Problemy diagnostyczne i terapeutyczne w pracy z pacjentem z podwójną diagnozą – uzależnienie i zaburzenie osobowości

OŚRODEK PSYCHOTERAPII PSYCHODYNAMICZNEJ W BYDGOSZCZY

Plan wystąpienia:

1. Współwystępowanie uzależnienia i zaburzeń osobowości – analiza badań naukowych.
2. Diagnoza struktury osobowości.
3. Podstawowe założenia pracy terapeutycznej z osobą uzależnioną.

Literatura:

1. dr Wojtynkiewicz Ewa, Niepublikowana praca doktorancka, UKW Bydgoszcz
2. Gabbard GO (2009). Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: WUJ
3. Yeomans FE, Clarkin JC, Kernberg OF (2002). A Primer on Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Patients. Northvale, NJ: Jason Aronson
4. Materiały szkoleniowe Weill Medical College of Cornell University
5. Wykłady dr. Piotra Drozdowskiego realizowane w ramach Szkoły Psychoterapii Psychodynamicznej

Niejednoznaczność zjawiska **zespołu uzależnienia od alkoholu** związana jest z faktem, potwierdzonym badaniami, iż jest to zaburzenie, któremu często towarzyszą inne.

Proponuje się wyjaśnienie tych zależności poprzez wskazanie określonych mechanizmów, ukazujących dynamiczność owych związków pomiędzy zaburzeniami.

Do modeli zależności należą:

1. model wtórnego uzależnienia od alkoholu wobec pierwotnie występujących zaburzeń psychicznych – w modelu tym picie alkoholu jest próbą samoleczenia szeroko rozumianego cierpienia, wynikającego z pierwotnej choroby psychicznej;
2. model pierwotnego uzależnienia od alkoholu i wtórnych zaburzeń psychicznych – w tym przypadku zakłada się, iż uzależnienie od alkoholu wpływa na rozwój innych zaburzeń psychicznych;
3. model wspólnego czynnika – w którym zakłada się, że rozwój obu zaburzeń zależy od innego czynnika (np. predyspozycji genetycznej);
4. model dwukierunkowy – w którym podkreśla się, iż niezależnie od tego, które zaburzenie rozwinęło się wcześniej, pierwsze z nich może zaostrzyć objawy drugiego.

(Cierpiałkowska, Ziarko, 2010).

Z perspektywy terapeutycznej uważa się, że takie współwystępowanie zawsze powinno wiązać się z zadaniem zrozumienia wzajemnej interakcji pomiędzy zaburzeniami.

(Kranzler, Rosenthal, 2003, Schuckit, 2006)

Szacuje się, iż wśród osób uzależnionych od alkoholu ponad połowa spełnia kryteria innych zaburzeń psychicznych.

(Woronowicz, 2009; Dragan, 2008).

Niektóre źródła podają informacje o jeszcze większym współwystępowaniu, oceniając, iż 86% kobiet i 72,4% mężczyzn uzależnionych od alkoholu cierpi na inne zaburzenia psychiczne w ciągu życia.

(Kessler i in., 1997; Kranzler, Rosenthal, 2003; Gąsior, 2006).

Jedną z najczęściej występujących z uzależnieniem od alkoholu chorób psychicznych jest **zaburzenie nastroju.**

Szacuje się, że występuje ono, co najmniej raz w życiu w postaci zespołu depresyjnego, u połowy osób uzależnionych od alkoholu.

(Pużyński, 2009)

Wysokie są również wskaźniki współwystępowania uzależnienia od alkoholu z różnymi zaburzeniami lękowymi.

Przeciętnie, od ok. 20 do ok. 40% osób uzależnionych od alkoholu spełnia kryteria zaburzeń lękowych.

(por. Evren i in., 2009; Kessler i in., 1997; Kranzler, Rosenthal, 2003)

Coraz więcej uwagi poświęca się i przypisuje znaczenie współwystępowaniu zespołu stresu pourazowego (PTSD) i uzależnienia od alkoholu.

Częstość rozpoznawania PTSD wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu wynosi 10,3% dla mężczyzn i 26,2% dla kobiet

(Kessler i in., 1997)

Badacze podkreślają, że istnieją niezwykle przekonujące dowody na znaczne związki między zaburzeniami związanymi z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem a zaburzeniami osobowości;

zaburzenia osobowości określane są jako powszechne wśród osób z uzależnieniem od alkoholu.

(por. Cierpiałkowska, Ziarko, 2010; Gabbard, 2009; Nielsen, Røjskjær, Hesse, 2007)

Jak wskazują badania, wskaźnik występowania zaburzeń osobowości u osób uzależnionych od alkoholu waha się od 14 do 78%.

(Gabbard, 2009)

Uzależnienie od alkoholu okazuje się być najsilniej związane z osobowością antyspołeczną, histrioniczną i zależną.

(Gabbard, 2009)

Inne źródła podają natomiast, iż najczęściej występującymi wraz z alkoholizmem zaburzeniami osobowości w grupie leczonych i nieleczonych pacjentów są: antyspołeczna, borderline i narcystyczna.

(Cierpiałkowska, Ziarko, 2010)

Występowanie zaburzeń osobowości okazuje się silnym predyktorem nawrotów w uzależnieniu i zrywania relacji terapeutycznej.

(Nielsen i in., 2007; Verheul, van den Brink, Hartgers, 1998)

Verheul i van den Brink (2005) rozróżniają trzy nadrzędne modele współwystępowania uzależnienia od substancji psychoaktywnej i zaburzenia osobowości:

1. model pierwotnego występowania uzależnienia od substancji psychoaktywnej;
2. model pierwotnego występowania zaburzeń osobowości;
3. model wspólnego czynnika powodującego uzależnienie od substancji psychoaktywnej i zaburzenia osobowości.

Podkreślają równocześnie, iż empiryczne dowody najsilniej wspierają model pierwotnego występowania zaburzeń osobowości, w którym to patologiczne cechy osobowości przyczyniają się do rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnej.

Proces leczenia osoby uzależnionej powinien być oparty o diagnozę struktury osobowości pacjenta uzależnionego oraz o rzetelnie skonstruowany plan leczenia, uwzględniający pomoc innych specjalistów (lekarz, seksuolog, specjalista terapii uzależnień, terapeuta rodzinny).

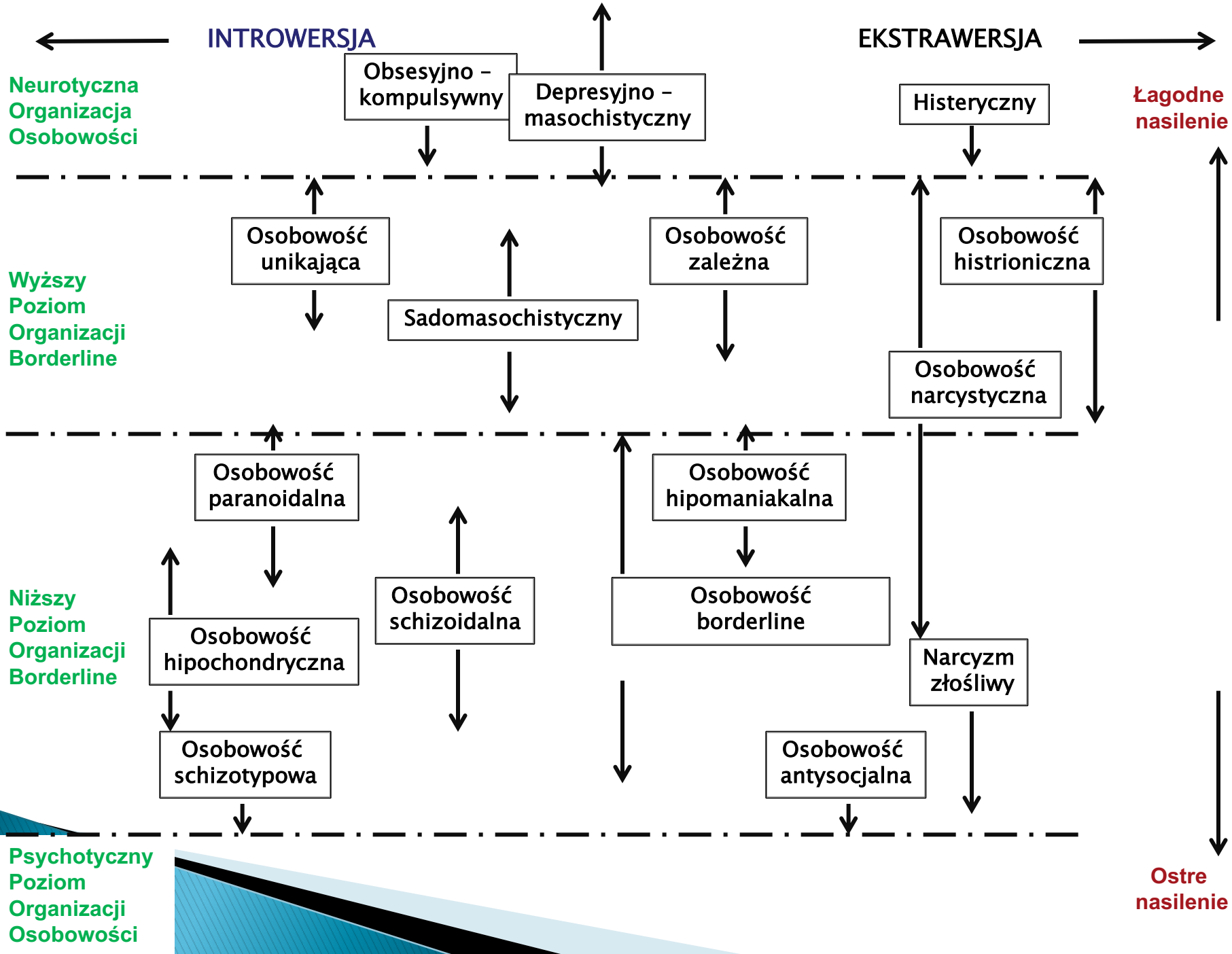
Podstawowe błędy diagnostyczne i terapeutyczne:

1. Diagnoza oparta o symptomy (np. nadużywanie alkoholu). Taki rodzaj diagnozy nie daje nam odpowiedzi jaki jest rodzaj struktury osobowości pacjenta.
2. Ignorowanie objawów uzależnienia lub picia szkodliwego.
3. Zaprzeczanie własnym ograniczeniom terapeuty oraz ograniczeniom wynikającym z jego metody pracy (odrzucanie pomocy innych specjalistów – lekarz, seksuolog, terapeuta rodzinny, terapeuta uzależnień, itp.)
4. Utrzymywanie pacjenta w wieloletnich procesach terapeutycznych bez refleksji dotyczącej faktu, że oprócz zmiany objawowej w obszarze picia (pacjent utrzymuje abstynencję) nie zachodzą żadne zmiany w:
    - relacjach interpersonalnych,
    - życiu intymnym i seksualnym,
    - życiu zawodowym.

Diagnoza struktury osobowości

Poziomy organizacji osobowości – Kernberg (od najmniej do najbardziej zaburzonego)

	Sztywność sposobów radzenia sobie	Tożsamość	Obrony	Relacje z obiektem	Agresja	Wartości moralne
Normalny	Elastyczność	Normalna	Normalne	Normalne	Modulowana	Obecne
Łagodny (Neurotyczny)	Sztywność	Normalna	Obrony z wysokiego poziomu	Konfliktowe		Obecne
Zaburzony (BPO z wysokiego poziomu)	Niekonsekwencja, zmienność	Rozproszenie tożsamości	Prymitywne obrony	Słabe / złe	Różne stopnie agresywności	Zmienne
Najgłębiej zaburzony (BPO z niskiego poziomu)	Niekonsekwencja, zmienność	Rozproszenie tożsamości	Prymitywne obrony	Słabe / złe	Agresja wobec innych	Wybrako-wane


INTROWERSJA
EKSTRAWERSJA
Neurotyczna Organizacja Osobowości
Obsesyjno – kompulsywny
Depresyjno – masochistyczny
Histeryczny
Łagodne nasilenie
Wyższy Poziom Organizacji Borderline
Osobowość unikająca
Sadomasochistyczny
Osobowość zależna
Osobowość histrioniczna
Osobowość narcystyczna
Niższy Poziom Organizacji Borderline
Osobowość paranoidalna
Osobowość hipomaniakalna
Osobowość schizoidalna
Osobowość borderline
Osobowość hipochondryczna
Narcyzm złośliwy
Osobowość schizotypowa
Osobowość antysocjalna
Psychotyczny Poziom Organizacji Osobowości
Ostre nasilenie

Organizacja osobowości borderline: Implikacje kliniczne

1. Niespecyficzna słabość ego
   - brak kontroli impulsów i tolerancji lęku
2. Zaburzone relacje z obiektem
3. Trudności w pracy i miłości
4. Patologia seksualna (dwa poziomy: zahamowanie całego funkcjonowania seksualnego lub chaotyczna seksualność)
5. Patologia funkcjonowania moralnego

Organizacja osobowości borderline: Charakterystyki określające

1. Rozproszenie tożsamości vs. Zintegrowany obraz self i innych (wewnętrzne poczucie ciągłości)
   - brak zintegrowanego konceptu self
   - brak zintegrowanego konceptu znaczących innych
2. Prymitywne obrony
   - rozszczepienie
   - idealizacja / dewaluacja
   - identyfikacja projekcyjna
   - omnipotentna kontrola
   - zaprzeczenie
3. Zmienny poziom testowania rzeczywistości

Tożsamość

1. Tożsamość jest strukturalnym korelatem subiektywnego poczucia self i doświadczania innych.
2. Normalna tożsamość: zintegrowane poczucie self i innych, które jest złożone, zróżnicowane, elastyczne i realistyczne, niepozbawione subtelności i głębokie, które jest ciągłe w czasie.
3. Dyfuzja tożsamości:
   - doświadczenie self i innych jest pofragmentowane, skrajne, niestabilne i brak mu ciągłości,
   - istnieje trudność w rozumieniu własnych stanów wewnętrznych i stanów innych.

Operacje obronne

1. Obrony są automatycznymi psychologicznymi odpowiedziami jednostki na stres i/lub konflikt emocjonalny – próbują one rozwiązać konflikty aby zredukować lęk.
2. Dojrzałe obrony są elastyczne – nie zniekształcają rzeczywistości zewnętrznej.
3. Wyparcie – lub obrony neurotyczne – unikają cierpienia poprzez wypieranie lub wykluczanie ze świadomości tych aspektów doświadczenia, które są konfliktowe.

Operacje obronne (cd.)

Patologię borderline charakteryzują obrony oparte na rozszczepieniu -wzajemnej dysocjacji obszarów:

- doświadczenia związanego z pozytywnym afektem (idealizowanymi reprezentacjami),
- doświadczeń negatywnych afektów (reprezentacje prześladowcze).

Patologia superego

Związana jest z brakiem wartości moralnych, etycznych i intelektualnych. Patologia superego uniemożliwia doświadczenie zróżnicowanych postaci depresji tj. wyrzuty sumienia, smutek.

Innym poprzez mechanizm projekcji przypisywane jest samolubne, podejrzliwe i gotowe do walki nastawienie self, pozbawione regulacyjnej funkcji, co wyklucza możliwość zaufania, intymności i zależności od innych.

Czynniki prognostyczne

1. Wszechobecna agresja.
2. Cechy antysocjalne.
3. Wtórne korzyści jako motywacja do leczenia.
4. Znaczne ograniczenie relacji z obiektami.
5. Brak życia miłosnego; niewielka atrakcyjność.
6. Niska inteligencja.
7. Brak pracy lub zmieniający się styl życia.
8. Negatywna reakcja terapeutyczna.
9. Nadużywanie substancji psychoaktywnych.
10. Zaburzenia odżywiania.

Podstawowe założenia pracy terapeutycznej z osobą uzależnioną

Fazy początkowego okresu pracy z osobą uzależnioną z zaburzeniem osobowości:

1. Faza diagnostyczna, ocena kliniczna i wybór leczenia.
2. Ustanowienie ram leczenia, kontrakt, farmakoterapia i leczenie uzupełniające.

Funkcje kontraktu terapeutycznego:

1. Ustalenie podobnego rozumienia problemu (problemów), który jest przedmiotem leczenia.
2. Zdefiniowanie realiów relacji terapeutycznej.
3. Zdefiniowanie odpowiedzialności pacjenta i terapeuty w leczeniu.
4. Ochrona pacjenta, terapeuty i terapii, w tym zapewnienie zdolności jasnego myślenia terapeuty.
5. Minimalizacja wtórnych korzyści z choroby.
6. Zapewnienie bezpiecznego miejsca do rozwoju dynamiki pacjenta.
7. Ustalenie przestrzeni na interpretację znaczenia odejścia od ram leczenia ustalonego w kontrakcie.

Dziękuję za uwagę

Piotr Miszewski