

Leczenie osób uzależnionych od alkoholu i ich bliskich stan obecny i pożądane kierunki zmian

Jadwiga Fudała
PARPA

Wzory używania alkoholu WHO

abstynencja

picie o niskim ryzyku szkód

picie ryzykowne

picie szkodliwe

uzależnienie

Problemy diagnostyczne

- Diagnoza musi dać rozstrzygnięcie 0-1 (jest uzależnienie - nie ma uzależnienia)
- Podstawą diagnozy jest wywiad z pacjentem
- Brak potwierdzenia objawu, czy brak objawu?
- Występowanie objawu bez oceny jego natężenia
- Nie wszystkie objawy mają jednakowe znaczenie diagnostyczne

Diagnoza uzależnienia raz na zawsze?

Badanie NESARC USA w latach: 2001-2002 i
2004-2005

**4422 osoby z rozpoznaniem czynnego
uzależnienia od alkoholu w I pomiarze (wg DSM
IV) w II pomiarze:**

- ❖ **18,2% abstynencja**
- ❖ **17,7% picie o niskim ryzyku szkód**
- ❖ **11,8% picie ryzykowne/szkodliwie (bez objawów uzależnienia)**
- ❖ **27,3% częściowa poprawa wzoru picia (z objawami uzależnienia)**
- ❖ **25% uzależnienia (wzór picia bez zmian lub pogorszenie)**

Jakim zaburzeniem jest uzależnienie?

- **Uzależnienie od alkoholu może ale nie musi mieć przebiegu chronicznego**
- **Niejednorodnym** (różne typy, różny przebieg, objawy, nasilenie, różne potrzeby w zakresie leczenia)
- Do leczenia odwykowego trafiają **najciężej uzależnieni** – to wierzchołek góry lodowej
- Osoby trafiające do leczenia zostały najlepiej przebadane, na ich przykładzie opisano uzależnienie, stworzono systemy diagnostyczne, dla nich opracowano programy leczenia

Efektywność terapii uzależnień

Ocena efektywności leczenia uzależnienia zależy od założonego celu

W F10.2 do niedawna jedynym celem leczenia była abstynencja

„Nie ma byłych alkoholików”

„Z kiszzonego ogórka nie zrobi się świeżego”

Oczekiwana zmiana po terapii

- **Abstynencja nie pociąga za sobą automatycznie poprawy we wszystkich obszarach życia i nie jest dla osoby trzeźwiejącej gwarancją satysfakcji i spełnienia. Tak, jak powrót do spożywania alkoholu nie determinuje pogorszenia funkcjonowania osoby uzależnionej (Klingemn H., 2006).**
- **Najczęściej obserwowanym przebiegiem zdrowienia jest wydłużanie się okresów abstynencji, przerywanych coraz krótszymi i coraz mniej intensywnymi epizodami picia (Miller W., Forcehimes A., Zweben A, 2014).**

Skuteczność leczenia skierowanego na abstynencję (Miller 2001)

Ocena wyników terapii skierowanej na abstynencję:

- Abstynencja 25% pacjentów
- Brak abstynencji 75% pacjentów

ALE

W grupie pijących:

- 87% spadek średniego spożycia alkoholu
- 60% redukcja nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu

Wybór celu

(Heather 2010, Hodgins 1997)

N=742 (UK)

- 46% wybiera abstynencję
- 44% wybiera redukcję picia

N=106 (Kanada)


- 43% wybiera abstynencję
- 41% wybiera redukcję picia,

Kto wybiera częściej abstynencję na wejściu?

- Kobiety
- Osoby bezrobotne
- Osoby o mniejszym poziomie oparcia społecznego
- Częściej detoksykowane
- O cięższym przebiegu uzależnienia

Stabilność celów

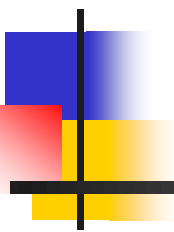
(Hodgings 1997)



	abstynencja	redukcja picia	?
Rozpoczęcie leczenia	46%	44%	10%
Po 4 tygodniach	65%	32%	3%

Ograniczanie picia- rezultat po 12 miesiącach

(Miller, Munoz)

- 
- **15%** całkowite ograniczenie bez żadnych problemów z alkoholem i oznak uzależnienia od alkoholu)
 - **23%** znaczne ograniczenie picia (od 50-80%) z epizodami nadużycia od czasu do czasu
 - **24%** całkowita abstynencja przez rok
 - **37%** bez poprawy

Kto ogranicza picie z sukcesem?

- Ci, co mieli sporo problemów wynikających z picia, ale picie nie spowodowało jeszcze poważnej destrukcji
- Ci, co rozumieją, że mają problemy związane z piciem, ale nie czują się uzależnieni
- Problemy związane z piciem nie trwają dłużej niż 10 lat
- Osoby lepiej radzące sobie społecznie (role, wsparcie)

Standardy leczenia uzależnienia od alkoholu NIAAA

(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)

**Abstynencja najbardziej zalecanym
celem terapeutycznym**

Redukcja picia (cel bardziej realny)

- Dla osób z łagodniejszą formą uzależnienia
- Dla osób nie akceptujących abstynencji jako celu terapii
- Dla osób nie mogących utrzymać abstynencji

Standardy NICE Wielka Brytania)

(National Institute for Health and Clinical Excellence)



- **Całkowita abstynencja jako optymalny i najbardziej pożądaný cel terapii**

- **Redukcja picia:**

- **Pacjenci nieakceptujący abstynencji**
- **Pacjenci z łagodniejszym uzależnieniem od alkoholu**
- **Cel przejściowy**

Zalecenia dla Programów Ograniczania Picia (PARPA)

www.parpa.pl

**Zdyscyplinowane, planowane i limitowane
spożywanie alkoholu”** zmierzające do:

- **Ograniczenia ilości wypijanego alkoholu łącznie w określonym czasie (np. tygodnia)**
- **Ograniczanie ilości wypijanego alkoholu w czasie jednej okazji picia (zapobieganie upijaniu się)**
- **Zmniejszanie częstotliwości picia alkoholu i upijania się (mniej dni picia i ciężkiego picia)**
- **Rezygnacja z picia w sytuacjach wysokiego ryzyka (abstynencja punktowa)**

Założenia POP

- ❖ Pacjent jest jednostką autonomiczną mającą prawo wyboru celów i metod leczenia.
- ❖ Rolą specjalisty jest pomaganie klientowi w budowaniu i wzmacniania motywacji i umiejętności niezbędnych do wdrożenia zmiany i jej podtrzymania.
- ❖ Programy koncentrują się na wzmacnianiu poczucia samoskuteczności klientów.
- ❖ Programy nie mają na celu holistycznej zmiany funkcjonowania klienta, są nakierowane na zmianę wzoru picia

Odbiorcy POP

- Osoby pijące alkohol szkodliwie,
- Osoby uzależnione od alkoholu, w szczególności:
 - ❖ Młodsze
 - ❖ Z mniejszym nasileniem objawów uzależnienia
 - ❖ Z krótszą historią uzależnienia
 - ❖ Doświadczające mniejszych konsekwencji związanych z piciem alkoholu
 - ❖ Mające lepsze oparcie społeczne
 - ❖ U których nie występują nasilone zespoły abstynencyjne
 - ❖ Niemające przeciwwskazań medycznych do spożywania alkoholu (kobiety w ciąży, choroby wątroby, cukrzyca, choroby psychiczne i inne)

ALE RÓWNIEŻ:

-osoby uzależnione, które nie akceptują abstynencji jako celu leczenia

Organizacja POP

Sposób organizacji:

- ❖ **Sesje indywidualne oraz sesje grupowe i rodzinne lub**
- ❖ **Sesje indywidualne oraz rodzinne**

Czas trwania:

- ❖ **8-12 tygodni, spotkania minimum raz w tygodniu. Minimum dwa spotkania indywidualne z klientem i jego bliskimi**
- ❖ **Po zakończeniu programu sesje indywidualne raz na kwartał oraz monitoring telefoniczny raz w miesiącu przez rok (za zgodą klienta)**

POP a programy redukcji szkód

W programach ograniczania picia celem jest zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu (jednorazowo, okresowo, zmniejszenie częstotliwości).

Konsekwencją jest najczęściej redukcja szkód

W programach redukcji szkód celem jest ograniczenie negatywnych konsekwencji picia. Ograniczenie picia może być konsekwencją określonych działań ale nie jest celem działania.

Programy redukcji szkód

Aranżowanie sytuacji sprzyjających ograniczeniu picia poprzez dostosowanie się do wymogów uczestnictwa, mające na celu:

- Zapewnienie opieki osobom ciężko uzależnionym
- Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu
- Zwiększenie bezpieczeństwa i porządku w środowiskach lokalnych (np. minimalizacja ryzyka niewłaściwych zachowań osób uzależnionych w miejscach publicznych)

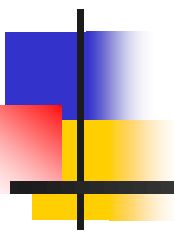
Oczekiwana aktywność przede wszystkim instytucji pomocy społecznej i organizacji pozarządowych, mniej służby zdrowia.

Przykłady programów redukcji szkód

- Miejsca spotkań, gdzie klienci mogą spożywać alkohol ale też umyć się, odpocząć, czasem coś zjeść i mieć niskoprogową pomoc terapeutyczną, medyczną, socjalną z zachowaniem zasad dotyczących picia (np. zakaz stosowania przemocy, picie tylko napojów niskoprocentowych, kupowanych za swoje środki (Niemcy, Austria, Szwajcaria),
- Grupy spotkaniowe dla ciężko uzależnionych podpiecznych OPSów mające na celu rozwiązywanie ich problemów życiowych (zasada trzeźwego uczestnictwa, czasem nagradzanego),
- Limitowane zaleceniami lekarskimi spożywanie alkoholu przez mieszkańców DPS (kraje niemieckojęzyczne),
- Praca za piwo (Amsterdam 2013): 10 euro, pół paczki tytoniu, śniadanie, lunch, 5-6 puszek piwa, których nie można pić w godzinach pracy,

Cele leczenia osób uzależnionych – opieka krocząca

1. Ograniczanie spożywania
2. Abstynencja
3. Redukcja szkód



Poprawa zdrowia, funkcjonowania
społecznego
i dobrostanu psychicznego osób
uzależnionych

Leczenie osób uzależnionych – opieka krocząca

- Samowyleczenia
- Wspierane samowyleczenia
- Programy ograniczania picia
- Programy nakierowane na abstynencję ambulatoryjne
- Programy nakierowane na abstynencję stacjonarne
- Programy redukcji szkód

Nie powinno się oferować osobom trafiającym do systemu od razu najbardziej intensywnej, długoterminowej i drogiej opieki

Zjawisko samowyleczeń

- **Samowyleczenie to utrzymującą się w czasie zmiana wzoru konsumpcji alkoholu oraz niespełnienie diagnostycznych kryteriów uzależnienia bez korzystania z terapii czy grup samopomocowych, przy czym pięcioletni okres remisji uważa się za stabilne wyzdrowienie.**
- **Badania potwierdzają, że większość osób pijących alkohol szkodliwie i uzależnionych nie szuka pomocy profesjonalistów.**
- **Osoby, które korzystają z pomocy profesjonalistów częściej decydują się na abstynencję, zaś osoby samodzielnie przezwyciężające uzależnienie częściej ograniczają spożywanie alkoholu**

Wspierane samowyleczenia

„Pomóż klientom, aby pomogli sami sobie” M. Sobell

- **Formy: tematyczne strony internetowe, porady telefoniczne, e-terapia, materiały edukacyjne, poradniki do przeprowadzenia samodzielnej zmiany, krótkie interwencje.**
- **Elementy składowe wspomaganego samoleczenia to stworzenie warunków do: dokonania oceny swojego wzoru picia, wzbudzenia motywacji i wiary w możliwości rozwiązania problemu, dostarczenie informacji czy porady (limity, sposoby, miejsca wsparcia)**
- **Dla niektórych osób pijących alkohol szkodliwie i uzależnionych w stopniu lekkim mogą to być wystarczające działania dla uruchomienia skutecznej zmiany wzoru spożywania alkoholu.**

Co efektywne w leczeniu uzależnienia od alkoholu?

- Metaanalizy pokazują skuteczność psychoterapii (z uzasadnionym wsparciem farmakoterapii)
- Sama farmakoterapia bez oddziaływań psychoterapeutycznych wykazuje niezadowalającą skuteczność (akamprozat, naltrekson, disulfiram, nalmefen)

Czynniki skuteczne w leczeniu uzależnień

Skuteczne metody kładą nacisk na:

- dostosowanie strategii działań do stadium zmiany, w którym jest pacjent,
- Wysokie poczucie zdolności osoby uzależnionej do zatrzymania lub zmniejszenia picia (samoskuteczność),
- kontekst społeczny pacjenta (aktywność społeczna, role)
- system wsparcia pacjenta (głównie rodzina)
- zasoby osobiste i materialne

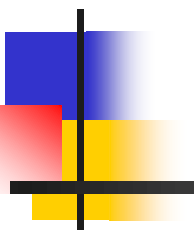
Metody o udokumentowanej skuteczności

- Podejście behawiorano-poznawcze
- Dialog motywujący
- Krótka interwencja
- Zapobieganie nawrotom
- Wsparcie społeczne z systemem zachęt
- Behawioralna terapia par
- Farmakoterapia wspomagająca

P. Miller: Metody leczenia uzależnień o udokumentowanej skuteczności Wyd. UW, 2013

- Terapia oparta na 12 Krokach AA
W. Miller: Terapia uzależnień”, WUJ, 2014

Udowodniony brak skuteczności metod

- 
- hipnoza,
 - poradnictwo ogólne,
 - metody konfrontacyjne i szokowe,
 - metody oparte wyłącznie na wglądzie,
 - edukacja
 - Esperal

Dlaczego w leczeniu odwykowym pomagamy rodzinie z problemem alkoholowym?

- Nadużywanie alkoholu może być istotnym czynnikiem dysfunkcji rodziny
- Problemy w rodzinie to większe ryzyko złamania abstynencji
- Problemy w rodzinie to podstawowe źródło braku satysfakcji z trzeźwienia wszystkich członków rodziny
- Wiele rodzin rozpada się po zatrzymaniu picia przez osobę uzależnioną
- Pomaganie rodzinie zwiększa szanse utrzymania abstynencji i poprawy funkcjonowania rodziny

Jak pomagamy teraz rodzinie z problemem alkoholowym?

- ❖ Osobno leczymy uzależnionych
- ❖ Osobno leczymy współuzależnionych
- ❖ Osobna oferta dla dzieci

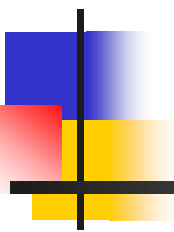
Czasami

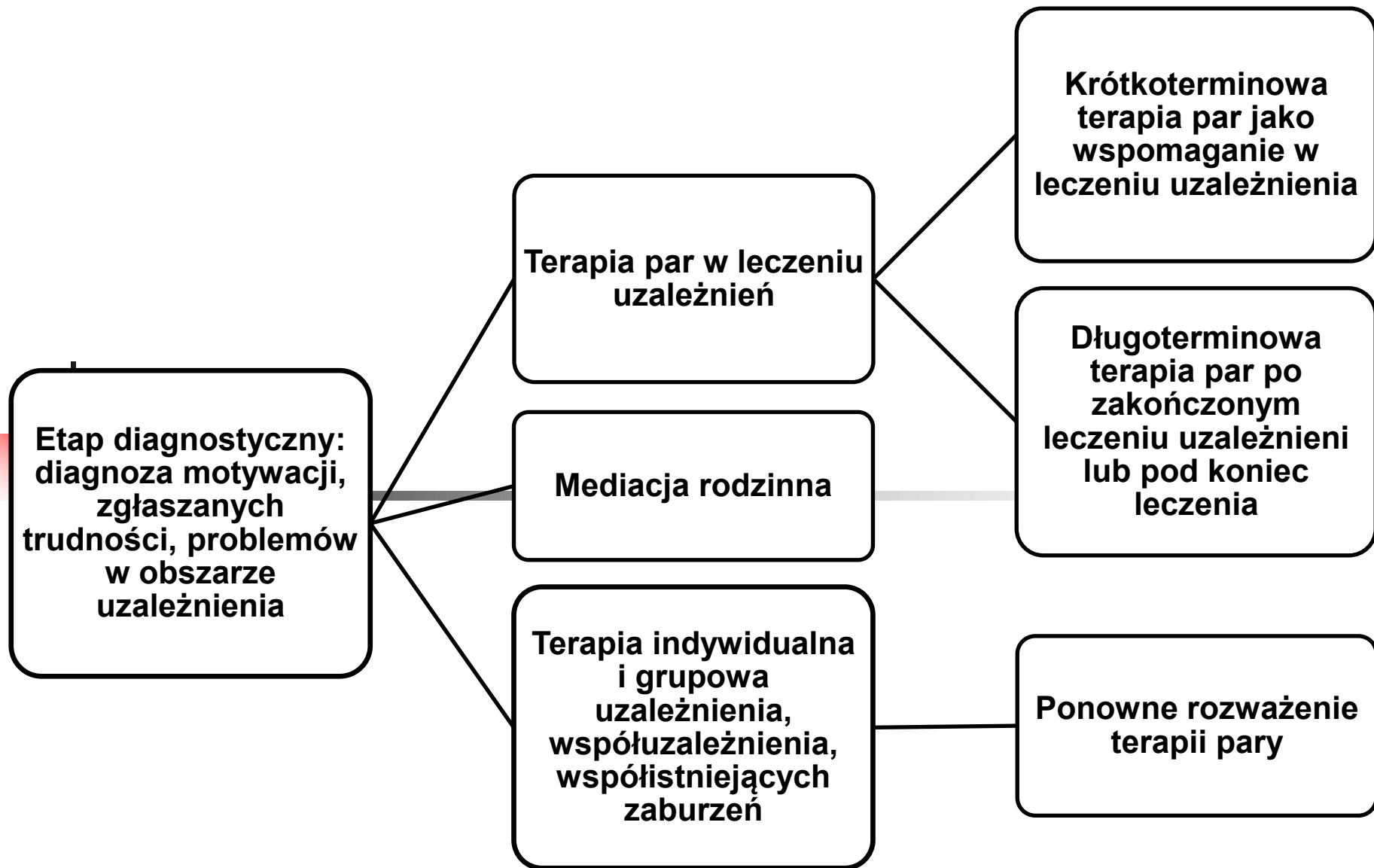
- ❖ Sesje rodzinne
- ❖ Programy konsultacyjne dla rodzin osób leczących się
- ❖ Treningi umiejętności (komunikacji małżeńskiej, umiejętności wychowawczych)

Zajmujemy się rodziną osób pijących, rzadko trzeźwiejących

Pomagamy czy szkodzimy?

Założenia pracy z rodziną z problemem alkoholowym

- 
- ❖ Warto odejść od prostej etykietyzacji (rodzina alkoholowa) i deterministycznego myślenia o rodzinie oraz prowadzenia terapii wyłącznie zatomizowanej (uzależnienie, współuzależnienie, pomoc dzieciom)
 - ❖ Konsultacja rodzinna już na początku terapii osoby uzależnionej, w miarę możliwości praca z parą lub częścią systemu rodzinnego
 - ❖ Praca z rodziną winna mieć na celu nie tylko ograniczenie zagrożeń ale i wzmacnianie procesów prężności i czynników ochronnych



Krótkoterminowa terapia par. Proces zdrowienia w uzależnieniu

2016 PARPA wydała:

- Książkę autorstwa B. Bętkowiej-Korpały, Krzysztofa Gąsiora, B. Maciek-Haściło, J. Ryniak opisującą 8 sesji pracy z parą
- Nagrania filmów edukacyjnych ilustrujących 8 sesji pracy z parą
- Opracowano program szkolenia dla terapeutów do stosowania tego programu w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu

Cele krótkoterminowej terapii par

- wspieranie zmiany związanej z decyzją o zaprzestaniu używania alkoholu i/lub innej substancji psychoaktywnej
- poprawa wzajemnej komunikacji werbalnej i niewerbalnej
- pomoc w konstruktywnym rozwiązaniu konfliktów
- rozpoznawanie oraz wyrażanie potrzeb i uczuć, odnajdywanie pozytywnej emocjonalności w związku
- uzyskanie większej bliskości w związku i pogłębianie więzi
- zwiększenie świadomości oczekiwań wobec partnera i siebie
- wzięcie odpowiedzialności za własne funkcjonowanie w związku
- pomoc w określeniu aktualnych ról i zadań w związku
- pomoc w podjęciu decyzji dotyczącej bycia razem lub rozstania

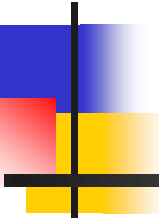
„Współuzależnienie”

- ❖ Odchodzi się w teorii, praktyce klinicznej i dokumentach od terminu „współuzależnienie”
- ❖ Współuzależnienie jest konceptem terapeutycznym. Nie ma ani zgody co do definicji tego pojęcia. Nie jest to zjawisko uniwersalne.
- ❖ W leczeniu odwykowym corocznie zarejestrowanych jest 38-39tys. „współuzależnionych” z rozpoznaniem Z 81.1 oraz innymi rozpoznaniem klinicznymi

Prawdy na temat współzależnienia

- ❖ Współzależnienie NIE JEST chorobą
- ❖ NIE KAŻDY dorosły bliski wykazuje cechy współzależnienia (nie każdy mężczyzna, nie każda kobieta)
- ❖ Osoby współzależnione nie są grupą jednorodną

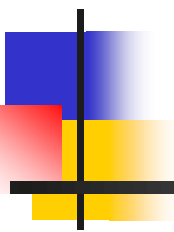
„Syndrom DDA” czy „DDD”?



Zespół utrwalonych osobowościowych schematów (poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych i interpersonalnych) funkcjonowania psychospołecznego powstałych w dzieciństwie w rodzinie alkoholowej, które utrudniają osobie adekwatny, bezpośredni kontakt z terażniejszością i powodują psychologiczne zamknięcie się w traumatycznej przeszłości. Powoduje to przeżywanie i interpretowanie aktualnych wydarzeń i relacji przez pryzmat bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Zniekształcenia te nie są przez DDA uświadamiane. Schematy te są destrukcyjne i powodują wiele zaburzeń pacjenta w kontakcie z samym sobą oraz z innymi osobami, szczególnie z tymi, z którymi pacjent jest w bliskich związkach.

Pomoc dla DDA

Standardy pomagania dla DDA na stronie www.parpa.pl

- 
- ❖ interwencje kryzysowe
 - ❖ treningi umiejętności
 - ❖ grupy wsparcia
 - ❖ psychoterapia DDA

Prawdy na temat DDA

- ❖ DDA nie jest chorobą
- ❖ NIE KAŻDA osoba wychowywana w rodzinie z problemem alkoholowym przejawia trudności charakterystyczne dla DDA
- ❖ NIE KAŻDA osoba wychowywana w rodzinie z problemem alkoholowym potrzebuje psychoterapii czy pomocy
- ❖ Tożsamość DDA nie zawsze pomaga w lepszym radzeniu sobie w dorosłym życiu

Fenomen resilience

Badania pokazują, że część dzieci z rodzin dysfunkcyjnych rozwija się prawidłowo, mimo niesprzyjających warunków życia.

Pozytywnej adaptacji sprzyjają:

Cechy osobiste

Relacje i więzi rodzinne

- Postawa niepijącego rodzica
- Zachowania pijącego rodzica

Wsparcie pozarodzinne

- Wsparcie innych osób dorosłych (dziadków, innych krewnych, pedagogów)
- Wsparcie środowiskowe (koledzy, sąsiedzi)

Najtrudniejsza sytuacja: dwoje pijących rodziców, pijąca matka, brak wsparcia matki, brak wsparcia zewnętrznego