19 listopada 2021

Leczenie osoby starszej uzależnionej od alkoholu

Jaka jest specyfika leczenia tej grupy wiekowej?

Pacjenci są najczęściej leczeni w kierunku abstynencji. Pracuje się z nimi grupowo i indywidualnie. Indywidualne podejście jest bardzo ważne, bo dużym problemem w tej grupie wiekowej jest to, że pacjenci często stracili sens życia, mają poczucie, że są już u schyłku, nic ich już nie czeka. Dlatego tak istotne jest, by pomóc im znaleźć w życiu takie sfery, które by im dawały radość i satysfakcję. Bo jeżeli dokonuje się w życiu zmiany, która wymaga wysiłku i wyrzeczeń, to trzeba mieć głębokie przekonanie, co do jej sensu i korzyści, jakie z niej płyną. Młodsi pacjenci mają więcej społecznych atrybutów, dzięki którym wizja życia bez alkoholu może być dla nich atrakcyjna: bo jeszcze mogą znaleźć lepszą pracę czy nowego partnera. W przypadku pacjentów po sześćdziesiątce znalezienie tych pozytywnych bodźców jest trudniejsze, ale to nie znaczy, że niemożliwe. Praca w grupie też ma ogromny sens, bo pacjenci nawiązują przyjaźnie, mają poczucie, że nie są sami, ale te zajęcia powinny być bezwzględnie łączone z terapią indywidualną.

Na ile skuteczne jest leczenie w starszym wieku?

Gdy powstawały kasy chorych, w warunkach kontraktowania zapisano, że uzależnieni pacjenci powyżej 65. r.ż. nie będą objęci leczeniem. Później się z tego wycofano, ale za tym zapisem musiało iść przekonanie, że wiek stanowi przeszkodę w terapii. A to sprawa bardzo indywidualna. Kiedyś starszy, bezdomny, wyniszczony człowiek powiedział, *że chce się leczyć, bo uświadomił sobie, że kiedyś padnie gdzieś pod płotem i pochowają go jako NN. A on chciałby przetrzeźwieć na tyle, żeby wyrobić sobie dokumenty, nawiązać kontakt z rodziną, żeby ktoś przyszedł na jego grób.* Nikt nie dawał za niego pięciu groszy, ale jednak mu się udało. Każdy pacjent rokuje, chociaż czasami nie widać tego na pierwszy rzut oka. To prawda, że w podeszłym wieku pojawiają się ograniczenia somatyczne, różnego rodzaju choroby, ale też osłabienie intelektualne, ubytki pamięci i koncentracji. Do tego alkohol jeszcze bardziej upośledza funkcje poznawcze, w związku z tym może się zdarzyć, że taki pacjent będzie prezentował poziom intelektualny, który uniemożliwi mu wejście w standardowy program terapii behawioralno-poznawczej, ale zaburzenia poznawcze z powodu nadużywania alkoholu występują i w grupach młodszych. Problemy z zapamiętywaniem, ze zdobywaniem i gromadzeniem nowej wiedzy, nie muszą przekreślać szans na zmianę swojego życia. To, co jeszcze utrudnia leczenie osobom dojrzałym to brak nawyków otwartego mówienia o sobie czy pokazywania na zewnątrz swoich problemów. Przez to, że pacjenci w tym wieku są bardziej skryci i zamknięci, psychoterapia może być mniej efektywna, dlatego znów tak ważny jest kontakt indywidualny. Kłopotem jest też to, że pacjenci to w 4/5 mężczyźni, natomiast terapeutkami są głównie młode kobiety. Przez to starszym pacjentom trudniej jest „wnuczkom” zaufać jako przewodniczkom.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Jaki jest stosunek terapeutów w Polsce do redukcji szkód?

Zainteresowanie tymi metodami leczenia jest bardzo duże, co stanowi dobrą prognozę na przyszłość. Cała nauka pracy terapeutycznej była jednak dotąd nastawiona na utrzymanie abstynencji, dlatego terapeutom najtrudniej przychodzi pogodzić się z faktem, że nie pracują z pacjentem nad celem optymalnym. Trudno im zaakceptować to, że pacjent nie chce skończyć z piciem i mają poczucie, że jeśli pracują z nim nad ograniczaniem spożywania alkoholu, to tak, jakby godzili się na jego dalszą degradację.

Jak wygląda terapia?

To programy krótkoterminowe, bo na ogół angażują pacjenta przez kilka, najwyżej kilkanaście tygodni. Najpierw przeprowadza się rozpoznanie aktualnego wzoru picia pacjenta, a następnie terapeuta indywidualnie ustala z pacjentem limity spożywania alkoholu, zmieniając je stopniowo w zależności od postępów pacjenta. Uczy się go różnego rodzaju narzędzi monitorowania jego picia, kontroli zachowań i unikania sytuacji ryzykownych. Jeśli nie uda się mu zredukować picia do poziomu, który sam sobie ustalił, wtedy trzeba się zastanowić, czy wyznaczone cele są realistyczne i ewentualnie plan zweryfikować.

Jak ograniczanie picia sprawdza się u starszych pacjentów?

Osoby lżej uzależnione, bo to mit, że wszyscy są tak samo uzależnieni, dość dobrze sobie radzą w takich programach. Pozwalają im pić na niskim poziomie ryzyka szkód i to często jest trwała zmiana. Inni mimo wysiłku i chęci nie potrafią wytrwać, bo pacjenci muszą być ciągle skupieni na tym, co robią, monitorować, ile wypijają, zapisywać. Do tego często dochodzą do wniosku, że małe ilości alkoholu nie zaspakajają ich potrzeb psychologicznych, więc dochodzą do konkluzji, że to nie jest dobre dla nich rozwiązanie. Osoby ciężej uzależnione same decydują o tym, że jednak im się nie udaje i przechodzą na programy nastawione na abstynencję, ale wtedy to jest ich wybór, a nie przymus. Co czwarty pacjent próbujący ograniczyć swoje picie decyduje się w efekcie na abstynencję.

Czy redukcja szkód może być wstępem do całkowitej abstynencji?

Jak najbardziej. Nasz brak doświadczeń w tym zakresie sprawia, że tworzą się różnego rodzaju mity. Jednym z nich jest przekonanie, że jeśli alkoholikom da się wybór, to żaden nie będzie chciał zrezygnować z picia. Ale w tych krajach, gdzie ograniczanie picia jest stosowane od lat, 40% wybiera redukcję szkód, tyle samo abstynencję, a już po miesiącu leczenia liczba abstynentów zwiększa się do ponad 60%. Skuteczność terapii uzależnień od alkoholu w znacznej części uzależnione jest od tego, w jakim stopniu choroba alkoholowa jest rozwinięta i jaki jest jej stopień zaawansowania.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Obecnie jedną z najbardziej skutecznych metod leczenia alkoholizmu jest terapia uzależnień. Pozwala ona bowiem pokazać pacjentowi na czym w rzeczywistości jego uzależnienie polega. Bardzo często leczenie choroby alkoholowej związane jest również z detoksykacją organizmu. Wówczas stosowany jest detoks alkoholowy, którego celem jest stopniowe odzwyczajanie organów wewnętrznych od toksycznej trucizny odłożonej w ciele alkoholika. Nie jest to jednak łatwe.

Terapia alkoholizmu może przynosić wymierne i widoczne skutki, ale w celu osiągnięcia zadowalających rezultatów warto pamiętać, że podczas terapii alkoholowej ogromne znaczenie ma wsparcie ze strony najbliższego otoczenia, a przede wszystkim rodziny i przyjaciół. Trzeba bowiem wiedzieć, że leczenie choroby alkoholowej bywa długotrwałe i niełatwe. Samo zakończenie picia wcale nie oznacza od razu wyleczenia. Oprócz tego należy skorygować swoją dotychczasową postawę i odnaleźć cele w życiu. Niezwykle ważne jest to, aby odbudować na nowo swoje relacje społeczne z innymi ludźmi.

Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu

Rozpoznanie uzależnienia nie jest zadaniem łatwym, bowiem osoby diagnozujące muszą zweryfikować istnienie objawów uzależnienia na podstawie tego, co mówi pacjent o swoim piciu, a obraz problemów alkoholowych pacjenta jest często poważnie zniekształcony. U osób starszych można wykorzystać: Krótki Alkoholowy Test Przesiewowy Michigan – wersja geriatryczna (uzyskanie 2 pkt lub więcej oznacza dodatni wynik testu i podejrzenie problemów alkoholowych), Test Badania Ilości/Częstości Picia (spożycie 8 lub więcej standardowych porcji alkoholu w tygodniu albo 2 porcji bądź więcej podczas picia okazjonalnego w ostatnim miesiącu stanowi podstawę podejrzenia problemu alkoholowego), CAGE – test identyfikujący osoby nadużywające alkoholu lub uzależnione od niego (udzielenie 2 odpowiedzi twierdzących lub więcej jest podstawą do podejrzenia uzależnienia od alkoholu). Można też wykonać standardowe testy czynnościowe wątroby, enzymy trzustki, bądź morfologię. **Prawidłowo ustalone rozpoznanie jest podstawą przedstawienia pacjentowi oferty skutecznej pomocy.**

Dlaczego osoby uzależnione nie szukają pomocy

1. Osoby uzależnione nie mają świadomości, że są chore. Wiedzą, że piją za dużo, za często, w nieodpowiednich sytuacjach, inaczej niż planują, ale równocześnie znajdują wiarygodne usprawiedliwienia dla takiego sposobu spożywania alkoholu i głęboko wierzą, że mogą samodzielnie zapanować nad swoim piciem.
2. Uzależnieni, nawet jeśli odczuwają już negatywne konsekwencje swojego picia, nie widzą ich w pełni realistycznie. Wydaje im się, że problem jest znacznie bardziej błahy niż jest w rzeczywistości, że przyczyna ich picia leży poza nimi (winni są inni ludzie, sytuacje, zdarzenia,

los), że w sprzyjających okolicznościach sytuacja ulegnie poprawie bez konieczności podejmowania jakiejkolwiek aktywności z ich strony.

3. Boją się, że spotkanie z terapeutą, psychologiem, psychiatrą skończy się rozpoznaniem uzależnienia, a to definitywnie wymusi decyzję o rozstaniu z alkoholem. Alkohol jest dla osób uzależnionych substancją gwarantującą względnie dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Wizja abstynencji budzi przede wszystkim silny niepokój, bowiem „rozkręca" myślenie o zagrożeniach, a nie o korzyściach wynikających z niepicia. Niektóre osoby nie potrafią sobie w ogóle wyobrazić życia bez alkoholu.
4. Osoby uzależnione wielokrotnie w ciągu wielu lat picia narażały się na krytykę i odrzucenie społeczne. Boją się, że każda rozmowa na temat spożywania przez nie alkoholu (również ze specjalistą) będzie kolejnym doświadczeniem łajania, oceniania, pouczania.
5. Słowo „alkoholik" wywołuje powszechnie negatywne skojarzenia z osobą, która w wyniku całkowicie niekontrolowanego picia straciła wszystko: zdrowie, rodzinę dom, pracę i funkcjonuje na marginesie życia społecznego. Takie doświadczenie degradacji społecznej i psychicznej dotyczy około 5% uzależnionych, zatem zdecydowana większość alkoholików to osoby, które będąc uzależnionymi, żyją w rodzinach, pracują, nie piją w miejscach publicznych i najczęściej nie wymagają systematycznych interwencji medycznych. Powszechne mity na temat tego, kim są alkoholicy, ułatwiają osobom pijącym dystansowanie się od problemu („nie jestem alkoholikiem, bo ja tak nie piję i nie żyję w taki sposób, jak oni), wzmagają opór przed dostrzeżeniem i uznaniem swojego uzależnienia.
6. Wiele osób ma za sobą nieudane próby rozstania się z alkoholem. Większość wie, że głód alkoholu nie znika w okresie abstynencji i że trudno sobie z nim poradzić. Brakuje im często wiary, że kolejna próba może się okazać skuteczna.
7. Odstawienie alkoholu może wyzwolić bardzo dotkliwe dolegliwości psychofizyczne, zwane zespołem abstynencyjnym lub odstawiennym. Uzależnieni niejednokrotnie boją się przerwać picie z powodu lęku przed objawami tego zespołu, zwłaszcza, gdy był on powikłany majaczeniem alkoholowym czy napadami drgawkowymi.
8. Osoby uzależnione, jak zresztą większość ludzi, nie wiedzą, na czym polega leczenie uzależnienia. Słyszą o psychoterapii, ale nie rozumieją jej działania. W doświadczeniach osób, które po terapii wróciły do picia, szukają dowodów na nieskuteczność leczenia odwykowego. Temu samemu celowi służy odwoływanie się do metod leczenia stosowanych w odległej przeszłości (np. metod awersyjnych, szoków insulinowych), które rzeczywiście okazały się mało efektywne w leczeniu osób uzależnionych i od lat nie są już praktykowane.

Jak wygląda terapia alkoholowa? Ile wynosi jej skuteczność w leczeniu alkoholizmu? Jaka poradnia uzależnień jest w stanie pomóc uzależnionemu?

Leczenie jest bezpłatne. Osoba uzależniona może się leczyć w warunkach ambulatoryjnych (poradnie lub przychodnie), dziennych lub całodobowych placówkach leczenia uzależnień. Różnią się one

rodzajem i intensywnością oddziaływań leczniczych. Może skorzystać z innych form pomocy, jak punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie, Wspólnota Anonimowych Alkoholików. Wiele osób zastanawia się nad tym, jak wygląda leczenie. Warto w tym przypadku pamiętać, że choroba alkoholowa zaliczana jest do chorób przewlekłych, których bardzo często nie da się wyleczyć samodzielnie, bez pomocy osób trzecich. Niekiedy osoby uzależnione przyznają, że wielokrotnie chciały z alkoholem zerwać, ale silna potrzeba głodu alkoholowego sprawiała, że nawet po kilku dniach abstynencji, z powrotem sięgnęły po alkohol. Dlatego tak ważne w leczeniu alkoholizmu są specjalistyczne terapie alkoholowe, które pomagają pacjentom nie tylko przestać pić, ale i zrozumieć czym jest uzależnienie. Poza tym to właśnie specjaliści są w stanie zapobiec efektom związanym z tzw. zespołem odstawienia, które są przykre dla pacjenta i jego otoczenia. **Na ogół leczenie alkoholizmu trwa od 18 do 24 miesięcy.** Jest to więc proces długotrwały. Kluczem do sukcesu jest na ogół psychoterapia indywidualna i grupowa. Najlepsze efekty daje połączenie ich obu. Pacjenci są różni. Niekiedy dobre efekty przynosi już sama terapia, a niekiedy konieczne jest wdrożenie dodatkowo leczenia farmakologicznego. Wiele zależy od stopnia uzależnienia.

Cele i metody leczenia uzależnienia od alkoholu

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji. Ponieważ uzależnienie jest przewlekłą chorobą mózgu, należy uznać trwałą abstynencję za cel optymalny (najlepszy dla klienta) w leczeniu osób uzależnionych. Problem stanowi brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudności w jego osiągnięciu. W Polsce, inaczej niż w Stanach Zjednoczonych i w większości krajów Europy Zachodniej, nie ma jeszcze powszechnej oferty pomocy dla osób uzależnionych, gotowych pracować nad ograniczeniem picia. Celem leczenia jest wówczas poprawa funkcjonowania pacjenta i redukcja szkód wynikających ze spożywania alkoholu. Programy nakierowane na redukcję szkód są bardzo pomocne w przypadku osób wielokrotnie nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję oraz osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych.

Psychoterapia

W psychoterapii uzależnienia od alkoholu realizowanej w większości placówek lecznictwa odwykowego w Polsce chodzi o to, aby pacjent dowiedział się, na czym polega uzależnienie od alkoholu i przyglądając się swoim doświadczeniom z okresu picia:

- uświadomił sobie, że jest osobą uzależnioną,
- przeanalizował swoje dotychczasowe próby kontroli picia i zaakceptował fakt, że nie będzie już potrafił spożywać alkoholu w sposób, w jaki pił, zanim się uzależnił,

- podjął decyzję o rozstaniu z alkoholem,
- nauczył się skutecznych sposobów radzenia sobie głodem alkoholowym i nawrotami choroby,
- nauczył się bez pomocy alkoholu, leków i innych substancji chemicznych skutecznie radzić sobie ze swoimi emocjami, problemami, życiowymi zadaniami i relacjami z innymi ludźmi.

Wszystko to jest możliwe do osiągnięcia, o ile osoba, która zaczyna leczenie, zdecyduje się w nie zaangażować, a nie tylko będzie biernie uczestniczyć w terapii. Zaangażowanie zaś wymaga nie tylko aktywnego poznawania swojego uzależnienia, ale przede wszystkim podejmowania działań zgodnie z zaleceniami terapeutów i lekarzy. Wymaga cierpliwego, systematycznego uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych co najmniej przez kilkanaście miesięcy, oczywiście z malejącą częstotliwością w miarę czynionych postępów.

Farmakoterapia

W leczeniu uzależnienia od alkoholu zarejestrowanych jest kilka leków. **Disulfiram**, znany pod postacią implantu („wszywki") jako Esperal, zaś w formie zażywanych doustnie tabletek jako Anticol. Osoba, która zdecydowała się stosować disulfiram, po spożyciu alkoholu doświadcza wielu nieprzyjemnych i niebezpiecznych dla zdrowia objawów zatrucia aldehydem octowym, który jest metabolitem alkoholu. Zatrucie to przejawia się m.in.: zaczerwienieniem twarzy, uczuciem duszności i rozpierania w klatce piersiowej, zwiększeniem częstotliwości rytmu serca, uczuciem niepokoju i lękiem przed umieraniem. Czasami może dojść do zgonu. W zgodnej opinii ekspertów disulfiram w postaci implantu jest nieskuteczny zarówno w leczeniu uzależnienia od alkoholu, jak i w wymuszaniu czasowej abstynencji. Badania potwierdzają natomiast skuteczność disulfiramu przyjmowanego w tabletkach w utrzymaniu czasowej abstynencji. Dla znacznej części lekarzy disulfiram jest jednak lekiem bardzo kontrowersyjnym, naraża bowiem pacjentów na poważne ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, łącznie ze zgonem, jeśli pacjent napije się alkoholu, a także powoduje wiele niepożądanych skutków ubocznych, takich jak: zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowe, zespoły depresyjne, psychozy, polineuropatia, zaburzenia potencji, zmiany skórne.

Naltrekson (ReVia, Nemexin, Trexan) i **akamprozat** (Campral) to nowoczesne leki stosowane w leczeniu uzależnienia jako wsparcie oddziaływań psychologicznych i psychoterapii. Mogą pomóc w wydłużaniu okresu abstynencji i ograniczaniu ilości spożywanego alkoholu. Badania dowodzą ich małej skuteczności u osób, które nie uczestniczą w programach psychoterapii, co oznacza, że samo przyjmowanie tych leków przez osoby uzależnione nie daje oczekiwanej poprawy. Leki te może przepisać tylko lekarz, najlepiej psychiatra w placówce leczenia uzależnień. Są dość drogie i nie podlegają refundacji. Inne leki, zlecane wyłącznie przez lekarzy (np. przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne), nie są bezpośrednio nakierowane na leczenie uzależnienia. Pomagają w usuwaniu, częściej w łagodzeniu nieprzyjemnych stanów psychicznych i zaburzeń nastroju współwystępujących z uzależnieniem.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT