniami i zadaniami oraz potwierdza te cenne komunikaty, czasem je precyzuje.

To bardzo ważna „tajemnica” powodzenia tego programu. Nawet wiedząc, jaka jest prawda, jakie fakty, nie głosimy tego od razu, raczej staramy się uzyskać stan, gdy grupa formułuje cenne komunikaty. Co z tego, że jest to efekt

jej niezdarnych prób usunięcia przeżywanego dysonansu (czasem bardzo wczesnie padają stwierdzenia „Zależy jak się pije”). W porządku, my prowadzimy dyskurs, zdążając do tego, aby te pojedyncze „głosy obronne”, „głosy dyskusyjne” stały się stanowczym stwierdzeniem grupy. Zapewniam, że niezależnie od wyników AUDIT to się ZAWSZE udaje. „Oliwa nieżywa, ale na wierzch wypływa”, wołają dzieci. Tak jest. Prawda zwycięża. Grupa dochodzi do niej stopniowo. Taki jest sens struktury programu.

Miałem kiedyś ciekawą przygodę na Mazurach, w jednostce wojskowej. Przez cały dzień prowadziłem zajęcia z kadrami, po czym jej dowódca zapowiedział, że następnego dnia w dwuosobowych zespołach uczestnicy poprowadzą takie same zajęcia z żołnierzami. Padł błady strach, ale uspokoilem oficerów, że wystarczy, jak po kolei będą zadawać pytania ze ściągawki, wykonają test AUDIT dla grupy i poproszą o ocenę. Okazało się, że to wystarczyło, a ich żołnierze byli zadowoleni i wysoko ocenili zajęcia.

8. Interwencja oparta o wyniki testu AUDIT dla grupy.

Ten moment pracy jest bardzo cenny, gdyż daje możliwość podjęcia dyskretnej interwencji w ramach interpretacji wyników. Zakładamy, że test wypełniono prawidłowo (w przypadku korzystania z prezentacji każde pytanie osobno omawiamy i celebруем, wyjaśniamy wątpliwości). Oczywiście zazwyczaj nie jest to perfekcyjnie wypełniony test. Zaglądają przez ramię, nadal wstydzą się. Jest w badaniach nad alkoholem reguła, że gdy pytamy respondenta o jego styl picia, to zwykle zmniejsza swoje „osiągnięcia” o 40%. Są obecnie opracowane specjalne programy korygujące takie wyniki, zbliżając je do rzeczywistości. Zatem i w naszym przypadku zapewne wyniki są zaniżane. Czy to coś zmienia? Moim zdaniem nie. A to dlatego, że jeśli ktoś oszukiwał, to WIE O TYM, zatem nasze interpretacje wyników i tak się do niego odnoszą. Następnie nawet pomyłki są akceptowalne, bo uzyskujemy wynik dla grupy, na wykresie, zatem nie chodzi o absolutną dokładność. Ważne są różnice względne. To duża zaleta pracy grupowej. Pracując indywidualnie, rzeczywiście dążymy do uzyskania jak najbardziej rzetelnych danych, które potem musimy porównać z danymi dla populacji. Dane z populacji są dla klienta abstrakcyjne, odległe. Tutaj zaś ma jak na dłoni wyniki swoje i kolegów.

Oczywiście staramy się o obiektywizm wyników — prosimy o samodzielne wypełnianie, pomagamy w wątpliwościach. Jednak najcenniejsze są proporcje wyników. A tych nie usuwa nawet jakiś systematyczny błąd testowania.

Interpretując wykres, warto zauważyć, że KAŻDY uzyskany punkt oznacza jakiś konkretny deficyt umiejętności „rozsądnego używania alkoholu”. Zatem ci, którzy zadeklarowali niskie wyniki (prawdziwe lub zmyślane), nie mogą spać spokojnie z powodu uzyskania punktacji niższej niż granica zbadana przez autorów testu. Jeśli granica to 8 pkt, to ten, co uzyskał 7, jest bardzo blisko strefy picia ryzykownego.

Wieloletnie obserwacje ukazują obraz, w którym to właśnie picie ryzykowne dominuje i generuje wyniki nieco powyżej granicy. Rozproszone wyniki

kilkunastopunktowe to zazwyczaj przejawy picia szkodliwego (gdy szkody są już na tyle masywne, że stają się widoczne). W grupie rekordzistów zapewne „ukrywają się” również uzależnieni. Gdy sięgnie się do interpretacji wyników zawartej w strukturze odpowiedzi na pytania testu, można byłoby określić dokładniej, do której grupy klient należy (w teście są 3 grupy odpowiedzi osobno dla picia ryzykownego, szkodliwego i uzależnienia). I taka strategia jest oczywiście w interwencji indywidualnej. Jednak tutaj nie mamy wiedzy o szczegółowym rozkładzie wyników (czasami o to prosiłem, ale tylko w grupach, gdzie taka dodatkowa wiedza byłaby spokojnie przyjmowana. Prosiłem wtedy o wypisanie poszczególnych wyników i ich sumy). Tutaj mamy tylko sumę punktów, która może oznaczać różne rzeczy. Czy zatem nie lepiej uzyskać taką szczegółową wiedzę? Może przy kilku osobach byłoby to możliwe, ale czy konieczne? Poniekąd uważam, że pewien stopień niedookreślenia jest korzystny. Uczestnik może pozostawać w niepewności, a to, paradoksalnie, utrudnia uruchamianie systemu iluzji i zaprzeczeń w przypadku uzależnienia. Przecież nie twierdzimy, że ktoś jest uzależniony, bo uzyskał np. 26 punktów na 40 możliwych. Twierdzimy, że może być pijący szkodliwie lub uzależniony. Różnica jest znamieną, bo w przypadku picia szkodliwego nadal może sporo zrobić sam, o ile nawet nie wszystko. W przypadku natomiast uzależnienia musi zwrócić się po pomoc do kogoś innego. Ta niepewność sprawia, że uczestnik z takim wynikiem ma temat do namysłu. Nie może całkiem odrzucić najmniej korzystnej możliwości, że musi zwracać się po pomoc. Taki krok w przypadku uzależnienia jest trudny, czasem nawet bardzo trudny. Dlatego warto dać czas na dojrzewanie odpowiedniej myśli „A co, jeżeli jestem uzależniony”.

Ja zazwyczaj mocno podkreślam, że picie ryzykowne i szkodliwe można opanować samemu odpowiednim samodzielnym wysiłkiem. Oczywiście wiemy już, że i to bywa bardzo trudne i w wielu przypadkach bardzo przydaje się pomoc. Przecież to jest istota nowych tendencji w terapii, gdzie to klient określa jej cel i pracuje się nad zmianą stylu kontaktu z alkoholem, czyli odzyskaniem umiaru. Jednak w zasadzie mamy rację: dopóki ktoś nie znalazł się na obszarze uzależnienia w stopniu ciężkim, to może pomóc sobie sam. To też tłumaczy różne „samowyleczenia”, których jest kilka procent wśród osób uznawanych przez środowisko za uzależnione. Może to dotyczyć osób z dwoma słabszymi formami zaburzeń z powodu picia alkoholu wg DSM V — w stopniu lekkim i umiarkowanym. Pamiętajmy, że dążymy do tego, aby cała grupa otrzymała jasną wskazówkę postępowania zgodnie z hasłami NPT: „Nie upijaj się!”, „Mniej jest lepiej!”, „A najlepiej wcale”.

Pracujemy nadal z całą grupą i na jej rzecz. Wszelkie indywidualne pytania czy porady mogą się pojawić po programie (czasem zdarzają się od razu). Domyślne pytanie: „Co mam zrobić?” procedujemy na grupie, tłumacząc wszystkim, jakie ścieżki są wskazane dla poszczególnych grup klientów. Wtedy perspektywa np. skorzystania z terapii jest omawiana dla wszystkich, co może się przydać w różnych okolicznościach. Tak samo perspektywa wprowadzania ograniczeń w stylu picia, a nawet podjęcie abstynencji.

Ja zazwyczaj promuję również abstynencję jako optymalny wybór, ale nie czynię tego forsownie. Są dwie postacie umiaru: abstynencja i małe spożycie. Również do wyboru abstynencji trzeba dojrzeć. Co innego jednak zachwalać abstynencję, dzielić się nią, a co innego „wciskać” ją klientom. Z czasem nauczą się Państwo w pełni korzystać z obrazu, który ukazuje wykres wyników pracującej grupy.

9. Nauka obliczania stężenia etanolu w płynach ciała (BAC).

Ten fragment być może jest najistotniejszy, obok AUDIT-u. Kiedy przyglądamy się różnym badaniom, takim jak europejskie badanie RARHA — patrz Moskalewicz (red.) i wsp., 2017 — czy tabeli w „Global Status Report on Alcohol and Health 2018 WHO” (s. 281), to zauważamy, że jednym z najpoważniejszych źródeł polskich problemów alkoholowych jest upijanie się — przekraczanie obiektywnej granicy stężenia etanolu w płynach ciała. Reguły rozsądnego picia stanowią, że należy się trzymać granicy 0,2 promila jako względnie bezpiecznej. Co to znaczy? To spożycie ok. 10 g alkoholu przez przeciętną kobietę lub 20 g przez przeciętnego mężczyznę. Dokonajmy szybkiego obliczenia: mężczyzna waży 100 kg, w jego ciele jest 70% wody, czyli 70 kg. Jeden promil to 1 gram czystego alkoholu na każdy kilogram wody (decymetr sześcienny, litr). Zatem 0,2 promila to 0,2 grama. Aby taki mężczyzna miał stężenie etanolu 0,2 promila, musi wypić nie mniej niż 14 gramów czystego alkoholu etylowego. Napisałem „nie mniej”, ponieważ w tym szybkim obliczeniu pomijamy tempo absorpcji (wchłaniania) alkoholu i tempo jego jednoczesnego rozkładu. Zatem rzeczywiste współczynniki będą nieco inne. W każdym razie 14 gramów (około 1,5 porcji standardowej) jest zawarte w półtorej szklanki piwa (ok. 350 ml). Jeśli wziąć pod uwagę wolniejszą absorpcję, natychmiastowy rozkład i element picia powoli (drinkowanie), to być może realnie będzie tak przy konsumpcji 0,5 litra piwa w pewnym czasie (nie duszkiem!). I teraz pytanie obyczajowe: czy nie znają Państwo osób, które śmiało przekraczają tę granicę i piją 1–2 litry podczas jednej sesji w barze? Ja znam takich wielu. Po prostu nie wiemy, że jest taka granica. Bywa i tak, że dana osoba ma już przesuniętą tolerancję na alkohol i dopiero przy wyższym stężeniu „coś czuje”. Problemem naszym jest zbyt mocne obciążanie organizmu dość dużą ilością etanolu naraz. Jest znamienne, że pytani w badaniach RARHA respondenci z Polski (było badanych 19 państw europejskich) zajęli 3. miejsce pod względem twierdzącej odpowiedzi, że piją, aby się upić. Innymi słowy tolerujemy normę przyzwalającą, a nawet promującą upijanie się. W tej niewielkiej grupie pijących nadmiernie średnie roczne spożycie alkoholu jest wielokrotnie wyższe niż średnia dla populacji. Nasi „wyczynowcy” raczą się znacznie ponad stu pięćdziesięcioma „połówkami” wódki rocznie, spożywając oczywiście ekwiwalent w postaci piwa, wina i wódki, sumujemy czysty etanol. I jest takich „wyczynowców” zbyt wielu, jak na możliwości społeczeństwa. To z tego powodu ciągle słyszymy o różnych fatalnych wydarzeniach. Tylko w dniu, w którym piszę te słowa, serwisy podały dwa drastyczne przypadki śmierci

młodych ludzi — rozbity na drzewie samochód — 2 młode ofiary, nocna balanga nad stawem — utopiona 17-latka. Ci młodzi ludzie **raczej** nie byli uzależnieni, bo ten proces trochę trwa i trzeba mieć predyspozycje, w tym biologiczne. Natomiast z całą pewnością upili się, przekroczyli normy. Wypadki i przestępstwa zależą nie od stanu uzależnienia, ale wykładniczo od aktualnego stężenia etanolu w płynach ciała. Ryzyko rośnie wykładniczo, czyli znacznie szybciej, niż konsumenci się spodziewają (jeśli się spodziewają, bo często piją bezrefleksyjnie, „na wycucie”). To nasza alkoholowa pięta Achillesa.

Dlatego ten fragment ma takie znaczenie. W tym drugim teście nawet wielu uczestników, którzy przy teście AUDIT uzyskali względnie niski wynik, potrafi „polec”. W przeciętnej grupie dorosłych Polaków wyniki AUDIT dla grupy ukazują, że większość uczestników lokuje się pod kreską 8 punktów. I ta sama grupa, zbadana na okoliczność „stężenia etanolu w płynach ciała przy ostatniej okazji” ukazuje, że większość przekracza granicę rozsądnego picia. Tym bardziej że uczestnicy, którzy jakoś „kalkulują” i obniżają swe wyniki w pierwszym teście, nie mają możliwości oszukiwania w drugim. Nie wiedzą, że granica jest tak niska jak 0,2 promila. Sądzą, że rozsądne jest pić więcej, znacznie więcej.

Dlatego to drugi test jest, w gruncie rzeczy ważniejszy społecznie. I jego wynik może mieć wartość interwencyjną dla szerszej grupy, nawet szerszej niż pijący szkodliwie (nadużywający). To uzasadnia stosowanie „Korekty dla osadzonych” w szerszej populacji, jako zwykły środek profilaktyczny. Wydaje mi się, że w grupie osadzonych będziemy mieć nadreprezentację wszystkich typów „picia nierozsądnego”. Tym bardziej potrzebna jest okazja do interwencji odnośnie do BAC (to anglosaski skrót od stężenia alkoholu w płynach ciała — *body alcohol concentration*). Obserwuję, że pomija się to w wielu interwencjach, być może dlatego, że sami interweniujący podlegają ogólnospołecznej zasadzie — normie osiągania większych stężeń? Wedle WHO 2018 aż 2/3 mężczyzn konsumujących etanol w ciągu ostatniego miesiąca przekroczyło znacznie granicę upijania się (60 gramów). Może być trudno przekonać ich, że cokolwiek się stało. Większość nie zauważa ryzyka takiej sytuacji. Odnotowujemy jedynie fakty masywne, drastyczne, a te drobiazgi? Tymczasem te fakty drastyczne powstają jako skutek tych wielu małych przekroczeń...

Nie jest łatwo dobrze przeprowadzić ten fragment pracy. Przede wszystkim trzeba najpierw samodzielnie nauczyć się obliczania stężenia etanolu przy ostatniej okazji. Oczywiście są przydatne aplikacje, które to liczą za nas (np. w samouczkach dla kierowców czy na stronie PARPA), ale uważam, że prowadzący powinien nauczyć się dość biegle sam obliczać swój BAC, a także nauczyć się uczyć tego innych, na piechotę. W gruncie rzeczy to proste obliczenie. Jak się to robi?

Najlepiej zacząć od pojęcia porcji standardowej, czyli 10 g czystego alkoholu. To ilość zawarta w 250 ml piwa, 100 ml wina i 35 ml wódki. Można to uprościć: puszka piwa o objętości 0,5 litra to 2 PS, czyli 20 g; lampka wina to 1 PS, czyli 10 g; setka wódki to 3,5 porcji, czyli 35 g etanolu.

Następnie trzeba wypisać wszystko, co się wypilo przy ostatniej okazji, „u cioci na imieninach”. Załóżmy, że było to:

- 3 lampki wina,
- 2 setki wódki,
- 2 piwa po 0,5 litra.

Ile to porcji standardowych? $3 + 7 + 4 = 14$ PS, czyli 140 gramów czystego alkoholu.

Założmy, że tyle samo wypili pani i pan. Pani ważyła 60 kg, pan 80 kg. W ciele pani było 36 litrów wody (60% wagi w 1 kg), w ciele pana było 56 litrów wody (70% wagi ciała). Ile to dałoby promili, gdyby wypili „duszkciem” (odradzam!):

$140 \text{ g} / 36 \text{ l} = 3,9$ promila u pani i $140 \text{ g} / 56 \text{ l} = 2,5$ promila u pana. Tak to się mniej więcej układa, zawsze u kobiet w tej konfiguracji jest prawie drugie tyle promili niż u mężczyzn. A granica 0,2 promila pozostała hen, hen za plecami. Wielu ludzi uznałoby, że ciocia właściwie podeszła do tematu i postawiła, co trzeba. Jesteśmy pod tym względem we mgle. Z pewnym zapałem uzyskujemy zbyt duże stężenia BAC, powiększając ryzyko.

Wydaje mi się, że to może być najtrudniejszy element programu, bo wielu czynnych polskich resocjalizatorów nie akceptuje tak wyśrubowanej normy 0,2 promila. A to norma brytyjska, w modelu uważanym za liberalny...

Bardzo proszę o to, aby osoby prowadzące „Korektę dla osadzonych” poddały tę sprawę refleksji. Może trzeba wysilić się na jakąś osobistą zmianę stylu picia? Górą są tu abstynenci. Ale z kolei oni mogą mieć pewien brak w postaci trudności skomunikowania się z grupą, w której te przekroczenia są częste.

Czy jest jakieś wyjście? A może potraktować ten punkt z pokorą i ukazać, że i my miewamy z tym problem? Innymi słowy za każdym razem prowadzący miałby okazję przetestować samego siebie? To punkt krytyczny całego programu. I najważniejszy, i najtrudniejszy. Trudny również w warstwie wykonawczej, bo trzeba wytłumaczyć, jak się to liczy. Wśród osadzonych nie brak osób z deficytami co do sprawności liczenia i nawet prostych operacji. Trzeba pomagać. I warto pomagać, bo może nigdy w życiu nie będą mieli okazji się nad tym zatrzymać?

W warunkach polskich należałoby robić takie ćwiczenia jak w Korei Północnej — masowo i regularnie. Może wtedy pozbylibyśmy się tej przykrej normy pijackiej. Przecież ten styl używania etanolu to zwykle narkotyzowanie się. Eksperci dzielą style picia w Europie na południowy (niskie stężenia, drinkowanie, brak upijania się) i północno-wschodni (masywne spożywanie dużo naraz, nawet rzadko, ale dużo naraz). Który bezpieczniejszy? Oczywiście południowy. Ta sprawa to kamień węgielny drabiny kompetencji w używaniu etanolu.

10. Drugi wykres: wyników stężenia BAC przy ostatniej okazji.

Prosimy, aby uczestnicy obliczyli swoje BAC przy ostatniej okazji, nawet na małej karteczce biurowej. I napisali, ile im wyszło. Zbieramy te karteczki (anonimowe, tak jak poprzednio) i po kolei przenosimy wyniki na wykres podobny jak poprzednio — na osi poziomej x przedział BAC, na osi pionowej

y — ilość wskazań. Tym razem linia graniczna jest narysowana w punkcie 0,2 promila. Jakie wyniki ludzie miewają? Zazwyczaj spora grupa ma wyniki do 1 promila (to już nieźle, jak na nasze obecne zwyczaje). Potem większość w granicach 1–2 promili. Pamiętajmy, że BAC 3,5 promila to może być granica utraty przytomności, a nawet śmiertelnego zatrucia (w naszych warunkach realnie to 4,5–5 promili, mamy wiele osób ze zwiększoną tolerancją na alkohol). Trzeba odpowiednio podzielić tę poziomą oś. A co zrobić z wynikami — wystrzałami, np. 7 promili? Taka osoba w zasadzie powinna już nie żyć, ale jeśli żyje, to powinna być poddana pełnej diagnozie w kierunku uzależnienia od alkoholu, gdyż rekordziści znacznie częściej mają aż taki zaawansowany problem.

Jak to omawiać? Koniecznie trzeba omówić skutki w postaci wzrostu ryzyka, może na jakichś przykładach? W książkach dr B. Woronowicza czy Lindenmayera znajdujemy przykłady. A przede wszystkim należy proklamować naczelną zasadę umiaru pod tytułem: „Nie upijaj się!”. Ominęłoby nas bardzo wiele drastycznych problemów, zwłaszcza wypadków, gdybyśmy odesłali tę „społeczną normę pijaństwa” do lamusa i wrócili do reguł południowoeuropejskich.

Muszę przyznać, że w pierwotnej postaci programu „Korekta” nie poświęcałem tej sprawie tyle uwagi, jak obecnie. Uczyłem się wiele lat, aby przekonać się, jakie to jest ważne. W zasadzie można by tylko na tym jednym elemencie oprzeć całkiem niezłą edukację, choć to element trudny. Obecnie raczej nigdy go nie pomijam, chociaż AUDIT robi wrażenie swoją naukowością medyczną.

11. Nauka „reguł rozsądnego picia”.

To przedostatni fragment pracy, który daje się wydzielić. Po prostu prezentuję i omawiam reguły w wydaniu polskim (proszę zajrzeć na stronę PARPA). Najpierw akcentuję, że:

— najbezpieczniejsza jest zawsze pełna abstynencja.

Następnie wymieniam, zazwyczaj z pomocą grupy („W jakich sytuacjach nie wolno wcale pić alkoholu?”, okazja do małej burzy mózgow), a nawet zapisuję listę na tablicy (ciąża i karmienie — dlaczego — bo FAS/FAE, jak nie wiecie, co to jest, to w te pędy sprawdzić, kierowanie maszynami/pojazdami, opieka nad małoletnimi, praca, używanie leków (np. neuroleptyki) i określone choroby (np. cukrzyca), sporty, turystyka górską. Dodaję do tego element wieku (młodzi — w USA mogą pić od 21 lat), kobiety (szybciej się uzależniają, jeśli dużo piją), osoby mające wśród przodków osoby uzależnione (4 x większe ryzyko biologiczne uzależnienia). Widać, że bardzo często w życiu trzeba się nauczyć podejmowania abstynencji „na biegu” w każdej z wymienionych sytuacji. Zatem elementem umiaru jest pełna dyspozycja do abstynencji ze względu na szereg okoliczności życiowych.

Następny element to stężenie BAC — poniżej 0,2 promila.

Kolejny to ilość gramów jednorazowo (i odpowiednio tygodniowo) — poniżej ilości na granicy picia ryzykownego — 10 g kobiety, 20 g mężczyźni i x 5¹⁵ w tygodniu.

I wreszcie mówię o konieczności kilku dni (przynajmniej 2 w tygodniu) całkowicie bez alkoholu, w celu regeneracji organizmu. Zatem jak ktoś „cyka” sobie drinka dzień w dzień, to nie robi dobrze z punktu widzenia swego zdrowia. Nawet lampka czerwonego wina nie zadziała zdrowotnie. O to ostatnie toczy się spór między naukowcami, bo biznes lansuje modele „prozdrowotne” zakładające regularne drinkowanie i wspiera rewelacje takich naukowców. Ja jestem tu radykalny — nie można nawet drinkować dzień w dzień.

12. Porady, co robić?

W zasadzie to końcówka programu, lecz znowu: bardzo istotna. Podjęliśmy grupową interwencję, a każda wymaga wskazówek określonego postępowania. W uczestnikach jest ta ciekawość, tym większa, im spokojniej, bardziej naturalnie pracowaliśmy.

Zazwyczaj łączę ten fragment z ponownym przeglądem stanu rzeczy w Polsce. Rysuję kołowy wykres z wycinkami na poszczególne grupy konsumentów. I omawiam, co można w ich sytuacji zrobić. Spróbujmy.

- a) abstynenci — wg WHO w Polsce 32% populacji powyżej 15 lat (tak!, na świecie 57%). Trochę nie ufam WHO i daję nieco mniejszy kawałek tortu, biorąc pod uwagę takich zdeklarowanych, wyćwiczonych abstynentów (ok. 8–12%), a nie tych jednorocznych (32% wg WHO). Abstynenci powinni pozostać na swoich pozycjach. Mogą mieć coś do zrobienia z punktu widzenia eutrapelii i życia społecznego. Bowiem postawa abstynencji alkoholowej nie zawsze jest wynikiem wolnego wyboru, ale czasem jest... odruchem. Zwłaszcza u osób mających trudne doświadczenia alkoholowe w rodzinie. Co wtedy? Czy mają zacząć pić?! Nic podobnego, ale warto udoskonalić tę postawę poprzez różne zaplanowane elementy rozwojowe, zwłaszcza odnoszące się do listy deficytów DDA podawanej przez prof. Cierpiątkowską i prof. Ryś (patrz bibliografia do części I). Na przykład DDA podejmujące abstynencję czasami mają deficyty umiejętności zabawy czy życia towarzyskiego. Te obszary mogą być udoskonalone bez zmiany stylu życia w sprawie alkoholu. Wystarczy się zapisać na kurs tańca towarzyskiego lub skorzystać z oferty Stowarzyszenia Pedagogów Zabawy „Klanza”.
- b) pijący umiarkowanie, czyli rzadko i mało. Pod pewnymi względami jest to grupa największa, sięgająca nawet 75%, a z pewnością nie mniejsza niż 40% populacji. W tej grupie są też osoby, które w ciągu roku spożywają tylko

¹⁵ W zasadzie nie 7, ale 5, gdyż zaleca się minimum 2 dni całkowicie bez picia. Granica picia ryzykownego to 140 g dla kobiet i 280 dla mężczyzn w tygodniu. Ale to granica już istniejącego picia ryzykownego!

1/10 średniej krajowej, czyli 1 dcm³/litr czystego alkoholu. Czyli tak jak średnia w Polsce 100 lat temu. Są to przeważnie kobiety (co się im chwali, bo straty alkoholowe kobiet są poważniejsze, więc i ostrożność musi być większa), ale oczywiście nie tylko. Nie brakuje umiarkowanych mężczyzn (wydaje się, że w męskiej populacji jest to ok. 30%, jeśli poważnie traktować dane o upijaniu się 2/3 populacji męskiej przynajmniej raz w miesiącu (WHO 2018, s. 281). Zatem ta grupa ogólnie liczebnie przeważa. Czy przeważa też w populacji osadzonych? Raczej nie. Wiemy to np. z zeznań ofiar napaści, według których w 50% przypadków napastnik czy napastnicy byli nietrzeźwi w momencie przestępstwa. Może zatem być tak, że odsetek umiarkowanych w grupie osadzonych nie będzie większością. Nie jest jednak też takim mikrusem, jest takich osób nawet w tej populacji sporo (mamy dane — przecież widzimy wyniki AUDIT i BAC). Co radzić tej grupie? Bardzo chwalić. To są ludzie pod tym względem normalni, którzy sobie i innym nie przysparzają alkoholowych kłopotów. Może być sporo osób na granicy, zwłaszcza pod względem wyników BAC. Tych warto nieco przestrzec i zalecić większą uważność w tych sprawach. Na przykład obliczenie z góry, po jakiej ilości jakiego napitku przekroczą granicę picia ryzykownego. Przecież to można wyliczyć przed imprezą.

- c) pijący ryzykownie — szkody już są, kumulują się, ale ich na razie nie widać, chociaż jeśli ryzykowni nie zmienią stylu życia, to szkody wyjdą na jaw, a delikwenci przejdą do grupy pijących szkodliwie. Ilościowo to ci, którzy przekraczają granice wypisane w klasyfikacji ICD 10. Co im proponujemy? To trudna grupa. Jeśli nie odczuwają szkód, to kontakt ze szkodami może być tylko rozmowy, oparty na przykładach i autorytecie prowadzącego lub grupy. Zdarzało mi się dyskutować tę sprawę z uczestnikami. Nie jest źle przyznać się tu do pewnej bezradności i zapytać, co grupa by poradziła? Niekiedy cały ten fragment poprzedzam małą burzą mózgów pod tytułem „Co to znaczy rozsądny styl picia?”. Mamy wtedy do dyspozycji całą listę propozycji od grupy. Jednocześnie jest to grupa, o którą bardzo warto zawalczyć, gdyż najłatwiej osiąga konstruktywną zmianę. Może mają dla kogo się zmieniać?
- d) grupa pijących szkodliwie — przynajmniej 12,3% w dorosłej populacji polskiej (ci, którzy już na coś chorują z powodu picia — choroby odalkoholowe lub inne jawne straty). Ta grupa też jest trudna, gdyż zaczyna się u niej rozwijać załazek syndromu iluzji i zaprzeczeń, jak u uzależnionych w stopniu znacznym. Najlepiej byłoby w tym miejscu poprowadzić jakąś głębszą analizę strat i możliwości uchronienia się przed nimi. Dlaczego warto żyć w zdrowiu? Trzeba też oświadczyć, że pozytywne zmiany stylu życia wymagają rozwoju osobistego, bo trzeba czymś zapełnić deficyty, a poza tym wymagają dokładniejszego treningu kontroli spożywanego alkoholu (trening picia kontrolowanego?).
- e) ostatnia grupa — uzależnieni w stopniu znacznym (ciężkim), alkoholicy. Tacy z pewnością są wśród uczestników. Co im doradzić? Trzeba wskazać czytelnie na ścieżkę pomocy: diagnoza, terapia, AA. Opisywałem to

wcześniej. W tym miejscu warto zachęcić, podając znacznie wyższe niż jeszcze 30 lat wstecz odsetki osób zatrzymujących picie. To dla tej grupy mogą być niezbędne informacje pomocowe, co i gdzie mogą znaleźć? Można też nieco przybliżyć, co się tam na tych terapiach dzieje, aby zmniejszyć lęk czy wstyd. Ja zazwyczaj jakoś doceniam te osoby, wskazując, że nie są złe, ale... chore. Chodzi o ratowanie się w chorobie.

Cały ten fragment może i czasem powinien przechodzić w pracę indywidualną. Tutaj trochę mniej możemy działać w grupie, chociaż pamiętam, jak jeden z uczestników dzielił się swoimi doświadczeniami z AA i z terapii, zachęcając do korzystania. A może „załatwić” spotkanie z takim rzecznikiem zmiany, który wystąpi w tym momencie?

Mamy tu dużą paletę szczegółowych możliwości ewentualnej kontynuacji pracy, głównie w wymiarach indywidualnych.

Jak zwykle warto też przeprowadzić anonimową ocenę spotkania. Ja stosuję najprostszą metodę — ocenę szkolną na karteczce.

Oczywiście warto się pożegnać, podziękować. To wszystko. Oto opis takiego 3-godzinnego spotkania (może być nieco dłuższe, gdy natrafiamy na trudności uczestników, nawet z czytaniem czy liczeniem). W zasadzie czas określa prowadzący, ale musi pamiętać, że człowiek się po prostu męczy i są granice jego aktywności.

Bibliografia

- Aage H. (2012), *Alcohol in Greenland 1951–2010: consumption, mortality, prices*, „International Journal of Circumpolar Health”, 71, 10.3402/ijch.v71i0.18444. <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18444>.
- Alcohol, Violence, and Aggression*, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa38.htm>.
- Anderson P., Baumberg B. (2007), *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa.
- Andrzejczak J. (2018), *Spowiedź polskiego kata*, Frampol.
- Anonim (2008), *Przebudzenie za murami*, „Świat Problemów”, 4 (183).
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. (2001), *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*, wyd. 2, WHO.
- Bednarski F.W., *Wychowanie młodzieży dorastającej* (2000), Warszawa.
- Besala J. (2017), *Alkoholowe dzieje Polski. Czasy rozbiorów i powstań*, Poznań.
- Bjerregaard P., Lynge I. (2006), *Suicide — A Challenge in Modern Greenland*, „Archives of Suicide Research”, V. 10/2.
- Błachut J., Gaberle A., Krajewski K. (1999), *Kryminologia*, Gdańsk.
- Bobrowski K. (2008), *Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 21, nr 4.
- Bogdanik T. (1988), *Alkohol etylowy*, w: idem (red.), *Toksykologia kliniczna*, Warszawa.
- Borucka A., Okulicz-Kozaryn K. (2008), *Dlaczego coraz więcej dziewcząt pije alkohol?*, „Świat Problemów”, v. 182(3).
- Bray R., Hourani L. (2007), *Substance use trends among active duty military personnel findings from the United States Department of Defense Health Related Behaviours Surveys*, „Addiction”, V. 102.

- Breska R. (2018), *Nowe wymagania dotyczące kompetencji pedagoga resocjalizacyjnego w zakresie pracy psychokorekcyjnej z osobami uzależnionymi*, „Colloquium edukacja — polityka — historia. Kwartalnik”, 4/2018.
- Cao Y., Willet W.C., Rimm E.B., Stampfer M.J., Giovannucci E.L. (2015), *Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies*, “The BMJ”; 351:h4238; <http://doi.org/10.1136/bmj.h4238>.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010), *Psychologia uzależnień — alkoholizm*, Warszawa.
- Cook Ch. (2006), *Alcohol, Addiction and Christian Ethics*, Cambridge.
- Czech E., Hartleb M. (2003), *Polimorfizm genetyczny dehydrogenazy alkoholowej — znaczenie patofizjologiczne*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, V. 12 (6).
- Danielsson A.K., Wennberg P., Hibell B., Romelsjö A. (2012), *Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply?*, “Addiction”, V. 101, nr 1.
- Dingwall G. (2006), *Alcohol use and Crime*, w: *Alcohol and Crime*, 1st ed., London.
- Dragan M. (2008), *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*, Warszawa.
- Edwards G., *Alkohol. Tajemnicza substancja*, tłum. A. Grzybek, Warszawa 2001.
- Erickson C.K. (2013), *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, tłum. J. Vetulani, Warszawa.
- Fear N.T., Iversen A., Meltzer H., Workman L., Hull L., Greenberg N., Barker C., Browne T., Earnshaw M., Horn O., Jones M., Murphy D., Rona R.J., Hotopf M., Wessely S. (2007), *Patterns of drinking in the UK Armed Forces*, “Addiction”, V. 102.
- Fijałkowska S., Tomaszewska I. (2010), *Problemy alkoholowe w profesjonalnej armii*, „Świat Problemów”, 6(209).
- Fernandez-Sola J., Sacanella E., Estruch R., Nicolas J.M., Gran J.M., Urbano-Marquez A. (2007), *Significance of type II fiber atrophy in chronic alcoholic myopathy*, “Journal of Neurology Sciences”, 1995, V. 130 (1), 69–76.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018), *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*, “The Lancet”, V. 392, nr 10152, September 22; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext#%20).
- Gilligan B.E. (2004), *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa.
- Global status report on alcohol and health 2014*, WHO, Źródło internetowe: apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf (dostęp: 7.03.2021).
- Global Status Report on Alcohol and Health* World Health Organization (2018), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312318/WHO-MSD-MSB-18.2-eng.pdf>, (dostęp: 7.04.2021); [sugerowane cytowanie: *Global status report on alcohol and health 2018: executive summary*. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MSD/MSB/18.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.].
- Głowik T. (2019), *Zmiana paradygmatów w terapii uzależnień*, „Resocjalizacja Polska”, v. 17.
- Graham K., Livingstone M. (2011), *The Relationship between Alcohol and Violence — Population, Contextual and Individual Research*, “Approache, Drug and Alcohol Review”, V. 30(5).
- Graham L. *Alcohol and prison*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/249204/Prisons-and-Health,-15-Alcohol-and-prisons.pdf.
- Graham L., Parkes T., McAuley A. and Doi L. (2012), *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*, WHO Regional Office for Europe,

- Copenhagen, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf (dostęp: 29.03.20121).
- Grygiel S. (1980), *Alkoholizm a dialektyka pan — niewolnik*, w: K. Majdański (red.), *Antropologiczne kategorie trzeźwości. Materiały ogólnopolskiego sympozjum pastoralnego, 20–21 czerwca 1978*, Warszawa.
- Hansen W. (1993), *School — Based Alcohol Prevention Programs*, “Alcohol Health and Research World”, V. 17, nr 1.
- Hawkins J.D., Netherhood B. (1994), *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*, Wyd. IPiN, Warszawa.
- Holloway A., Landale S., Ferguson J., Newbury-Birch D., Parker R., Smith P., Sheikh A. (2017), *Alcohol Brief Interventions (ABIs) for male remand prisoners: protocol for development of a complex intervention and feasibility study (PRISM-A)*, “BMJ Open”, May 4; 7(4):e014561.
- Holloway A., Watson H.E., Arthur A.J., Starr G., McFadyen A.K., McIntosh J. (2007), *The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in general hospital setting*, “Addiction”, V. 102.
- Holmes, T.H., Rahe R.H. (1967), *The Social Readjustment Scale*, “Journal of Psychosomatic Research”, 11.
- Hołyst B. (2016), *Kryminologia*, wyd. 11, Warszawa.
- Howland J., Bell N., Hollander I. (2007), *Causes, types and severity of injury among army soldiers hospitalised with alcohol comorbidity*, “Addiction”, V. 102.
- Hussong A., Bauer D. (2008), *Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents*, “Journal of abnormal psychology”, 117(1).
- Jadczak-Szumilo T. (2008), *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Warszawa.
- Jay J., Jay D. (2008), *Miłość przede wszystkim. Metoda interwencji w terapii uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych*, tłum. Z. Bosacka, Poznań.
- Jellinek E.M. (1946), *Phases in the Drinking History of Alcoholics*, “Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, V. 7(1).
- Jellinek E.M. (1960), *The disease concept of alcoholism*, N. Brunswick.
- Johnson V.E. (1994), *Interwencja. Jak pomóc komuś, kto nie chce pomocy*, tłum. B. Mroziak, Warszawa.
- Kaczmarczyk I. (2008), *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Warszawa.
- Kapica J. ks. (1933), *Alkoholizm a miłość bliźniego*, w: E. Szramek (red.), *Kazania i mowy, odezwy*, Katowice.
- Karasowska A. (2006), *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania?*, Warszawa.
- Kieniewicz J. (1994), *Polski alkoholizm i trzeźwość*, w: M.F. Romaniuk (red.), *W trosce o trzeźwość Narodu. Sylwetki trzeźwościowych działaczy XIX wieku oraz antologia ich pism*, Warszawa.
- Kieniewicz J. (2000), *Polski alkoholizm i trzeźwość. Od drugiej do trzeciej Rzeczypospolitej*, w: M. Romaniuk (red.), *W trosce o trzeźwość Narodu. Sylwetki najwybitniejszych działaczy trzeźwościowych XIX i XX wieku oraz antologia ich pism*, Warszawa.
- Kinney J., Leaton G. (1994), *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Basaj, A. Bielasik, Warszawa.
- Klecka M. (2007), *FAScynujące dzieci*, Kraków.

- Kristjansson A.L., Sigfusdottir I.D., Thorlindson T., Mann M.J., Sigfusson J., Allegrante J.P. (2016), *Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014*, “Addiction”, V. 111(4).
- Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM–5*, (Red. Zespół) (2020), Wyd. Edra Urban i Partner, wyd. 5, Wrocław.
- Kulbacki P. (2002), *Ziarno pszenicy. Kilka myśli o wyzwoleniu człowieka*, Poznań.
- Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. (1999), *Relapse prevention. An overview of Marlatt’s cognitive-behavioral model*, “Alcohol Research and Health”, V. 23(2).
- Lecoutre V., Schultz Y. (2009), *Effect of small dose of alcohol on the endurance performance of trained cyclists*, “Alcohol and Alcoholism”, V. 44(3).
- Leonhard B. (1992), *Harcerski Słowniczek Abstynencki*, Kraków.
- Leszczyńska A. (2017), *Powrotność do przestępstwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 96.
- Lindenmayer J. (2007), *Ile możesz wypić?*, tłum. J. Chodkiewicz, Gdańsk.
- Linowski K., Nowicka J. (2004), *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Ostrowiec Świętokrzyski.
- Marlatt G., Witkiewitz K. (2002), *Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment*, “Addictive behaviors”, 27(6).
- McCollister K.E., French M.T. (2003), *The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings*, “Addiction” Dec, 98(12).
- Mellibruda J. (1997), *Profilaktyka problemowa*, „Remedium”, nr 10.
- Mellibruda J. (1997), *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, 3(28).
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006), *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- Mellibruda J. (1997) *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania”, 28(3).
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2011), *Integracyjna psychoterapia uzależnień: teoria i praktyka*, Warszawa.
- Michalski A., Kopera M., Gmaj B., Łoczewska A., Szejko N., Kisielińska E., Wojnar M. (2015), *Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 28/4.
- Miller W.R. (2009), *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Zalecenia do Optymalizacji Terapii*, tłum. K. Mazurek, Warszawa.
- Miller W.R., Munoz R.F. (2006), *Picie kontrolowane*, tłum. K. Mazurek, Warszawa.
- Miller W.R. (1998), *Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems*, “Addiction”, V. 93(7).
- Miller W.R., Rollnick S. (2010), *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany?*, tłum. A. Pokojska, Kraków.
- Miller W.R. (2004), *The phenomenon of quantum change*, “Journal of Clinical Psychology”, V. 60(5).
- Moczydłowska J. (2005), *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, z. 6.
- Modrzyński R. (2012), *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 25.
- Moskalewicz J. (2007), *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, t. 20, nr 1.

- Moskalewicz J. (1998), *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944–1982*, Warszawa.
- Moskalewicz J., Room R., Thorn B. (red.) (2017), *Comparative monitoring of alcohol epidemiology cross the EU*, RARHA Work Pacakge 4, Warszawa.
- Moskalewicz J., Żulewska-Sak J. (2003), *Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce. Raport z realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia*, „Przeгляд Epidemiologiczny”, 57.
- Narodowy Program Trzeźwości* (2018), Wyd. Fundacji Signum Magnum, Warszawa–Katowice.
- Nowak B. (2020), *[Nie] Skazani na wykluczenie. Od patologii do normy zachowań społecznych*, Warszawa.
- Nutt D., King L., Philips L. (2010), *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*, “The Lancet”, V. 376, nr 9752, 6 November.
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (1997), *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984 — 1988 — 1992 — 1996*, „Alkoholizm i Narkomania”, v. 2(27).
- Olszewska O., Michalski A. (2016), *Jak wspierać osoby dotknięte problemem alkoholowym. Poradnik dla osób duchownych. Wykorzystanie technik dialogu motywującego*, wyd. 2, Warszawa.
- Palk G., Davey J., Freeman J. (2010), *The impact of a lockout policy on levels of alcohol-related incidents in and around licensed premises*, “Police Practice and Research”, V. 11.
- Parr E.B., Camera, D.M., Areta J.L., Burke L.M., Philips S.M., Hawley J.A., Coffey G. (2014), *Alcohol Ingestion Impairs Maximal Post — Exercise Rates of Myofibrillar Protein Synthesis following a Single Bout of Concurrent Training*, “PlosOne”, 12, Feb 9 (2).
- Parzych K. (red.) (2005), *Orędzie gietrzwałdzkie wczoraj i dziś*, Olsztyn.
- Paszkiwicz A. (2018), *Emocje doświadczane przez osoby w zakładzie karnym*, „Przeгляд Więziennictwa Polskiego”, nr 101.
- Perry C.L., Williams C.L., Komro K.A., Veblen-Mortenson S., Stigler M., Munson K.A., Farbaksh K., Jones R.M., Forster J.L. (2002), *Project Northland: long term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use*, “Health Education Research”, V. 17(1).
- Pietruszka M. (2010), *Aktywność producentów alkoholi w Polsce — piwowarzy*, „Świat Problemów”, 3(206).
- Pietruszka M. (2010), *Aktywność producentów napojów alkoholowych na poziomie Unii Europejskiej*, „Świat Problemów”, 1(204).
- Pomianowski R. (2007), *Pijący pracownicy — czy problem?*, „Świat Problemów”, v. 172(5).
- Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia. WHO*, wyd. polskie: 2003, tł. A. Basaj, Warszawa.
- Robinson B.E., Rhoden L. (2005), *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, tłum. M. Szymankiewicz, Warszawa.
- Rossov I., Romelsjo A. (2005), *The extent of the “prevention paradox” in alcohol problems as a function of population drinking patterns*, “Addiction”, V. 101, nr 1.
- Rostworowski S. (1977), *Historia Powszechna. Wiek XVIII*, Warszawa.
- Ryś M. (2007), *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa.
- Salamucha A. (2016), *Pojęcie profilaktyki (analiza semiotyczna)*, „Roczniki Pedagogiczne”, v. 8(44), 4.

- Seligman M. (1997), *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań.
- Siedlaczek S. (1984), *Geneza skautingu i harcerstwa* (reprint z 1936 r.), Warszawa.
- Sierosławski J., Bukowska B. (2004), *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Łodzi w 2004 r.*, Warszawa.
- Skolimowski K.P. (1985), *Abstynencja w skautingu polskim. Źródła i rozwój zasady abstynencji w skautingu w latach 1911–1914*, Warszawa.
- Skrzypczyk W. (1996), *Listy. Wybór tekstów dzieci alkoholików*, wyd. 2, poszerzone, Łódź.
- Strzembosz T. (1984), *Szare Szeregi jako organizacja wychowawcza*, Warszawa.
- Szukalski P. (2013), *Małżeństwo: początek i koniec*, Łódź.
- Szukalski P. (2016), *Rozwody we współczesnej Polsce — zróżnicowanie regionalne*, „Demografia i Gerontologia Społeczna — Biuletyn Informacyjny”, Nr 1, 1–6.
- The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*, WHO/MSD/MSB/01.6a.
- Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G. (2012), *Rak piersi — znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej*, „Przegląd Menopauzalny”, 4.
- Tokarczyk E. (2011), *Psychologiczne i kryminologiczne aspekty kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości*, Pedagogium, Warszawa.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 r. o ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych (Dz.U. z 1922 nr 35, poz. 299).
- Ustawa z 27.04.1956 o zwalczaniu alkoholizmu.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230). <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19820350230/U/D19820230Lj.pdf>
- Używanie alkoholu a przemoc w społeczeństwie*, Warszawa 1994.
- Wojcieszek K. (2003), *Rodzice i dzieci w rodzinach alkoholowych — studium antropologiczno-profilaktyczne*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 1, cz. 2, t. 7.
- Wojcieszek K. (2004), „Korekta”. *Program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami służby zasadniczej*, wyd. 2, Warszawa.
- Wojcieszek K. (2005), *Na początku była rozpacz*, Kraków.
- Wojcieszek K. (2010), *Człowiek spotyka alkohol*, Kraków.
- Wojcieszek K. (2010), *Profilaktyka problemów alkoholowych w warunkach profesjonalnej służby wojskowej. W poszukiwaniu rozwiązań*, Warszawa.
- Wojcieszek K. (2011), *Krótką interwencją profilaktyczną w grupie — konstruktywne wykorzystanie dysonansu poznawczego w profilaktyce dla grupy podwyższonego ryzyka na przykładzie programu „Korekta”, „Resocjalizacja Polska”, nr 2.*
- Wojcieszek K. (2013), *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych*, Kraków.
- Wojcieszek K. (2016), *Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu — przyczyny oraz możliwości zapobiegania*, w: Z. Gaś (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin.
- Wojcieszek K. (2016), *Nasze dzieci w dżungli życia. Jak pomóc im przetrwać?*, Kraków.
- Wojcieszek K. (2019), *Gdy kara więzienia staje się szansą rozwoju*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 100.
- Wojcieszek K. (2020), *Źródła nadziei w resocjalizacji*, [w druku].
- Wojcieszek K. (2018), *Obowiązki etyczne społeczeństwa wobec dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w kontekście międzypokoleniowej transmisji uzależnienia i wymogu solidarności społecznej*, w: Z. Gaś (red.), *Profilaktyka w świecie zagubionych wartości*, Lublin.

- Woronowicz (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań.
- Woronowicz B.T. (2008), *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Warszawa.
- Wójcik M. (1978), *Zgromadzenie Sióstr Służek NMP Niepokalanej. Powstanie, rozwój i działalność w latach 1878–1918*, Mariówka–Przysucha.
- Zieliński A. (1994), *Polish culture: Wet or Dry?*, “Contemporary Drug Problems”, V. 21, [“Nordisk Alkoholtidskrift” 1994, V. 5–6].

Część III

Konteksty

Od redaktora: prezentujemy 4 teksty, które są doskonałym uzupełnieniem części I i II. Pierwszy z nich jest fragmentem badań ewaluacyjnych programu „Korekta” w wersji podstawowej. Wynika z nich, że program ma pewną zdolność wywoływania zmiany wiedzy, postawy i nawet zachowań uczestników. Materiał ten jest doskonale opracowany statystycznie, gdyż Autorka jest specjalistką w zakresie psychometrii. Drugi tekst, autorstwa mgr Ewy Krokosz opisuje praktyczne stosowanie metody krótkiej interwencji indywidualnej w systemie więziennictwa, bardzo cennej metody, ale mającej ograniczenia ilościowe w stosunku do potrzeb. Ewa Krokosz jest doświadczonym psychologiem i funkcjonariuszką SW, obecnie jest asystentem w SWWS. Kolejny tekst zajmuje się klasyfikacją uzależnienia i współczesnymi poglądami na możliwości jego redukcji. Jego autorką jest dr Katarzyna Iwanicka, psycholog i terapeutka. I tekst końcowy autorstwa mgr Agnieszki Nowogrodzkiej, również psychologa w systemie więziennictwa, pokazuje skalę zainteresowania opisywaną tutaj metodą. Wynika z niego, że wiele osób chętnie stosowałoby tego rodzaju oddziaływanie. Aby im to ułatwić, autor przygotował specjalny kurs e-learningowy na platformie edukacyjnej SWWS, który zawiera też dodatkowe materiały.

Maria R. Wojcieszek
ORCID: 0000-0003-2161-0441

Badanie ewaluacyjne programu profilaktycznego „Korekta”

Słowa kluczowe: program profilaktyczny, ewaluacja sumatywna, nadużywanie alkoholu, krótka interwencja, młodzi dorośli, kobiety

Streszczenie: Artykuł dotyczy ewaluacji programu profilaktycznego w zakresie problemów alkoholowych „Korekta” zastosowanego w grupie studentek. Uwzględnia on strukturę krótkiej interwencji i wśród wykorzystywanych strategii profilaktycznych uwzględnia między innymi informowanie o konsekwencjach zachowań ryzykownych. W oparciu o schemat quasi-eksperymentalny z dwutygodniowym odstępem między zajęciami a posttestem ustalano, w jakim stopniu uczestnictwo w programie wpłynęło na zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu, a szczególnie spadek upijania się. Wykazano zgodny z hipotezami wpływ programu na poziom negatywnych oczekiwań względem skutków picia, a także wiedzę dotyczącą względnie bezpiecznego używania alkoholu.

1. Wprowadzenie

Na początku warto w kilku zdaniach przedstawić ewaluowany program na tle skutecznych strategii profilaktycznych. Podłoża teoretycznego „Korekty” należy szukać między innymi w społecznej teorii uczenia się, która uzasadnia strategię polegającą na informowaniu o konsekwencjach zachowań ryzykownych (więcej o tej strategii Hansen, 1993; za: Wojcieszek, 2010). Ważną rolę odgrywa również teoria uzasadnionego działania, według której na podjęcie zachowania wpływa intencja, postawa wobec niego, a także postrzegane normy. Dlatego program zawiera elementy kwestionowania nadmiernie pozytywnych oczekiwań wobec picia alkoholu, a także kształtowania przekonań normatywnych. Uwzględniono również udzielanie informacji zwrotnej na temat stopnia zachowywania umiarkowania w piciu alkoholu. Wreszcie, program „Korekta” konstruowano tak, aby uczestnicy we właściwy sposób rozwiązywali dysonans poznawczy

wywoływany napływającymi informacjami o ryzykowności swojego zachowania (o warunkach skuteczności perswazji więcej pisze Leventhal, 1970; za: Wojciszke, Doliński, 2008).

2. Problem badawczy

Celem badania było określenie skuteczności „Korekty” w zakresie wpływu na wiedzę, postawy i zachowania związane ze spożywaniem alkoholu. W badaniu próbowano więc ocenić, czy i w jakim stopniu program wpływa na:

- 1) zmniejszenie poziomu motywacji skłaniającej do picia alkoholu,
- 2) zmniejszenie pozytywnych oczekiwań wobec skutków picia alkoholu,
- 3) zwiększenie świadomości możliwości doświadczenia negatywnych skutków picia,
- 4) ograniczenie zjawiska upijania się, a także zredukowanie doświadczania negatywnych konsekwencji związanych z piciem alkoholu (objawy fizjologiczne),
- 5) zmniejszenie intensywności picia alkoholu (częstość picia i ilość alkoholu wypijanego przy jednej okazji),
- 6) osłabienie zamiaru (intencji) picia alkoholu,
- 7) umocnienie zamiaru (intencji) powstrzymania się od picia alkoholu oraz intencji zmniejszenia intensywności jego spożywania,
- 8) osłabienie przekonań normatywnych o powszechności braku zachowania umiaru w picu alkoholu,
- 9) wzmocnienie postawy braku aprobaty dla proalkoholowych stereotypów,
- 10) wzmocnienie pozytywnego stosunku do abstynencji,
- 11) silniejsze popieranie bardziej restrykcyjnych ustawowych ograniczeń wiekowych odnośnie do zakupu alkoholu,
- 12) większą wiedzę dotyczącą mniej ryzykownego picia alkoholu (ryzyka związanego z określonym spożyciem alkoholu, limitów ilości alkoholu wypijanego przy jednej okazji, szkodliwości picia alkoholu w ciąży, profilaktyki FAS, stężenia alkoholu we krwi po wypiciu określonej ilości napojów alkoholowych).

3. Metodologia badania

Program i badanie ewaluacyjne zostało przeprowadzone w grupie studentów, w ramach zajęć dotyczących profilaktyki. W grupie przeważały kobiety, toteż do nich dostosowany został program i to ich odpowiedzi zostały uwzględnione w badaniu. W zajęciach programu „Korekta” poddanych ewaluacji brało udział co najmniej 126 osób, więc była to realizacja w bardzo dużej grupie. Natomiast z uwagi na wykruszenie próby w grupie kontrolnej (początkowo liczącej 66 osób) w analizach wzięto pod uwagę odpowiedzi 44 studentek z grupy eksperymentalnej oraz 32 studentek z grupy kontrolnej. Zajęcia zostały poprowadzone przez

autora scenariusza programu. Pewne zabezpieczenie przed wpływem lęku przed oceną stanowiła anonimowość ankiet oraz duża liczba osób uczestniczących w badaniu. Nie było możliwości zastosowania procedury *double-blind*.

Cel badania wymagał zastosowania planu quasi-eksperymentalnego, z dwoma punktami pomiarowymi, pretestem i posttestem, oraz z udziałem grupy kontrolnej niepodlegającej oddziaływaniu programu. Pretest odbył się dwa tygodnie przed realizacją programu, a pierwszy posttest dwa tygodnie po realizacji. Z uwagi na znaczny stopień wykruszenia próby w grupie kontrolnej w drugim postteście (przeprowadzonym ok. dwa–trzy miesiące po realizacji programu) przedstawione zostaną wyłącznie wyniki dla pretestu i pierwszego posttestu.

Dokładny opis sposobu pomiaru wszystkich zmiennych zależnych i jego rzetelności zawarty jest w innym miejscu (Wojcieszek, 2012). Tutaj przedstawione zostaną dane dotyczące wybranych wskaźników, szczegółowo omawianych w Wynikach. Jednocześnie w Wynikach zawarty jest skondensowany skrót ułatwiający orientację w całości rezultatów badania.

W ocenie wpływu wzięto pod uwagę następujące wskaźniki zmiennych:

1) *motywy picia i oczekiwania wobec skutków picia alkoholu* (źródło: niektóre pozycje ułożone na podstawie pytań ankietowych zastosowanych w badaniach „Studenci 2000” (Mellibruda, Frączyk), niektóre opracowane na podstawie scenariusza programu „Korekta” (K. Wojcieszek, 2004). Poniżej opisano jeden obszar zmiennych spośród badanych sześciu.

Badani mieli ocenić szansę wystąpienia u nich określonych skutków picia alkoholu (sformułowanych jako pozytywne lub jako negatywne, łącznie 18 stwierdzeń) na 5-stopniowej skali (od 0 — niemożliwe, do 3 — na pewno tak).

a. *przewidywanie doświadczenia negatywnych konsekwencji picia alkoholu* — wskaźnikiem skala złożona z pięciu pozycji (o rzetelności w preteście $\alpha = 0,67$, w postteście $\alpha = 0,77$). Wzięto pod uwagę szkody zdrowotne, złe samopoczucie, gorsze wyniki w nauce lub pracy, stratę pieniędzy, podpadnięcie w alkoholizm.

2) *intensywność picia alkoholu* — poniżej opisano wybrane elementy z dwóch obszarów zmiennych spośród mierzonych w tej grupie pięciu zakresów (źródło dla niektórych pytań: metoda „ostatniej okazji” stosowana w badaniach wzorów konsumpcji alkoholu w Polsce (PARPA, 2008). W analizach wzięto pod uwagę dane zebrane od tych osób, które ostatnio piły alkohol w okresie dwóch tygodni pomiędzy programem a drugim pomiarem.

a. *ilość wypijanego alkoholu* — zmienna mierzona przy pomocy wskaźnika utworzonego na podstawie odpowiedzi na pytanie o ilość alkoholu wypitą przy ostatniej okazji: „Czy może Pani przypomnieć sobie i starannie wypisać rodzaj i ilość alkoholu, który Pani wtedy wypija?”. Miejsce na odpowiedź podzielono następująco: a. piwo (ile półlitrowych butelek), b. wino (kieliszków 200 ml), c. wódka (kieliszków 30 ml), d. inne, jakie (jaka ilość). Wskaźnik tworzył ostatecznie badacz (autorka artykułu), obliczając łączną ilość

alkoholu wypitego przy ostatniej okazji, w porcjach standardowych. Przyjęto, że jedna porcja standardowa alkoholu zawarta jest w 250 ml piwa, kieliszku wódki o pojemności 30 ml, a kieliszek wina o pojemności 200 ml zawiera 1,5 porcji standardowej.

- b. *częstość upijania się* — zmienna mierzona oryginalnie przy pomocy czterech wskaźników. Jeden z nich był obliczany przez badacza na podstawie „ostatniej okazji”, a więc nie była to odpowiedź udzielana wprost przez osoby badane. Trzeci wskaźnik stanowił subiektywną ocenę upicia się. Była to odpowiedź na pytanie: „Jeśli piła Pani alkohol w ciągu ostatnich 30 dni, to czy zdarzyło się, że się Pani upiła?” z opcjami do wyboru: 3. „tak”, 2. „chyba tak”, 1. „chyba nie”, 0. „nie”. To pytanie zostało uwzględnione w szczegółowym opisie wyników.
- 3) *wiedza na temat względnie bezpiecznego picia alkoholu* — jednym ze wskaźników tej zmiennej jest średnia odpowiedzi dla skali złożonej z sześciu pytań jednokrotnego wyboru (od 4 do 6 opcji odpowiedzi) dotyczących: stężenia alkoholu we krwi po wypiciu określonej ilości napojów alkoholowych przez kobietę, czasu rozkładu alkoholu, ryzyka związanego z określonym stężeniem alkoholu we krwi, limitów względnie bezpiecznego picia (osobno dla płci w zakresie ilości oraz łącznie dla częstotliwości).

4. Wyniki badania ewaluacyjnego

Najpierw zostaną przedstawione wybrane wyniki szczegółowe. W dalszej części zawarte jest podsumowanie wraz z tabelą zawierającą wszystkie rezultaty badania.

W celu przetestowania hipotezy o oddziaływaniu programu „Korekta” na wielkość oczekiwania doświadczenia negatywnych konsekwencji picia alkoholu, takich jak gorsze wyniki w nauce czy niekorzystny wpływ na stan zdrowia, przeprowadzono analizę wariancji z powtarzаныmi pomiarami. Zaobserwowano istotny statystycznie efekt interakcji między badanymi zmiennymi, czyli rodzaj grupy badawczej miał wpływ na zmiany w nasileniu oczekiwań negatywnych skutków picia alkoholu między dwoma pomiarami. W grupie kontrolnej okazał się istotny statystycznie efekt prosty polegający na osłabieniu tego rodzaju oczekiwań (por. tabela 1).

Tabela 1. Wielkość oczekiwań dotyczących możliwości doświadczenia negatywnych następstw picia alkoholu (*E* — grupa eksperymentalna, *K* — grupa kontrolna).

| grupa | pretest | posttest | efekt |
|--------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| E | 1,79 | 1,93 | $F(1,72) = 2,04$ $p = 0,16$ |
| K | 2,07* | 1,83* | $F(1,72) = 4,06$ $p = 0,048$ |
| efekt | $F(1,72) = 2,24$ $p = 0,14$ | $F(1,72) = 0,24$ $p = 0,63$ | $F(1,72) = 0,06$ $p = 0,016$ |

* Gwiazdką oznaczono średnie, które różnią się między sobą na poziomie $p < 0,05$.

Ilość wypijanego alkoholu mierzona była przy użyciu kilku wskaźników. Wzięto pod uwagę dane zebrane od tych osób, które ostatnio piły alkohol w okresie dwóch tygodni pomiędzy programem a drugim pomiarem. Poniżej opis dotyczący pierwszego wskaźnika, a więc ilości alkoholu wypitego przy ostatniej okazji. W celu sprawdzenia hipotezy o wpływie programu „Korekta” na zmniejszenie się ilości wypijanego alkoholu przeprowadzono analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami (jej wyniki warto traktować z ostrożnością ze względu na brak spełnienia założeń). Analizę przeprowadzono dwukrotnie, ze względu na wystąpienie wartości odstających. Uwzględniono je za pierwszym razem, natomiast w drugiej wersji analizy usunięto je ze zbioru danych, by sprawdzić, jak bardzo wpływają one na obserwowane zmiany. W drugiej wersji zostało spełnionych więcej założeń analizy wariancji. Natomiast z drugiej strony tylko pierwsza analiza uwzględnia dane uzyskane od osób z grupy kontrolnej, które wypity wyjątkowo dużo. Takie dane są istotne z punktu widzenia oddziaływania mającego na celu m.in. redukcję ilości wypijanego alkoholu. Poniżej przytoczone zostały wyniki obu wersji analizy.

W pierwszej wersji efekt interakcji kolejności pomiaru oraz rodzaju grupy badawczej okazał się istotny statystycznie. Przynależność do określonej grupy miała wpływ na zmiany w ilości wypitego alkoholu między dwoma pomiarami. W grupie kontrolnej zaobserwowano wzrost ilości alkoholu wypijanego przy ostatniej okazji, natomiast w grupie eksperymentalnej zmniejszenie się tej ilości (por. tabela 2).

Tabela 2. Ilość alkoholu wypitego przy ostatniej okazji w porcjach standardowych (efekt interakcji, *E* — grupa eksperymentalna, *K* — grupa kontrolna).

| grupa | pretest | posttest | efekt |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| E (<i>N</i> = 29) | 4,02 | 3,22 | $F(1,46) = 1,40$ $p = 0,24$ |
| K (<i>N</i> = 19) | 4,58 | 6,12 | $F(1,46) = 3,47$ $p = 0,07$ |
| efekt | $F(1,46) = 0,56$ $p = 0,33$ | $F(1,46) = 3,28$ $p = 0,08$ | $F(1,46) = 4,81$ $p = 0,03$ |

W drugiej wersji analizy efekt interakcji nie osiągnął zakładanego poziomu istotności statystycznej (por. tabela 3).

Tabela 3. Ilość alkoholu wypitego przy ostatniej okazji w porcjach standardowych (efekt interakcji, *E* — grupa eksperymentalna, *K* — grupa kontrolna).

| grupa | pretest | posttest | efekt |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| E (<i>N</i> = 29) | 4,02 | 3,22 | $F(1,44) = 3,01$ $p = 0,09$ |
| K (<i>N</i> = 17) | 3,26 | 3,38 | $F(1,44) = 0,03$ $p = 0,85$ |
| efekt | $F(1,44) = 1,33$ $p = 0,25$ | $F(1,44) = 0,08$ $p = 0,77$ | $F(1,44) = 1,45$ $p = 0,23$ |

Jeden ze wskaźników upijania się polegał na określeniu przez osobę badaną tego, czy upiła się w ciągu ostatniego miesiąca. Zaobserwowano zmianę w grupie eksperymentalnej polegającą na zmniejszeniu upijania się, która jest istotna statystycznie na poziomie słabej tendencji (por. tabela 4).

Tabela 4. Upijanie się osób badanych (*E* — grupa eksperymentalna, *K* — grupa kontrolna).

| | średnie i odchylenia standardowe | | statystyki testu znaków rangowanych Wilcoxon |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| | pretest | posttest | |
| E (<i>N</i> = 38) | $M = 0,68^{(a)}$ $SD = 1,07$ | $M = 0,39^{(a)}$ $SD = 0,82$ | $Z = 9,0$ $p = 0,03$ |
| K (<i>N</i> = 25) | $M = 0,48$ $SD = 0,92$ | $M = 0,64$ $SD = 1,15$ | $Z = 12,0$ $p = 0,21$ |
| statystyki testu U Manna-Whitneya | $U = 513,5$ $p = 0,51$ | $U = 443,0$ $p = 0,56$ | — |

Dla $p < 0,0125$ zmiany są istotne statystycznie z prawdopodobieństwem 95%.

Tymi samymi literami oznaczono średnie, które różnią się między sobą na poziomie tendencji.

W celu sprawdzenia wpływu uczestnictwa w zajęciach programu na wiedzę dotyczącą stężenia alkoholu we krwi, ryzyka z tym związanego oraz niektórych reguł bezpieczniejszego picia (limitów spożycia przy jednej okazji oraz w tygodniu, z uwzględnieniem różnic między płciami) przeprowadzono analizę wariancji z powtarzаныmi pomiarami dla wskaźnika będącego średnią odpowiedzi na sześć pytań. Zaobserwowano istotny statystycznie efekt interakcji. Osoby z grupy eksperymentalnej średnio lepiej odpowiadały na pytania dotyczące wiedzy w wyżej wymienionych zakresach w drugim pomiarze niż w pierwszym, natomiast w grupie kontrolnej zaszła odwrotna zmiana (por. tabela 5). Oznacza to między innymi, że uczestnicy programu „Korekta” podawali w drugim pomiarze niższe limity ilości alkoholu, jaką można wypić przy jednej okazji.

Tabela 5. Ogólny wynik w teście wiedzy dotyczącym bezpieczniejszego spożywania alkoholu (*efekt interakcji, E — grupa eksperymentalna, K — grupa kontrolna*).

| grupa | pretest | posttest | efekty proste |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| E (N = 40) | 2,50** | 3,65** | $F(1,67) = 31,64$ $p < 0,01$ |
| K (N = 29) | 2,93* | 2,31* | $F(1,67) = 6,98$ $p < 0,05$ |
| efekty proste | $F(1,67) = 1,81$ $p = 0,18$ | $F(1,67) = 19,55$ $p < 0,01$ | $F(1,67) = 32,02$ $p < 0,01$ |

Oznaczono średnie, które różnią się między sobą na poziomie $p < 0,05$ (*) lub $p < 0,01$ (**).

Wyniki szczegółowych analiz dotyczących wpływu uczestnictwa w programie „Korekta” na wiedzę, postawy, intencje i zachowania związane z piciem alkoholu zostały zebrane w tabeli 6. Jeśli chodzi o modyfikację motywacji i oczekiwań związanych z piciem alkoholu, to oprócz pokazanej powyżej różnicy w poziomie oczekiwań co do negatywnych skutków picia alkoholu wykazano, że uczestnicy programu w posttestcie bardziej stanowczo odrzucali stwierdzenie, iż dzięki picciu alkoholu unikną „odstawania” od innych ludzi. W zakresie zamiarów dotyczących używania alkoholu zaobserwowano zgodny z hipotezami istotny rezultat dla następującego wskaźnika: preferowanie zabawy bez alkoholu w porównaniu z zabawą, na której jest stawiany alkohol. Śladową zmianę w postawie wobec używania alkoholu zaobserwowano w przypadku wskaźnika dotyczącego ograniczeń wiekowych zakupu alkoholu. W drugim pomiarze uczestnicy programu jeszcze bardziej popierali rozwiązanie prawne obowiązujące w USA, czyli wymóg ukończenia 21 lat przez osobę, która chce kupić alkohol.

Bardzo ważnym rezultatem badania jest brak istotnych niepożądanych zmian w postawach, intencjach i zachowaniach uczestników programu.

Tabela 6. Zbiorcze podsumowanie wyników dotyczących wpływu programu „Korekta” na zmiany w poziomie zmiennych zależnych.

| Zmienne | Istotność zmian oraz ich kierunek (zgodny z hipotezami: „+”) |
|---|--|
| zmienne dotyczące motywów picia i oczekiwań wobec skutków picia alkoholu | |
| motywacja skłaniająca do picia alkoholu, ogólna wielkość strat i korzyści z picia alkoholu | nieistotne |
| oczekiwania doświadczenia pozytywnych skutków picia — oczekiwanie dotyczące upodobnienia się do grupy | nieistotne istotne, „+” |
| przewidywania możliwości doświadczenia negatywnych konsekwencji picia alkoholu | istotne, „+” |
| zmienne dotyczące intensywności picia alkoholu | |
| częstotliwość picia alkoholu, liczba negatywnych objawów fizjologicznych związanych z piciem alkoholu | nieistotne |

Tabela 6. cd.

| Zmienne | Istotność zmian oraz ich kierunek (zgodny z hipotezami: „+”) |
|---|--|
| ilość wypijanego alkoholu | nieozstrzygnięte |
| częstość upijania się | nieistotne (3 wskaźniki) tendencja „+” 1 wskaźnik |
| zmienne dotyczące zamiaru picia alkoholu | nieistotne |
| zmienne dotyczące zamiaru powstrzymania się od picia alkoholu lub zmniejszenia intensywności picia | |
| chęć uczestniczenia w zabawie bez alkoholu, chęć zmniejszenia intensywności picia alkoholu, chęć nieupicia się w ciągu najbliższego roku, chęć powstrzymania się od picia alkoholu w czasie ciąży | nieistotne |
| wybór uczestniczenia w zabawie bez alkoholu lub z alkoholem | istotne, „+” |
| wybrane aspekty postawy wobec picia alkoholu | |
| przekonania normatywne o powszechności braku zachowania umiaru w picciu alkoholu, brak akceptowania ryzykownego picia alkoholu, stosunek do abstynencji | nieistotne |
| stosunek do ograniczeń ustawowych zakupu alkoholu | tendencja „+” |
| wiedza dotycząca względnie bezpiecznego picia alkoholu | |
| wiedza na temat szkodliwości picia alkoholu w ciąży, profilaktyki wystąpienia FAS | nieistotne (wyjściowy wysoki poziom wiedzy) |
| test wiedzy dotyczącej: stężenia alkoholu we krwi po wypiciu określonej ilości napojów alkoholowych, czasu rozkładu alkoholu, ryzyka związanego z określonym stężeniem alkoholu we krwi, limitów względnie bezpiecznego picia | istotne, „+” |

5. Dyskusja wyników

Na podstawie tego badania nie można rozstrzygnąć jednoznacznie, czy program wpłynął na zmniejszenie picia alkoholu. Obiecujące wyniki dotyczą ilości alkoholu wypijanej przy „ostatniej okazji”. Wprawdzie tylko pierwsza wersja analizy wykazała zmiany istotne statystycznie, ale charakter tych zmian jest zgodny z hipotezami. Warto zwrócić uwagę na wysokie wartości alkoholu wypitego przy ostatniej okazji w grupie eksperymentalnej, jakie zanotowano w pierwszym pomiarze (preteście). Dane te uzasadniają potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych w badanej grupie. Jednocześnie śmiałe raportowanie przez osoby badane wysokich wartości spożycia alkoholu może być argumentem na rzecz miarodajności raportowanych wyników pod względem braku wystąpienia lęku przed oceną (Rosenberg, 1991; za: Brzeziński, Brzezińska, 2001).

Komentując wyniki badania dotyczące zamiarów (intencji) związanych z picciem alkoholu, warto zwrócić uwagę na specyfikę użytych wskaźników,

które dotyczyły głównie przewidywania picia alkoholu. Być może inne sformułowania („Czy chce Pani...”, „Czy zamierza Pani...”) pozwoliłyby na zauważenie zmian w intencjach podejmowanych zachowań.

Jeśli chodzi o obszar wiedzy na temat używania alkoholu, to badanie wskazuje na wysoki wstępny poziom świadomości wartości abstynencji matki jako sposobu ochrony jej dziecka przed alkoholowym zespołem płodowym. Dlatego poziom tej wiedzy nie mógł wzrosnąć w wyniku udziału w programie. Natomiast nastąpił on w innych obszarach: obliczanie stężenia alkoholu we krwi po wypiciu określonej jego ilości, znajomość limitu, jaki można wypić przy jednej okazji, z uwzględnieniem różnic między płciami. Uczestnicy programu uzyskali lepszy ogólny wynik w teście wiedzy w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Okazuje się, że limit ilości alkoholu uznawany za dopuszczalny dla kobiet oraz dla mężczyzn był w pierwszym pomiarze za wysoki, a dzięki uczestnictwu w programie został zmniejszony do wartości bliskiej tej, którą podawano na zajęciach.

6. Wnioski dotyczące programu

Na podstawie badań można wysnuć pewne wnioski na temat oddziaływania programu „Korekta” na postawy, wiedzę i zachowania uczestników, choć ich zakres i pewność są ograniczone ze względu na skromną skalę badań.

Wśród zaobserwowanych zmian można wymienić między innymi uwrażliwienie uczestników programu na możliwość doświadczenia negatywnych konsekwencji w przypadku nieumiarkowanego picia alkoholu. Wynik ten jest istotny z punktu widzenia celów profilaktyki problemów alkoholowych wśród osób dorosłych (PARPA, 2008). Bardzo obiecującym wynikiem w zakresie konstruktywnej zmiany zachowania bezpośrednio po programie są dane dotyczące „ostatniej okazji” w zakresie zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu oraz spadku subiektywnie ocenianego upijania się. Nawet jeśli te rezultaty wymagają jeszcze replikacji w liczniejszej grupie badanych, to stanowią argument podkreślający wartość prowadzenia takich badań. Natomiast niewątpliwym wynikiem są zmiany w poziomie wiedzy uczestników programu, którzy lepiej oszacowywali stężenie alkoholu we krwi i przyjmowali niższy limit ilości alkoholu, jaką można wypić przy jednej okazji. Wyniki te sugerują, że warto zwrócić uwagę na przekazywanie tych informacji, ponieważ osoby badane skutecznie wzbogacają swoją wiedzę.

Podsumowując, badanie dostarczyło przesłanek na rzecz skuteczności programu „Korekta” w osiągnięciu kluczowych celów, przynajmniej w branej pod uwagę krótszej perspektywie czasowej. Zaobserwowane zostały korzystne zmiany w oczekiwaniach względem picia alkoholu i wiedzy dotyczącej względnie bezpiecznego picia. Niektóre wskaźniki potwierdzają również konstruktywne zmiany na poziomie zachowania, polegające na zmniejszeniu częstości upicia się czy ilości alkoholu wypijanego przy „ostatniej okazji”.

7. Epilog — zarys problemu będącego przedmiotem oddziaływania

Ewaluacja dotyczyła zastosowania programu w grupie studentek. Wybór grupy badawczej nie był podyktowany jedynie dostępnością grupy badawczej, lecz specyficznymi potrzebami tej grupy. Warto w tym kontekście przyjrzeć się wynikom badań.

Przeciętnie kobiety piją alkohol rzadziej i w mniejszych ilościach niż mężczyźni. Dlatego też doświadczają mniej szkodliwych następstw picia w sposób nieumiarkowany (Fudała, 2007; za: PARPA, 2008). Stosunkowo niedawno przeprowadzone badania wzorów konsumpcji alkoholu w Polsce wskazały jednak na to, że 4% kobiet pije alkohol w sposób, który może spowodować odniesienie różnorodnych szkód. Wyodrębniono także charakterystyki kobiet, które częściej należą do grupy spożywających najwięcej alkoholu. Wśród tych cech znalazły się między innymi wiek 18–29 lat, zamieszkiwanie w miastach o wielkości 50–500 tys. mieszkańców, wyższe wykształcenie, uczenie się czy lepsza ocena swojej sytuacji materialnej (PARPA, 2008). Jak widać, te cechy mogą być zbieżne ze statusem studentki. Z kolei badanie przeprowadzone wśród studentów w 2000 r. (PARPA, 2008) wskazuje na to, że choć większość kobiet pije w sposób umiarkowany, to jednak pewien odsetek doświadcza negatywnych skutków związanych z niewłaściwym wzorcem picia alkoholu. Prawie 18% studentek deklarowało, że z powodu picia alkoholu przynajmniej raz w życiu zdarzyło im się opuścić zajęcia lub zrobić coś, czego później żałowały. Z kolei 12% studentek przyznało, że w ciągu ostatniego miesiąca upiło się jeden lub dwa razy. Dla co czwartej studentki ważnym powodem picia była możliwość zapomnienia o problemach, a dla prawie 15% możliwość upicia się. Wyniki te wskazują, że picie w sposób problemowy występuje także w grupie studentek.

Warto podkreślić, że ryzyko związane z piciem alkoholu przez kobietę jest wyższe niż w przypadku mężczyzny. Wiąże się to z kilkoma czynnikami. Pierwszy z nich dotyczy większego stężenia alkoholu w płynach ciała kobiety w przypadku wypicia przez nią tej samej ilości substancji, którą spożyłby mężczyzna o podobnej wadze. Druga kwestia to zwiększona podatność organizmu kobiety na wystąpienie szkód spowodowanych nadmiernym piciem. Dysfunkcje układu pokarmowego czy poznawczego pojawiają się u kobiety szybciej niż u mężczyzny (Fudała, 2007), poza tym spożywanie alkoholu jest skorelowane z nieprawidłowym przebiegiem owulacji (de Angelis i in., 2020). Powszechnie znana jest szkodliwość picia alkoholu w ciąży, jednak za mało zwraca się uwagę na fakt, iż część poczęć jest nieplanowana, a alkohol wypity przez nieświadomą bycia matką kobietę nie przestaje oddziaływać negatywnie (Kalisch-Smith, Moritz, 2017). Biorąc pod uwagę te wszystkie skutki, doniesienia z badań wskazujące na nadmierne spożycie alkoholu przez pewien odsetek kobiet budzą szczególnie niepokój.

Bibliografia

- Brzezińska A., Brzeziński J. (2001), *Metodologiczne problemy ewaluacji programów profilaktycznych stosowanych wobec młodzieży*, w: J.Ł. Grzelak, M. Sochocki (red.), *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, Warszawa.
- de Angelis C., Nardone A., Garifalos F., Pivonello C., Sansone A., Conforti A., Di Dato C., Sirico F., Alviggi C., Isidori A., Colao A., Pivonello R. (2020), *Smoke, alcohol and drug addiction and female fertility*, “Reprod Biol Endocrinol” 18, 21.
- Fudała J. (2007), *Kobiety i alkohol*, Warszawa.
- Kalisch-Smith J.I., Moritz K.M. (2018), *Detrimental effects of alcohol exposure around conception: putative mechanisms*, “Biochemistry and Cell Biology”, 96(2), s. 107–116.
- PARPA (2008), *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce*, badania zrealizowane przez CBOS na zlecenie PARPA.
- Wojcieszek K.A. (2010), *Człowiek spotyka alkohol. Filozoficzne podstawy wychowania do trzeźwości w ujęciu tomistycznym*, Kraków.
- Wojcieszek K.A. (2004), *„Korekta” program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*, Warszawa.
- Wojcieszek M. (2012), *Ewaluacja sumatywna programu profilaktycznego zagrożeń alkoholowych „Korekta”*, [niepublikowana praca magisterska na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego].
- Wojciszke B., Doliński D. (2008), *Psychologia społeczna*, w: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańsk.

Katarzyna Iwanicka
Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0000-0001-5294-9021

Kryteria diagnostyczne i objawy zespołu uzależnienia od alkoholu*

Słowa kluczowe: uzależnienie, diagnoza, terapia, formy pomocy, klasyfikacja.

Streszczenie: autorka prezentuje przegląd historyczny ujmowania zjawiska uzależnienia od alkoholu, jego przejawy, współczesne metody diagnozy i terapii, rokowania w terapii oraz omawia formy pomocy uzależnionym. Praca ma charakter przeglądowy.

1. Wprowadzenie

Alkoholizm jako wszelkie używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkody indywidualne, społeczne lub jedno i drugie, został zdefiniowany przez Jellinka w 1960 r. (Jellinek, 1960). Jednak w USA koncepcje alkoholizmu jako choroby pojawiły się po raz pierwszy już w XIX w. w pracach Benjamina Rusha i Tomasha Tottera. Kładły one szczególny nacisk na powiązanie nadmiernego spożywania alkoholu z brakiem silnej woli (Levine, 1978). Pogląd, że ktoś może stać się uzależniony od alkoholu, w obecnym znaczeniu tego terminu, nie został jeszcze wówczas w pełni rozwinięty. W tym samym okresie w Europie szwedzki lekarz Magnus Huss określił alkoholizm jako chorobę chroniczną, której towarzyszy wysokie ryzyko nawrotów. O wpływie alkoholu na system nerwowy pisał Courville (1955). Dokonał on obszernego przeglądu literatury oraz protokołów z sekcji zwłok, prezentując zmiany w mózgu, mózdzku, włóknach spoidła, rdzeniu kręgowym i nerwach obwodowych, powstałe w wyniku ostrego zatrucia alkoholowego i przewlekłego alkoholizmu. Później, za Edwardsem i Grossem, zaczęto stosować opis kliniczny zespołu zaburzeń, będący do dzisiaj podstawą

* Wybrane fragmenty oraz tezy zawarte w niniejszym rozdziale stanowią element niepublikowanej rozprawy doktorskiej pt. „Style radzenia sobie ze stresem i typ uzależnienia od alkoholu według Lescha”, która została obroniona w dniu 29 czerwca 2015 roku.

do zdefiniowania zależności alkoholowej. W skład tego opisu wchodziło również „subiektywne poczucie przymusu picia” (Griffith i Gross, 1976). Jeśli chodzi o przedstawicieli psychiatrii z obszaru niemieckojęzycznego, należy zwrócić uwagę na fakt, że alkoholizm jest traktowany jako choroba w pracach Haringa i Leickerta (Haring i Leickert, 1968). Współcześnie definicję uzależnienia od alkoholu Samochowiec podaje jako „zespół dość typowych objawów somatycznych (głównie wegetatywnych), zaburzeń zachowania i zaburzeń funkcji poznawczych, w których picie alkoholu staje się dominujące nad innymi zachowaniami, poprzednio ważniejszymi, a osiowym objawem jest silny, czasem nie do opanowania głód alkoholu (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011, s. 86).

2. Klasyfikacje i kryteria diagnostyczne

Istotne dla praktyki klinicznej wydaje się przyjrzenie się operacjonalizacji kryteriów służących do diagnozy zespołu zależności alkoholowej. Według kryteriów obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych — ICD-10 na postawienie diagnozy zespołu uzależnienia od alkoholu pozwala identyfikacja co najmniej trzech z poniższych objawów występujących w ciągu ostatniego roku lub utrzymujących się w przeszłości przez jeden miesiąc, przy czym konieczne jest stwierdzenie przynajmniej jednego z dwóch pierwszych kryteriów:

1. Głód alkoholu lub poczucie przymusu jego przyjmowania.
2. Zmiana tolerancji, czyli potrzeba używania coraz większych dawek alkoholu w celu uzyskania tego samego efektu.
3. Trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z używaniem alkoholu, obejmujące trudności z powstrzymaniem się od rozpoczęcia picia, kontrolowaniem ilości wypijanego alkoholu oraz długością picia.
4. Występowanie objawów abstynencyjnych (odstawienia) po przerwaniu przyjmowania lub zmniejszeniu ilości spożywanego alkoholu albo używanie go (lub podobnej substancji) w celu złagodzenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych.
5. Zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, poświęcanie coraz większej ilości czasu na zdobywanie bądź spożywanie alkoholu albo na odwracanie następstw jego działania.
6. Używanie alkoholu pomimo wiedzy o jego szkodliwych następstwach zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej (Bilikiewicz i wsp., 2002).

Według omówionej powyżej klasyfikacji ICD-10 wszystkie zaburzenia psychiczne związane z przyjmowaniem alkoholu oznaczone są jako F10.xx. Warto jednak zauważyć, że klasyfikacja ICD-10 nie jest jedyna, a często zarzuca się jej to, że opis kliniczny zaburzeń jest nieprecyzyjny, z tego powodu też w wielu badaniach naukowych korzysta się z zaproponowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne Podręcznika Diagnostycznego i Statystycznego Zaburzeń Psychiczych — DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Interesujące wydaje się także prześledzenie dynamiki zmian ujętych

kryteriów diagnostycznych w kolejnych wydaniach, czego przykładem jest choćby uwzględnienie objawu, jakim jest głód alkoholowy w najnowszej, piątej wersji klasyfikacji. Poniżej zamieszczono zestawienie kryteriów diagnostycznych uzależnienia od alkoholu i nadużywania go, uwzględniając klasyfikację ICD-10, DSM 4 oraz DSM 5 (tabela 1).

Tabela 1. Zestawienie kryteriów diagnostycznych uzależnienia od alkoholu oraz nadużywania alkoholu w klasyfikacjach: ICD-10, DSM IV oraz DSMV.

| | |
|--|---|
| <p>Kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu wg klasyfikacji ICD-10</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”). 2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczeniu ilości wypijanego alkoholu). 3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drżenne) lub używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych. 4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu. 5. Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków. 6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia. |
| <p>Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu wg klasyfikacji DSM IV</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Potrzeba znacznie zwiększonych ilości alkoholu, aby osiągnąć pożądaný stan intoksykacji lub znacząco zmniejszony efekt przy dalszym korzystaniu z tej samej ilości alkoholu. 2. Zespół abstynencyjny lub używanie alkoholu (bądź substancji o podobnym działaniu) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia. 3. Picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas, niż się zamierzało pierwotnie. 4. Utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerywania picia bądź picia kontrolowanego. 5. Znaczne zredukowanie lub zaniechanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia alkoholu. 6. Znacząca ilość czasu poświęcona na uzyskanie, użycie alkoholu lub dojście do siebie po wypiciu alkoholu. 7. Picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne lub psychiczne są spowodowane bądź zastrzane przez picie alkoholu. |
| <p>Kryteria diagnostyczne zaburzeń używania alkoholu wg klasyfikacji DSM V</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas, niż się zamierzało pierwotnie. 2. Utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerywania picia lub picia kontrolowanego. 3. Znacząca ilość czasu poświęcona na uzyskanie, użycie alkoholu lub dochodzenie do siebie po picciu alkoholu. 4. Głód alkoholowy, silna potrzeba spożycia alkoholu. 5. Powtarzające się spożywanie alkoholu powodujące niemożność właściwego wypełniania podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu. |

Tabela 1. cd.

| | |
|--|--|
| Kryteria diagnostyczne zaburzeń używania alkoholu wg klasyfikacji DSM V | 6. Uporczywe używanie alkoholu pomimo stałych lub nawracających problemów społecznych bądź międzyludzkich, które są skutkiem lub są nasilane przez działanie substancji. 7. Znaczne zredukowanie lub zaniechanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia alkoholu. 8. Powtarzające się używanie alkoholu w sytuacjach, kiedy stwarza to fizyczne zagrożenie. 9. Picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne bądź psychiczne są spowodowane lub zaostrzane przez picie alkoholu. 10. Potrzeba znacznie zwiększonej ilości alkoholu, aby osiągnąć pożądaną stan intoksykacji lub znacząco zmniejszony efekt z dalszego korzystania z tej samej ilości alkoholu. 11. Zespół abstynencyjny lub używanie alkoholu (bądź substancji o podobnym działaniu) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia. |
|--|--|

3. Modele zjawiska uzależnienia od alkoholu

Na wstępie rozważań nad terapią osób z zespołem zależności alkoholowej należy wspomnieć o dwóch modelach podejścia do jego genezy. Pierwszy z nich, model choroby, postulowany już przez Jellinka, zakłada, że uzależnienie jest chorobą o charakterze chronicznym i nieodwracalnym, a jedyną metodą leczenia jest całkowita abstynencja (Jellinek, 1960). Modele wyuczonego nawyku, wywodzące się z teorii społecznego uczenia się, zakładają natomiast, że picie alkoholu stanowi nieadaptacyjny wzorzec zachowania, co dopuszcza powrót do picia kontrolowanego (Sobell i Sobell, 1995). W tym rozdziale przyjrzy się modelom alkoholizmu jako choroby, gdyż w oparciu o takie założenia prowadzona jest w Polsce terapia osób uzależnionych od alkoholu (Mellibruda, 1997).

4. Model terapii Minnesota

Jednym z pierwszych, ale również najszerzej upowszechnionych modeli terapii uzależnienia od alkoholu, był powstały na przełomie lat 40. i 50. XX w. Model Minnesota (Anderson i wsp., 1999). Do podstawowych założeń tej koncepcji leczenia należą następujące twierdzenia:

- uzależnienie jest chorobą, a nie karą, zatem osoby uzależnionej nie powinno się za to piętnować,
- uzależnienie jest chorobą, której osiowym objawem jest utrata kontroli nad piciem i patologiczne pragnienie alkoholu, a podłożem owych zjawisk jest zależność chemiczna od tej substancji,
- uzależnienie jest chorobą chroniczną, stanowi schorzenie podstawowe, a nie objaw innego zaburzenia; manifestuje się konkretnymi objawami, które powinny znaleźć się w polu zainteresowania terapeutów i lekarzy,

- wstępna motywacja nie jest warunkiem koniecznym do udziału w terapii, z uwagi na mechanizm zaprzeczania i racjonalizacji większość alkoholików dopiero w trakcie leczenia przechodzi od motywacji zewnętrznej, warunkowanej przymusem, do motywacji wewnętrznej, wynikającej z dostrzegania korzyści z nowego sposobu funkcjonowania,
- u osób uzależnionych nałogowe zachowania powiązane są z problemami psychologiczno-społecznymi, tak więc nie można rozpatrywać tego rozdzielnie, gdyż skoncentrowanie się tylko na utrzymywaniu abstynencji, bez pochylenia się nad problemami psychicznymi, może zakończyć się zapiciem, z kolei napięcie wynikające z konfrontacji z realnymi trudnościami może spowodować sięgnięcie po alkohol, dlatego też istotna wydaje się równoległa praca nad oboma zagadnieniami,
- podstawą do stworzenia programu była filozofia 12 kroków Anonimowych Alkoholików, z której czerpie się podstawowe założenia oraz sposób patrzenia na chorobę alkoholową.

W oparciu o powyższe zasady Model Minnesota wyróżnił trzy fazy leczenia. Pierwsza z nich obejmuje pracę nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu. Paradoksalnie, kiedy osoba uzależniona zaakceptuje to, że straciła kontrolę nad swoim pićciem, może zacząć powoli odzyskiwać kontrolę nad swoim życiem. Kolejnym krokiem jest uświadomienie sobie potrzeby zmian i nabranie przekonania, że można funkcjonować w inny sposób, bez alkoholu. Pacjenci zachęceni są do wypróbowania nowych zachowań i wcielania ich w życie jeszcze na oddziale szpitalnym, wedle zasady „działaj teraz, nie odkładaj na później”. Wśród dwóch najważniejszych celów terapeutycznych wyróżnia się utrzymanie przez pacjenta abstynencji i poprawę jakości życia. Zatem powstrzymanie się od spożywania alkoholu jawi się jako warunek konieczny, acz niewystarczający, by osiągnąć satysfakcję z trzeźwego życia (Cook, 1988). W założeniach programu duży nacisk położony został na wsparcie osoby uzależnionej przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów, składający się między innymi z psychiatrów, psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek, lekarzy internistów oraz duchownych, tak by traktować pacjenta w sposób holistyczny, wychodząc naprzeciw wszystkim jego potrzebom.

Jeśli chodzi o organizację procesu terapeutycznego, to osoby uzależnione rozpoczynały leczenie od kilkudniowej (2–7 dni) detoksykacji, następnie stawiana była obszerna diagnoza psychologiczna; pacjenci byli przenoszeni do programu podstawowej opieki, którego czas trwania wynosił 28 dni. Wówczas osoby uzależnione realizowały zarówno wspólny dla wszystkich program, jak i zindywidualizowaną ścieżkę, koncentrującą się na ich osobistych problemach. Równolegle członkowie rodziny osoby uzależnionej mogli korzystać ze spotkań o charakterze psychoedukacyjnym (Anderson i wsp., 1999). Duży nacisk kładziony był także na udział w mitingach AA oraz programach typu *aftercare* (dalszego zdrowienia), tak by utrzymać to, co udało się osiągnąć pacjentom w ośrodkach stacjonarnych. Założenia Modelu Minnesota stały się podwalinami do stworzenia systemu terapii odwykowej w USA.

5. Terapia uzależnienia w Polsce

W Polsce początki leczenia odwykowego sięgają lat 50. Istotna dla praktyki terapii osób uzależnionych od alkoholu była ustawa z 1956 r., mówiąca o tym, że „do nałogowych alkoholików, którzy wykazują objawy przewlekłego alkoholizmu i swoim postępowaniem powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizują nieletnich lub zagrażają bezpieczeństwu otoczenia, stosuje się przymusowe leczenie w zakładach leczenia otwartego i zamkniętego” (art. 6, Ustawa z 27.04.1956 o zwalczaniu alkoholizmu) XX w. Terapia opierała się jednak głównie na leczeniu awersyjnym, nie istniało systemowe rozwiązanie, uwzględniające psychoterapię czy ruchy samopomocowe. Dopiero lata 80. można uznać za początek nowego podejścia terapeutycznego, kiedy to pracownicy polskich placówek odwykowych z pomocą Fundacji Batorego zapoznali się z Programem Minnesota, a w 1986 r. w programie terapii uzależnień prowadzonym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie zaczęto wykorzystywać elementy wspomnianego programu (Woronowicz, 2008). W latach 90. ubiegłego wieku znacząco przybyło pacjentów korzystających z oferty leczenia odwykowego. Jak pokazują statystyki, średnie roczne tempo wzrostu do połowy lat 2000. wyniosło 5%, zarówno w przypadku leczenia stacjonarnego, jak i ambulatoryjnego (Moskalewicz i Żulewska-Sak, 2003).

Podstawą merytoryczną do stworzenia systemu leczenia odwykowego w Polsce stało się podejście strategiczno-strukturalne, określane jako integracyjna psychoterapia uzależnienia autorstwa Jerzego Mellibrudy, która w swoich założeniach nawiązuje do omawianego powyżej Modelu Minnesota (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011). Podejście to koncentruje się na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia, które powstają w wyniku destrukcyjnego oddziaływania picia alkoholu na procesy poznawcze, emocjonalne oraz strukturę „ja”. Jak definiuje to Mellibruda: „stanowią one utrwalone i sztywne formacje psychologiczne funkcjonujące w obrębie podstawowych obszarów osobowości pacjenta, działają wspólnie i wzajemnie potęgują efekty przez siebie wywołane” (2011, s. 115). Oddziaływania psychoterapeutyczne są więc ukierunkowane na rozbrajanie mechanizmów uzależnienia oraz identyfikację i eliminację czynników, które je aktywizują (Mellibruda, 1997). Wśród podstawowych mechanizmów należy wymienić:

- **mechanizm nałogowej regulacji uczuć** — u osoby uzależnionej różne stany emocjonalne przekształcane są w pragnienie picia. Szczególnie w stanach silnego napięcia alkoholik dąży do uśmierzenia cierpienia i jak najszybszego odczucia ulgi. Stres często stanowi źródło przykrych stanów emocjonalnych, które to z kolei wynikają z destrukcji alkoholowej, jaka ma miejsce w życiu osoby uzależnionej. Tak więc alkoholik zajmuje się łagodzeniem napięcia wewnętrznego, a nie rozwiązywaniem konkretnych problemów, będących źródłem odczuwanego stresu. Wraz z rozwojem uzależnienia pacjenci odznaczają się coraz mniejszą tolerancją frustracji, w związku z tym już niewielki kłopot może spowodować sięgnięcie po alkohol jako środek zaradczy.

Kolejnym źródłem stresu jest obniżona tolerancja na monotonię; alkoholik reguluje więc swoje stany emocjonalne za pomocą picia. Jako że minione doświadczenia z alkoholem ukształtowały w osobie uzależnionej pozytywne oczekiwanie na przyjemne skutki picia, doświadcza silnej pokusy, by znów przeżyć coś gratyfikującego po tym, gdy spożyje alkohol. Dochodzi więc do tego, że alkoholik zaniedbuje alternatywne działania dające satysfakcję, a alkohol staje się jedynym źródłem pozytywnych doświadczeń. Działanie mechanizmu nałogowej regulacji uczuć wyjaśnia głównie powstawanie głodu alkoholu i subiektywnego odczucia „przymusu picia”;

- **mechanizm iluzji i zaprzeczania** — w świadomości osoby uzależnionej od alkoholu powstaje dysonans poznawczy, gdyż, z jednej strony doświadcza ona negatywnych skutków swojego picia i otrzymuje informacje zwrotne z otoczenia na ten temat, a z drugiej — permanentnie odczuwa silne pragnienie sięgnięcia po alkohol w oczekiwaniu na pozytywne emocje i stany pojawiające się po jego spożyciu. Wytwarza się wówczas patologiczny system regulacji psychicznej, zwany mechanizmem iluzji i zaprzeczania (Mellibruda, 2006). U alkoholika powstaje spójny system założeń, tzw. nałogowa logika, którego zadaniem jest chronienie osoby uzależnionej od konfrontacji z własną destrukcją alkoholową oraz zapewnienie komfortu picia. Osoba nie dokonuje weryfikacji swoich przekonań, sprawdzając ich zgodność z realiami. Omawiany mechanizm odgrywa ważną rolę w podtrzymywaniu złudzeń na temat swojej mocy i siły, a także wielkościowych przekonań na temat własnej osoby. U alkoholika aktywizuje się myślenie magiczno-życzeniowe, które działa w służbie zacierania się granic między tym, co rzeczywiste, a tym, co się osobie uzależnionej wydaje. Dochodzi do powstawania zniekształcenia procesów poznawczych. Mechanizm iluzji i zaprzeczania uruchamiany jest bez udziału świadomości, gdy pragnienie alkoholu staje się szczególnie silne;
- **mechanizm dezintegracji „ja”** — patologiczny przebieg procesów emocjonalnych i poznawczych opisany powyżej w ramach mechanizmu nałogowej regulacji uczuć oraz mechanizmu iluzji i zaprzeczeń „prowadzi do zaburzeń w regulacji psychicznej w obrębie „ja”, nazywanej mechanizmem rozpraszania i rozdławiania „ja” (Mallibruda, 2006, s. 121). Uszkodzenia w obrębie struktury „ja” dotyczą poczucia własnej tożsamości i odrębności, wyznawanego systemu wartości oraz doświadczania własnej sprawczości. Jeśli zaś chodzi o organizację „ja”, dochodzi do jego wydrażenia i rozszczepienia. Dzieje się tak dlatego, iż powtarzające się sytuacje bycia pod wpływem alkoholu powodują zacieranie i rozmywanie się granic „ja”, a także doprowadzają do powstania biegunowego obrazu siebie, gdzie na jednym krańcu znajduje się „ja” onipotenne, a na drugim „ja” bezwartościowe. Balansowanie między tymi dwiema skrajnościami powoduje dezintegrację własnej tożsamości, co skutkuje trudnościami w podejmowaniu decyzji, dotrzymywaniu złożonych obietnic oraz poczuciem braku wpływu na własne życie.

Jeśli chodzi o praktykę prowadzenia terapii uzależnień w oparciu o podejście strategiczno-strukturalne, to postępowanie diagnostyczno-medyczne zaczyna się od rozpoznania bieżącej sytuacji pacjenta oraz postawienia diagnozy różnicowej. Istotne jest sporządzenie wstępnej listy problemów pacjenta oraz motywowanie go do podjęcia leczenia, gdyż z uwagi na aktywne mechanizmy zaprzeczania i racjonalizacji często nie wykazuje on chęci do podjęcia zmian w swoim dotychczasowym funkcjonowaniu. Następnie dochodzi do zawarcia kontraktu na udział w terapii. Jeśli pacjent cierpi z powodu alkoholowego zespołu abstynencyjnego, przed wejściem do programu terapeutycznego, jest on najczęściej hospitalizowany na oddziale detoksykacyjnym lub ogólnopsychiatrycznym, gdzie lekami z wyboru są pochodne benzodiazepin (Wasilewski i wsp., 2006). Program podstawowy terapii uzależnienia od alkoholu w warunkach ambulatoryjnych trwa ok. 6 mies., natomiast w placówkach stacjonarnych 6–8 tyg., choć pobyt może być także krótszy, jeśli nie jest to pierwsza hospitalizacja na oddziale odwykowym. W tej fazie terapii kluczowa jest praca nad uznaniem własnej bezsilności wobec alkoholu oraz rozpoznawaniem u siebie mechanizmów uzależnienia. Etap pogłębiony, odbywający się zazwyczaj w przychodniach, trwa ok. 12–18 mies. (Miturska i Dąbrowska, 2009). W tej fazie terapii istotna jest praca nad umiejętnościami służącymi trzeźwemu życiu oraz nad zapobieganiem nawrotom picia. W obu przypadkach, zarówno w fazie podstawowej, jak i pogłębionej, dominującą formą oddziaływań jest terapia grupowa, pacjenci mają także możliwość korzystania z terapii indywidualnej. Propozycje, z których pacjenci mogą skorzystać po programie psychoterapii uzależnienia, to formy warsztatowe, takie jak trening zapobiegania nawrotom, trening komunikacji czy innych konstruktywnych umiejętności (Mellibruda, 2006).

6. Rola farmakoterapii w leczeniu uzależnienia

Istotnym aspektem leczenia zespołu zależności alkoholowej jest wsparcie psychoterapii odpowiednią farmakoterapią. Może ona obejmować farmakoterapię powikłań somatycznych, neurologicznych czy psychiatrycznych (szczególnie w przypadku pacjentów z podwójną diagnozą). Wedle zaleceń Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP), do leków pierwszego rzutu, czyli takich o potwierdzonej skuteczności, zalicza się: akamprozat, naltrekson i nalmefen, natomiast lekiem drugiego rzutu jest disulfiram (Bieńkowski i wsp., 2013). Autorzy zaleceń zaznaczają również, że inne leki psychotropowe mogą być podawane pacjentom z podwójną diagnozą lub współwystępującymi innymi zaburzeniami, natomiast w przypadku osób uzależnionych z alkoholowym uszkodzeniem wątroby skuteczny może okazać się baklofen (tamże). Jak podkreśla Habrat: „uogólniając, można powiedzieć, że farmakoterapia (głównie naltreksonem, akamprozatem, topiramatem, nalmefenem) przyczynia się do podtrzymywania i wydłużania abstynencji” (2013, s. 30).

Działanie akamprozatu, poprzez normalizację przekąźnictwa GABA-ergicznego i glutaminianergicznego, polega na podtrzymywaniu abstynencji i zmniejszaniu odczucia głodu alkoholu. Metaanaliza uwzględniająca 13 badań nad skutecznością tego leku, obejmująca łącznie grupę 4000 osób, pokazała, że ci, którzy zażywali akamprozat, w porównaniu z grupą przyjmującą placebo, rzadziej sięgali po alkohol i rzadziej przerywali terapię (Carmen i wsp., 2004). Jeśli zaś chodzi o działanie naltreksonu, jako antagonisty receptorów opioidowych, to polega ono na hamowaniu pozytywnego wzmocnienia płynącego z konsumpcji alkoholu, nie powodując jednak uogólnionej anhedonii (Bieńkowski, 2013). Jak pokazują badania, pacjenci będący w terapii, którzy przyjmują naltrekson, w porównaniu z grupą kontrolną mniej intensywnie odczuwają głód alkoholu (Ming-Chyi i wsp., 2005; Chick i wsp., 2000), rzadziej też dochodzi u nich do nawrotów picia (Morris i wsp., 2001). Ostatni z omawianych leków pierwszego rzutu, nalmefen, jako antagonist receptorów opioidowych, zmniejsza intensywność picia oraz liczbę dni, w których spożywany jest alkohol. Stosuje się go jako lek doraźny — „w razie potrzeby”, sam pacjent decyduje, kiedy go zażywa, antycypując okres intensywnego picia (Gual i wsp., 2013). Zastosowanie nalmafenu powoduje, że pacjent nie doświadcza tak przyjemnego, euforyzującego działania alkoholu z uwagi na blokowanie receptorów układu nagrody.

Stosowanie disulfiramu, jako leku drugiego rzutu, dopuszczalne jest tylko w formie doustnej, implantacja nie jest zalecona (Bieńkowski i wsp., 2013). Wokół leczenia awersyjnego disulfiraniem zrodziło się jednak wiele kontrowersji, przeciwnicy są zdania, że działa on amotywacyjnie, wymuszając na osobie abstynencję tylko z powodu strachu przed negatywnymi skutkami picia (Habrat, 1994). Należy jednak pamiętać, że omawiana powyżej farmakoterapia nie powinna funkcjonować jako wyłączna interwencja medyczna, ale tylko jako uzupełnienie psychoterapii uzależnienia (Boening i wsp., 2001).

7. Alternatywne modele terapii

Obok modeli terapii przyjmujących za cel utrzymanie przez pacjenta całkowitej abstynencji nurtem, który zyskuje coraz więcej zwolenników, jest strategia redukcji szkód (ang. *harm reduction*) (Jakubczyk i Wojnar, 2012). W myśl tego, że nie tylko kompletne powstrzymanie się od korzystania z alkoholu, ale nawet redukcja jego konsumpcji niesie ze sobą korzyści zdrowotne, utrzymywanie abstynencji nie jest tu warunkiem koniecznym, by korzystać z terapii. Nacisk kładziony jest tu więc głównie na zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu oraz złagodzenie negatywnych skutków picia.

Marlatt i Witkiewitz (2002) podkreślają, że strategia redukcji szkód wydaje się interesującą propozycją, szczególnie dla osób, które z różnorodnych powodów, jak choćby obawa przed stygmatyzacją czy niechęć do zaprzestania korzystania z alkoholu, nie chcą skorzystać z tradycyjnego programu terapii uzależnień i tym samym podtrzymują swój destrukcyjny wzorzec kontaktów z alkoholem. Warto jednak zaznaczyć, że cele te, czyli utrzymanie całkowitej abstynencji

czy redukcja szkód, nie wykluczają się, a raczej stanowią określone punkty na continuum, gdzie strategia *harm reduction* jawi się jako cel przejściowy (Ambrogné, 2002). Przykładem tego, że w terapii uzależnienia od alkoholu jest miejsce zarówno na jedno, jak i drugie podejście, zdaje się być aplikacja typologii Lescha do praktyki klinicznej. Jak postulują specjaliści (Schlaf i Lesch, 2011) utrzymanie abstynencji winno być celem terapii dla pacjentów reprezentujących typ I, ze względu na postępujące szkody zdrowotne i nasilony zespół abstynencyjny, podczas gdy w przypadku pacjentów należących do typu II i III być może lepsze efekty dałaby terapia nastawiona na redukcję szkód skojarzona z paralelnym leczeniem zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych (Lesch i wsp., 1990). Również inne podejścia terapeutyczne przedstawiają swoje koncepcje na pracę z pacjentami uzależnionymi od alkoholu, jak choćby terapia motywująca (Jaraczewska, 2009) czy krótkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniu (Smock i wsp., 2008), jednak dalej stanowią one raczej niszę, jeśli chodzi o leczenie odwykowe w Polsce, koncentrując się głównie wokół ośrodków prywatnych.

Niemniej jednak warto pamiętać, że niezależnie od sporów wokół optymalnej strategii terapeutycznej w leczeniu uzależnienia od alkoholu niezwykle istotny jest, jak podkreśla Czabała, dobór właściwej metody do rodzaju trudności pacjenta (Czabała, 1994). W dobie postmodernizmu, kiedy dochodzi do kontestacji dyrektywnych orientacji terapeutycznych, szczególnie na polu psychoterapii, ale poniekąd także na gruncie terapii uzależnień, tym, co okazuje się czynnikiem leczącym, jest jakość relacji terapeutycznej, i to zarówno w podejściach relacyjnie, jak i nierelacyjnie zorientowanych (Cooper, 2012). Potwierdza to więc tezę, że w przypadku heterogenicznego zaburzenia, jakim jest zespół zależności alkoholowej, zasadne zdaje się indywidualizowanie oferty terapeutycznej, uwzględniające potrzeby konkretnego pacjenta.

8. Rola ruchów samopomocowych w procesie terapii

Obok zinstytucjonalizowanego systemu terapii uzależnień, znaczącą rolę w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu odgrywają ruchy samopomocowe, w tym ten o największym zasięgu oddziaływania — ruch Anonimowych Alkoholików. Jego inicjatorem byli makler William Griffith Willson (zwany Billem W.) oraz chirurg Robert Holbrook Smith (znany jako Bob). Za symboliczną datę powstania wspólnoty uznaje się rok 1935, kiedy to dwóch wyżej wymienionych mężczyzn spotkało się w Akron w USA i postanowiło się wspierać w utrzymaniu abstynencji (Kurtz, 1982). W Polsce pierwsza grupa AA powstała w 1974 r. w Poznaniu (Kaczmarczyk, 2008). Proponowany program zdrowienia opiera się na idei realizacji „Dwunastu kroków”; grupy Anonimowych Alkoholików funkcjonują, odwołując się do „Dwunastu tradycji”. Wśród powyższych tradycji można wymienić: samowystarczalność, niezależność od dotacji zewnętrznych, anonimowość oraz chęć niesienia pomocy innym alkoholikom.

W tym miejscu należy również podkreślić różnice między profesjonalną psychoterapią uzależnień a uczestnictwem we wspólnocie AA. Pierwsze

z oddziaływań ma charakter dyrektywny, odbywa się w ramach konkretnych struktur, w obrębie których pracują odpowiednio przeszkoleni lekarze i terapeuci. Jeśli zaś chodzi o ruch AA, ma on charakter autoterapii, nacisk kładzie się na dobrowolność i osobiste zaangażowanie, a proces trzeźwienia odbywa się w oparciu o Program Dwunastu Kroków (Kaczmarczyk, 2008). Oba paradygmaty różni także podejście do wiedzy na temat uzależnienia, w pierwszym przypadku znajomość zagadnień, takich jak objawy głodu alkoholowego czy mechanizmów iluzji i zaprzeczania są niezbędne do ukończenia podstawowego programu terapii, natomiast we wspólnocie AA wiedza o alkoholizmie pochodzi z wypowiedzi i doświadczeń poszczególnych członków, szczególnie tych legitymujących się długim okresem abstynencji. Jeśli chodzi o uczestnictwo w ruchu AA, nie jest ono ograniczone czasowo, inaczej niż w ramach struktur NFZ oferujących profesjonalną terapię. Powyżej wymieniono tylko podstawowe cechy, służące rozróżnieniu tych dwóch form oddziaływań, jednak z całą pewnością jest ich więcej, począwszy od używanej terminologii, aż po odniesienie do wartości. W ostatnich latach można zaobserwować coraz większą otwartość obu środowisk na siebie, gdyż profesjonaliści zachęcają swoich pacjentów do udziału w mitingach, doceniając ich rolę w utrzymaniu abstynencji. Metaanaliza, uwzględniająca ponad 70 badań poświęconych wspólnocie AA, pokazała, że uczestnictwo w ruchu samopomocowym oraz inne, zinstytucjonalizowane formy terapii prezentują podobną skuteczność, jeśli chodzi o utrzymywanie abstynencji, należy jednak pozostać ostrożnym, wyciągając wnioski, gdyż w badaniach nie uwzględniano grupy kontrolnej (Ferri i wsp., 2006).

Badania przeprowadzone przez Kaczmarczyka dostarczają istotnej wiedzy empirycznej na temat funkcjonowania wspólnoty AA w Polsce. Autor analizował m.in. to, jakie korzyści osobom uzależnionym przynosi uczestnictwo we wspólnocie AA (odpowiedzi udzielali rzecznicy poszczególnych grup AA). Prawie połowa z nich za najkorzystniejszy efekt zaangażowania w ruch samopomocowy uważa utrzymanie i wspieranie trzeźwości; 38% badanych wymienia wartość, jaką jest poczucie przynależności do grupy, natomiast co trzeci z respondentów podkreślał, że udział w AA pomaga w wyciszeniu się i utrzymaniu równowagi emocjonalnej (Kaczmarczyk 2008). W innych badaniach zanotowano pozytywny związek między długością pobytu w AA a satysfakcją z życia, liczbą przerobionych kroków oraz długością abstynencji (Wnuk, 2008). Cierpiałkowska badała czynniki leczące w grupach AA, okazało się, że istnieje istotna różnica między alkoholikami w zależności od długości uczestnictwa w terapii. Osoby uzależnione z 2-letnią abstynencją częściej wymieniały: wgląd we własne problemy, uświadomienie egzystencjalne czy podobieństwo do innych alkoholików jako czynniki pomocne w trzeźwieniu we wspólnocie AA, aniżeli ci z krótszą, 3-miesięczną abstynencją (Cierpiałkowska i Ziarko, 2012). Istotnym czynnikiem sprzyjającym zdrowieniu podczas uczestnictwa w ruchach samopomocowych jest też doświadczane wsparcie społeczne. Osoby uzależnione, które uczęszczały na mitingi, mają średnio o cztery osoby więcej w swojej siatce wsparcia aniżeli ci alkoholicy, którzy nie angażują się w AA, a wsparcie to

odbywa się na trzech płaszczyznach: powiernictwa, pocieszania oraz doradzania (Bronowski, 2000). Te formy oparcia zdają się być niezwykle cenne, gdyż często u osób uzależnionych dochodzi do destrukcji bliskich więzi rodzinnych i przyjacielskich, a w okresie zdrowienia role te przejmują interakcję z innymi członkami wspólnoty.

Omawiając rolę ruchów samopomocowych we wspieraniu trzeźwienia osób uzależnionych, nie można zapomnieć o klubach abstynenta, których zadaniem jest pomoc w utrzymaniu abstynencji przez oferowanie swoim członkom różnorodnych form aktywności. W Polsce w 1988 r. powołano Federację Klubów Abstynenckich. Zadaniem tych placówek jest integracja środowiska trzeźwiejących alkoholików, organizacja wyjazdów czy imprezy bez alkoholu.

Bibliografia

- Ambrogne J.A. (2002), *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know*, "Journal of substance abuse treatment", 22(1), s. 45–53.
- Anderson D.J., McGovern J.P., DuPont R.L. (1999), *The origins of the Minnesota model of addiction treatment a first person account*, "Journal of Addictive Diseases", 18(1), s. 107–114.
- Bieńkowski P., Habrat W., Jarema M., Mierzejewski P., Samochowiec J., Wojnar M., Rybakowski J. (2013), *Długoterminowa farmakoterapia wspierająca utrzymywanie abstynencji lub zmniejszająca spożycie alkoholu u osób uzależnionych od alkoholu. Zalecenia Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP)*, „Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii”, 3–4, s. 133–139.
- Bieńkowski P. (2013), *Zastosowanie naltreksonu w terapii uzależnienia od alkoholu — aspekty farmakologiczne*, „Psychiatria Polska”, 47(1), s. 117–126.
- Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (2002), *Psychiatria*, Warszawa.
- Boening J.A.L., Lesch O.M., Spanagel R., Wolffgramm J., Narita M., Sinclair D., Wiesbeck G.A. (2001), *Pharmacological relapse prevention in alcohol dependence: from animal models to clinical trials*, "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 25(1), s. 127–131.
- Bronowski P. (2000), *Wsparcie społeczne u członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania”, 13(3), s. 337–346.
- Chick J., Anton R., Chęcinski K., Croop R., Drummond D.C., Farmer R., Ritson B. (2000), *A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse*, "Alcohol and Alcoholism", 35(6), s. 587–593.
- Cierpiałowska L., Ziarko M. (2012), *Psychologia uzależnień — alkoholizm*, Warszawa.
- Cook C.H. (1988), *The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme*, "British Journal of Addiction", 83(6), s. 625–634.
- Cooper M. (2010), *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*, Warszawa.
- Cournville C.B. (1955), *Effects of alcohol on the nervous system of man*, Los Angeles.
- Czabała J.C. (1994), *Wyniki badań nad psychoterapią*, „Psychoterapia”, 4 (91), s. 33–40.

- Ferri M., Amato L., Davoli M. (2006), *Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence*, "Cochrane database of systematic reviews", 3(2).
- Griffith E., Gross M. (1976), *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome*, "British Medical Journal", 1(6017), s. 1058–1061.
- Gual A., He Y., Torup L., van den Brink W., Mann K. (2013), *A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence*, "European Neuropsychopharmacology", 23(11), s. 1432–1442.
- Habrat B. (1994), *Kontrowersje dotyczące leczenia disulfiramem*, „Alkoholizm i Narkomania”, 1(15), s. 9–18.
- Haring C., Leickert K. (1968), *Wörterbuch der Psychiatrie and ihrer Grenzgebiete*, Stuttgart–New York.
- Jakubczyk A., Wojnar M. (2012), *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód — różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria Polska”, 46(3), s. 373–386.
- Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (2011), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa.
- Jellinek E.M. (1960), *The disease concept of alcoholism*, N. Brunswick.
- Kaczmarczyk I. (2008), *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Warszawa.
- Kurtz E. (1982), *Why AA works: the intellectual significance of Alcoholics Anonymous*, "Journal of Studies on Alcohol and Drugs", 43(01), s. 38.
- Lesch O., Kefer J., Lentner S., Mader R., Marx B., Musalek M., Nimmerrichter A., Preinsberger H., Puchinger H., Rustembegovic A. (1990), *Diagnosis of chronic alcoholism — classificatory problems*, "Psychopathology", 23(2), s. 88–96.
- Levine H. (1978), *The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America*, "Journal of Substance Abuse Treatment", 2(1), s. 43–57.
- Marlatt G., Witkiewitz K. (2002), *Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment*, "Addictive behaviors", 27(6), s. 867–886.
- Mellibruda J. (1997), *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania”, 28(3), s. 307–324.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2011), *Integracyjna psychoterapia uzależnień: teoria i praktyka*, Warszawa.
- Ming-Chyi H., Chun-Hsin C., Jeng-Ming Y., Chiao-Chicy C. (2005), *A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol dependence in Taiwan*, "Addiction Biology", 10(3), s. 289–292.
- Morris P., Hopwood M., Whelan G., Gardiner J., Drummond E. (2001), *Naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial*, "Addiction", 96(11), s. 1565–1573.
- Moskalewicz J., Żulewska-Sak, J. (2003), *Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce. Raport z realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 57, s. 713–723.
- Schlaff G., Lesch O. (2011), *The Lesch alcoholism typology — psychiatric and psychosocial treatment approaches*, "Annals of Gastroenterology", 24, s. 89–97.
- Smock S., Trepper T., Wetchler J., McCollum E., Ray R., Pierce K. (2008), *Solution-Focused Group Therapy for Level 1 Substance Abusers*, "Journal of marital and family therapy", 34(1), s. 107–120.
- Sobell M., Sobell L. (1995) *Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate?*, "Addiction", 90(9), s. 1149–1153.
- Sobolewski A., Strelau J., Zawadzki B. (1999), *Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ)* R.H. Rahe'a, „Przegląd Psychologiczny”, v. 42, nr 3, s. 27–49.

Ustawa z 27.04.1956 o zwalczaniu alkoholizmu.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230), <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19820350230/U/D19820230Lj.pdf>.

Wasilewski D., Wojnar M., Grobel, I., Wieczorkowska G., Żmigrodzka I., Fudalej S. (2006). *Nowowiejska skala nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (skala NOWA)*, „Alkoholizm i Narkomania”, 19(1), 11–23.

Wnuk M. (2008), *Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a jakość życia i długość abstynencji jej członków*, „Alkoholizm i Narkomania”, 21(3), s. 235–245.

Woronowicz B.T. (2008), *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Warszawa.

Ewa Krokosz
Instytut Społecznych Podstaw Penitencjarystyki
Szkoła Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości
ORCID: 0000-0002-1343-6060

Krótką Interwencją w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z osadzonymi w jednostkach penitencjarnych

Słowa kluczowe: krótka interwencja, problemy alkoholowe, system penitencjarny, resocjalizacja, profilaktyka problemów alkoholowych.

Streszczenie: autorka omawia zastosowanie specyficznej metody profilaktycznej w postaci indywidualnej krótkiej interwencji w zakresie problemów alkoholowych. Metoda ta przyjmuje się stopniowo w polskim systemie penitencjarnym i wykazuje swoją przydatność.

1. Wprowadzenie

Krótką Interwencją jako metoda pracy interwencyjnej jest stosowana wobec osób wykazujących problem z nadużywaniem alkoholu i ponoszących z tego powodu rozmaite szkody¹. Jest to rodzaj poradnictwa psychologicznego, składającego się z kilku sesji indywidualnych, prowadzonych przez przeszkolonego w tym zakresie specjalistę. Podstawowym celem jest zmiana w zakresie wykazywanych przez pacjenta/klienta szkodliwych wzorców związanych z pićciem. Nie chodzi o doprowadzenie do sytuacji, w której pacjent będzie zachowywał całkowitą abstynencję (choć w niektórych sytuacjach może być wskazana), ale o zredukowanie ilości i częstotliwości spożywanego alkoholu, a tym samym zmniejszenia negatywnych skutków spożywania.

Autorka niniejszego opracowania nie rości sobie praw do kompleksowego i całkowitego wyczerpania tematu w zakresie stosowania Krótkiej Interwencji,

¹ Strona internetowa Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/961-krotka-interwencja.html> (data dostępu: 10.04.2021).

istnieje bowiem mnóstwo opracowań i podręczników, z których adepci oddziaływań terapeutycznych czy profilaktycznych mogą czerpać potrzebną wiedzę i na jej podstawie rozwijać swój profesjonalny warsztat². Opracowania te zawierają wartościowe i szczegółowe wskazówki dotyczące metody, jednak nie odnoszą jej wprost do pracy ze skazanymi. W dużej mierze są to opracowania dotyczące pracy z osobami uzależnionymi lub wykazującymi problem z nadużywaniem alkoholu w rozmaitych placówkach zdrowotnych (w tym przychodniach i jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej), poradniach czy innych placówkach pomocowych. Każdorazowo jednak jest to praca w warunkach wolnościowych. Warunki izolacji penitencjarnej narzucają natomiast pewien specyficzny klimat, zarówno jeśli chodzi o specyfikę klientów, jak i warunki podejmowanej z nimi pracy. Przede wszystkim chodzi tu o fakt, iż samo osadzenie w zakładzie karnym czy areszcie śledczym jest sytuacją zawierającą element przymusowości. Zwykle odbywa się wbrew woli osadzonego, stanowiąc samo w sobie sytuację traumatyczną i generującą opór. Oczywiście, inaczej odbiór tej sytuacji wygląda u osadzonych po raz pierwszy odbywających karę pozbawienia wolności, inaczej natomiast u skazanych recydywistów. W większości przypadków poziom oporu związanego z przebywaniem w izolacji penitencjarnej jest zdecydowanie wyższy u tej pierwszej kategorii skazanych, co powoduje, iż praca z nimi może być trudniejsza niż praca z osadzonymi recydywistami. Powodem jest brak akceptacji sytuacji, w jakiej się znaleźli oraz niechęć do podejmowania jakichkolwiek oddziaływań związanych z odbywaniem kary. Z drugiej strony, to właśnie osadzeni odbywający karę pozbawienia wolności po raz pierwszy mogą okazać się bardziej podatni na proponowane im oddziaływania aniżeli recydywiści, u których efekt habituacji powoduje schematyczność myślenia i działania, utrudniając czy wręcz uniemożliwiając implementowanie skutecznych oddziaływań resocjalizacyjnych. Bez względu na kategorię osadzonych, ich więzienny „staż” czy inne warunki wpływające na ogólne nastawienie do odbywanej kary, należy stwierdzić, iż podstawowym czynnikiem wpływającym na jakość i efektywność stosowanych oddziaływań jest fakt, iż odbywają się one w warunkach izolacji penitencjarnej. Dlatego właśnie wykorzystywanie metod, które w warunkach wolnościowych wydają się skuteczne i efektywne, wymaga dostosowania do warunków pracy w izolacji. Ich stosowanie może również spełniać warunki skuteczności, jednak po uwzględnieniu dodatkowych czynników związanych ze specyfiką miejsca, okoliczności i populacji, z którą pracujemy.

Celem niniejszego rozdziału będzie przekazanie wskazówek i intuicji, wynikających z doświadczenia stosowania Krótkiej Interwencji w warunkach izolacji penitencjarnej. Prócz ogólnego opisu metody czytelnik znajdzie tu treści dotyczące specyficznych trudności związanych z jej stosowaniem w warunkach izolacji, a także sugestie poradzenia sobie z nimi, czy wręcz wykorzystania danych warunków i okoliczności na korzyść prowadzonych oddziaływań. Należy bowiem zauważyć,

² Przykładem takiego opracowania jest *Program treningu w zakresie rozpoznawania i krótkiej interwencji* (2008), Warszawa.

iz izolacja, poza czynnikami negatywnie wpływającymi na efektywność pracy resocjalizacyjnej, może w pewnym zakresie i w określonych warunkach sprzyjać czy stymulować zmianę destrukcyjnych wzorców i modeli zachowań.

2. Zakres stosowania Krótkiej Interwencji w oddziaływaniach penitencjarnych

Krótka Interwencja jest jedną z podstawowych metod stosowanych w pracy z osadzonymi z problemem alkoholowym w ramach oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych. Formalnie wykorzystanie Krótkiej Interwencji reguluje § 21 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych³, w którym czytamy, iż *Krótka Interwencja obejmuje co najmniej 3 sesje. Program Krótkiej Interwencji zawiera co najmniej następujące elementy: ocenę stopnia nasilenia problemów wynikających z uzależnienia, przekazanie skazanemu informacji zwrotnej o wyniku oceny, rozmowę motywującą skazanego do podjęcia terapii lub samodzielnej zmiany zachowań wynikających z uzależnienia*. Należy zauważyć, iż według ww. rozporządzenia Krótka Interwencja powinna być stosowana w pierwszej kolejności wobec skazanego uzależnionego od alkoholu skierowanego do systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym. Wobec takiego skazanego opracowywany jest Indywidualny Program Terapeutyczny, którego Krótka Interwencja jest kluczowym elementem. W świetle definicji i przeznaczenia Krótkiej Interwencji, opisanej we wstępie do niniejszego rozdziału zwraca uwagę fakt, iż w zakres stosowania Krótkiej Interwencji wobec skazanych odbywających karę pozbawienia wolności jest szerszy niż w przypadku klientów „wolnościowych”. O ile w placówkach zewnętrznych (przede wszystkim poradniach i przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej, dla których pierwotnie dedykowane było stosowanie Krótkiej Interwencji) metoda ta stosowana jest wobec osób nadużywających, ale nie uzależnionych, to w warunkach izolacji oddziaływaniami tymi są obejmowani przede wszystkim skazani z diagnozą uzależnienia. Jak przekonamy się później, Krótka Interwencja w zakładach karnych jest stosowana także wobec skazanych pijących problemowo, jednak już na tym etapie należy zauważyć, iż grupa odbiorców programu jest tutaj znacznie szersza niż w praktyce wolnościowej. Z czego wynika taka sytuacja? Można mniemać, iż powodem jest duża liczba osadzonych uzależnionych, którzy powinni zostać objęci oddziaływaniami terapeutycznymi w trakcie odbywanej kary, a ze względów organizacyjnych i logistycznych (zbyt mała liczba oddziałów terapeutycznych i długie terminy oczekiwania na przyjęcie) nie jest to możliwe.

³ Obwieszczenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 10 kwietnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013, poz. 1067).

W tym miejscu warto pokrótce scharakteryzować oddziaływania terapeutyczne, jakim poddawani są skazani z diagnozą uzależnienia. Zgodnie z art. 83 Kodeksu karnego wykonawczego⁴ karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie programowanego oddziaływania, systemie terapeutycznym lub systemie zwykłym. Do odbywania kary w systemie terapeutycznym kieruje się między innymi skazanymi uzależnionymi od alkoholu albo innych środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz skazanymi niepełnosprawnymi fizycznie⁵. System terapeutyczny najczęściej jest realizowany w ramach oddziału terapeutycznego przeznaczonego dla danej kategorii skazanych, niemniej w pewnych przypadkach system ten może być także realizowany poza oddziałem terapeutycznym, tj. w jednostce podstawowej. W przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu lub innych substancji odurzających lub psychotropowych do oddziału terapeutycznego w pierwszej kolejności przyjmowani są ci, wobec których sąd orzekł potrzebę odbywania kary w systemie terapeutycznym, jak również ci, którzy wymagają ukończenia rozpoczętej terapii.

W okresie oczekiwania przez skazanego na przyjęcie do oddziału terapeutycznego powinien on być objęty oddziaływaniami przygotowującymi do udziału w terapii. Wychowawca lub psycholog wyjaśniają skazanemu potrzebę i powody skierowania na terapię, przekazują informacje na temat terapii oraz rozwiązują problemy skazanego, warunkujące właściwe wykorzystanie oferty oddziału terapeutycznego. Na czas terapii skazany jest transportowany do oddziału terapeutycznego. Podstawowy proces terapii dla skazanych uzależnionych od alkoholu trwa 3 miesiące, natomiast dla skazanych uzależnionych od środków odurzających — 6 miesięcy. Po zakończonej terapii skazany zostaje przeniesiony do innego systemu odbywania kary (programowanego oddziaływania lub zwykłego) i przetransportowany do jednostki podstawowej. Po zakończonej terapii ważne jest podtrzymywanie jej efektów u skazanego poprzez realizację zaleceń zawartych w ocenie końcowej przebiegu i efektów terapii oraz utrwalanie zmian w sposobie myślenia i zachowaniu, jakie nastąpiły w oddziale terapeutycznym. Organizuje się grupy wsparcia dla absolwentów terapii oraz grupy samopomocowe (np. mityngi AA).

Do systemu terapeutycznego poza oddziałem kieruje się skazanego uzależnionego od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych lub uzależnionego od opiatów w trakcie terapii substytucyjnej. W praktyce systemem terapeutycznym poza oddziałem są obejmowani skazani uzależnieni, których termin końca kary jest zbyt krótki i uniemożliwia skierowanie do oddziału terapeutycznego, gdzie skazany mógłby ukończyć całonocny program terapii.

⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks Karny Wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁵ Obwieszczenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 10 kwietnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013, poz. 1067).

W systemie terapeutycznym poza oddziałem skazany jest obejmowany Indywidualnym Programem Terapeutycznym, co oznacza zastosowanie Krótkiej Interwencji lub terapii krótkoterminowej.

Jak widać, podstawowym powodem stosowania Krótkiej Interwencji wobec skazanych uzależnionych od alkoholu jest brak możliwości objęcia ich pełnym programem terapeutycznym. Wynika to ze zbyt krótkiego terminu końca kary i zbyt odległych terminów przyjęcia do oddziału terapeutycznego. Krótka Interwencja staje się pewnego rodzaju substytutem terapii, co ma swoje pozytywne i negatywne implikacje. Do pozytywnych możemy zaliczyć fakt, iż program jest krótki, nie wymaga szczególnych warunków lokalowych czy organizacyjnych, w związku z czym można nim objąć szerokie spectrum skazanych. Ponadto, skazany uzależniony, który z uwagi na zbyt krótki termin końca kary nie miałby szansy ukończenia terapii w warunkach izolacji, ma możliwość choćby pobieżnie przyjrzeć się swojemu problemowi przy fachowym udziale psychologa. Z drugiej strony, o ile skuteczność Krótkiej Interwencji jest znaczna w przypadku osób pijących problemowo, to zdecydowanie spada w przypadku osób uzależnionych. Metoda ta nie przyczynia się więc do realizacji w pełni swojego celu (przede wszystkim motywacja do zmiany) w przypadku stosowania jej wobec skazanych uzależnionych. Kolejna negatywna implikacja stosowania Krótkiej Interwencji wobec skazanych uzależnionych polega na tym, iż skazani traktują udział w programie nie jako substytut terapii, ale jako samą terapię. Nie dostrzegają — albo nie chcą dostrzec — różnicy pomiędzy tymi oddziaływaniami, uznając, że udział w Krótkiej Interwencji jest równoznaczny z ukończeniem pełnego cyklu terapeutycznego. Rozumieją oczywiście, że program jest krótszy niż terapia, nie przeszkadza im to jednak mniemać, że psycholog prowadzący Krótką Interwencję potrafi w jej trakcie przekazać skazanemu wszystkie informacje, które uzyskaliby w trakcie terapii oraz przepracować z nim wszystkie problemy i mechanizmy, które są opracowywane w trakcie pełnego cyklu terapeutycznego. Tymczasem dotychczasowy, pobieżny opis Krótkiej Interwencji oraz procesu terapeutycznego w izolacji penitencjarnej wskazuje na zupełnie różne cele i przebieg powyższych oddziaływań. Niemniej skutkiem takiego rozumowania jest przekonanie skazanego o przepracowaniu problemu uzależnienia w trakcie kilku sesji interwencyjnych z psychologiem i wynikająca z tego niechęć do podejmowania działań związanych z terapią w trakcie dalszej części odbywania kary pozbawienia wolności (jeśli zaistnieje taka możliwość np. w wyniku przedłużenia terminu końca kary) lub po opuszczeniu zakładu karnego w warunkach wolnościowych. Jak zaznaczono wcześniej, według obowiązujących przepisów i procedur, jeśli sytuacja skazanego uzależnionego ulegnie zmianie (np. poprzez wydłużenie terminu końca kary), można skierować go do oddziału terapeutycznego, nawet jeżeli wcześniej ukończył oddziaływanie w systemie terapeutycznym poza oddziałem. Trudność polega jednak na mniemaniu skazanego, iż kończąc Krótką Interwencję, ukończył terapię, w związku z czym pojawia się opór wobec udziału w pełnym cyklu terapeutycznym w ramach oddziału terapeutycznego.

Prócz skazanych ze stwierdzonym uzależnieniem, programem Krótkiej Interwencji są obejmowani skazani wykazujący model picia problemowego. W takiej sytuacji nie ma konieczności (a nawet wskazań, gdyż brak diagnozy uzależnienia) kierowania skazanego do systemu terapeutycznego poza oddziaływaniem. Krótka Interwencja jest wówczas prowadzona w ramach oddziaływań profilaktycznych, a nie terapeutycznych. Na jakiej podstawie dobieramy skazanych bez diagnozy uzależnienia do udziału w Krótkiej Interwencji? Nie ma ściśle określonych wskazówek w tym zakresie. Każda potwierdzona i wiarygodna informacja dotycząca problemów osadzonego w zakresie nadużywania alkoholu może stać się przesłanką do objęcia go oddziaływaniami profilaktycznymi i interwencyjnymi. Może to być fakt odbywania kary za przestępstwo popełnione pod wpływem alkoholu. Sam fakt popełnienia tego rodzaju przestępstwa (najczęściej jest to prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu, rozbój czy kradzież) nie daje jeszcze podstaw do stwierdzenia uzależnienia, jednak wskazuje jednoznacznie na model picia problemowego. Wyrok karny i odbywanie kary pozbawienia wolności w związku z działaniami związanymi z nadużywaniem alkoholu jest bowiem ewidentnym negatywnym skutkiem picia i niebagatelną szkodą poniesioną z tego powodu. Kolejnym źródłem informacji na temat kontaktów skazanego z alkoholem może być wywiad środowiskowy. Uzyskane w ten sposób informacje na temat skazanego powinny być jednak zweryfikowane w świetle innych źródeł, przede wszystkim wywiadu z osadzonym. Podobnie inne wszelkiego rodzaju informacje zawarte w dokumentach osobopoznawczych skazanego mogą stanowić punkt wyjścia do analizy jego sytuacji pod kątem ewentualnych problemów z alkoholem. W przypadku osadzonego, który wcześniej odbywał karę pozbawienia wolności, warto wziąć pod uwagę informacje na temat jego kontaktów z alkoholem zawarte w dokumentach archiwalnych. Sprawdzamy, czy wcześniej był on diagnozowany pod kątem uzależnienia, czy stwierdzono problemy w zakresie kontaktów z alkoholem i jakiego rodzaju oddziaływania zastosowano. W przypadku osadzonych przyjmowanych do odbycia kary należy wziąć pod uwagę stan, w jakim osadzony jest przyjmowany do jednostki oraz jego stan bezpośrednio po przyjęciu. Występujące wówczas ewentualne objawy abstynencyjne mogą stanowić istotną wskazówkę dotyczącą jego modelu picia oraz kierunku diagnozy. W końcu głównym źródłem informacji dla psychologa projektującego oddziaływanie profilaktyczne lub terapeutyczne powinien być wywiad z osadzonym dotyczący jego kontaktów z alkoholem. Podstawowe informacje na ten temat uzyskiwane są już w trakcie pierwszej rozmowy po przyjęciu do jednostki i mogą być (a czasami wręcz powinny) punktem wyjścia do prowadzenia pogłębionego wywiadu z osadzonym w tym zakresie. Wywiad diagnostyczny z osadzonym nie jest głównym tematem niniejszego opracowania, w związku z czym nie będzie tutaj szczegółowo omawiany. Niemniej należy zwrócić uwagę, iż jest on postawą do zaprojektowania i podjęcia z osadzonym pracy profilaktycznej bądź terapeutycznej, a uzyskane w jego toku informacje mogą stanowić przesłankę do skierowania do udziału w Krótkiej Interwencji. Obraz problemu alkoholowego

może być (i często bywa) przez osadzonego zniekształcany i zamazywany, co wynika z silnych mechanizmów obronnych właściwych dla osób uzależnionych i pijących problemowo. Nie jesteśmy w stanie tego uniknąć w procesie diagnozy oraz dalszej pracy, natomiast warto mieć świadomość wpływu tego rodzaju mechanizmów i weryfikować podawane przez osadzonego informacje w świetle innych, opisanych powyżej źródeł.

Diagnoza nie kończy się w momencie wstępnego wywiadu z osadzonym, powinna ona mieć charakter dynamiczny i ciągły. Dzięki temu możemy uzupełniać i weryfikować obraz problemu także w trakcie prowadzonych na dalszych etapach oddziaływań. Jest to o tyle istotne, że jednym z celów Krótkiej Interwencji jest przekazanie skazanemu informacji zwrotnej na temat zaawansowania jego problemów w zakresie nadużywania alkoholu, ważne jest więc, aby ta ocena była jak najbardziej adekwatna i trafna.

3. Krótka Interwencja — krótki opis metody

Krótka Interwencja składa się z dwóch zasadniczych części: ustalenia poziomu zaawansowania problemu alkoholowego oraz określenia, wspólnie z uczestnikiem programu, konieczności i gotowości do podjęcia zmian w tym zakresie. Pokróćce zostaną opisane te dwa elementy pod kątem procedur i wykorzystywanych narzędzi.

Podstawowym narzędziem przesiewowym służącym do ustalenia nasilenia kontaktów z alkoholem jest test AUDIT (Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu)⁶. Został on opracowany przez Światową Organizację Zdrowia do diagnozowania picia ryzykownego, szkodliwego i intensywnego w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Jest narzędziem, które w szybki i względnie prosty sposób pozwala określić nasilenie problemu, w związku z czym może być wykorzystywane pod presją czasu i przy dużym obciążeniu pacjentami. Nie chodzi oczywiście o to, aby czynności diagnostyczne wykonywać nierzetelnie, natomiast zakres danych zebranych w wyniku przeprowadzenia testu pozwala trafnie i szybko określić nasilenie badanego problemu. Jako taki AUDIT jest stosowany w ramach Krótkiej Interwencji w celu dokonania diagnozy problemu. Jak wspomniano wyżej, warto uzupełniać tę diagnozę (która na tym etapie nie stanowi diagnozy w rozumieniu nozologicznym, natomiast powinna posiadać wartość ewaluacyjną) innymi informacjami uzyskanymi od pacjenta zarówno w trakcie przeprowadzania testu, jak i przebiegu całego programu. Szczegółowe wskazówki dotyczące prowadzenia i ewaluacji testu AUDIT znajdują się w innych opracowaniach⁷, w związku z czym na potrzeby niniejszego rozdziału zostanie przedstawiona tylko ogólna charakterystyka narzędzia i postępowania z nim.

⁶ Wikipedia, [https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_\(test\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_(test)), (data dostępu: 10.04.2021).

⁷ *Program treningu w zakresie rozpoznawania i krótkiej interwencji*, (2008), Warszawa.

Narzędzie składa się z dziesięciu pytań, dotyczących częstotliwości i ilości spożywanego alkoholu oraz konsekwencji związanych z piciem. Są to pytania zamknięte, każde z nich posiada cztery możliwe odpowiedzi odpowiednio punktowane. Osiągnięty przez osobę badaną wynik jest odnoszony do jednej z czterech kategorii diagnostycznych, wskazujących na dany model picia: o niskim stopniu ryzyka, ryzykownego, szkodliwego i uzależnienia. Aby osiągnięty wynik był wiarygodny, ważne jest spełnienie kilku warunków. Przede wszystkim osoba badana musi rozumieć treść zadawanych pytań. Niektóre z nich nie wymagają uszczegółowienia, natomiast część z nich powinna zostać wyjaśniona. Dotyczy to w szczególności pytań odnoszących się do ilości spożywanego alkoholu operacjonalizowanych jako porcje standardowe. Należy wytłumaczyć uczestnikowi, czym są porcje standardowe i jaka jest ich zawartość w poszczególnych rodzajach napoi alkoholowych. Praktyka pokazuje bowiem, że skazani mają skłonność do traktowania jednej porcji standardowej alkoholu jako jednej porcji danego napoju alkoholowego, np. traktują jedno piwo (0,5 l) jako jedną porcję standardową. W takiej sytuacji nietrudno o uzyskanie zafałszowanego (zawyżonego lub zaniżonego) wyniku testu. W trakcie przeprowadzania testu dobrze jest zwracać uwagę nie tylko na udzielane wprost odpowiedzi, ale również na inne informacje udzielane przez osobę badaną, gdyż mogą być one niesłychanie cenne w kontekście tworzącej się diagnozy.

Co jeszcze — prócz zrozumienia sensu i treści zadawanych pytań — podwyższa poziom wiarygodności badania testem AUDIT? Z pewnością elementem obniżającym autentyczność udzielanych odpowiedzi może być lęk osoby badanej przed uzyskaniem wyniku wskazującego na poważne problemy z alkoholem. Możemy założyć, iż wielu uczestników testu będzie wykazywało tendencję do minimalizowania ilości i częstotliwości spożywanego alkoholu w celu uniknięcia konfrontacji z wynikiem końcowym. O ile nie jesteśmy w stanie całkowicie uniknąć tego lęku (jest on w pewnym sensie zdrową reakcją adaptacyjną, gdyż wskazuje na fakt, iż ten obszar życia pacjenta nie jest mu obojętny), to możemy pomóc pacjentowi go zredukować. Ważne, aby klient wiedział, w jakim celu przeprowadzamy badanie i miał świadomość, że uzyskiwane informacje są traktowane jako poufne. Istotna jest także atmosfera spotkania, nastawienie badającego oraz relacja z pacjentem. Te elementy wpływają na motywację skazanego do podjęcia pracy nad problemem, a tym samym zwiększają poziom jego otwartości i gotowości do zmian.

Wśród testów przesiewowych służących do diagnozy nasilenia problemu alkoholowego można wymienić także inne narzędzia: AUDIT-C (wersja skrócona), SIAC (Systematyczny Zapis Spożycia Alkoholu), CAGE, Test Baltimorski, MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), jednak z uwagi na zakres niniejszego opracowania nie zostaną one szczegółowo omówione w tym miejscu. Psycholog lub inna osoba przeprowadzająca Krótką Interwencję, ma dowolność w zakresie doboru stosowanych narzędzi, należy jednak mieć na uwadze fakt, iż test AUDIT z uwagi na swoją wysoką czułość i trafność (według niektórych

źródeł sięgającą 90%⁸), jak również szybkość stosowania, jest najczęściej wykorzystywanym narzędziem przy prowadzeniu Krótkiej Interwencji.

Przy analizie wyników testu AUDIT ważna jest nie tylko liczba uzyskanych przez badanego punktów, ale także właściwa ich interpretacja w kontekście znaczenia poszczególnych pytań dla danego modelu picia. I tak na przykład wysoki wynik uzyskany w odpowiedzi na pytania 1–3 może wskazywać na picie ryzykowne, natomiast wysoki wynik w odpowiedzi na pytania 1–4 oraz 7–10 wskazuje na model picia szkodliwego. Omówienie i analiza wyników testu powinny odbywać się przy udziale skazanego. Przekazanie informacji zwrotnej powinno mieć charakter spersonalizowany (dotyczyć danego skazanego) i bezpośredni. Podstawą informacji zwrotnej dla pacjenta jest przekazanie wyników uzyskanych w przeprowadzonym badaniu, w związku z czym należy zadbać, aby przekazywane treści były zrozumiałe i dostępne dla pacjenta. Jeśli zatem przekazujemy wyniki testu AUDIT, odwołując się do prezentowanego przez pacjenta modelu picia, należy wytłumaczyć, na czym polega ów model i jakiego rodzaju działania może w danej sytuacji podjąć.

Omówienie wyników testu wraz ze skazanym stanowi już element przekazania mu informacji zwrotnej dotyczącej prezentowanego modelu picia. Istotna jest nie tylko rzetelna analiza wyników testu, ale także klimat i atmosfera, w jakiej odbywa się przekazanie informacji zwrotnych. Pamiętajmy, że informacja na temat prezentowanego modelu picia stanowi newralgiczny element, mający wpływ na podjęcie przez pacjenta decyzji dotyczącej ewentualnej zmiany w zakresie dotychczasowych kontaktów z alkoholem (bez względu na to, czy ta zmiana oznacza podjęcie terapii i utrzymywanie całkowitej abstynencji czy też ograniczenia ilości i częstotliwości spożywanego dotychczas alkoholu). Od sposobu i klimatu, w jakim pacjent uzyska informacje, mogą zależeć jego decyzje dotyczące dalszych działań związanych z piciem.

4. Dialog motywujący — droga do zmiany

Skazany w trakcie Krótkiej Interwencji uzyskuje wiedzę dotyczącą nasilenia i zaawansowania swoich kontaktów z alkoholem. Nie można wykluczyć, że już wcześniej podejmował tego rodzaju refleksję, jednak tutaj uzyskuje tę wiedzę z zewnątrz. Podaje mu ją osoba, którą prawdopodobnie uważa za autorytet w tej dziedzinie, w związku z czym sama informacja nabiera szczególnej rangi. Jednak nawet najbardziej rzetelna i wiarygodna informacja podana w niewłaściwy sposób może nie przynieść efektu lub przynieść efekt odwrotny do zamierzonego (zamiast podjęcia zmiany skazany może pogłębić swoje nawyki związane ze spożywaniem alkoholu).

Pierwszą reakcją na uzyskaną informację zwrotną może być opór, wyrażający się choćby w zaprzeczaniu, kwestionowaniu bądź minimalizowaniu wyników przeprowadzonego badania. Zdarza się, że uczestnik Krótkiej Interwencji przy

⁸ Wikipedia, [https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_\(test\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_(test)), (data dostępu: 10.04.2021).

tym oporze pozostaje. Jednak umiejętne poprowadzenie dalszej części interwencji może spowodować, iż z etapu zaprzeczania przejdzie do etapu ambiwalencji, a następnie zmiany. Analiza uzyskanych wyników oraz rozmowa na temat gotowości do zmiany ma kluczowe znaczenie dla przebiegu i efektów programu. Zarówno teoretycy, jak i praktycy zajmujący się Krótką Interwencją zalecają stosowanie na tym etapie elementów dialogu motywującego, którego znaczenie w oddziaływaniach interwencyjnych wydaje się nieocenione.

Dialog motywujący to specyficzny system metod i działań, czerpiących z podejścia humanistycznego, systemowego, poznawczo-behawioralnego, a także z psychologii inspiracji i psychologii motywacji⁹. Metoda ta została wprowadzona przez Williama Millera i Stephena Rollnicka jako narzędzie pracy terapeutycznej i interwencyjnej, stosowane w celu wywołania szybkiej, umotywowanej wewnątrznie (przez samego klienta) zmiany¹⁰. Podstawą pracy nad wzbudzeniem motywacji do zmiany u pacjenta jest dostrzeżenie, podkreślenie i wyodrębnienie pojawiającej się u niego ambiwalencji, czyli stanu, w którym dostrzega on już szkodliwość i dezadaptacyjny charakter dotychczasowych nawyków, a także pojawiające się korzyści ze zmiany, nie jest jeszcze jednak pewien, czy tej zmiany chce i potrafi ją przeprowadzić. Jest to konflikt pomiędzy stanem obecnym (którego szkodliwość zaczyna być zauważana) a stanem docelowym. W przypadku pracy ze skazanym metodą Krótkiej Interwencji źródłem tego konfliktu jest dotychczasowy model spożywania alkoholu. Zadaniem terapeuty jest doprowadzenie klienta do osiągnięcia jak najwyższego poziomu ambiwalencji poprzez szczegółowe omówienie zysków i strat, związanych zarówno ze zmianą, jak i z jej brakiem. Stan ambiwalencji wiąże się z wysokim poziomem dyskomfortu: emocjonalnego, poznawczego, motywacyjnego, w związku z czym dana osoba nie będzie w stanie długo go tolerować i będzie dążyła do rozwiązania konfliktu — w jedną lub drugą stronę. Optymalnym rozwiązaniem dylematu w przypadku picia szkodliwego czy ryzykownego jest decyzja o podjęciu zmiany, jednak nie może ona być podejmowana pochopnie i bez odpowiedniej (wewnętrznej) motywacji. Nadrzędnym celem dialogu nie jest bowiem podjęcie przez skazanego decyzji o zmianie; najważniejsze jest, aby ta decyzja była podjęta świadomie i aby skazany poczuł się za nią odpowiedzialny. Pomagając innym, możemy wykazywać mniej lub bardziej świadomą tendencję do narzucania im pewnych decyzji czy działań, pozbawiając ich poczucia sprawczości i odpowiedzialności. Tymczasem kluczem do głębokich efektów interwencyjnych lub terapeutycznych jest wzbudzenie u skazanego motywacji wewnętrznej, na podstawie której będzie podejmował własne decyzje i świadome działania. Kwestia motywacji wewnętrznej zostanie rozwinięta w późniejszej części niniejszego opracowania, natomiast w tym miejscu należy podkreślić i zaznaczyć jej

⁹ Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej PTTM, <http://pttm.org.pl/dialog-motywujacy/>, (data dostępu: 10.04.2021).

¹⁰ W.R. Miller, S. Rollnick (2014), *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków.

wagę w zakresie podejmowania zmiany. Może być tak, że skazany nie podejmie decyzji o zmianie, pozostając przy swoich dotychczasowych nawykach. Może to świadczyć o jego braku gotowości na ten moment czy poczuciu braku zasobów, za pomocą których byłby w stanie przeprowadzić zmianę. To także może stać się przedmiotem analizy w rozmowie z terapeutą na drodze prowadzącej do zmiany. Nie należy natomiast w żaden sposób wywierać na nim presji mającej doprowadzić do podjęcia decyzji o zmianie, gdyż podjęta w takich warunkach decyzja będzie nietrwała i mało owocna. Skazany sam powinien rozwiązać pojawiający się stan ambiwalencji.

Wśród szczegółowych strategii stosowanych w ramach dialogu motywującego wyróżniamy pytania otwarte, afirmowanie (dowartościowanie), słuchanie refleksyjne (odzwierciedlanie) oraz podsumowania. Wszystkie te strategie mają charakter otwierający, a ich celem jest stworzenie przyjaznej atmosfery oraz zminimalizowanie oporów klienta. Poza konkretnymi strategiami duże znaczenie mają także zasady dialogu motywującego: wyrażanie empatii, wspieranie poczucia własnej sprawczości, rozwijanie rozbieżności, podążanie za oporem oraz podkreślanie odpowiedzialności pacjenta. Szczegółowe wyjaśnienie i wskazówki dotyczące stosowania strategii i zasad czytelnik może znaleźć w opracowaniach dotyczących dialogu motywującego¹¹, natomiast w kontekście wykorzystania strategii dialogu w przypadku Krótkiej Interwencji warto zatrzymać się przy wzmacnianiu poczucia własnej skuteczności oraz podkreślaniu odpowiedzialności pacjenta.

5. Motywacja do zmiany: zewnętrzna czy wewnętrzna?

Zaangażowanie skazanych w oddziaływania resocjalizacyjne związane jest w głównej mierze z motywacją zewnętrzną. Udział w różnego rodzaju programach jest odnotowywany w dokumentacji skazanego i wpływa na opinie oraz decyzje wydawane przez administrację zakładu karnego lub inne organy mające wpływ na jego pobyt w izolacji. Klasycznym przykładem może być staranie się skazanego o uzyskanie warunkowego przedterminowego zwolnienia czy możliwości zatrudnienia poza terenem zakładu. Skazany może podejmować działania i aktywności resocjalizacyjne nie dlatego, że dąży do rzeczywistej zmiany destrukcyjnych mechanizmów czy nawyków, ale dlatego, że dzięki ukończonym programom będzie mógł uzyskać wymierne korzyści związane z warunkami odbywania kary. Przeformułowanie motywacji zewnętrznej na motywację wewnętrzną jest zadaniem bardzo trudnym, czasami wręcz niemożliwym, warto jednak przyjrzeć się determinantom i modyfikatorom motywacji wewnętrznej.

¹¹ Np. W.R. Miller, S. Rollnick (2014), *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków; H. Arkowitz, W.R. Miller, S. Rollnick, J. Seikkula (2017), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, Kraków; D. Rosengreg (2013), *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym*, Kraków.

Z klasycznych badań nad motywacją wynika, iż nagrody zewnętrzne za wykonanie zadania obniżają poziom motywacji wewnętrznej (tzw. zasada pomniejszenia)¹², nie jest to jednak prosty mechanizm i zależy od percepcji nagrody. Inna jest percepcja nagród opartych na pochwałach, inna — nagród opartych na aspekcie materialnym. Pochwały mają charakter informacyjny, natomiast nagrody materialne — charakter sterujący. Odkryto, iż nagrody polegające na pochwałach nie zmniejszają poziomu motywacji wewnętrznej, natomiast nagrody materialne go redukują. Podobnie nagrody będące niespodzianką nie powodują spadku motywacji wewnętrznej. Na charakter motywacji ma wpływ także postawa przełożonego. Podmiotowe traktowanie podwładnego poprzez uwzględnianie i szanowanie jego autonomii, umożliwianie podejmowania decyzji i prezentowanie różnych rozwiązań, powoduje wzrost poziomu motywacji wewnętrznej podwładnego. Nawet stosowanie kar i nagród może stanowić czynnik zwiększający poziom motywacji wewnętrznej pod warunkiem, że będą one miały informacyjny charakter. Jeśli otrzymana nagroda lub kara zawiera informację na temat zachowania podwładnego, może przyczynić się do wzmocnienia jego motywacji wewnętrznej. W odróżnieniu od tego, zachowanie kontrolujące — czy poprzez nagradzanie bądź karanie, czy poprzez bezpośrednie czynności o takim charakterze — przyczynia się do obniżenia poziomu motywacji zewnętrznej.

W jaki sposób zastosować opisane powyżej mechanizmy do prowadzenia Krótkiej Interwencji z osadzonym? Przede wszystkim należy zwrócić uwagę, aby udzielane osadzonemu informacje zwrotne dotyczące prezentowanego przez niego modelu picia miały rzeczywiście charakter informacyjny. Nie powinny być wartościujące (ani pozytywnie, ani negatywnie), nie powinny zawierać elementów krytyki ani oceny. Ważne, by udzielana informacja zwrotna odnosiła się do zasobów osadzonego, które mogą mu pomóc w procesie wprowadzenia zmiany. Kolejną istotną wskazówką jest przyjmowanie odpowiedniej postawy w relacji z osadzonym. Jak wspomniano powyżej, traktowanie podwładnego z szacunkiem i respektowaniem jego autonomii przyczynia się do budowania motywacji wewnętrznej. Rozmowa z osadzonym w duchu dialogu motywującego, a więc wzmocnianie jego sprawczości i decyzyjności, sprawia, że podjęta przez niego decyzja będzie motywowana wewnętrznie, a tym samym będzie bardziej trwała i owocna.

6. Decyzja i co dalej?

Podjęcie przez osadzonego decyzji jest pierwszym i podstawowym krokiem na drodze do zmiany. Ze strony prowadzącego Krótką Interwencję ważne jest, aby przyjąć tę decyzję w klimacie akceptacji i szacunku. Odnosi się to zarówno do decyzji o zmianie, jak i do decyzji o jej braku. Nie zapominajmy, że to skazany jest osobą, która ma prawo do podjęcia decyzji oraz osobą, która ponosi tej

¹² W. Łukaszewski, D. Doliński (2002), *Mechanizmy leżące u podstaw motywacji*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2, Psychologia ogólna*, Gdańsk.

decyzji konsekwencje. W przypadku decyzji o utrzymaniu dotychczasowego modelu picia, psycholog czy terapeuta powinien wykazać szacunek i akceptację; w przypadku decyzji o zmianie destrukcyjnych nawyków związanych z alkoholem, zadaniem terapeuty jest wzmocnienie jej i udzielenie wskazówek związanych z jej realizacją.

Sugestie czy porady dotyczące przeprowadzenia zmiany będą zależały od pacjenta, z jakim pracujemy oraz od poziomu zaawansowania problemu alkoholowego. W przypadku osoby uzależnionej (przypomnijmy, że w izolacji penitencjarnej obejmujemy Krótką Interwencją także skazanych ze stwierdzonym uzależnieniem), będziemy motywować ją do podjęcia oddziaływań terapeutycznych w czasie i miejscu, w którym będzie to możliwe. W przypadku skazanego odbywającego karę może to być terapia uzależnień w warunkach wolnościowych (po opuszczeniu zakładu karnego) lub terapia w oddziale terapeutycznym dla skazanych uzależnionych (w przypadku wydłużenia terminu końca kary). Pomocne może okazać się przekazanie osadzonemu informacji dotyczących możliwości podjęcia terapii w pobliżu miejsca, w którym zamierza zamieszkać po opuszczeniu zakładu karnego. Podanie osadzonemu konkretnych danych teleadresowych placówek udzielających pomocy w zakresie leczenia uzależnień, wraz z zakresem oferowanych przez nich usług, może stanowić dla skazanego cenną pomoc. Oczywiście szanse na to, iż skorzysta z tych informacji wzrastają przy jego gotowości do podjęcia takich działań. Jeśli osadzony nie zadeklaruje chęci podjęcia terapii, jednak mimo to zachce przyjąć informacje dotyczące ewentualnych miejsc, do których może się zwrócić w celu zasięgnięcia porady, warto go w takie informacje wyposażyć. Nawet jeśli w danym momencie z nich nie skorzysta, mogą okazać się pomocne w przypadku, gdyby zmienił zdanie i postanowił sięgnąć po profesjonalną pomoc. Przy wzmacnianiu motywacji skazanego do podjęcia terapii ważne jest także udzielenie informacji na temat samego procesu terapeutycznego. Jest to szczególnie istotne u osób, które wcześniej nie uczestniczyły w żadnego rodzaju oddziaływaniach terapeutycznych. Perspektywa udziału w terapii może budzić opór, lęk i wstyd nie tylko z powodu specyfiki problemu (uzależnienie), ale także z powodu braku wiedzy na temat samego procesu. Podobna interwencja powinna być podjęta w przypadku skazanych, którzy wcześniej uczestniczyli w procesie terapeutycznym, jednak okazał się on dla nich nieskuteczny czy wręcz traumatyczny. Tutaj ważne będzie szczegółowe omówienie przyczyn, dla których skazany negatywnie ocenia swój udział we wcześniejszej terapii. Powodem może być zarówno nieprofesjonalnie przeprowadzony proces terapeutyczny, jak i nieskuteczność dotychczasowej pracy terapeutycznej oraz związane z tym poczucie porażki i bezsensu podejmowania dalszych działań. Wszystko to wymaga szczegółowego omówienia i analizy ze skazanym, może bowiem stanowić istotny czynnik hamujący we wprowadzaniu zmiany.

Innego rodzaju porady czy sugestie będą kierowane do skazanych, u których nie zdiagnozowano uzależnienia, wykazano natomiast model picia ryzykownego lub szkodliwego. Tutaj podstawą będzie psychoedukacja w zakresie ograniczenia ilości

i częstotliwości spożywanego alkoholu oraz zasad bezpiecznego picia. Szczegółowe zasady, wskazówki i informacje w tym zakresie można znaleźć w dostępnym na rynku wydawniczym szerokim spectrum pozycji dotyczących bezpiecznego picia¹³.

7. Podsumowanie

Podsumowując rozważania na temat zastosowania Krótkiej Interwencji w praktyce penitencjarnej, należy stwierdzić, iż metoda ta pozwala na dotarcie do dużej liczby skazanych we względnie krótkim czasie. Realia pracy w zakładzie karnym nie pozwalają na prowadzenie głębokich i długich oddziaływań terapeutycznych wobec osadzonych (wyjątkiem są oddziały terapeutyczne), w związku z czym narzędzie umożliwiające przeprowadzenie krótkich, a jednocześnie skutecznych oddziaływań są szczególnie cenne. Krótka Interwencja jest prostą i czytelną metodą, niewymagającą szczególnego rodzaju przeszkolenia (choć z pewnością w warunkach optymalnych osoby ją prowadzące powinny być objęte tego rodzaju szkoleniem), przez co może być wykorzystywana (w całości lub w pewnych elementach) przez różnego rodzaju specjalistów. Przy zastosowaniu omawianych w niniejszym opracowaniu metod i zasad, wydaje się być optymalną metodą do stosowania wobec osadzonych w zakładach karnych.

Bibliografia

- Fudała J. (2007), *Czy moje picie jest bezpieczne?*, Warszawa.
- Miller W.R., Munoz R.F. (2006), *Picie kontrolowane*, Warszawa.
- Łukaszewski W., Doliński D. (2002), *Mechanizmy leżące u podstaw motywacji*, w: Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2, Psychologia ogólna*, Gdańsk.
- Miller W.R., Rollnick S. (2014), *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków.
- Arkowitz H., Miller W.R., Rollnick S., Seikkula J. (2017), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, Kraków.
- Rosengreg D. (2013), *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym*, Kraków.
- Program treningu w zakresie rozpoznawania i krótkiej interwencji*, (2008), Warszawa.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks Karny Wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).
- Obwieszczenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 10 kwietnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013, poz. 1067).

¹³ Np. J. Fudała (2007), *Czy moje picie jest bezpieczne?*, Warszawa; W.R. Miller, R.F. Munoz (2006), *Picie kontrolowane*, Warszawa.

Źródła internetowe

Strona internetowa Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/961-krotka-interwencja.html>, (data dostępu: 10.04.2021).

Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej PTTM, <http://pttm.org.pl/dialog-motywujacy/>, (data dostępu: 10.04.2021),

AUDIT test. Wikipedia https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_%28test%29, [https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_\(test\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/AUDIT_(test)), (data dostępu: 10.04.2021).

Agnieszka Nowogrodzka
Instytut Społecznych Podstaw Penitencjarystyki
Szkola Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości
ORCID: 0000-0003-0036-4018

Czy profilaktyka problemów alkoholowych jest ważna w warunkach izolacji penitencjarnej? Funkcjonariusze Służby Więziennej o potrzebach w zakresie programów profilaktycznych dla osób pozbawionych wolności

Słowa kluczowe: profilaktyka, problemy alkoholowe, penitencjarystyka, pedagogika resocjalizacyjna.

Streszczenie: autorka omawia wyniki sondażu diagnostycznego oświetlającego stosunek kadry Służby Więziennej do ewentualnych oddziaływań profilaktycznych w dziedzinie problemów alkoholowych. Z przeprowadzonych badań wynika, że jest duża gotowość i potrzeba stosowania takich narzędzi, jak omawiane w tej pracy. Daje to podstawy do optymizmu, co do wypełniania luk systemowych w tym zakresie.

1. Wprowadzenie

Przyczyny wykołejenia społecznego i wejścia na drogę przestępstwa, a także późniejszego powrotu do zachowań niezgodnych z prawem, wreszcie powrotności do pobytu w zakładzie karnym są złożone. Wiążą się one z przebywaniem dziecka w nieadekwatnym dla niego środowisku rodzinnym, oddziaływaniami środowiska wychowawczego tj. nauczycieli, dziadków, a także zachowaniami rówieśników, wreszcie pojawianiem się w okresie dorastania i dorosłości innych negatywnych zdarzeń, które kumulują się i utrwalają w czasie. Ta złożoność czynników dotyczy zarówno samej jednostki (są to jej predyspozycje biologiczne, tj. budowa ciała, wygląd, temperament i osobowość), jak i środowiska, w którym ta jednostka żyje i funkcjonuje (m.in. czynniki psychospołeczne, ekonomiczne, prawne, polityczne, kulturowe, czy nawet, co wiemy z ostatniego okresu, również zdrowotne). Ukształtowane pod wpływem niekorzystnych czynników

nieadaptacyjne schematy powodują, że osoby ich doświadczające prezentują sposoby przeżywania, działania i radzenia sobie, które w dłuższej perspektywie nie pozwalają im na poradzenie sobie z problemami, a wręcz przeciwnie — zwiększają ich niedostosowanie społeczne. Jednym z takich niewłaściwych sposobów radzenia sobie, który obserwowany jest u osób niedostosowanych społecznie, które angażują się w dokonanie przestępstwa, jest sięganie po napoje alkoholowe w sposób szkodliwy (czyli picie ryzykowne, szkodliwe lub uzależnienie od picia alkoholu). Jest to szczególnie istotne biorąc pod uwagę statystyki. Otóż alkohol z uwagi na jego dużą dostępność, a jednocześnie działanie, jest wskazywany jako substancja psychoaktywna, powodująca najwięcej szkód dla ludzkości (w badaniach porównywano zarówno nikotynę, jak i narkotyki) (Nutt, King i Philips, 2010), a także jako główna przyczyna przedwczesnych zgonów, chorób oraz właśnie przestępczości (World Health Organisation, 2018, s. 12).

Znaczna część badań ilościowych wykazała istnienie związku pomiędzy nadmiarowym piciem alkoholu a zachowaniem przestępczym zarówno wśród młodzieży, jak i osób dorosłych (m.in. Anderson, 2006; Bechman i Peralta, 2002; Nutt, King i Philips, 2010; Tomlinson, Brown i Hoaken, 2016). Jest to wspierane danymi odnoszącymi się do częstotliwości występowania problemów alkoholowych w populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności. Otóż wskazuje się, że w grupie tej problemy są znacznie częstsze, ponadto pomimo zmiany pokoleniowej od lat 90. w grupie więźniów alkohol jest nadal substancją psychoaktywną zażywana najczęściej (Plant, Taylor, 2012). Ofiary przestępstw deklarują, aż w 50% przypadków, że ich napastnik (w ich odczuciu) był pod wpływem alkoholu (World Health Organisation, 2002). Taka ocena wskazuje, że problem w grupie osób dokonujących przestępstw może być jeszcze poważniejszy.

2. Stan i zakres profilaktyki i terapii problemów alkoholowych w polskich zakładach karnych

Zgodnie z obowiązującymi przepisami¹ w polskich zakładach karnych prowadzi się oddziaływania penitencjarne zapobiegające w szczególności m.in. różnym rodzajom uzależnień. Osadzeni, u których rozpoznano taki problem, kierowani są do oddziału terapeutycznego lub poddawani oddziaływaniom w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym (terapia krótkoterminowa lub Krótka Interwencja). Według statystyk przygotowanych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej² do oddziału terapeutycznego

¹ Ministerstwo Sprawiedliwości, Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dn. 26.11.2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz.U. 2013, poz. 1067, pobrano z isap.sejm.gov.pl dnia 10.04.2021 r.

² Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej (2020), *Roczna informacja statystyczna za rok 2019*. Pobrano z: <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> dnia 10.04.2021.

dla uzależnionych od alkoholu, którzy przebywali w ramach tych oddziałów w kolejnych kwartałach 2020 r., było 1166, następnie 928, 836 i wreszcie 898 skazanych. W tych kolejnych kwartałach pomimo kwalifikacji do OT (oddział terapeutyczny) dla uzależnionych od alkoholu w kolejnych kwartałach poza tym oddziałem przebywało: w pierwszym kwartale 537, w drugim kwartale 267, w trzecim kwartale 515 i w czwartym kwartale 334 osadzonych. Wreszcie według tych samych statystyk do systemu terapeutycznego poza OT dla uzależnionych od alkoholu (grupa skazanych z rozpoznaniem uzależnieniem, jednak z uwagi na różne przyczyny, najczęściej zbyt szybki termin końca kary, nie miała możliwości zostać skierowana na terapie dla uzależnionych) zostało skierowanych 561 osadzonych w pierwszym kwartale, 511 w drugim, 461 w trzecim i 464 skazanych w ostatnim kwartale 2020 r. Biorąc pod uwagę, że ogólna ilość skazanych pod koniec pierwszego kwartału 2020 r. wynosiła 65 012, to około 3,5% wszystkich odbywających karę pozbawienia wolności w tym okresie było poddawanych lub oczekiwało na zastosowanie względem nich oddziaływań związanych z nadmiernym stosowaniem alkoholu. Należy pamiętać, że statystyki te nie mówią o ogólnej liczbie osób uzależnionych lub nadmiarowo pijących alkohol w zakładach karny, a jedynie o skazanych względem których w danym kwartale podjęto decyzję o konieczności objęcia stosownymi oddziaływaniami. Oznacza to jedynie, że w pierwszym kwartale 2020 r. około 2200 skazanych wymagało opisywanych oddziaływań. Poza tym osoby odbywające karę w 2020 r. mogły już odbyć terapie dla uzależnionych lub uzależnienie z uwagi na niedawne zatrzymanie mogło nie zostać jeszcze rozpoznane.

Opisywane powyżej statystyki dotyczą osób, u których rozpoznano objawy uzależnienia. Nie należy jednak zapominać, że w grupie skazanych będą również osoby pijące w sposób problemowy, u których nie można stwierdzić objawów uzależnienia (pijące w sposób ryzykowny lub szkodliwy). Pomimo tego dla tej grupy nadmierne sięganie po alkohol również może stanowić czynnik dalszego wchodzenia na drogę przestępstwa. Z tego względu ta grupa skazanych obejmowana jest programami profilaktyki grupowej (zajęcia psychoedukacyjne, spotkania AA). Majcherczyk (2011), pisząc o programach profilaktycznych, wskazał, że grupa skazanych objętych programami o charakterze profilaktyki alkoholowej w jednostkach penitencjarnych w trzech kolejnych latach 2007–2009 rosła systematycznie od 142 do 178 przeprowadzonych programów. Łączyło się to również ze wzrostem ilości osadzonych, w stosunku do których zastosowano te programy. Liczba ta wynosiła 6078 w 2007 r., w 2008 r. 6458 skazanych i reszcie w 2009 r. programami profilaktyki alkoholowej zostało objętych 7767 skazanych. Sam autor zestawienia wskazał, że pomimo stałego wzrostu oddziaływań potrzeby grupy osadzonych, która wykazuje znaczne deficyty w funkcjonowaniu społecznym i radzeniu sobie, są większe niż ilość prowadzonych oddziaływań profilaktycznych.

3. Potrzeba rozwoju działań profilaktycznych

Ważny wydaje się również charakter programów profilaktyki alkoholowej prowadzony w zakładach karnych. Współczesne podejście do profilaktyki zachowań alkoholowych zmieniło się w związku analizami i ewaluacją programów. Zauważa się obecnie, że sama edukacja nie ma wystarczającej siły oddziaływania i nie wpływa na zmniejszenie motywacji osób nadużywających alkoholu na zaprzestanie sięgania po środki go zawierające. Z tego względu w pracy z grupami zwiększonego ryzyka (osobami, które nie są pozbawione wolności) zaczęto wykorzystywać techniki, które przypominają diagnostykę oraz intensywne oddziaływania, mające charakter terapeutyczny (Wojcieszek, 2005, 2011). W programach tych kładzie się również duży nacisk na nawiązanie relacji i kreowanie właściwego środowiska (Szymańska, 2012, s. 60).

Celem niniejszych badań było uzyskanie informacji dotyczących sposobu postrzegania potrzeb osadzonych przez funkcjonariuszy Służby Więziennej — osoby prowadzące oddziaływania penitencjarne — czy pełniących służbę w zakładach karnych, czyli zaangażowanych w resocjalizację grupy skazanych. Badania miały również odpowiedzieć na pytanie, jak funkcjonariusze oceniają dostępność obecnie wykorzystywanych narzędzi do stosowania profilaktyki alkoholowej.

4. Charakterystyka badanej grupy i metoda badania

W przeprowadzonych badaniach ankietowych wzięło w sumie udział 210 funkcjonariuszy Służby Więziennej. Osoby te reprezentowały różne pionos służby, pochodziły z jednostek o różnej wielkości oraz z różnych miejsc Polski. Badania zostały zrealizowane w czasie pobytu słuchaczy na zajęciach realizowanych w ramach szkolenia zawodowego oraz zdalnie wśród osób, które ukończyły lub były w trakcie studiów podyplomowych (zob. tabela 1).

Tabela 1. Grupa badawcza — dane opisowe

| | Dział | Liczba osób | Procent |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|
| Badanie stacjonarne | | | |
| Przynależność do działu służby | Ochrona | 69 | 47% |
| | Penitencjarny | 21 | 14% |
| | Terapeutyczny | 0 | 0% |
| | Kwatermistrzowski | 38 | 26% |
| | Służba zdrowia | 20 | 14% |
| | Inny | 0 | 0% |

Tabela 1. cd.

| | Dział | Liczba osób | Procent |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|
| Badanie internetowe | | | |
| Przynależność do działu służby | Ochrona | 5 | 8% |
| | Penitencjarny | 42 | 70% |
| | Terapeutyczny | 8 | 13% |
| | Kwatermistrzowski | 0 | 0% |
| | Służba zdrowia | 2 | 3% |
| | Inny | 5 | 8% |

Źródło: opracowanie własne.

W badaniach została wykorzystana ankieta autorstwa Krzysztofa Wojcieszka dotycząca sposobu postrzegania przez słuchaczy dostępności dotychczasowych działań profilaktycznych wykorzystywanych w zakładach karnych oraz potrzeb osób pracujących z osobami skazanymi w zakresie narzędzi do prowadzenia programów profilaktyki. Narzędzie składa się z 16 pytań. Są to pytania, gdzie osoba odpowiadająca może wybrać jedną z trzech odpowiedzi (tak — nie — trudno powiedzieć). Ponadto znajdują się w niej pytania otwarte oraz pytania, gdzie można wybrać kilka odpowiedzi jednocześnie.

5. Analiza wyników

Zaprezentowane poniżej wyniki badań nie spełniają wymagań badań metodologicznych. Grupy odnoszące się zarówno do formy badań (stacjonarne — internetowe), jak i biorąc pod uwagę dział służby nie mają porównywalnej liczebności. Nie uwzględniają faktycznego stałego kontaktu lub jego braku tego kontaktu z osobami skazanymi. Wydaje się jednak, że ogólnie zarysowują one problemy, które postrzegają u swoich podopiecznych funkcjonariusze Służby Więziennej, a także zaznaczają ich własne potrzeby związane z narzędziami możliwymi do wykorzystania w pracy z osobami skazanymi. Tym samym stanowią wartościowy wkład do dyskusji o potrzebie wprowadzania stosownych programów oddziaływań dla osób skazanych i odbywających karę pozbawienia wolności. Ponadto wydaje się ono oddawać wskazane w części teoretycznej trendy i potrzeby środowiska w zakresie programów profilaktycznych. Przedstawione wyniki są również zgodne z doświadczeniem autora związanym z jego pracą w jednostce penitencjarnej oraz zgłaszane w czasie zajęć przez słuchaczy potrzeby w zakresie nowych narzędzi możliwych do wykorzystania w pracy z osadzonymi. Poniżej przedstawiono kolejne pytania ankiety oraz wyniki sumaryczne odpowiedzi dla grupy badań stacjonarnych oraz internetowych:

- **Czy w dotychczasowej praktyce zetknęła się Pani/Pan z działaniami profilaktycznymi wobec osadzonych?**

W sumie 183 respondentów (zarówno z grupy badań stacjonarnych, jak i internetowych) wybrało odpowiedź TAK na powyższe pytanie. W grupie respondentów stacjonarnych takiej odpowiedzi udzieliło 125 osób, co stanowi 85% badanych w tej grupie. Z kolei w grupie internetowej odpowiedź TAK wybrało 95% respondentów, czyli 58 osób. W sumie 10 osób z obu grup wybrało odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ, natomiast odpowiedź NIE wybrało 15 respondentów grupy stacjonarnej. Nikt z respondentów „internetowych” nie wybrał odpowiedzi NIE.

Oznacza to, że znaczna większość funkcjonariuszy zetknęła się z działaniami profilaktycznymi wobec osadzonych.

- **Jakich problemów dotyczyły te działania?**

Najwięcej respondentów wskazało, że działania te dotyczyły problemów alkoholowych. Było to w sumie 124 respondentów, w tym 101 z grupy ankietowanych tradycyjnie — stacjonarnie i 23 z grupy respondentów ankietowanych zdalnie. W kolejnych odpowiedziach 101 ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „problemom narkotykowym”, z tego w tej grupie było 91 respondentów stacjonarnych i 10 respondentów internetowych. Funkcjonariusze udzielający odpowiedzi na pytania ankiety wskazali również, że działania te dotyczyły problemów z przemocą (92 respondentów — w tym 11 osób odpowiadających zdalnie i 81 osób odpowiadających stacjonarnie), zapobieganiu lękowi, depresji, czy innym trudnościom psychicznym (32 osoby zaznaczyły tę odpowiedź: 31 osób odpowiadających stacjonarnie, 1 osoba odpowiadająca internetowo), ogólnym prawidłem moralnym (w sumie 24 respondentów — 22 odpowiadających stacjonarnie, dwóch odpowiadających internetowo), zaburzeniom w dziedzinie seksualnej (20 ankietowanych funkcjonariuszy, w tym 19 udzielających odpowiedzi stacjonarnie i jedna osoba odpowiadająca poprzez wypełnienie formularza internetowego), zasadom pozytywnego rozwoju osobistego (łącznie 19 respondentów — 17 funkcjonariuszy odpowiadających w formie tradycyjnej i 2 odpowiadających na ankietę internetową), zasadom pozytywnego rozwoju społecznego (17 ankietowanych — 16 odpowiadających stacjonarnie i jeden udzielający odpowiedzi zdalnie). Poza tym w odpowiedzi INNE respondenci najczęściej wskazywali działania związane z autoagresją (5 odpowiedzi).

Jak wynika z analizy z przedstawionych wyników ankietowani uważają, że względem osadzonych najczęściej prowadzone są oddziaływania odnoszące się do problemów uzależnień — od alkoholu i narkotyków.

- **Planujemy zająć się aktywnie profilaktyką problemów alkoholowych. Czy uważa Pani/Pan, że to potrzebne?**

Na tak sformułowane pytanie 182 badanych funkcjonariuszy udzieliło odpowiedzi twierdzącej. W grupie ankietowanych stacjonarnie było takich odpowiedzi 124, co stanowi 84% wszystkich odpowiedzi. Natomiast w grupie funkcjonariuszy odpowiadających zdalnie odpowiedzi na TAK było 58, czyli 98% wszystkich udzielonych odpowiedzi. Odpowiedzi NIE udzieliło 11 osób odpowiadających

stacjonarnie (czyli 7,4%), a zdalnie nikt nie wybrał tej odpowiedzi. TRUDNO POWIEDZIEĆ — taką odpowiedź wybrała jedna (1,7%) osoba udzielająca odpowiedzi przez internet i 12 osób odpowiadających metodą tradycyjną (około 8%).

Z danych tych wynika, że funkcjonariusze widzą potrzebę aktywnego zajęcia się profilaktyką problemów alkoholowych u skazanych.

- **Opracowano nowoczesną formę interwencji psychologicznej dotyczącej stylu używania napojów alkoholowych i prowadzoną w grupie. Czy uważa Pani/Pan taką formę za potrzebną?**

Odpowiedzi twierdzącej na to pytanie udzieliło w sumie 176 ankietowanych. W tej grupie 58 to funkcjonariusze SW odpowiadający poprzez ankietę internetową (95% tej grupy), a 118 (80% drugiej grupy) to respondenci udzielający odpowiedzi stacjonarnie. Żaden funkcjonariusz, odpowiadający na pytania ankiety zdalnie, nie udzielił odpowiedzi NIE na powyższe pytanie, 3 (5%) wybrało odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ. W grupie stacjonarnej 19 ankietowanych (13%) udzieliło odpowiedzi TRUDNO POWIEDZIEĆ, a 11 osób (7%) wybrało odpowiedź NIE.

Analiza przedstawionych wyników wskazuje, że funkcjonariusze SW w znacznej większości wiedzą potrzebę wprowadzenia nowoczesnej interwencji psychologicznej dotyczącej stylu używania napojów alkoholowych prowadzonej w grupie.

- **Taka forma wymaga kilkogodzinnej (3–4 h) pracy z kilkoma/kilkunastoma osobami. Czy jest to możliwe w warunkach zakładu karnego?**

W sumie z grupy stacjonarnej i internetowej twierdząco na to pytanie odpowiedziało 128 osób. W tym z grupy stacjonarnej odpowiedzi TAK udzieliło 78 osób (54% funkcjonariuszy z tej grupy) i 50 funkcjonariuszy z grupy zdalnej (82%). NIE — taką odpowiedź wskazało 27 osób (19%) z grupy funkcjonariuszy odpowiadających stacjonarnie i 5 osób (8%) z grupy funkcjonariuszy odpowiadających internetowo. Odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ wybrało 39 osób (27%) odpowiadających w sposób tradycyjny i 6 osób (prawie 10%) osób udzielających odpowiedzi zdalnie.

Biorąc pod uwagę długość trwania programu, odpowiedzi badanych są mniej jednoznaczne. Ogólnie jednak funkcjonariusze twierdzą, że w warunkach zakładu karnego jest możliwość przeprowadzenia programu profilaktycznego trwającego 3–4 h z kilkoma/kilkunastoma osadzonymi.

- **Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano tzw. indywidualną krótką w sprawie problemów alkoholowych?**

W sumie 133 osoby odpowiedziały twierdząco na pytanie postawione w ten sposób. W tej grupie 77 osób to respondenci z grupy stacjonarnej (52% funkcjonariuszy z tej grupy) i 56 osób z grupy respondentów internetowych (92% osób z tej grupy). Funkcjonariusze tzw. „stacjonarni”, którzy wybrali odpowiedź NIE, to 28 osób (19% osób z grupy stacjonarnej), a odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ to 44 osoby (czyli 30% osób z tej grupy). 4 funkcjonariuszy (prawie 7%) z grupy zdalnej wybrało odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ, a odpowiedź NIE wybrała jedna osoba (niecałe 2%). Respondenci podawali przy tym

różną liczbę przeprowadzonych interwencji — średnia z badania tradycyjnego to 19 interwencji w ciągu roku. W badaniu internetowym średnia to 35 interwencji w ciągu roku. Przy czym odchylenia standardowe w obu grupach były wysokie (25,18 w grupie badanych stacjonarnie i 39,89).

Analiza jakościowa zebranych danych wskazuje, że znaczna ilość respondentów nie dysponowała bieżącymi danymi dotyczącymi ilości indywidualnych krótkich interwencji przeprowadzanych w ciągu roku w ich jednostkach. Stąd ilość danych była ograniczona.

Wyniki pokazują, że respondenci (szczególnie z grupy odpowiadającej zdalnie) wskazywali, że w ich jednostkach stosuje się krótką interwencję.

- **Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano pogadanki edukacyjne, filmy, audycje itp. na tematy alkoholowe dla osadzonych?**

Łącznie 160 spośród ankietowanych osób udzieliło odpowiedzi TAK na wyżej postawione pytanie. W tej grupie 107 osób to respondenci z grupy stacjonarnej (czyli 72% osób tej grupy) i 53 osoby z grupy osób odpowiadających zdalnie (87%). Odpowiedź NIE wybrało 10 respondentów z grupy osób odpowiadających w formie tradycyjnej (około 7%) i jedna osoba z grupy ankietowanej internetowo (prawie 2%). Ostatnią odpowiedź, czyli TRUDNO POWIEDZIEĆ wybrało 30 ankietowanych z grupy ankietowanych stacjonarnie (20%) i 7 osób z grupy ankietowanej internetowo (11,5% tej grupy).

Zdecydowana większość respondentów twierdzi, że w ich zakładach karnych prowadzone są oddziaływania dla osadzonych w formie pogadanek, filmów i audycji odnoszących się do tematów alkoholowych.

Respondentom zadano również pytanie otwarte: jaki rodzaj działań profilaktyczno-wychowawczych byłby Państwa zdaniem wart rozwijania w przyszłości jako bardzo potrzebny dla osadzonych i dla jednostek penitencjarnych (jako narzędzie do wykorzystania)? Respondenci wskazywali głównie, że powinny być to oddziaływania oparte o filmy dotyczące profilaktyki, kursy rozwijające umiejętności psychospołeczne, rozmowy wychowawcze, warsztaty, a także możliwość uczestniczenia przez osadzonych w spotkaniach z osobami ze środowiska zewnętrznego.

- **Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano AUDIT lub inny test przesiewowy (CAGE, AUDIT C)?**

Odpowiedź, która była najczęściej wybierana przez respondentów to TRUDNO POWIEDZIEĆ. W sumie w taki sposób odpowiedziało 119 osób. Na te odpowiedzi złożyło się 88 odpowiedzi osób z grupy stacjonarnej (60%) i 31 odpowiedzi osób z grupy ankietowanej zdalnie (51%). 32 osoby z grupy stacjonarnej wybrało odpowiedź NIE (22%), a odpowiedź TAK wybrało 26 osób z tej grupy (18%). W grupie odpowiadającej internetowo odpowiedź NIE wybrało 5 respondentów (8%), a odpowiedź TAK 41% tej grupy, czyli 25 respondentów.

W znacznej większości osoby odpowiadające na pytania ankiety nie posiadają informacji o tym, czy w ich jednostce penitencjarnej wykorzystywane są testy przesiewowe do tj. AUDIT, CAGE czy AUDIT C.

Analiza jakościowa odpowiedzi na pytanie w jakich okolicznościach stosowano powyżej wskazane testy wskazuje, że osoby, które spotkały się z zastosowaniem tego testu łączą je głównie z prowadzeniem oddziaływań w zakresie Krótkiej Interwencji. 11 osób (w sumie z grupy stacjonarnej i zdalnej) łączyło wykorzystanie tych narzędzi z diagnostyką psychologiczną w kierunku rozpoznania uzależnienia.

- **Przygotowaliśmy specjalny kurs *online* (asynchroniczny, czyli realizowany w czasie wybranym przez zainteresowanego) dotyczący krótkiej interwencji profilaktyki alkoholowej w grupie. Czy byłaby Pani/Pan zainteresowana dostępem do takiego kursu/narzędzia?**

Na pytanie postawione w ten sposób 130 osób odpowiedziało udzielając odpowiedzi TAK. 77 osób to funkcjonariusze wypełniających kwestionariusze w formie tradycyjnej (53% osób z tej grupy), a 53 osoby wybierające tę odpowiedź to funkcjonariusze ankietowani poprzez system online (87% tej grupy). Funkcjonariusze, którzy wybrali odpowiedź NIE, to 43 osoby (30%) z grupy wypełniającej ankietę stacjonarnie i dwie osoby (3% tej grupy) wypełniające ankietę internetowo. TRUDNO POWIEDZIEĆ — odpowiedź ta została wybrana przez 25 osób z grupy wypełniającej ankietę tradycyjnie i 6 funkcjonariuszy, którzy wypełnili ankietę zdalnie (około 10% tej grupy).

Dane te wskazują, że funkcjonariusze ze wskazanych grup są zainteresowani wzięciem udziału w kursie przygotowanym w wersji *online*.

- **Czy Pani/Pana zdaniem efektywna praca w zakresie profilaktyki z osadzonymi obniżałoby ryzyko powrotności do przestępstwa?**

W sumie 138 udzieliło odpowiedzi twierdzącej na pytanie postawione w ten sposób. Na tę liczbę składa się 83 osoby udzielające odpowiedzi poprzez ankietę wypełnianą tradycyjnie (57% grupy) i 90% (czyli 55 funkcjonariuszy) z grupy wypełniającej ankietę w formie internetowej. Ponadto grupa wypełniająca ankietę stacjonarnie zaznaczyła odpowiedź NIE (19 osób, czyli 13%) i odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ (44 osoby, co stanowi około 31% opisywanej grupy). Ani jedna osoba wypełniająca ankietę w formie zdalnej nie wybrała odpowiedzi NIE, z kolei odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ została wybrana przez 10% respondentów z tej grupy (czyli 6 osób).

Analiza odpowiedzi ankietowanych na powyższe pytanie wskazuje, że ankietowani funkcjonariusze Służby Więziennej uważają, że efektywna praca w zakresie profilaktyki uzależnień zmniejszyłaby ryzyko powrotności do przestępstwa.

Tabela 2. Grupa badawcza — dane opisowe

| Pytanie | Osoby, które wybrały odpowiedź TAK | Osoby, które wybrały odpowiedź NIE | Osoby, które wybrały odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ |
|---|--|---|--|
| Badanie stacjonarne | | | |
| Czy w dotychczasowej praktyce zetknęła się Pani/Pan z działaniami profilaktycznymi wobec osadzonych? | 125 osoby (85% odpowiedzi z tej grupy) | 15 osób (10% odpowiedzi z tej grupy) | 7 osób (5% odpowiedzi z tej grupy) |
| Planujemy zająć się aktywnie profilaktyką problemów alkoholowych. Czy uważa Pani/Pan, że to potrzebne? | 124 osoby (84% odpowiedzi we wskazanej grupie) | 11 osób (7% odpowiedzi z wskazanej grupy) | 12 osób (8% odpowiedzi z tej grupy) |
| Opracowano nowoczesną formę interwencji psychologicznej dotyczącej stylu używania napojów alkoholowych i prowadzoną w grupie. Czy uważa Pani/Pan taką formę za potrzebną? | 118 osób (jest to 80% odpowiedzi z tej grupy) | 11 osób (7% odpowiedzi ze wskazanej grupy) | 19 osób (13% odpowiedzi ze wskazanej grupy) |
| Taka forma wymaga kilkugodzinnej (3–4 h) pracy z kilkoma/kilkunastoma osobami. Czy jest to możliwe w warunkach zakładu karnego? | 78 osób (54% odpowiedzi grupy) | 27 osób (19% odpowiedzi zebranych z grupy) | 39 osób (27% odpowiedzi z tej grupy) |
| Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano tzw. indywidualną krótką w sprawie problemów alkoholowych? | 77 osób (52% odpowiedzi z tej grupy) | 28 osób (19% odpowiedzi z tej grupy) | 44 osoby (30% odpowiedzi z tej grupy) |
| Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano pogadanki edukacyjne, filmy, audycje itp. na tematy alkoholowe dla osadzonych? | 107 osób (stanowi to 72% odpowiedzi z całej grupy) | 10 osób (7% odpowiedzi wskazanej grupy) | 30 osób (20% odpowiedzi wskazanej grupy) |
| Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano AUDIT lub inny test przesiewowy (CAGE, AUDIT C)? | 26 osób (jest to 18% odpowiedzi z grupy) | 32 osoby (22% odpowiedzi z grupy) | 88 osób (60% odpowiedzi wskazanej grupy) |
| Przygotowaliśmy specjalny kurs <i>online</i> (asynchroniczny, czyli realizowany w czasie wybranym przez zainteresowanego) dotyczący krótkiej interwencji profilaktyki alkoholowej w grupie. Czy byłaby Pani/Pan zainteresowana dostępem do takiego kursu/narzędzia? | 77 osób (co stanowiło 53% wszystkich odpowiedzi w tej grupie) | 43 osoby (30% osób odpowiedzi na pytanie w tej grupie) | 25 osób (17% odpowiedzi w tej grupie) |
| Czy Pani/Pana zdaniem efektywna praca w zakresie profilaktyki z osadzonymi obniżałoby ryzyko powrotności do przestępstwa? | 83 osoby (57% odpowiedzi tej grupy) | 19 osób (13% odpowiedzi wskazanej grupy) | 44 osoby (co stanowi 31% odpowiedzi ze wskazanej grupy) |

Tabela 2. cd.

| Pytanie | Osoby, które wybrały odpowiedź TAK | Osoby, które wybrały odpowiedź NIE | Osoby, które wybrały odpowiedź TRUDNO POWIEDZIEĆ |
|---|--|---|--|
| Badanie internetowe | | | |
| Czy w dotychczasowej praktyce zetknęła się Pani/Pan z działaniami profilaktycznymi wobec osadzonych? | 58 osób (95% odpowiedzi ze wskazanej grupy) | Żadna osoba nie udzieliła takiej odpowiedzi | 3 osoby (5% odpowiedzi z grupy) |
| Planujemy zająć się aktywnie profilaktyką problemów alkoholowych. Czy uważa Pani/Pan, że to potrzebne? | 58 osób (98% odpowiedzi opisywanej grupy) | Żadna osoba nie udzieliła takiej odpowiedzi | 1 osoba (2% odpowiedzi z grupy) |
| Opracowano nowoczesną formę interwencji psychologicznej dotyczącej stylu używania napojów alkoholowych i prowadzoną w grupie. Czy uważa Pani/Pan taką formę za potrzebną? | 58 osób (95% odpowiedzi wskazanej grupy) | Żadna osoba nie udzieliła takiej odpowiedzi | 3 osoby (5% odpowiedzi ze wskazanej grupy) |
| Taka forma wymaga kilkugodzinnej (3–4 h) pracy z kilkoma/kilkunastoma osobami. Czy jest to możliwe w warunkach zakładu karnego? | 50 osób (82% odpowiedzi z tej grupy) | 5 osób (8% odpowiedzi z tej grupy) | 6 osób (10% odpowiedzi z tej grupy) |
| Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano tzw. indywidualną krótką w sprawie problemów alkoholowych? | 56 osób (92% odpowiedzi z tej grupy) | 1 osoba (2% odpowiedzi z tej grupy) | 4 osoby (7% odpowiedzi z tej grupy) |
| Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano pogadanki edukacyjne, filmy, audycje itp. na tematy alkoholowe dla osadzonych? | 53 osoby (87% odpowiedzi opisaną grupę) | 1 osoba (2% odpowiedzi z grupy) | 7 (ponad 11% odpowiedzi wskazanej grupy) |
| Czy w Pani/Pana zakładzie stosowano AUDIT lub inny test przesiewowy (CAGE, AUDIT C)? | 25 osób (41% odpowiedzi z grupy) | 5 osób (8% odpowiedzi uzyskanych w grupie) | 31 |
| Przygotowaliśmy specjalny kurs <i>online</i> (asynchroniczny, czyli realizowany w czasie wybranym przez zainteresowanego) dotyczący krótkiej interwencji profilaktyki alkoholowej w grupie. Czy byłaby Pani/Pan zainteresowana dostępem do takiego kursu/narzędzia? | 53 osoby (87% odpowiedzi uzyskanych w grupie) | 2 osoby (3% odpowiedzi uzyskanych z grupy) | 6 osób (10% odpowiedzi grupy) |
| Czy Pani/Pana zdaniem efektywna praca w zakresie profilaktyki z osadzonymi obniżałoby ryzyko powrotności do przestępstwa? | 55 osób (jest to 90% odpowiedzi uzyskanych w grupie) | Żadna osoba nie udzieliła takiej odpowiedzi | 6 osób (10% odpowiedzi uzyskanych w tej grupie) |

Źródło: opracowanie własne.

6. Wnioski z prowadzonego sondażu

Uzyskane wyniki badań wskazują, że znaczna większość funkcjonariuszy Służby Więziennej podejmujących szkolenie zawodowe lub studia podyplomowe, podejmujących pracę w różnych pionach służby i odpowiadających na pytania ankiety zetknęła się w dotychczasowej pracy z programami profilaktycznymi prowadzonymi w stosunku do skazanych. Według ich wiedzy, programy te najczęściej dotyczyły nadmiernego picia alkoholu i zażywania narkotyków. Pomimo tego, mając doświadczenie w pracy z osobami osadzonymi w jednostkach penitencjarnych funkcjonariusze widzą potrzebę stosowania programów profilaktycznych w stosunku do grupy, z którą pracują w swoich oddziaływaniach. Pomimo dotychczasowych oddziaływań znaczna większość respondentów uważa, że zasadne jest wprowadzenie i wykorzystywanie nowej, opartej na nowoczesnych trendach formy programu profilaktycznego. Większość respondentów (82% i 52% w zależności od grupy) uważała, że forma programu, który w kontakcie z osadzonym będzie wymagał czasu około 3–4 godzin, jest możliwa do przeprowadzenia w warunkach jednostek penitencjarnych. Według badanych funkcjonariuszy efektywna praca w zakresie uzależnień może zmniejszyć powrotność skazanych do działań przestępczych.

7. Podsumowanie

Literatura odnosząca się do wpływu alkoholu na funkcjonowanie człowieka wskazuje na jego negatywny wpływ (m.in. Nutt, King i Philips, 2010, raport WHO, 2018). Działanie środka powoduje szereg konsekwencji dla organizmu, ale również wpływa na pojawienie się zachowań agresywnych, negatywnych u człowieka, a tym samym jest czynnikiem sprzyjającym dokonywaniu czynów karalnych. Takie analizy potwierdzają również dane statystyczne przedstawiane przez Ministerstwo Sprawiedliwości skupiające się na populacji osadzonych. Nasilenie problemów alkoholowych u osób skazanych jest wysokie, a znaczna część tej grupy wymaga oddziaływań związanych z leczeniem uzależnień. Również sami funkcjonariusze zauważają, że problemy alkoholowe oraz uzależnienie od narkotyków, które według nich bardzo często dotyczą tej grupy, wpływają negatywnie na prognozy kryminologiczne skazanych.

Przeprowadzone w grupie funkcjonariuszy badania pokazują, że grupa ta, która pracuje bezpośrednio w kontakcie ze skazanymi zauważa potrzebę stosowania oddziaływań profilaktycznych w stosunku do podopiecznych. Funkcjonariusze przyznają, że w zakładach karnych stosowane są oddziaływania związane z tym obszarem, ale jednocześnie według nich istnieje potrzeba wprowadzenia programu profilaktyki uzależnień od alkoholu opartej na nowoczesnych metodach, możliwej do wykorzystania w pracy z grupą. Istotne wydaje się zatem zaproponowanie materiałów i narzędzi oraz przygotowanie szkolenia, które da funkcjonariuszom kompetencje do prowadzenia stosownych oddziaływań w grupach osób pozbawionych wolności.

Bibliografia

- Anderson P., Baumberg B. (2006), *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, „Alkoholizm i narkomania”, 19(2), s. 121–137.
- Bachman R., Peralta R. (2002), *The relationship between drinking and violence in an adolescent population: Does gender matter?*, „Deviant Behaviour: An Interdisciplinary Journal”, 23, s. 1–19.
- Majcherczyk A. (2011), *Wybrane programy resocjalizacyjne — perspektywa teoretyczna i praktyczna*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, 70, s. 5–30.
- Ministerstwo Sprawiedliwości, Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dn. 26.11.2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz.U. 2013, poz. 1067, pobrano z isap.sejm.gov.pl dnia 10.04.2021 r.
- Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej (2020) Roczna informacja statystyczna za rok 2019. Pobrano z: <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> dnia 10.04.2021r.
- Nutt D., King L., Philips L. (2010), *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*, „The Lancet”, 376 (9752), s. 1558–1565.
- Plant G., Taylor P.J. (2012), *Recognition of Problem Drinking among Young Adult Prisoners*, „Behavioral Science and Law”, 30, s. 140–153.
- Szymańska J. (2012), *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa, s. 59–61.
- Wojcieszek K.A. (2005), *Na początku była rozpacz... Antropologiczne podstawy profilaktyki*, Kraków.
- Wojcieszek K. (2011), *Krótką interwencją profilaktyczną w grupie — konstruktywne wykorzystanie dysonansu poznawczego w profilaktyce dla grupy podwyższonego ryzyka na przykładzie programu „Korekta”*, „Resocjalizacja Polska”, 2, s. 257–274.
- World Health Organization (2002), *World report on violence and health*, Geneva.
- World Health Organization (2018), *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> [dostęp: 10.08.2021], s. 12–14.

ANEKS

Dodatkowe narzędzia i materiały

W Aneksie umieszczono kilka bardzo przydatnych narzędzi, jak wzór testu przesiewowego AUDIT, opis obliczania BAC autorstwa K. Wojcieszka, wzory innych testów przesiewowych (AUDIT C i CAGE) wygodnych, ale uznawanych za mniej dokładne. Zawarto również opis reguł używania etanolu w sposób zapewniający mniejsze ryzyko strat („reguły rozsądnego picia”), w opracowaniu K. Wojcieszka.

Autorzy dołożyli wszelkich starań, aby materiały były dokładne, ale pomimo wielu korekt i starań mogły się wkraść błędy czy niedokładności, zatem zwracają się z uprzejmą prośbą do uważnych Czytelników o poinformowanie o takiej sytuacji, aby móc dokonać korekt w ewentualnych kolejnych wydaniach przewodnika.

Test przesiewowy AUDIT

1. Jak często pije Pan/Pani napoje alkoholowe?
 - (0) nigdy
 - (1) raz w miesiącu lub rzadziej
 - (2) 2 do 4 razy w miesiącu
 - (3) 2 do 3 razy w tygodniu
 - (4) 4 razy w tygodniu lub częściej
2. Ile standardowych porcji zawierających alkohol wypija Pan/Pani w dniu, w którym Pan/Pani pije?
 - (0) 1–2 porcje
 - (1) 3–4 porcje
 - (2) 5–6 porcji
 - (3) 7–9 porcji
 - (4) 10 lub więcej porcji
3. Jak często wypija Pan/Pani sześć lub więcej porcji alkoholu podczas jednego dnia?
 - (0) nigdy
 - (1) rzadziej niż raz w miesiącu
 - (2) około raz w miesiącu
 - (3) około raz w tygodniu
 - (4) codziennie lub prawie codziennie
4. Jak często w ostatnim roku nie mógł Pan/Pani zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?
 - (0) nigdy
 - (1) rzadziej niż raz w miesiącu
 - (2) około raz w miesiącu
 - (3) około raz w tygodniu
 - (4) codziennie lub prawie codziennie
5. Jak często w ciągu ostatniego roku z powodu picia alkoholu zrobił Pan/Pani coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana/Pani środowisku normy postępowania?
 - (0) nigdy
 - (1) rzadziej niż raz w miesiącu
 - (2) około raz w miesiącu
 - (3) około raz w tygodniu
 - (4) codziennie lub prawie codziennie

6. Jak często w ostatnim roku potrzebował Pan/Pani napić się alkoholu następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dojść do siebie?
- (0) nigdy
 - (1) rzadziej niż raz w miesiącu
 - (2) około raz w miesiącu
 - (3) około raz w tygodniu
 - (4) codziennie lub prawie codziennie
7. Jak często w ostatnim roku miał Pan/Pani poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?
- (0) nigdy
 - (1) rzadziej niż raz w miesiącu
 - (2) około raz w miesiącu
 - (3) około raz w tygodniu
 - (4) codziennie lub prawie codziennie
8. Jak często w ostatnim roku nie mógł Pan/Pani przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy, z powodu picia?
- (0) nigdy
 - (1) rzadziej niż raz w miesiącu
 - (2) około raz w miesiącu
 - (3) około raz w tygodniu
 - (4) codziennie lub prawie codziennie
9. Czy kiedykolwiek Pan/Pani lub ktoś inny doznał jakiegoś urazu fizycznego w wyniku Pana/Pani picia?
- (0) nie
 - (2) tak, ale nie w ostatnim roku
 - (4) tak, w ostatnim roku
10. Czy ktoś z rodziny, lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia interesował się Pana/Pani piciem albo sugerował jego ograniczenie?
- (0) nie
 - (2) tak, ale nie w ostatnim roku
 - (4) tak, w ostatnim roku

SUMA PUNKTÓW

Wersja za ulotką PARPA zgodną w treści z:

„AUDIT. Test przesiewowy dla podstawowej opieki zdrowotnej” zgodnie z wersją stanowiącą dodatek do „Program z dziedziny nadużywania substancji psychoaktywnych. Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej”.

Thomas F. Babor, Juan Ramon de la Fuente, John Saunders, Marcus Grant, Publikacja Światowej Organizacji Zdrowia, tłum. Mira Praisner, Wyd. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, oprac. Zespół, Warszawa 1998, ISBN 83-8610-22-1.

Komentarz

Test AUDIT jest obecnie testem „klasycznym”, jego wersje są ogólnie dostępne w sieci. Prowadzący może z nich skorzystać, zwłaszcza z punktu widzenia układu graficznego czy wielkości czcionki. Ewentualne różnice są, z punktu widzenia programu „Korekta dla osadzonych”, zaniedbywalne. Jak wynika z wcześniejszego przeglądu, jest też stosowany w zakładach karnych w ramach krótkiej interwencji indywidualnej, zatem nie powinno być problemu z dotarciem do tego narzędzia. Należy podkreślić, że wybrano ten test jako klasyczny, ale w zasadzie możliwe jest zastosowanie innych narzędzi (stąd przytoczenie dalej 2 innych testów). Test AUDIT jest najlepiej opracowany, obecnie w setkach publikowanych badań wskazujących na różne jego aspekty. Z tego punktu widzenia jest narzędziem chyba najlepiej opracowanym badawczo w skali światowej. Rekomendujemy jego używanie, poza jakimiś szczególnymi sytuacjami, np. wymagającymi uproszczenia testu (wtedy mamy AUDIT C). W sieci jest też aktualny podręcznik jego zastosowania w wersji angielskiej wydany przez WHO. Osobom znającym język angielski bardzo polecamy zapoznanie się z tym podstawowym i bardzo ciekawym tekstem. Autorom nie jest obecnie znane polskie tłumaczenie tego podręcznika, co nie znaczy, że takowe nie istnieje. Z punktu widzenia praktyki wydaje się szczególnie ważne nauczanie uczestników, czym jest PORCJA STANDARDOWA, czyli 10 g alkoholu etylowego w różnych napojach. Powinno to poprzedzać zastosowanie testu. Należy pamiętać, że w przypadku kobiet odpowiednia granica między piciem o mniejszym ryzyku a piciem ryzykownym jest niższa (6 pkt), a także, że trwa dyskusja, czy granicą dla mężczyzn powinno być 8 czy 10 punktów. Wszystkie te aspekty odwołania wspomniany podręcznik WHO zamieszczony w sieci. Należy też pamiętać i podkreślać, że test AUDIT nie jest „testem na alkoholizm”, chociaż może wskazywać na istnienie takiego problemu. Diagnoza uzależnienia to bardziej skomplikowana sprawa.

Obliczanie stężenia etanolu w płynach ciała (BAC)

(opracowanie: K. Wojcieszek)

Ten arkusz ma pomóc w poprawnym obliczeniu poziomu alkoholu etylowego w płynach ciała.

1. Jak obliczamy ten poziom? Najpierw spisujemy ilości wypitych napojów podczas tzw. ostatniej okazji (np. wieczór w restauracji czy imieniny):

PIWO (w litrach) litr piwa = 40 g czystego alkoholu etylowego, czyli objętość w litrach x 40 g = ilość alkoholu spożyta w postaci piwa

WINO (w lampkach 100 ml) lampka zawiera 10 g etanolu, czyli ilość lampek wina x 10 g = ilość spożyta w postaci wina.....

WÓDKA (w setkach) setka zawiera między 35 a 40 g etanolu, czyli ilość setek $\times 35$ g = ilość spożyta w postaci wódek

[inne napoje potraktować w przybliżeniu, np. miód pitny podobny do wina, likier podobny do wódki, piwo wzmocnione podobne do wina]

SUMUJEMY ilość czystego alkoholu w gramach

2. Następnie obliczamy, ile litrów (dcm sześciennych) wody jest w naszym organizmie:

Mężczyźni — 0,7 to woda (70% wagi ciała), czyli waga w kg $\times 0,7$ = litry wody w ciele

Kobiety — 0,6 to woda (60% wagi ciała), czyli waga w kg $\times 0,6$ = litry wody w ciele

3. Następnie **dzielimy ilość gramów alkoholu przez ilość litrów wody w ciele**. Daje nam to stężenie w promilach (1 promil = 1 g etanolu w 1 litrze wody w ciele).

Stężenie w promilach

Powyższy wzór nie uwzględnia tempa przyswajania alkoholu i tempa rozkładu (8–16 g na godzinę). Oznacza to, że efektywne stężenie będzie nieco mniejsze (przyswajanie — ok. 15–30 minut dla połowy alkoholu spożytego, utlenianie — od 8 do 16 h na godzinę).

Można skorzystać z aplikacji komputerowych, które uwzględniają te dodatkowe dane.

.....

CO JESZCZE WARTO ZROBIĆ?

Warto obliczyć z góry, przy jakiej ilości spożytego napoju osiągamy 0,2 promila.

Jak? Gdy znamy ilość wody w organizmie w litrach, to mnożymy tę ilość razy 0,2 g i uzyskujemy ilość gramów czystego alkoholu konieczną dla stężenia 0,2 promila.

Przykład: mężczyzna o wadze 100 kg ma w organizmie 70 litrów wody. $70 \times 0,2$ g = 14 g czystego alkoholu dla stężenia 0,2 promila. Taka ilość jest zawarta w: ok. 350 ml piwa (półtorej szklanki), 150 ml wina (półtorej lampki 100 ml) i ok. 33 ml wódki (b. mały kieliszek 33 ml — kieliszek 50 ml wódki ma między 17,5 g a 20 g czystego etanolu).

Kobieta: waga 60 kg. W organizmie jest $60 \times 0,6 = 36$ litrów wody. $36 \times 0,2 \text{ g} = 7,2 \text{ g}$ etanolu dla stężenia 0,2 promile. Osiągamy to, pijąc: $2/3$ szklanki piwa, $2/3$ lampki wina, $1/4$ setki wódki. Jak widać, u kobiety stężenie jest przy tej samej ilości napoju jest zazwyczaj o połowę wyższe.

.....

Oderwij końcówkę z wpisanym stężeniem etanolu przy ostatniej okazji w promi-
lach (g/litr):

.....

Test AUDIT-C

Test AUDIT-C jest maksymalnie skróconą wersją pełnego testu AUDIT (3 zamiast 10 pytań). Dobór pytań jest taki, że wyniki AUDIT-10 i AUDIT-C różnią się od siebie bardzo nieznacznie (o 1%).

1. Jak często Pan/Pani pije napoje zawierające alkohol?

- a) nigdy (0 pkt)
- b) raz w miesiącu lub rzadziej (1 pkt)
- c) dwa do czterech razy w miesiącu (2 pkt)
- d) dwa do czterech razy w tygodniu (3 pkt)
- e) cztery lub więcej razy w tygodniu (4 pkt)

2. Jak wiele porcji standardowych (drinków, 10 g czystego alkoholu etylowego) pije Pan/Pani w czasie typowej okazji (w dniu, w którym Pan/Pani pije)?

- a) 1–2 porcje (0 pkt)
- b) 3–4 porcje (1 pkt)
- c) 5–6 porcji (2 pkt)
- d) 7–9 porcji (3 pkt)
- e) 10 lub więcej porcji (4 pkt)

3. Jak często zdarza się Panu/Pani pić sześć lub więcej porcji przy jednej okazji?

- a) nigdy (0 pkt)
- b) rzadziej niż raz w miesiącu (1 pkt)
- c) raz w miesiącu (2 pkt)
- d) raz w tygodniu (3 pkt)
- e) codziennie lub prawie codziennie (4 pkt)

Interpretacja: Uzyskanie w teście AUDIT-C 4 pkt dla mężczyzn i 2–3 pkt dla kobiet oznacza wykrycie nadużywania alkoholu (problemy alkoholowe) przez osobę wypełniającą. Test może służyć do wstępnego wykrywania osób nadużywających alkoholu i uzależnionych. W tym ostatnim wypadku konieczna jest dalsza diagnoza przy pomocy precyzyjnych narzędzi diagnostycznych.

Patrz: K. Bradley et All (2007), *AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care*, "Alcoholism Clinical and Experimental Research", V. 31, no. 7, s. 1208–1217.

Autorzy przyjmowali następujące kryteria:

1. Picie ryzykowne — powyżej 14 porcji standardowych (10 g czystego alkoholu etylowego) na tydzień lub 5 i więcej porcji przy jednorazowym piciu dla mężczyzn;
2. 7 porcji tygodniowo lub 4 i więcej porcji przy jednorazowym piciu dla kobiet.
3. Uzależnienie od alkoholu wg DSM — IV: chroniczny, niedostosowany wzór picia skutkujący klinicznymi znaczącymi szkodami lub stresem.
4. Nadużywanie: jak w pkt 1, 2 lub 3 w ciągu ostatniego roku.
5. Jakikolwiek symptom choroby alkoholowej — jeden lub więcej symptomów nadużywania lub uzależnienia w ciągu ostatniego roku.

Porcja standardowa:

- 200 ml przeciętnego piwa 5%,
- 100 ml wina 10%,
- 25 ml wódki 40%.

Test „CAGE”

1. Czy zdarzyło się Panu/Pani myśleć, że pije Pan/Pani za dużo?
2. Czy ludzie irytowali, złościli Pana/Panią krytycznymi uwagami na temat Pana/Pani picia alkoholu?
3. Czy zdarzyło się Panu/Pani czuć źle lub mieć poczucie winy z powodu picia?
4. Czy zdarzyło się Panu/Pani rozpocząć dzień od picia alkoholu, aby uspokoić nerwy lub zlikwidować kaca?

Test CAGE jest krótkim narzędziem przesiewowym pozwalającym wykryć osoby mające problem alkoholowy. Cechuje go prostota (ale i niska czułość — 52% — u osób starszych i kobiet). Interpretacja: **udzielenie 2 lub więcej odpowiedzi twierdzących jest podstawą do podejrzenia uzależnienia od alkoholu.** Stosowany od 1984 r. w USA.

Podane za: Wojcieszek K. (2010), *Profilaktyka problemów alkoholowych w warunkach profesjonalnej służby wojskowej. W poszukiwaniu rozwiązań*, Warszawa.

Sposób używania napojów zawierających etanol (alkohol etylowy),
który wydaje się obarczony niskim ryzykiem w świetle aktualnej wiedzy.
„Reguły rozsądnego picia”

Opracowanie na użytek programu „Korekta dla osadzonych” — K. Wojcieszek

1. Zawsze należy podkreślać, że w świetle obecnej wiedzy najbezpieczniejszą postawą wobec napojów alkoholowych jest radykalna wstrzeźliwość w postaci pełnej dobrowolnej abstynencji.
2. Abstynencja usuwa te elementy ryzyka, które powstają nawet przy bardzo nieznacznych ilościach używanych napojów, poniżej 1 porcji standardowej (np. ryzyko zwiększenia zapadalności na raka piersi u kobiet). Abstynencja ma też dużą wartość społeczną jako czynnik przełamujący „towarzyski przy-
mus picia” czy błędne przekonania normatywne.
3. Na świecie abstynencja alkoholowa jest dominująca ilościowo (57% osób starszych niż 15 lat nie używało żadnego napoju alkoholowego w ciągu ostatniego roku, Global Status Report on Alcohol and Health WHO 2018). W Polsce i w Europie chociaż silnie zaznaczona, nie dominuje ani ilościowo, ani kulturowo. Jej zachowanie wymaga specjalnej osobistej decyzji.
4. Są sytuacje, w których abstynencja jest nakazana prawem lub zdrowym rozsądkiem i są one liczne. **W skład „używania alkoholu obarczonego niskim ryzykiem” musi wchodzić umiejętność zachowywania pełnej abstynencji w wielu sytuacjach życiowych:**
 - a) niepełnoletność (poniżej 18 lat w Polsce, poniżej 21 lat w USA),
 - b) ciąża i karmienie piersią,
 - c) opieka nad małoletnimi,
 - d) kierowanie pojazdami i maszynami,
 - e) służba, zwłaszcza z bronią,
 - f) praca (w większości przypadków nie jest dozwolone nawet podejmowanie pracy przy określonym stężeniu etanolu w płynach ciała). Różne miejsca pracy posiadają w tym względzie procedury sprawdzania pracowników (np. firmy transportowe),
 - g) w trakcie trwania określonych chorób/terapii i brania określonych leków (np. cukrzyca, używanie neuroleptyków i innych leków krzyżowo reagujących z alkoholem),
 - h) uprawianie określonych sportów zwiększających ryzyko urazów (np. narciarstwo),
 - i) uprawianie turystyki w formach wymagających trzeźwości (górska, żeglowna, paralotniarstwo itp.),
 - j) w starszym wieku wydaje się, że zakres strat jest wyraźnie większy niż zysków, stąd zalecenie, aby zdecydować się na abstynencję,
 - k) podczas terapii uzależnienia i podtrzymywania jej pozytywnych skutków — przyjmuje się, że każdy kontakt z alkoholem może wywołać

tw. nawrót choroby u osoby uzależnionej. Większość terapeutów przyjmuje taki cel terapii w przypadku uzależnienia (problemów alkoholowych w stopniu ciężkim). Pojawiają się formuły terapii typu „nauki kontroli picia”, które nie przyjmują tej zasady w sposób bezwzględny, gdyż w nich to sam klient określa cele terapii.

Tradycyjnie zaleca się pełną abstynencję w wielu innych sytuacjach jak np. negocjacje biznesowe (w trakcie trwania), podejmowanie ważnych decyzji, trudne momenty życiowe wymagające pełnej sprawności.

Wniosek: umiejętność zachowywania abstynencji jest najważniejszym elementem „używania napojów alkoholowych w sposób obarczony niskim ryzykiem strat”.

Częstość picia

1. Przyjmuje się, że nie jest rozsądne picie systematyczne, codzienne, nawet niewielkich ilości napojów alkoholowych, zwłaszcza regularne.
2. W przypadku osób dorosłych przyjmuje się, że przynajmniej 2 dni w tygodniu powinny być całkowicie bez używania napojów alkoholowych, najlepiej jeden po drugim (całkowita przerwa 2-dniowa).

Granice ilościowe

Najważniejsza regułą głosi, że nigdy nie powinno się przekraczać stężenia alkoholu w płynach ciała wynoszącego 0,2 promila (0,2 grama czystego alkoholu w jednym decymetrze sześciennym — litrze — płynów ciała).

U przeciętnego konsumenta spożycie jednej porcji standardowej (10 g) etanolu uruchamia jego rozkład w tempie ok. 10 g na godzinę. Łatwiej jest zatem utrzymać niskie poziomy promili przy wydłużeniu spożycia w czasie i przy zadowalaniu się niewielkimi porcjami („drinkowanie”).

Ilości spożywane przy jednej okazji

Za przekroczenie granicy upicia się przyjmuje się przekroczenie ilości 60 g etanolu w przypadku mężczyzn i 40 g w przypadku kobiet przy jednej okazji (np. jednego wieczoru). Jest to granica tzw. picia szkodliwego, natomiast granica tzw. picia ryzykownego przebiega niżej: 20 g w przypadku mężczyzn i 10 g w przypadku kobiet, gdyż wtedy prawie natychmiast przekracza się stężenie 0,2 promila (zależnie od wagi osoby w kg).

Formułuje się także granice ilościowe alkoholu spożywanego w ciągu tygodnia:

Mniej niż 280 gramów czystego alkoholu w ciągu tygodnia dla mężczyzn i mniej niż 140 gramów czystego alkoholu dla kobiet.

280 g = 7 litrów piwa lub 3 litry wina lub 0,8 litra wódki.

140 g = 3,5 litra piwa lub 1,5 litra wina lub 0,42 litra wódki.

Spójnik „lub” oznacza, że jeśli się wypija tylko jeden rodzaj napoju (np. tylko piwo), to wyczerpuje się limit w całości. Są to człony alternatywy.

Granica ewentualnej utraty przytomności i zagrożenia życia u osób bez zmiany tolerancji na alkohol jest poziom 3,5 promila etanolu w płynach ciała. Wielkość ta może być różna u różnych osób, zdarza się, że już 1,5 promila stanowi taką granicę.

Ze względu na indywidualne różnice w reakcji na etanol należy przy jego spożywaniu zachować szczególną ostrożność i nauczyć się przewidywać swoje reakcje na tę substancję, pamiętając jednocześnie, że pewne okoliczności mogą ją zmieniać.

Tempo przyswajania alkoholu do płynów ciała jest znaczne, ale przyspiesza, jeśli napój zawiera dwutlenek węgla (bąbelki — jak w piwie i szampanie). Taki napój szybciej „uderza do głowy”. Tempo rozkładu etanolu wynosi między 8 a 16 gramów czystego alkoholu na godzinę (przyjmuje się 10 g), zależnie od poziomu i rodzaju enzymów dehydrogenaz w wątrobie.

Efekty negatywne picia etanolu mogą być związane nie tylko z nim samym, ale z produktami jego utleniania, zwłaszcza z aldehydem octowym. Powoduje on zatrucie organizmu nawet w większym stopniu niż sam etanol i może zakłócać funkcjonowanie konsumenta (np. sprawność u kierowcy) nawet wtedy, gdy cały alkohol jest już utleniony.

Za grupy szczególnie narażone na negatywne efekty spożywania etanolu uznaje się młodzież, kobiety i osoby będące potomkami osób uzależnionych. W tych przypadkach ewentualny okres powstawania uzależnienia skraca się cztery razy w stosunku do innych grup konsumentów (tzw. efekt teleskopowy).

Inne ujęcie stylów picia o wysokim ryzyku.

Na podstawie klasyfikacji DSM IV i ICD 10

Picie ryzykowne

— Picie nadmiernych ilości alkoholu jednorazowo i w określonym przedziale czasu, niepociągające za sobą **aktualnie** negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony WHO:

- **20–40 g kobiety, 40–60 g mężczyźni,**
- **tygodniowo 140–209 g kobiety, 280–349 g mężczyźni.**

Picie szkodliwe

- **Jeszcze bez uzależnienia**, ale **już nastąpiły**, zazwyczaj **widoczne**, szkody zdrowotne, psychiczne, społeczne.
- Wymiar: więcej niż:
 - **40 g kobiety, 60 g mężczyźni, przy jednej okazji,**
 - **tygodniowo więcej niż 210 g kobiety, 350 g mężczyźni.**
- Utrzymuje się co najmniej miesiąc lub powtarza się w ciągu roku.
- **Każde picie**: w ciąży/karmieniu, przy braniu leków, w chorobach przewlekłych, u osób starszych.

Definicja uzależnienia od alkoholu wg DSM IV

Zespół uzależnienia od alkoholu to **kompleks zjawisk** fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem jest pragnienie alkoholu, silne, czasem przemożne.

Cechy uzależnienia od alkoholu wg DSM IV

(trzy lub więcej z tych cech wystąpiło łącznie w ciągu ostatniego roku picia — nie muszą wystąpić wszystkie):

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu (głód alkoholowy).
- Upośledzenie kontroli — rozpoczynanie, zachowanie poziomu picia, nieskuteczność wysiłków zmierzających do kontroli poziomu picia.
- Fizjologiczne objawy zespołu odstawienia: drżenie, nadciśnienie, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, niepokój, lęki, drażliwość, rozszerzenie źrenic, potliwość, omamy, majaczenie drżenne, padaczka alkoholowa) albo używanie leków czy alkoholu w celu uwolnienia się od tych objawów.
- Zmiana tolerancji na alkohol (np. większa dawka dla tego samego efektu).
- Zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, koncentracja (czas) na zdobywaniu alkoholu bądź uwolnieniu się od następstw używania.
- Uporczywe picie mimo oczywistości doznawanych szkód.

Zestaw cech i zjawisk zespołu uzależnienia w klasyfikacji DSM V

O **problemowym wzorze picia alkoholu** powodującym klinicznie istotne zaburzenia można mówić, jeśli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej **dwóm** kryteriom z wymienionych poniżej i **utrzymuje się przez 12 miesięcy**:

- Częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano.
- Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia.

- Poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, pić i niwelowaniem skutków picia.
- Głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia.
- Nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu.
- Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
- Ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych.
- Powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa.
- Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
- Ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu.
- Występowanie zespołu abstynencyjnego, które wiąże się:
 - z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub
 - z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji, np. benzodiazepiny) w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów.

Continuum zespołu uzależnienia od alkoholu: 2 do 3 wyżej wymienionych kryteriów prowadzi do rozpoznania **łagodnego** zespołu zaburzeń z powodu picia alkoholu, od 4 do 5 — umiarkowanego, a powyżej 6 — ciężkiego.

Patrz: A. Samochowiec i wsp., *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, <https://core.ac.uk/download/pdf/82320274.pdf> (dostęp: 30.08.2021) <http://dx.doi.org/10.1016/j.alkona.2015.03.005>.

Również i zwłaszcza rozdział przewodnika dr Katarzyny Iwanickiej zamieszczony wcześniej.

Należy pamiętać, że nasza wiedza o zjawiskach powodowanych przez etanol w życiu człowieka i społeczeństwa cały czas się rozwija, jest uzupełniana. Stąd pewne zmiany szczegółów obrazu. Natomiast szczególnie podejrzliwym należy być wobec tych informacji, które kreują pozytywny obraz alkoholu (np. jako leku). Bywa, że opierają się one na badaniach sponsorowanych przez przemysł alkoholowy.

Mnemotechniczna formuła zapamiętania kryteriów uzależnienia od alkoholu

Podczas zajęć ze studentami (Pedagogium, 2018) K. Wojcieszek zastosował wierszyk ułatwiający zapamiętanie 6 kryteriów wg DSM IV. Oto on:

Jestem na **głodzie** (K1)
Brak mi **kontroli** (K2)
Ciało wariuje (K3) i
Dawkę **toleruje** (K4)
„alkoholowa monokultura” (K5)
— chyba się zabiję,
Mimo to piję (K6).

W tekście Narodowego Programu Trzeźwości (2018) znajduje się formuła:

Nie upijaj się!
Mniej jest lepiej!
A najlepiej — wcale.

Noty o Autorach

Krzysztof Andrzej Wojcieszek

Doktor habilitowany Krzysztof Andrzej Wojcieszek, profesor Szkoły Wyższej Wymiaru Sprawiedliwości, biolog molekularny (mgr, UŁ), etyk (mgr, UŁ), doktor nauk humanistycznych (filozofia, ATK), habilitacja w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika (WSE UAM w Poznaniu), autor wielu programów profilaktycznych: „Noe”, „Debata”, „Korekta”, „Szlaban”, „Sprzedawcy”, „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”, „ARS, czyli jak dbać o miłość”, „Dżungla” i innych. Autor ponad kilkuset artykułów i kilkunastu książek (naukowych i popularnonaukowych). Obecnie kieruje Instytutem Społecznych Podstaw Penitencjarystyki w SWWS. Pełnił funkcję pierwszego prezesa Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR). Konsultor Zespołu ds. Apostolstwa Trzeźwości przy KEP. Ekspert PARPA. Konsultant wielu instytucji i organizacji zajmujących się trzeźwością. Członek sekcji profilaktyki w ramach Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym. Wieloletni współpracownik OAT w Zakroczymiu. Współautor Narodowego Programu Trzeźwości.

Maria Regina Wojcieszek

Absolwentka interdyscyplinarnych studiów humanistycznych na Uniwersytecie Warszawskim. Doktor psychologii (uzyskała na Wydziale Psychologii UW, psychometria).

Katarzyna Iwanicka

Magister dziennikarstwa i magister psychologii. Doktor psychologii, pracownik Instytutu dziennikarstwa UW. Psychoterapeutka, praktyka w zakresie terapii uzależnień. Autorka wielu artykułów naukowych z dziedziny psychologii.

Ewa Krokosz

Mgr psychologii, doświadczony psycholog więziennictwa, asystent w Szkole Wyższej Wymiaru Sprawiedliwości. Praktyk w dziedzinie oddziaływań resocjalizacyjnych.

Agnieszka Nowogrodzka

Magister psychologii, psychoterapeutka, doświadczenie w dziedzinie psychologii w systemie penitencjarnym, koordynuje studia podyplomowe dla kandydatów na oficerów w SWWS.

