

Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha – proponowane formy terapii

Lesch Alcoholism typology – recommended forms of therapy

Katarzyna Iwanicka¹, Dariusz Malicki¹, Aneta Pyłtuczuk¹, Marcin Olajossy²

¹Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu ZLO WOTUiW
Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie (COTUA)

²Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

W artykule przedstawiono różne formy leczenia, tak psychoterapeutycznego jak i farmakologicznego, proponowanego osobom uzależnionym od alkoholu w zależności od ich klasyfikacji do jednego z typów alkoholizmu autorstwa Otto Lescha. Pacjentom reprezentującym pierwszy typ – tzw. model alergii zalecana jest terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na problemach uzależnienia oraz uczestnictwo w spotkaniach grup samopomocowych (Wspólnota AA). Jeśli chodzi o pacjentów o typie II, określanym jako tzw. model lęku proponuje się terapię skoncentrowaną nie tylko na uzależnieniu ale także na rozwiązywaniu własnych problemów emocjonalnych, osobowościowych, na wzmacnianiu ego. W przypadku pacjentów zaklasyfikowanych do typu III, rekomendowana jest terapia uwzględniająca towarzyszące zaburzenia psychiczne, prowadzona równolegle i chronologicznie, tzn. terapia ostrej fazy choroby psychicznej poprzedza terapię uzależnienia, a ta ostatnia jest możliwa dopiero po uzyskaniu stabilizacji. Zwykle konieczna jest farmakoterapia. Nie zaleca się prowadzenia tzw. terapii pogłębionej uzależnienia, a tematami pracy są nie tylko wiedza i umiejętności związane z zapobieganiem nawrotom picia alkoholu, ale także z utrzymywaniem remisji w schorzeniu psychiatrycznym. Zalecana jest tu współpraca z lekarzem psychiatrą, rodziną i grupami wsparcia odpowiednimi dla danego zaburzenia gdyż pacjentom tym często trudno odnaleźć się wśród pacjentów uzależnionych. Pacjenci prezentujący typ IV, określanymi jako tzw. model warunkowy najczęściej wymagają farmakoterapii, terapii wspierającej, często dyrektywnej, skoncentrowanej na konkretnych umiejętnościach społecznych niezbędnych do życia w trzeźwości, jak również udziału w grupach samopomocowych (Wspólnota AA), grupach oparcia środowiskowego w ramach długoterminowych form leczenia, organizacjach abstynenckich (klubach) czy miejscach chronionych (hostele). Autorzy przedstawili te formy psychoterapii i modele farmakoterapii, które mają swoją praktyczną reprezentację w Polsce.

Słowa kluczowe: typologia Lescha, uzależnienie od alkoholu, psychoterapia, farmakoterapia

Abstract

The article presents different forms of psychotherapeutic and pharmacological treatment for people addicted to alcohol and classified according to the Lesch typology.

In the first type, called "the allergy model", patients are recommended to take part in cognitive-behavioral therapy, as well Anonymous Alcoholics group. As far as type II (named "the fear model") patients are concerned, the most effective way of treatment are self-help groups thematically focusing on ego-strengthening and workshops devoted to dealing with emotions. Type III, named "the antidepressant model", regards patients, to whom therapy relevant to the psychiatric disorder should be offered. In many cases cooperation between psychotherapist and psychiatrist is inevitable, as well as with a family or self-help groups gathering people with the same psychiatric disorders, since patients can feel out of place in the group of other addicted. The last one, type IV, called "the conditioning model", refers to patients, who need a pharmacotherapy, supportive therapy (mostly rather directive), concerned on particular social skills indispensable for life in sobriety. Essential in this case are self-help groups such as Anonymous Alcoholics, organizations devoted to maintain abstinence or hostels. Authors showed the mentioned above forms of psychotherapy and pharmacotherapy that are practically performed in Poland.

Keywords: Lesch typology, alcohol addiction, psychotherapy, pharmacotherapy

Wstęp

Wydaje się, że powszechnie stosowane podziały i klasyfikacje medyczne problemów związanych z nadużywaniem alkoholu (ICD-10, DSM-IV-TR) nie wyczerpują jeszcze wszystkich aspektów procesu diagnostycznego – gdyż alkoholicy nie są grupą jednorodną. Przebieg ich choroby, cechy

temperamentne, główne motywy sięgania po alkohol, podłoże osobowościowe itd. powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie tak w zapisie diagnozy jak i w planowaniu leczenia.

Jak dowodzi praktyka, nie tylko właściwa diagnoza nozologiczna, ale przede wszystkim problemowa, z dobraną do niej strategią leczenia stanowi standard współczesnego modelu terapii osób uzależnionych [1,2]. Taka

perspektywa rozumienia pacjenta rozszerzona dodatkowo o typologię alkoholizmu, jak na przykład typologia uzależnienia alkoholowego Lescha, pozwala na jeszcze lepszy wybór i indywidualne dostosowanie właściwych metod leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego, a przede wszystkim ich ewentualną kombinację.

Typ I – Model alergii

Formy pomocy psychoterapeutycznej

U pacjentów reprezentujących typ I nie obserwuje się raczej towarzyszących zaburzeń psychicznych, stąd zaleca się im program psychoterapii w ujęciu poznawczo-behawioralnym skoncentrowanym na problemach uzależnienia oraz uczestnictwo w spotkaniach grup samopomocowych (Wspólnota AA). W warunkach polskich, podstawą programów terapeutycznych realizowanych w większości ośrodków jest model strategiczno-strukturalny, rozpowszechniony w Polsce przez Jerzego Mellibrudę. Jest to model w znacznym stopniu odwołujący się do filozofii Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i wywodzącego się z niej modelu Minnesota. Model strategiczno-strukturalny ma charakter integracyjny, łączy kilka nurtów psychoterapii, głównie wykorzystując właśnie założenia terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i humanistycznej [3,4,5].

Motywowanie pacjentów do zaprzestania picia jest możliwe w połączeniu z właściwym leczeniem objawów zespołu abstynencyjnego, w przeciwnym razie, wobec braku takiego leczenia utrzymanie przez nich długotrwałej abstynencji jest praktycznie niemożliwe [2]. Po dokonaniu detoksykacji i usunięciu objawów zespołu abstynencyjnego, dokonuje się diagnozy, w celu ustalenia najefektywniejszej formy terapii. Należy podkreślić także, że diagnoza powinna być postawiona przez interdyscyplinarny zespół składający się zarówno z psychiatrów, psychologów, jak i terapeutów uzależnień. Warto nadmienić, że w początkowej fazie pacjenci cierpią z powodu zaburzeń pamięci oraz koncentracji uwagi, często mają niską własną motywację do leczenia, dlatego formułowane przez terapeutów komunikaty powinny być jasne i czytelne, a kontakt zogniskowany na wsparciu i budowaniu dobrej relacji. Ważnym wydaje się więc z jednej strony konfrontowanie pacjenta z jego aktualną sytuacją, z drugiej strony oparte o wyznaczniki psychoterapii humanistycznej budowanie relacji terapeutycznej aby zmotywować pacjenta do kontynuacji terapii. Istotnym wydaje się wykorzystanie na tym etapie nie tylko relacji interpersonalnej w kontakcie indywidualnym ale zysków jakie przynieść może udział w psychoterapii grupowej oraz grupach samopomocowych (Wspólnota AA).

Podstawowymi celami w procesie leczenia są zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji i prowadzenia konstruktywnego życia bez picia, nauczenie się zapobiegania nawrotom, zwiększenie umiejętności

rozwiązywania problemów osobistych na trzeźwo, rozwiązywanie problemów osobistych. Jak już wspomniano niezależnie od nich jednym z podstawowych celów na każdym etapie terapii jest pomoc pacjentowi w uznaniu przez niego potrzeby zmiany, czyli praca nad motywacją.

Ważnym elementem jest uświadomienie sobie przez pacjentów związku między spożywaniem alkoholu a negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, zawodowymi, rodzinnymi, finansowymi itp., czyli praca nad autodiagnozą i budowaniem tożsamości osoby uzależnionej. Istotne zdaje się być także ukazanie pacjentom intrapsychicznych mechanizmów funkcjonowania osoby uzależnionej, pomoc nad odnalezieniem ich u siebie oraz nad ich redukcją [3,4,5]. W przypadku uzależnionych reprezentujących typ I zwraca się uwagę na ważną rolę psychoedukacji, tak by osoby pacjenci umieli rozpoznawać swoje emocje oraz otrzymali narzędzia do radzenia sobie z głodem alkoholowym oraz ewentualnymi nawrotami picia [4].

W programie psychoterapii uzależnienia możemy wyróżnić kilka tematów pracy terapeutycznej, w których stosowane są różne metody pracy z pacjentem. Tematy to m.in.: rozpoczynanie procesu zmiany; uznawanie własnego uzależnienia i nauka skutecznego powstrzymywania się od picia.

Rozbrajanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia, radzenie sobie z nawrotami, rozwijanie umiejętności życiowych pacjenta, rozwiązywanie problemów osobistych. Metodami są psychoterapia indywidualna i grupowa, psychoedukacja w różnych formach, treningi zachowań i umiejętności, osobiste programy terapii i wiele innych pochodnych różnych podejść psychoterapeutycznych.

W zależności od postępów w terapii zaleca się dalsze leczenie ambulatoryjne oraz uczestnictwo w mityngach AA lub powrót do domu z jednoczesnym korzystaniem z tej grupy samopomocowej. Należy jednak podkreślić, że proces zdrowienia jest wielomiesięczny, a nawet wieloletni, jak w każdej innej chorobie przewlekłej i wymaga dużego zaangażowania pacjentów, jak również wsparcia rodziny.

W proponowanych formach leczenia uzależnionych reprezentujących I typ według Lescha duży nacisk kładzie się na wspomniane powyżej uczestnictwo pacjentów w grupach samopomocowych. Ruch samopomocowy zwany Anonimowymi Alkoholikami (AA) powołany został przez społeczność ludzi uzależnionych w 1935 roku w Stanach Zjednoczonych. Pierwsze próby utworzenia polskich grup AA datuje się na koniec lat 50-tych, kiedy w 1957 roku czasopiśmie „Zdrowie i trzeźwość” ukazał się artykuł dr Zbigniewa Wierzbickiego pt. „AA – nieznaną w Polsce formą walki z alkoholizmem”. Obecnie funkcjonuje w Polsce 2100 grup AA, zorganizowanych w 13 regionach [1,4,5,6]. Jedną z najważniejszych reguł funkcjonowania ruchu AA jest zasada anonimowości. Kluczowym elementem procesu zdrowienia jest realizacja „Programu 12 kroków” w oparciu o udział w mityngach AA.

Leczenie farmakologiczne

Pośród wszystkich czterech grup pacjentów wyróżnionych w omawianej typologii, to właśnie u osób reprezentujących model alergii symptomy zespołu abstynencyjnego są najcięższe [7]. Średnio nasilone objawy, pacjenci odczuwają już we wczesnych stadiach rozwoju uzależnienia, stąd dosyć szybko alkohol spożywany jest przez tych pacjentów jako substancja zapobiegająca wystąpieniu alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA). Największe nasilenie objawów abstynencyjnych obserwuje się podczas 3-5 pierwszych dni, jednak jest to tak dotkliwie odczuwalne przez pacjentów, że popycha pacjentów do sięgnięcia po alkohol, w celu łagodzenia objawów. Zazwyczaj zgłaszają się oni na leczenie w stanie głębokiego upojenia nie mogąc zaprzestać picia, bądź z silnie nasilonymi objawami wegetatywnymi AZA [2].

Ze względu na właściwości przeciwdrgawkowe, w leczeniu zespołu abstynencyjnego, pacjentom podawane są benzodiazepiny, takie jak oksazepam, lorazepam, diazepam czy klorazepat. U osób reprezentujących ten typ uzależnienia, w terapii alkoholowych zespołów abstynencyjnych, winno się uwzględnić niski próg drgawkowy, jednak leki przeciwdrgawkowe nie stanowią standardu, gdyż stosowane wysokie dawki benzodiazepin zabezpieczają pacjenta przed napadami. Nie jest zalecane stosowanie neuroleptyków, ze względu na możliwe objawy uboczne zniechęcające pacjenta do dalszego leczenia. U pacjentów w tym typie dominuje niska aktywność układu dopaminergicznego i naoradrenergicznego, stąd też problematyczna wydaje się zasadność ich podawania z uwagi na działanie przeciwdopaminergiczne [2].

Mówiąc o leczeniu farmakologicznym w tym typie alkoholizmu, poza leczeniem zespołu abstynencyjnego, mamy na myśli farmakoterapię raczej jako augmentację psychoterapii jako formy podstawowej leczenia niż jako samodzielną, równoprawną metodę. Jednak współczesne programy oddziaływań wyłącznie psychoterapeutycznych na osoby uzależnione od alkoholu, pomimo ciągłego doskonalenia nie dają w pełni satysfakcjonujących efektów z jednej strony, a drugiej istnieje ogromna liczba pacjentów z różnych przyczyn nie zainteresowanych lub nie mogących podjąć psychoterapii. Także w wielu badaniach wykazano, że odpowiedzialne i właściwe łączenie farmakoterapii z psychoterapią zwiększa skuteczność leczenia osób uzależnionych [8,9,10].

Wyda się, że współczesny model leczenia zaburzeń psychicznych powinien być oparty tak o farmakoterapię, jak i psychoterapię, a także oddziaływania społeczne i środowiskowe.

W tym właśnie interdyscyplinarnym nurcie mieszczą się propozycje stosowania w typie I wg Lescha: akamprozatu, naltreksonu bądź farmakoterapii awersyjnej chociaż ta ostatnia ma coraz mniej zwolenników, rodzi

wiele kontrowersji natury farmakologicznej i etycznej będąc coraz rzadziej stosowaną. Między innymi w ostatnich latach zaniechano w Polsce produkcji jednej z postaci leku awersyjnego – disulfiramu do implantacji.

Akamprozat - jest pochodną acetylohemotauryny o powinowactwie do receptorów GABA-ergicznych i NMDA. Uważa się że działa poprzez normalizację mechanizmów pobudzania i hamowania w mózgu związanych z powyższymi neuroprzekaznikami. Ma to skutkować obserwowanym klinicznie zmniejszeniem głodu alkoholowego. W wielu badaniach stwierdzono, że u osób leczonych psychoterapią i akamprozatem odsetek utrzymujących abstynencję był dwukrotnie wyższy niż u leczonych tylko psychoterapeutycznie [8,9,10].

Naltrekson - mechanizm jego działania opiera się głównie o blokowanie receptorów opioidowych w centralnym układzie nerwowym, co skutkuje zmniejszeniem euforyzującego działania alkoholu, a w następstwie spadkiem spożycia. Naltrekson ma więc zmniejszać picie alkoholu u osób, które naruszyły abstynencję oraz wspomagać równoległe oddziaływanie psychoterapeutyczne, z tego jednak wynika, że żeby lek zadziałał, alkoholik musi najpierw zacząć pić, by przekonać się, że alkohol nie daje mu oczekiwanych przez niego efektów euforyzujących, co w przypadku uzależnionych, szczególnie typu I zwykle kończy się w wiadomy sposób. Może mieć on więc większe zastosowanie w typie III i IV.

Wciąż jeszcze pojawiają się dane o stosowaniu disulfiramu w typie I. To preparat, obecnie już tylko w formie doustnej, który zaburza metabolizm alkoholu w organizmie, poprzez blokowanie układów enzymatycznych. Kumulujący się w organizmie aldehyd octowy powoduje zatrucie co ma warunkować awersyjnie pacjenta w przyszłości. Podobnie działają preparaty – także do implantacji – karbaminianu wapnia. Badania wykazują małą skuteczność takiej terapii, porównywalną z działaniem placebo. Jednak dla porządku formalnego należy o tej formie farmakoterapii wspomnieć [8,9].

W typie I co jeszcze raz warto podkreślić poza leczeniem zespołów abstynencyjnych czy doraźną interwencją nie znajdują większego zastosowania leki przeciwpsychotyczne, anksjolityczne (benzodiazepiny) czy preparaty normotymizujące.

Typ II – Model lęku

Formy pomocy psychoterapeutycznej

Rozpatrując formy pomocy psychoterapeutycznej zalecane dla pacjentów reprezentujących II typ według Lescha należy podkreślić, że u podłoża uzależnienia od alkoholu leżą zaburzenia osobowości lub zaburzenia lękowe. Pod wpływem alkoholu pacjenci ci stają się bardziej śmiali, lepiej radzą sobie z odczuwaną pustką, napięciem. Z uwagi na to, psychoterapia zastosowana wobec

tych pacjentów, powinna koncentrować się nie tylko na uzależnieniu ale także na rozwiązywaniu własnych problemów emocjonalnych, osobowościowych, na wzmacnianiu ego [2]. Często również partnerzy pacjentów cierpią na zaburzenia psychiczne lub psychosomatyczne, dlatego w takich przypadkach rekomendowana jest terapia systemowa. Praca nad dysfunkcyjnymi mechanizmami panującymi w rodzinach pacjentów, daje większe szanse na trwałość efektów oddziaływać terapeutycznych. Należy zwrócić uwagę także na psychoedukację i informowanie rodziny na temat mechanizmów uzależnienia, ponieważ jak dowodzą badania, rokowania osób, które podczas w procesie zdrowienia otrzymują wsparcie od najbliższych są lepsze. Warto podkreślić także, że w przypadku tych pacjentów istotna jest praca nad nauką nowych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresu i podwyższonego niepokoju, które zastępowałyby sięganie w takich momentach po alkohol [11].

Pacjentom tym, z uwagi na inne podłoże niż w przypadku typu I, zaleca się ale mniej dyrektywnie uczestnictwo w mityngach wspólnot AA gdyż wielu z nich nie jest w stanie sprostać takiej formule ze względu na problemy osobowościowe i lękowe. Także w ramach budowania strategii poznawczo-behawioralnych warto większy nacisk położyć na aspekty emocjonalne oraz dotyczące obrazu ja niż na poznawcze, konfrontujące i skupione bezpośrednio na problemie nadużywania alkoholu. Często dla uzależnionych reprezentujących ten typ niezwykle pomocne są warsztaty poświęcone pracy nad emocjami, podczas których pacjenci uczą się rozpoznawania i konstruktywnego radzenia sobie z nimi, a także sposobów komunikowania tego, co czują, otoczeniu. Nie można jednak skupić się tylko na zajęciu się deficytami w funkcjonowaniu intrapsychoicznym i interpersonalnym, zapominając o problemie uzależnienia od alkoholu. W tej grupie pacjentów niezwykle ważne jest balansowanie pomiędzy pracą terapeutyczną dotyczącą zaburzeń nerwicowych, jak również mechanizmów uzależnienia. To zwykle z tej grupy pacjenci chętniej uczestniczą w programach pogłębionych, częściej rezygnują z form terapii grupowej i dłużej pozostają w relacji indywidualnej. Zastosowanie w niej mają różne nurty psychoterapii. Niestety ta grupa pacjentów znacznie częściej narusza abstynencję i powraca do okresowego picia.

Leczenie farmakologiczne

Objawy zespołu abstynencyjnego trwają u tych pacjentów około 10 dni, jeśli czas ten się wydłuża może być to spowodowane przez podstawowe zaburzenia (np. zaburzenia lękowe) lub mieć etiologię inną niż tylko alkohol (np. spożycie dodatkowych środków uspokajających). Zalecane jest podawanie w tym okresie pacjentom leków zmniejszających niepokój, w tym β -blokerów,

z szybkim jednak wycofywaniem się. Dawka uzależniona jest od głębokości zaburzeń lękowych oraz nasilenia problemów związanych z zasypianiem [1]. Jeśli symptomy zespołu abstynencyjnego są łagodne, można również podać leki antydepresyjne, o komponentie nasennej, np. SNRI, SARI czy SSA. Należy unikać przepisywania tym pacjentom benzodiazepin, ponieważ dość szybko dostrzegają oni ich wysoką skuteczność, co może w późniejszym czasie skutkować, oprócz uzależnienia od alkoholu, także uzależnieniem od leków uspokajających. U osób prezentujących II typ alkoholizmu nie obserwuje się napadów toniczno – klonicznych ani polineuropatii, nie zaleca się więc podawania leków przeciwpadaczkowych. Należy również podkreślić, że u tych pacjentów nie obserwuje się raczej ciężkich somatycznych powikłań alkoholizmu, nie występują też ciężkie zespoły abstynencyjne.

W typie II, we wspomaganianiu utrzymywania abstynencji odnajdujemy propozycje stosowania wspomnianego już wyżej w typie I wg Lescha akamprozatu. Dodatkowo stosowane są leki przeciwdepresyjne głównie SSRI, SNRI czy choćby tianeptyna. Wykorzystuje się głównie ich efekt przeciwdepresyjny, zmniejszający lęk, ale także zmniejszający łaknienie, natręctwa czy też poprawiający funkcje poznawcze lub normalizujący rytmy dobowe snu-czuwania. Co warto zaznaczyć, w tej grupie, szczególnie narażonej na uzależnienie od leków uspokajających i nasennych w paradoksalny sposób przeciwdziała to ich ewentualnemu nadużywaniu, a także wzmacnia chęć pacjenta do uczestnictwa w jakiegokolwiek formie terapii.

Typ III – Alkohol jako model antydepresantu

Formy pomocy psychoterapeutycznej

Proponując formy terapii dla osób reprezentujących III typ w klasyfikacji Lesch'a, należy zwrócić uwagę, że często są to osoby z podwójnym rozpoznaniem, obok uzależnienia, diagnozuje się u nich także choroby psychiczne. Badania pokazują, że choroby psychiczne zwiększają 2,7 razy ryzyko występowania uzależnień [5]. W przypadku pacjentów zaklasyfikowanych do typu III, rekomendowana jest terapia uwzględniająca towarzyszące zaburzenia psychiczne, prowadzona równolegle i chronologicznie, tzn. terapia ostrej fazy choroby psychicznej poprzedza terapię uzależnienia, a ta ostatnia jest możliwa dopiero po uzyskaniu stabilizacji. Zwykle konieczna jest farmakoterapia. Nie zaleca się prowadzenia tzw. terapii pogłębionej uzależnienia, a tematami pracy są nie tylko wiedza i umiejętności związane z zapobieganiem nawrotom picia alkoholu, ale także z utrzymywaniem remisji w schorzeniu psychiatrycznym. Zalecana jest tu współpraca z lekarzem psychiatrą, rodziną i grupami wsparcia odpowiednimi dla danego zaburzenia gdyż pacjentom tym często trudno odnaleźć się wśród pacjen-

tów uzależnionych. Na początku procesu zdrowienia zalecana jest raczej terapia poznawcza, dopiero w późniejszych fazach włącza się terapię koncentrującą się na pracy nad emocjami. Ma ona na celu odzyskanie przez pacjentów świadomości własnego ciała oraz umiejętności odczuwania emocji. Podkreślana jest również konieczność, w przypadku podwójnej diagnozy, psychoterapii konkretnego zaburzenia psychicznego często w kooperacji z placówkami innymi niż terapii uzależnień. Mając do czynienia z pacjentami w fazie ostrych psychoz, z myślami samobójczymi postępowaniem wysuwającym się na pierwszy plan jest opanowanie ostrych objawów, a następnie dopiero terapia uzależnień. Ważna jest edukacja tych osób w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów chorobowych. Należy także uświadamiać pacjentom konieczność regularnego przyjmowania leków w celu kontroli objawów [2].

W celu poprawy funkcjonowania pacjentów zalecane są treningi umiejętności społecznych oraz rozwiązywania problemów życia codziennego. Rekomendowane jest również uczestnictwo w terapii grupowej, gdzie duży nacisk powinien być położony na edukowanie pacjentów w zakresie choroby psychicznej, jej przebiegu oraz objawów, jak również negatywnych skutków spożywania alkoholu.

Z uwagi na to, że pacjenci ci często nie są samodzielni, pozostając pod opieką najbliższych osób, istotne jest organizowanie spotkań dla rodzin, podczas których będą one mogły zdobyć wiedzę na temat mechanizmów uzależnienia od alkoholu oraz sposobów postępowania z chorym, jak też wymienić się wzajemnie doświadczeniami, co daje wsparcie osobom mających podobne trudności. Nie wszystkim pacjentom reprezentujących ten typ uzależnienia polecane jest uczestnictwo w mityngach AA, ze względu na to, że niektóre obecne tam treści (np. odwołanie do siły wyższej) mogą nasilać u nich zaburzenia myślenia. Zmodyfikowany program 12 kroków, przeznaczony właśnie dla pacjentów z podwójnym rozpoznaniem realizują grupy DRA (Anonimowi Podwójnie Zdrowiejący). Należy podkreślić, że psychoterapia pacjentów należących do tego typu zdaje się być najtrudniejszą, ponieważ musi być ona indywidualnie dostosowana do rodzaju zaburzenia, na jakie cierpi pacjent [5].

Leczenie farmakologiczne

Objawy zespołu abstynencyjnego są u tych pacjentów łagodne lub o średnim natężeniu (np. tylko drżenie lub potliwość), trwają zazwyczaj około 14 dni. W tym okresie może nasilać się poczucie winy, lęk oraz tendencje samobójcze. Zalecane jest podawanie tym pacjentom środków przeciwłękowych, z równoległym podawaniem preparatów zależnych od współwystępującego schorzenia – leków przeciwdepresyjnych lub przeciwpsychotycznych. Podawanie leków przeciwdrgawkowych nie jest

konieczne wymagane, wśród tej grupy pacjentów nie obserwuje się też polineuropatii. Warto jednak wykorzystać fakt normotymicznego działania części z nich i podawać je jako tzw. stabilizatory nastroju czy też leki wspomagające włączony lek przeciwdepresyjny czy przeciwpsychotyczny [2]. W tym typie warto rozważyć dołączanie naltreksonu, który w razie naruszenia abstynencji skróci i zmniejszy rozmiary picia, a w ten sposób możliwość nawrotu choroby psychicznej.

Typ IV – Model warunkowany

Co należy podkreślić pacjenci z tej grupy najczęściej wymagają farmakoterapii, terapii wspierającej, często dyrektywnej, skoncentrowanej na konkretnych umiejętnościach społecznych niezbędnych do życia w trzeźwości, jak również udziału w grupach samopomocowych (Wspólnota AA), grupach oparcia środowiskowego w ramach długoterminowych form leczenia, organizacjach abstynenckich (klubach) czy miejscach chronionych (hostele). Z uwagi na występujące pierwotnie zaburzenia organiczne wśród osób reprezentujących IV typ uzależnienia, oddziaływania terapeutyczne opierają się na powtórzeniach. Zwraca się uwagę na systematyczność oraz regularność spotkań terapeutycznych, które miałyby określone, te same, pory i miejsce. Oczywiście praktyka pokazuje, że te założenia teoretyczne nie zawsze mogą być wprowadzone w życie, choćby ze względu na funkcjonowanie leczenia ambulatoryjnego. Inaczej to wygląda również na oddziałach całodobowych. Zabiegi wprowadzające stałość i przewidywalność w funkcjonowanie pacjenta, mają za zadanie uporządkować mu plan dnia i zaktywizowanie go. Pacjentom tym poleca się terapię wspierającą. Z uwagi na ograniczenia poznawcze niewskazanie są terapii wymagające wglądu i refleksyjności, tak jak chociażby terapia psychoanalityczna. Z rozpowszechnionych procedur warto wspomnieć stopniowe wyznaczanie zadań („terapia sukcesu”); tworzenie rozkładu aktywności (dzienny plan działań) czy polemika z automatycznymi myślami („technika podwójnej kolumny”). W celu oceny głębokości prezentowanych zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym proponowane jest wykonanie testów neuropsychologicznych [12].

Duży nacisk kładzie się także na udział tych osób w grupach samopomocowych, klubach abstynenta. Celem działalności klubów abstynenta jest pomoc członkom w utrzymaniu pełnej abstynencji po opuszczeniu szpitala. Kluby umożliwiają pacjentom korzystanie z różnych form aktywności, takich jak zajęcia sportowe czy wycieczki krajoznawcze. Dbają one też o aktywizację społeczną swoich członków, pomagając im np. w znalezieniu pracy. Elementem działalności jest też edukowanie rodzin połączone z poradnictwem [5]. Należy podkreślić, że tak zintegrowana forma pomocy, obejmująca wiele dziedzin

życia, proponowana przez kluby abstynenta, zdaje się być wartościową propozycją dla tego typu pacjentów, którzy mają problem z kontrolą impulsów, a ich proces decyzyjny jest upośledzony. Pacjenci mogą też uczestniczyć w mityngach wspólnot AA, jednak z uwagi na upośledzenie zdolności poznawczych, mogą stać się obiektem drwin i żartów ze strony innych uczestników, dlatego często wymagają oni ochrony i wsparcia w grupie.

W odniesieniu do tych osób istotne zdaje się być izolowanie ich od środowiska, w którym spożywanie alkoholu jest niepisaną normą i regułą. W związku z tym, nie rzadko konieczna jest w tym przypadku współpraca całodobowych oddziałów terapii uzależnień od alkoholu z placówkami takimi jak hostele, schroniska, jak również z kuratorami sądowymi. Specyficzną grupę pacjentów wśród pacjentów reprezentujących ten typ uzależnienia są często osoby bezdomne. Tym osobom szczególnie trudno jest podjąć terapię i wytrwać w abstynencji, gdyż alkoholizm wzmacniany jest poprzez izolację społeczną i przebywanie z osobami mającymi ten sam problem.

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu zespołu abstynencyjnego w typie IV stosowany był również kwas 4-hydroksybutanowy (GHB), który ma właściwości zmniejszające niepokój. W niewielkich dawkach ma on nieznaczny efekt sedacyjny, nie wpływa negatywnie także na funkcje poznawcze. Brak powyższych działań ubocznych, jawi się jako bardzo istotny w przypadku tych pacjentów, ze względu na pierwotne zaburzenia kognitywne. Niestety ma on również właściwości silnie uzależniające, bywa też wykorzystywany w celach przestępczych, stąd jest on w Polsce zakazany. Zwiększające dezorientację i splątanie benzodiazepiny nie są zalecane w leczeniu tych osób, ponieważ pogarszają, już upośledzone zdolności poznawcze. Jeśli u pacjentów pojawią się symptomy takie jak niepokój nocny czy objawy wytwórcze, można podać atypowy neuroleptyk np. kwetiapinę czy olanzapinę. W leczeniu pacjentów należących do tej grupy istotne jest włączenie leków przeciwdrgawkowych, takich jak karbamazepina czy walpronian. Z uwagi na zaburzenia funkcji poznawczych zalecane jest także podawanie pacjentom leków nootropowych i preparatów witaminy B [2].

Ze względu na rezydualny charakter zaburzeń przeciwwskazane są preparaty awersyjne (disulfiram, karbaminian wapnia), a ponownie istnieje tu zastosowanie do podawania naltreksonu.

References

1. Kaczmarczyk I. Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa; Eneteia: 2008.
2. Kogoj D, Lesch O, Walter H, et al. Lesch Alcoholism Typology Medical Treatment and Research. Arch. Psychiatr. Psychother., 2010; 12(4): 37-48.
3. Mellibruda J. Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 1999; 1(4): 3-4.
4. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. Integracyjna psychoterapia uzależnień. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
5. Woronowicz B.T. Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA: 2009.
6. Trzeźwi, odpowiedzialni, radośni. Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych alkoholików w Polsce. Wrocław 2009.
7. Lesch O, Walter H. Subtypes of alcoholism and their role in therapy. Alcohol Alcohol., 1996; 31(1): 63-67.
8. Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furaga H. Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. red., Psychiatria. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, tom 2, 3: s. 169- 213.
9. Habrat B. Sprawozdanie z VII Kongresu Europejskiego Towarzystwa Biomedycznego Badań nad Alkoholizmem (ESBRA) – Barcelona 16-19.06.1999, Alkoholizm i Narkomania, 1999; 2(35): 301- 305.
10. Habrat B. Leczenie wybranych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. W: Rzewuska M. red., Leczenie zaburzeń psychicznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000; 7: s. 212- 219.
11. Chodkiewicz J. Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa, Psychiatria, 2006; 3 (3): 105-111.
12. Cernak L. Deficyty procesów poznawczych u osób uzależnionych od alkoholu. Alkohol a zdrowie – alkohol a mózg, 1998; 14: 80-92.

Correspondence address

Katarzyna Iwanicka
Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia
od Alkoholu ZLO WOTUiW (COTUA)
Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie
ul. Abramowicka 4B 20-001 Lublin
tel. 81 744 22 28
e mail: iwanicka.kasia@gmail.com