TERAPIA

UZALEŻNIENIA i WSPÓŁUZALEŻNIENIA

ISSN 1506 - 4727 Numer 1/2008 (Rok XI) DWUMIESIĘCZNIK

PISMO PRACOWNIKÓW LECZNICTWA ODWYKOWEGO

Uzależnienie od alkoholu u osób niepełnosprawnych wygląda inaczej niż u zdrowych – inne są okoliczności i uwarunkowania choroby alkoholowej, inne wymagania dotyczące leczenia. Specyficzne problemy mają osoby uzależnione, cierpiące również na chroniczne bóle oraz urazy mózgu, niezależnie od tego, czy alkohol jest w ich życiu przyczyną czy skutkiem niepełnosprawności. Poniższy tekst został przygotowany na podstawie amerykańskich realiów i danych statystycznych, jednak wnioski płynące z cudzych doświadczeń mogą być cennym źródłem wiedzy i inspiracji dla polskich terapeutów

Anna Maria Węgierek

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ A UZALEŻNIENIA

W poprzednim numerze TUW (6/2007) w artykule na temat *Minnesota Chemical Dependency Program* przybliżyłam działalność i założenia programu zajmującego się osobami głuchoniemymi z problemem uzależnienia. Podzieliłam się z Państwem również własnymi doświadczeniami i wnioskami z mojej praktyki terapii osób głuchoniemych, uzależnionych od alkoholu.

Poniższa część jest poświęcona osobom uzależnionym z innymi rodzajami niepełnosprawności – z przewlekłymi bólami pleców, urazami mózgu. Bóle pleców są nie tylko powszechnie znanym w medycynie, psychiatrii i psychologii problemem, ale i wymagają bardzo długiego, a co za tym idzie drogiego leczenia. Nadużywanie alkoholu jest częstym problemem, który wiąże się z podobnymi niebezpieczeństwami jak i sama niepełnosprawność związana z bólem pleców (Booker i wsp., 2003).Niejednokrotnie okazuje się, że problem pacjenta przyjętego na leczenie odwykowe polega nie tylko piciu alkoholu, ale także na braniu środków przeciwbólowych, które są przepisywane przez lekarza rodzinnego. Taka sytuacja stawia wiele nowych pytań i wyzwań przed terapeutami uzależnień.

Warto zapoznać się także ze specyfiką problemów osób, które przebyły urazy mózgu i jednocześnie są uzależnione. W Stanach Zjednoczonych około żyje 400 000 osób zdiagnozowanych jako osoby po urazie mózgu (Abrams i wsp., 1993). Od jednego do półtora miliona Amerykanów miało wypadek samochodowy, rowerowy, było ofiarą upadku lub pobicia (Sorenson i Kraus, 1991). Urazy mózgu dotyczą osób w różnym wieku. Uraz mózgu jest najczęstszą przyczyną zgonu osób do 45 lat (Kreutse i wsp., 1996). Większość wypadków ma miejsce po wypiciu alkoholu lub po użyciu narkotyków. Osoby, które doznały urazu mózgu, cierpią nie tylko fizycznie, ale mają również wiele problemów psychiatrycznych. Poniżej przedstawię problemy związane z uzależnieniami i urazami mózgu, strategie programów terapeutycznych oraz komplikacje związane z używaniem alkoholu i narkotyków.

Statystyki uzależnień u niepełnosprawnych

Przed omówieniem specyfiki uzależnień u osób z urazami mózgu i przewlekłymi bólami pleców warto zapoznać się ze statystyką dotyczącą problemów uzależnień u osób niepełnosprawnych. W 1994 roku Moor Denis przeprowadził badania wśród 916 osób niepełnosprawnych. Jego badania wykazały, że:

- około 2,7% przebadanych osób spożywa alkohol codziennie lub kilka razy dziennie,
- 80% spożywa alkohol przynajmniej dwa razy w tygodniu,
- 12,5% spożywa alkohol raz na tydzień,
- 31,5% osób spożywa alkohol przynajmniej raz w miesiącu.

Największą grupę osób niepełnosprawnych stanowią osoby z uszkodzeniami kręgosłupa – (71,5%) badanych. Pozostałe grupy to osoby z padaczką (38,9%), głuchonieme (60,9%), z wadami wzroku (57,5%), z zaburzeniami uczenia się (52%), z urazem mózgu (51,1%), osoby chore psychicznie (47,2%), z porażeniem mózgowym (39,5%) oraz z artretyzmem (47,2%).

W badaniach Moora 510 osób przyznało się do aktywnego spożywania alkoholu:

- 39% badanych przyznało się do medycznych problemów z powodu konsumpcji alkoholu,
- 22% badanych potwierdziło, że mają kłopoty rodzinne przez alkohol,
- 21% badanych miało problemy prawne związane z jazdą w stanie nietrzeźwym,
- 6% badanych przyznało się do problemów zawodowych związanych z alkoholem,
- 13% badanych okazało się pacjentami programów odwykowych.

Wyniki badań Moora wskazują, że osoby niepełnosprawne piją alkohol w takim samym albo i większym stopniu niż reszta społeczeństwa.

Specjaliści rozróżniają dwa typy uzależnień u osób niepełnosprawnych – alkoholik typu A oraz alkoholik typu B (Glass, 1980-81). Typ A charakteryzuje się tym, że picie alkoholu było przyczyną wypadku i idącej za tym niepełnosprawności. Typ B to osoba niepełnosprawna, która zaczęła pić alkohol po wypadku. Według Glassa typ B alkoholika ma większe szanse na utrzymanie trzeźwości niż typ A.

Przypadek Darka

12 kwietnia 2005 roku Darek K. zgłosił się na leczenie odwykowe. Jego problemy zaczęły się rok temu, kiedy uległ on ciężkiemu wypadkowi samochodowemu. Został przygnieciony samochodem ciężarowym do pomostu wyładowniczego. Rezultatem tego wypadku były urazy kręgosłupa oraz uraz

mózgu. W czasie tego roku Darek przeszedł wiele ciężkich operacji, dzięki którym chodzi, ale ma problemy z chronicznym bólem pleców, oddawaniem moczu, z funkcjonowaniem seksualnym, schylaniem się, itp. Problemy nie skończyły się po operacjach. Kłopoty finansowe, rodzinne, zawodowe, zdrowotne i chroniczny ból przyczyniły się do depresji, z którą Darek próbował sobie poradzić poprzez picie alkoholu...

Sytuacja podobna jak u Darka zdarza się bardzo często – pacjent zgłaszający się na leczenie odwykowe boryka się nie tylko z uzależnieniem od alkoholu, ale również z uzależnieniem od leków przeciwbólowych przepisywanych przez lekarza rodzinnego. Biorąc pod uwagę sytuację Darka, przedstawię ważne punkty jego rehabilitacji i literaturę obejmującą tematykę urazów mózgu i chronicznego bólu pleców. Andrew A. Heldwig i Richard Holicky w opublikowanym przez siebie artykule podają najczęstsze powody picia alkoholu przez osoby niepełnosprawne:

1. Emocje

Emocje związane z samooceną i stresem powypadkowym, kiedy to osoba niepełnosprawna musi uczyć się wszystkiego od początku, potocznie nazywany jest syndromem „nowej choroby", który charakteryzuje się poniższymi symptomami:

- Brakiem adaptacji do życia z niesprawnością w świecie przygotowanym dla osób pełnosprawnych.
- Nudą czy też nerwowością spowodowaną pobytem w szpitalu czy też siedzeniem w domu.
- Walką z bólem i niemożnością radzenia sobie z czynnościami, które przed wypadkiem nie były żadną trudnością. Niepełnosprawność powoduje utratę poczucia własnej wartości (Kelly, 2001).
- Brakiem pieniędzy i bezrobociem.
- Łatwym dostępem do lekarstw (zjawisko picia alkoholu z jednoczesnym braniem lekarstw jest powszechne i bardzo niebezpieczne).
- Uczuciem odrzucenia przez bliskich i społeczeństwo.
- Racjonalizowaniem picia alkoholu.
- Wzmożonymi uczuciami złości i agresji (Berle, Haver, Karterund, 1994).
- Stresem związanym ze zmianami w wyglądzie (Falvo, 1999).Livneh i Antoniak (1997) twierdzą, że jeżeli osoba niepełnosprawna nie będzie w stanie zaakceptować swojego powypadkowego wyglądu, będzie znacznie bardziej narażona na nasilenie objawów klinicznej depresji, bólu psychogennego, izolacji i zmiany w logicznym myśleniu.
- Szokiem spowodowanym przez towarzyszące urazom choroby, jak na

przykład problemy z ciśnieniem, sercem, itp.

2. Stygmaty i stereotypy

Według Schaschal i Straw społeczeństwo postrzega osoby niepełnosprawne jako osoby chore i słabe, którym nie można pomóc. To nastawienie wynika w dużej mierze z tego, jak w dzisiejszych czasach nagradza się i promuje takie cechy jak sprawność i tężyzna fizyczna, uroda i zdrowie. Osoby, które temu modelowi nie potrafią sprostać, są pomijane czy traktowane marginalne. Człowiek z białą laską czy też na wózku inwalidzkim odbiega od wspomnianego modelu. Percepcja społeczna osoby niepełnosprawnej, która nadużywa alkoholu, jest bardziej negatywna niż osoby pijącej, ale pełnosprawnej.

3. Mity

Mity związane z niepełnosprawnością i uzależnieniami są powszechne. Alkoholizm często bywa postrzegany jako przyczyna niepełnosprawności („ma to, na co zasługiwał"). Niepełnosprawność jest traktowana jako naturalna konsekwencja alkoholizmu.

4. Usprawiedliwianie i tolerowanie

Usprawiedliwianie i tolerowanie picia osób niepełnosprawnych przez otoczenie przyczynia się do kontynuowania picia.

5. Edukacja

Brak edukacji na temat uzależnień powoduje fałszywe przekonanie w otoczeniu osoby niepełnosprawnej, której wypadek był spowodowany piciem alkoholu, że dana osoba „dostała nauczkę i teraz przestanie pić".

6. Problem zaprzeczenia

Wiele osób, zanim ulegnie wypadkowi czy doświadczy niepełnosprawności, boryka się z uzależnieniem, problemami emocjonalnymi czy niskim poczuciem własnej wartości. W takich sytuacjach wypadek i jego konsekwencje stają się niejednokrotnie wytłumaczeniem nadużywania alkoholu.

7. Branie lekarstw

Wiele osób niepełnosprawnych rezygnuje z przepisanych leków przeciwbólowych na rzecz picia alkoholu, który „nie tylko uśmierza ból, ale pozwala zasnąć i zapomnieć o kłopotach". Według Hepner, Kirshbaum, Landes (1980-81), 41% osób niepełnosprawnych, które miały przepisane lekarstwa, uważało, że ich nie potrzebuje.

8. Brak programów rehabilitacyjnych

Występuje powszechny brak odpowiednio przygotowanych programów rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych z problemem uzależnień.

9. Reakcja rodziny i otoczenia

Osoba niepełnosprawna ma do czynienia z wieloma osobami, u których opieka nad nią może powodować zawstydzenie czy też poczucie dodatkowego ciężaru. Widząc to, osoba niepełnosprawna może pogrążyć się w depresji czy też chronicznym poczuciu wstydu.

Według Sachs, Ellenberga, Rosonbaum i Hoge niepełnosprawność małżonka w 61% jest powodem rozpadu małżeństwa.

10. Długotrwałe leczenie

Pourazowe leczenie osób niepełnosprawnych jest długotrwałe. Średni pobyt w szpitalu osób z urazem mózgu wynosi około miesiąca, natomiast rehabilitacja może trwać do roku lub dłużej. Chroniczny ból i związane z nim problemy określane są syndromem chronicznego bólu (Burke, Heinsworth, Eakes&Lindgren, (1992), i Davis, (1997). Autorzy tłumaczą, że syndrom chronicznego bólu utrudnia osobie niepełnosprawnej akceptację strat związanych z wypadkiem. Chroniczny ból jest nieprzerwanym przypomnieniem wypadku i związanej z tym ich osobistej tragedii.

Proces leczenia

Według Benshoff (1990), rehabilitację uzależnień u osób niepełnosprawnych traktuje się jako drugorzędny problem. Shipley, Taylor i Falvo (1990) uważają, że diagnoza uzależnień jest kompletnie pomijana w ośrodkach rehabilitacji pourazowej. Z kolei Helwig i Holicki rekomendują poniższe zasady procesu leczenia osób niepełnosprawnych z diagnozą uzależnienia czy też nadużywania alkoholu.

1. Rozmowa kwalifikacyjna

Rozmowa kwalifikacyjna powinna zawierać testy, kwestionariusze i wywiad na temat alkoholu.

2. Cross-Training

Rehabilitacja osoby niepełnosprawnej, mającej problemy z alkoholem, musi iść w parze z leczeniem odwykowym, w przeciwnym razie osoba ta nie będzie w stanie poradzić sobie ze swoją niepełnosprawnością (DeLoach i Greer, 1981, 1989).

- Osoby pracujące w ośrodkach rehabilitacji pourazowej czy też w szpitalach powinny być przeszkolone do pracy z osobami uzależnionymi czy też nadużywającymi alkoholu.
- Osoby pracujące w ośrodkach rehabilitacji odwykowej powinny być przeszkolone do pracy z osobami niepełnosprawnymi.

3. Terapia indywidualna

Według Geera (1998), osoba niepełnosprawna z problemem alkoholowym najpierw musi zaakceptować utratę picia alkoholu, a następnie musi zaakceptować utratę zdrowia, żeby zacząć poprawnie funkcjonować we wszystkich dziedzinach życia.

4. Terapia rodzinna

Niepełnosprawność jest ciosem nie tylko dla osoby nią dotkniętej, ale i jej bliskich. Osoby bliskie powinny być zachęcane do uczestnictwa w otwartych spotkaniach AA czy też innych grupach samopomocy. Rodzina niepełnosprawnego przeżywa podobne emocje, stres, stratę, złość, frustrację czy też poczucie winy. Bliscy zdrowi muszą nauczyć się życia w świecie osób niepełnosprawnych bez niezbędnego usprawiedliwiania czy też wyręczania w codziennych aktywnościach.

5. Edukacja

Pacjent niepełnosprawny z problemem uzależnienia powinien mieć wiedzę na temat leków, ich działania, skutków ubocznych czy też interakcji z alkoholem. Edukacja powinna też objąć temat leczenia bólu poprzez zażywanie lekarstw czy też korzystanie z medycyny alternatywnej (akupunktura, specjalistyczne diety, masaże, ćwiczenia, ciepłe i zimne kompresy, pływanie, itp.). Warto również zwrócić uwagę na takie elementy, jak:

- edukacja na temat choroby uzależnień,
- edukacja na temat choroby fizycznej, na którą cierpi osoba niepełnosprawna,
- edukacja o dostępnych grupach samopomocy.

Tobin, Holroyd, Reynolds i Wigal (1989) podczas swoich badań zauważyli, że osoby niepełnosprawne, które radzą sobie ze swoją niepełnosprawnością w sposób pasywny poprzez używanie zaprzeczenia, fantazjowanie, obwinianie się i nadużywanie alkoholu, są w grupie większego ryzyka zapadnięcia na choroby psychiczne niż osoby, które biorą aktywny udział w swoim leczeniu (Tobin, 1998).

Powypadkowe uszkodzenie mózgu

Według statystyk od 29 do 52% osób przyjmowanych do szpitala z powypadkowym uszkodzeniem mózgu to osoby, które są ofiarami wypadków samochodowych, a które były pod wpływem alkoholu w czasie wypadku. Aż 58% operacji chirurgicznych wykonuje się u osób, w których krwi lub moczu stwierdza się obecność alkoholu. Według statystyk od 26 do 68% osób przyjmowanych do szpitala ma za sobą wcześniejsze wypadki związane z alkoholem, przy czym mężczyźni powodują cztery razy więcej wypadków niż kobiety.

Warto zwrócić uwagę, że u osób z uszkodzeniem mózgu, pijących alkohol, występują specyficzne problemy. Pierwszy z nich to komplikacje psychiatryczne. Zaburzenia psychiczne mogą być mylnie diagnozowane przy urazach mózgu. Na przykład symptomy depresji czy też myśli samobójcze mogą być wynikiem urazu mózgu, jak również nadużywania alkoholu. Podobnie nerwowość, nadpobudliwość, halucynacje mogą być objawem urazu mózgu lub odstawienia alkoholu, kiedy mamy do czynienia z zespołem abstynencyjnym.

Kolejne przeszkody to między innymi czas leczenia, który w przypadku osób z urazem mózgu wydłuża się przy czynnym braniu narkotyków czy piciu alkoholu. Częstą przeszkodą w leczeniu osób z uszkodzeniami mózgu są napady złości i niekontrolowanej agresji. U osób z uszkodzeniem mózgu, które nadużywają alkoholu, występuje również obniżenie poziomu inteligencji (Tarter, Edwards, 1985) oraz poważne problemy z pamięcią (Chelune, Parker, 1981).

Omawiane wcześniej rodzaje interwencji wobec osób niepełnosprawnych mogą być zastosowane w stosunku do osób z uszkodzeniem mózgu. Trzeba jednak pamiętać, iż u osób z uszkodzeniami mózgu występują problemy z pamięcią, w związku z tym w kontakcie z tymi pacjentami należy często powtarzać różne informacje.

Anna Maria Węgierek
doktor psychologii klinicznej, prowadzi prywatną praktykę w Chicago i Hickory Hills w USA oraz jest adiunktem na uniwersytetach Argosy University, Illinois School of Professional Psychology i DePaul University.