

Program treningu w zakresie rozpoznawania i krótkiej interwencji

Cele i zadania

Plany sesji

Notatki w tle

Dokumenty robocze

Przeźrocza



Tłumaczenie: Krzysztof Pacholik

Redakcja naukowa: Maciej Godycki-Ćwirko, Artur Mierzecki

Projekt typograficzny: Karol Łotocki
Skład i łamanie: Joanna Komorowska
Pro-Forma Sp. z o.o.

Copyright © 2005 Anderson, P., Gual, A., Colom, J.
Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona

Copyright polskie tłumaczenie © Wydawnictwo Edukacyjne
PARPAMEDIA, Warszawa 2008

Podręcznik polecany przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce



ISBN 978-83-89566-69-0

Druk i oprawa:
Opolgraf SA

Książki Wydawnictwa można zamawiać listownie lub faksem:

Dział Dystrybucji
Wydawnictwa Edukacyjnego PARPAMEDIA
ul. Szczotkarska 48a
01-382 Warszawa
tel./fax: (22) 666 09 79

lub mailem:
wydawnictwo@parpamedia.pl
www.wydawnictwo.parpamedia.pl

Spis treści

I.	Przedmowa i uwagi ogólne	5
	Uwagi dla trenera	5
II.	Sesja pierwsza – Wprowadzenie i pojęcia podstawowe	7
III.	Sesja druga – Wczesne rozpoznawanie	12
IV.	Sesja trzecia i czwarta – Krótka Interwencja I	16
V.	Sesja piąta – Uzależnienie od alkoholu	24
VI.	Sesja szósta – Wdrażanie Programu Alkoholowego WRKI	28
VII.	Dokumenty robocze	33
	1 – Zdrowie a koszty społeczne – Wyjaśnienie	34
	2 – Porcje standardowe i wzorce picia	36
	3 – Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu	38
	4 – Narzędzia do rozpoznawania – Ćwiczenie w grupach	41
	5 – Skuteczność Krótkich Interwencji – Wyjaśnienie	42
	6 – Model etapów zmiany	43
	7 – Procesy zmiany	45
	8 – Ćwiczenie etapów zmian w grupach: zagadnienia do dyskusji	48
	9 – Ćwiczenie etapów zmian w grupach: reakcje	49
	10 – Styl komunikowania się w relacji pomagania	51
	11 – Strategie otwierające	53
	12 – Podstawowe składowe Krótkich Interwencji	55
	13 – Zapobieganie nawrotom: pomoc ludziom w powrocie do zdrowienia	60
	14 – Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu	62
	15 – Farmakologiczne leczenie uzależnienia od alkoholu	65
	16 – Arkusz oceny	68
VIII.	Przeźrocza	71
IX.	Bibliografia	94
X.	Podziękowania	95

Niniejszy dokument przygotowany został przez Antoniego Guala, Petera Andersona, Lidę Segurę i Joana Coloma na rzecz sieci Europejskiego Projektu w Podstawowej Opiece Zdrowotnej Dotyczącego Alkoholu (Primary Health Care European Project on Alcohol – PHEPA) i jest wynikiem tego projektu.

Projekt PHEPA współfinansowany jest przez Komisję Europejską oraz Departament Zdrowia Rządu Katalonii (Hiszpania). W projekcie uczestniczą przedstawiciele 17 krajów europejskich. Odpowiedzialność za treść tego dokumentu spoczywa na autorach, a treść nie reprezentuje poglądów Komisji Europejskiej. Komisja Europejska nie odpowiada również za jakikolwiek użytek czyniony z informacji w nim zawartych. Więcej informacji, a także elektroniczną wersję dokumentu, można pobrać ze strony: <http://www.phepa.net>

Dokument ten należy cytować jako: Gual, A., Anderson, P., Segura, L., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona

D.L B–37.358–2005

Departament Zdrowia Rządu Katalonii

Barcelona, 2005–09–14

<http://www.phepa.net>

Projekt okładki: Xavier Cañadell

PRZEDMOWA I UWAGI OGÓLNE

Uwagi dla trenera

Niniejszy podręcznik powstał w wyniku wspólnego wysiłku naukowców i profesjonalistów uczestniczących w europejskim projekcie PHEPA.

Alkohol jest jednym z najważniejszych uwarunkowań zdrowia na świecie, zaś podstawowa opieka zdrowotna (POZ) pełni osiową rolę w zapobieganiu i minimalizowaniu wielkości szkód powodowanych przez alkohol. Niniejszy podręcznik stawia sobie za cel zwiększenie umiejętności, wiedzy, postaw i motywacji profesjonalistów POZ stojących wobec wyzwań, których źródłem są pacjenci pijący alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy.

Problemy związane z alkoholem często są niedostatecznie rozpoznawane w warunkach POZ i zwykle zapomina się o piciu ryzykownym. Lekarze rodzinni mają skłonność do skupiania się na najpoważniejszych i najbardziej widocznych problemach związanych z alkoholem, zapominając często o działaniach zapobiegawczych, które powinny być rutynowo podejmowane wobec osób pijących ryzykownie i szkodliwie. Opierając się na takim założeniu, podręcznik niniejszy stara się przedstawiać problemy alkoholowe jako *continuum* rozciągające się od picia ryzykownego, a sięgające po silne uzależnienie. I choć uzależnienie od alkoholu jest omówione w Sesji V, priorytetem podręcznika są techniki rozpoznawania i krótkiej interwencji, które okazały się efektywne w odniesieniu do kosztów w warunkach POZ.

Niniejszy podręcznik szkoleniowy jest jednym z produktów projektu PHEPA (Europejski Projekt w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Dotyczący Alkoholu) (<http://www.phepa.net>), mającego na celu integrację promujących zdrowie interwencji dotyczących ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu z codzienną kliniczną praktyką profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. Europa znajduje się obecnie w trakcie istotnego procesu integracyjnego zmierzającego ku harmonizacji, który obejmuje także wzorce picia. Projekt PHEPA przyczynia się do harmonizacji odpowiedzi na problemy związane z alkoholem, uwzględniając różnice, z powodu których konieczne jest dostosowanie pakietu treningowego do specyfiki poszczególnych krajów. Różnice te odnoszą się nie tylko do rodzajów napojów alkoholowych czy wzorców picia, ale również do organizacji POZ i placówek specjalistycznych zajmujących się uzależnieniem od alkoholu. Rekomendujemy zatem stanowczo, aby każdy trener dostosowywał rdzeń zawartości niniejszego pakietu treningowego do własnego stylu treningowego, do różniących się potrzeb uczestników kursu, a także do specyfiki kraju.

Inspiracją dla poszczególnych części tego podręcznika był Zespołowy Projekt WHO Dotyczący Rozpoznawania i Postępowania z Problemami Związanymi z Alkoholem w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (<http://www.who-alcohol-phaseiv.net>). W ramach tego badania upowszechnianie rozpoznawania i krótkiej interwencji postrzega się jako powolny, niekiedy trudny i powtarzany proces. Z tego powodu przyjęto założenie, że lepszym podejściem jest wyznaczanie skromniejszych, lecz wykonalnych zadań niż dążenie do zmian radykalnych. Jeżeli w wyniku treningu profesjonalści POZ zaczną zmieniać błędne pojęcia

dotyczące alkoholu, trener powinien czuć się usatysfakcjonowany.

Jak korzystać z podręcznika?

Układ niniejszego podręcznika inspirowany jest Pakietem Umiejętności Dokonywania Zmiany [Skills for Change Package] WHO (Mason i Hunt 1997). Każdej z sześciu sesji treningowych podręcznik przyporządkowuje pięć odrębnych sekcji, co umożliwia trenerowi przygotowanie ich na różnym poziomie treningowym:

- Sekcja **„Wyznaczniki i cele”** zestawia główne zadania, jakie należy wykonać podczas sesji, a także zestawia materiały (Przeźrocza i Ulotki) do wykorzystania.
- Sekcja **„Plan sesji”** wskazuje trenerowi różne tematy do omówienia podczas sesji oraz podaje zalecany czas dla omówienia każdego z nich. W zakresie każdego z tematów trener znajdzie szczegółową informację dotyczącą tego, jak rozwinąć dany temat oraz jakimi materiałami się posłużyć. Chociaż prezento-

wany plan nie jest zbyt ścisły, trener powinien mieć świadomość szerokiego zakresu tematów do poruszenia oraz ograniczonej ilości czasu przeznaczonego zazwyczaj na szkolenie.

- Sekcja **„Notatki w tle”** dostarcza szczegółowych objaśnień i wskazówek, jak poprowadzić każdą z poszczególnych części sesji.
- Sekcja **„Dokumenty robocze”** dostarcza szczegółowych informacji o tematach do opanowania w każdej sesji.
- Sekcja **„Przeźrocza”** oferuje pomoce wizualne do objaśnienia każdej sesji.

Na koniec przypomnieć należy, że chociaż podręcznik uwzględnia najbardziej aktualne dostępne potwierdzone dane, w literaturze nieustannie będą pojawiały się nowe fakty i potwierdzone dane. Zachęcamy trenerów, aby w treść swoich sesji włączali wszelkie ważne nowe wyniki. Zachęcamy do regularnego sprawdzania strony internetowej Europejskiego Projektu w Podstawowej Opiece Zdrowotnej Dotyczącego Alkoholu (PHEPA): <http://www.phepa.net>

SESJA PIERWSZA

Wprowadzenie i pojęcia podstawowe

CEL I ZADANIA

Materiał

Cel

Przedstawienie siebie i programu. Obudzenie zainteresowania sprawami alkoholowymi.

Zadania

Na zakończenie sesji uczestnicy będą:

- Znać ogólne zadania kursu.
- Wiedzieć, jak identyfikować swoje potrzeby i zainteresowania dotyczące postępowania z problemami alkoholowymi.
- Umieć opisywać spożycie alkoholu w kategoriach porcji standardowych.
- Wiedzieć, jak opisać rodzaj potrzebnej interwencji w zależności od wzorca picia.

Dokumenty robocze

1. Koszty zdrowotne i społeczne.
2. Porcje standardowe i wzorce picia.

Przeźrocza

1. Program treningu.
2. Treści programu treningu.
3. Zarys sesji pierwszej.
4. Zespołowy Projekt WHO Dotyczący Rozpoznawania i Postępowania z Problemami Związanymi z Alkoholem w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (<http://who-alcohol-phaseiv.net>).
5. Projekt PHEPA (<http://www.phepa.net>).
6. Alkohol jako czynnik ryzyka złego stanu zdrowia (I).
7. Alkohol jako czynnik ryzyka złego stanu zdrowia (II).
8. Odsetek mężczyzn w Europie z określonym schorzeniem.
9. Ryzyko raka piersi u kobiet.
10. Ryzyko choroby wieńcowej serca.
11. Analiza kosztów i korzyści.
12. Porcje standardowe.
13. Wzorce picia.
14. Poziomy ryzyka i kryteria interwencji.

PLAN SESJI PIERWSZEJ: Wprowadzenie i pojęcia podstawowe

Czas Metody

10 min. 1) Przedstaw siebie i program treningu

Podaj imię i nazwisko, zawód oraz nazwę ośrodka, w którym pracujesz. Przedstaw krótko zarysy sesji (Przeźrocza 1, 2 i 3) oraz sposób, w jaki będą prowadzone. Wyjaśnij, że kurs jest częścią europejskiego projektu PHEPA i związany jest z Zespołowym Badaniem WHO Dotyczącym Alkoholu i POZ; zwięźle przedstaw ich dokonania (Przeźrocza 4–5).
Rozdaj uczestnikom materiały i krótko je opisz.

5 min. 2) Koszty zdrowotne i społeczne – wyjaśnienie

Spróbuj podać jasny, zsumowany obraz kosztów i szkód powodowanych spożywaniem alkoholu. Możesz odwołać się do Dokumentu Roboczego 1 oraz Przeźroczy 6–11. Podaj dane dotyczące regionu i kraju (o ile są dostępne).

3) Dyskusja na temat alkoholu i Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W tym punkcie sprowokuj rozwinięcie się otwartej dyskusji dotyczącej następujących trzech aspektów:

- 5 min. 1. Specyficzne problemy powodowane przez alkohol, które spotykane są przez uczestników kursu w swoich placówkach.
- 5 min. 2. Dotychczasowe reakcje na te problemy.
- 5 min. 3. Nowe inicjatywy, które można podjąć oraz zasoby konieczne do zajęcia się problemami alkoholowymi.

Zapisz wszystkie pomysły. Poproś grupę, aby w każdym z wymienionych aspektów uzgodniła 5 najważniejszych pomysłów, a następnie wypisz je na tablicy. Rzeczą zasadniczą jest rozpoznanie tematów istotnych dla szkolenych.

10 min. 4) Porcje standardowe i wzorce picia

Będziesz musiał przedstawić poziomy ryzykownego spożycia oraz omówić pojęcie „porcji standardowej” (Przeźrocze 12). Wszystkie niezbędne informacje zawarte są w Dokumentcie Roboczym 2. Następnie wyjaśnij krótko pojęcia picia ryzykownego i szkodliwego tak, jak to przedstawiono na Przeźroczu 13.

10 min. 5) Poziomy ryzyka oraz kryteria interwencji

Omów, opierając się na klasyfikacji WHO, różne typy osób pijących, które możemy spotkać oraz rodzaj interwencji, którą należy zastosować w każdym przypadku. Przeżroczcie 14 dostarczy wszystkich koniecznych informacji. Omów z grupą proponowane postacie interwencji, jak również ich stosowność i przydatność dla uczestników. W razie konieczności, dostosuj podawane informacje do standardów swojego kraju.

5 min. 6) Podsumowanie

Krótko podsumuj całą sesję uwypuklając fakt, że alkohol nie tylko prowadzi do kosztów, lecz także do szeregu problemów, z którymi niekiedy trudno sobie poradzić. Wyjaśnij, że będziemy mówić o alkoholu i zdrowiu (a nie po prostu o uzależnieniu od alkoholu). Podkreśl, że kurs będzie użyteczny dla uczestników, dostarczając im stosownych umiejętności i narzędzi.

NOTATKI W TLE

1) Przedstaw siebie i program treningu

Jeżeli szkolenie odbywa się w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, to jego uczestnicy z pewnością się znają. Potrzebne będzie wtedy jedynie nawiązanie właściwego kontaktu między nimi a prowadzącym. W przypadku, gdy uczestniczący się nie znają, niezbędne będzie krótkie przedstawienie się wszystkich.

Możemy zacząć od przedstawienia się i poproszenia uczestników o uczynienie tego samego. Możesz zasugerować zwracanie się do siebie po imieniu (odnosi się to zarówno do prowadzących, jak i do uczestników); ten stopień poufności ułatwi dyskusje na forum grupy oraz dzielenie się trudnościami, jakich doświadczać mogą uczestnicy w trakcie kursu.

Ważną rzeczą jest wyjaśnienie, że kurs zakłada współdziałanie szkolonych, odwołuje się do ich aktualnej wiedzy, ale także dostarcza

nowej wiedzy. „Podstawowymi regułami” kursu będzie to, że uczestnicy pomagają sobie wzajemnie w przyswajaniu nowej wiedzy oraz dzielą się swoimi pomysłami i znajomością tematu.

Typowa lista podstawowych reguł obejmuje następujące:

- Szanuj poufność podczas ćwiczeń. Nie omawiaj spraw osobistych uczestników z kimkolwiek spoza kursu.
- Szanuj cudzy punkt widzenia, nawet jeśli się z nim nie zgadzasz.
- Przybywaj na zajęcia punktualnie i wracaj niezwłocznie po zakończeniu przerw.
- W czasie dyskusji na forum grupy zabieraj głos pojedynczo oraz uważnie wysłuchuj opinii innych osób.
- Szanuj różnice.
- Pytaj, jeżeli masz jakiegokolwiek wątpliwości.

Dobrym pomysłem będzie przypomnienie uczestnikom, że kurs nie jest serią oddzielnych seminariów, lecz stanowi spójną całość.

Każda sesja ma związek z już odbytą oraz z sesjami, które dopiero się odbędą. Uczestnicy muszą zdobyć się na wysiłek wzięcia udziału we wszystkich. Podkreśl, że oczekiwane jest aktywne uczestnictwo szkolonych w ćwiczeniach, gdyż nie jest możliwe wypróbowywanie nowych strategii wobec pacjentów, jeśli nie przećwiczysz się ich najpierw w trakcie sesji. Upewnij uczestników, że nikt – kto nie będzie chciał brać udziału w ćwiczeniach – nie będzie do tego zmuszany.

Przedstawienie całościowego planu kursu oraz usytuowanie go w obrębie projektu PHEPA i Zespołowego Projektu WHO ułatwi uczestniczącym docenienie ciągłości przeprowadzonych działań.

2) Koszty zdrowotne i społeczne – wyjaśnienie

Na początku należy krótko skomentować potrzebę zajmowania się problemami alkoholowymi (WHO 2002a; Anderson i wsp. 2005). Możesz posłużyć się Dokumentem Roboczym 1 i Prześroczami 6–11 wskazanymi w planie sesji. Szczególny nacisk połącz na szkody i zaburzenia powodowane spożywaniem alkoholu.

3) Dyskusja na temat alkoholu i Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Powinieneś zarezerwować około 15 minut na przedyskutowanie realiów i obaw, jakie problem spożywania alkoholu rodzi w placówce podstawowej opieki zdrowotnej szkolonego, aby dostosować swoją interwencję do stosownych potrzeb i charakterystycznych elementów.

Zorganizowanie dyskusji ułatwi zebranie jak największej liczby opinii, które powinieneś następnie wypisać na dużym arkuszu papieru. Na zakończenie możesz poprosić uczestników o uzgodnienie 5-ciu najważniejszych po-

mysłów, bądź też o zaproponowanie lepszego określenia zgłaszanych problemów.

Od czasu do czasu przydatne może być krótkie podsumowywanie zgłaszanych kwestii w formie diagramu. Uczestnicy będą czuli wtedy, że rozumiemy ich i czynnie zwracamy uwagę na ich komentarze (a nie jedynie je odnotowujemy). Zachęci to także grupę do kwalifikowania i dalszego łączenia ze sobą pomysłów.

Kończąc tę dyskusję uczestnicy powinni mieć poczucie, że kurs uwzględni ich potrzeby dotyczące tematów związanych z alkoholem.

4) Porcje standardowe i wzorce picia

Odwołując się do specyfiki własnego kraju, wyjaśnij pojęcie porcji standardowej (Prześroczce 12). Uwypuklij aspekt poświęcania tutaj dokładności pomiaru na rzecz jego prostoty.

Wprowadź pojęcie wzorców spożywania alkoholu (Dokument Roboczy 2 oraz Prześroczce 13) oraz upewnij się, że szkoleni rozumieją różnicę między pijącym ryzykownie, pijącym szkodliwie oraz osobą uzależnioną od alkoholu (poświęć temu szczególną uwagę, ponieważ na ogół szkoleni wykazują skłonność do mylenia pojęć i przyjmowania, że osoby pijące ryzykownie i szkodliwie oraz osoby uzależnione od alkoholu są do siebie „bardzo podobne”).

Przydatne może być zaznaczenie, że nawet ludzie, którzy spożywają alkohol tylko przy pewnych okazjach, stwarzać mogą problemy zarówno sobie, jak i innym. Z tego też powodu bardziej właściwe jest rozważanie promocji zdrowia w szerszym znaczeniu niż tylko skupianie się na problemach uzależnienia od alkoholu.

5) Poziomy ryzyka i kryteria interwencji

Konieczne jest krótkie wyjaśnienie oparte na Prześroczcu 14. Pamiętaj, że w następnych

sesjach szczegółowo wprowadzisz pojęcia oraz kryteria rozpoznania i interwencji. Dlatego obecnie powinienes zarysować jedynie ogólny obraz.

Miej na uwadze, że jest to jedynie sesja wprowadzająca, w czasie której próbujemy się nawzajem poznać i w trakcie której próbujemy zdefiniować szkody powodowane spożywaniem alkoholu. Na tym poziomie dyskusja powinna mieć charakter teoretyczny. Dopiero w trakcie dalszych zajęć zajmiesz się praktyczną stroną problemu omawiając poziomy wdrażania w miejscach pracy szkolonych.

6) Podsumowanie

W tym miejscu prowadzący może jeszcze raz odnieść się do celów sesji i stopniowo podsumować podstawowe idee, które się pojawiły. Ważne jest podkreślenie, że w czasie treningu zajmujemy się alkoholem w aspekcie całościowym, wprowadzając dwie uzupełniające się idee: 1) program treningu próbuje dostarczyć szkolonym użytecznych narzędzi do zajmowania się problemami alkoholowymi w ich otoczeniu oraz 2) choć kurs nie skupia się na uzależnieniu od alkoholu, a raczej na promocji zdrowia, nie można tego osiągnąć bez zajęcia się również najcięższymi przypadkami.

SESJA DRUGA

Wczesne rozpoznawanie

CEL I ZADANIA

Material

Cel

Dostarczenie szkolonym ramowego opracowania dla rozumienia różnych rodzajów problemów związanych ze spożywaniem alkoholu oraz udostępnienie im narzędzi do rozpoznawania.

Zadania

Na zakończenie sesji szkolony będzie w stanie:

- Opisać problemy związane ze spożywaniem alkoholu.
- Posłużyć się testem AUDIT i AUDIT-C. Można mu będzie przedstawić także test SIAC (Systematyczny Wywiad dotyczący Spożycia Alkoholu; ang. Systematic Interview on Alcohol Consumption) lub jakiś inny, poddany walidacji kwestionariusz do rozpoznawania picia ryzykownego oceniający ilość/częstość.
- Odróżniać różne poziomy wdrażania rozpoznawania.

Dokumenty robocze:

3. Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego używania alkoholu.
4. Narzędzia rozpoznawania – ćwiczenie w grupie.
5. Skuteczność krótkich interwencji – wyjaśnienie.

Przeźrocza:

15. Zarys sesji drugiej.
- 16 i 17. Kwestionariusz AUDIT.
18. Kwestionariusz AUDIT-C.
19. Kwestionariusz SIAC.
20. Poziomy wdrażania.
21. Efektywność odniesiona do kosztów (I).
22. Efektywność odniesiona do kosztów (II).

PLAN SESJI DRUGIEJ: Wczesne rozpoznawanie

Czas Metody

5 min. 1) Wstęp

Rozpocznij podsumowaniem sesji poprzedniej oraz poproś o ewentualne pytania. Celem zminimalizowania oporu wyjaśnij, że przy wdrażaniu strategii wczesnego rozpoznawania istnieją różne opcje do wyboru. Jednocześnie pokaż Przeźrocze 15.

15 min. 2) Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego używania alkoholu

Poleć uczestnikom zapoznanie się z Dokumentem Roboczym 3. Wyjaśnij, jak przygotować rejestr spożycia w porcjach standardowych. Prezentując Przeźrocza 16–19, podaj szkolonym niezbędne instrukcje do posłużenia się testem AUDIT oraz kwestionariuszem SIAC. Ten ostatni można zastąpić jakimkolwiek innym standardowym kwestionariuszem do oceny ilości/częstości poddanym walidacji w twoim kraju.

Dodaj to, co jest konieczne, stosując Dokument Roboczy 3.

10 min. 3) Narzędzia rozpoznawania – ćwiczenie w grupie

Podziel uczestników na trzy grupy oraz wyjaśnij, że prowadzimy w parach ćwiczenie rozpoznawania z wywiadem symulowanym. Jedna z grup posłuży się testem AUDIT, inna testem AUDIT-C, a inna użyje kwestionariusza SIAC (lub jego odpowiednika w danym kraju).

Wszyscy szkoleni odgrywający rolę pacjenta powinni posłużyć się modelem przypadku opisanym w Dokumentie Roboczym 4.

10 min. Na zakończenie zanotuj na dużym arkuszu papieru wyniki testów AUDIT, AUDIT-C i kwestionariusza SIAC oraz skomentuj różnice pomiędzy tymi trzema metodami, pytania, stosowalność itp. Szczególną uwagę zwróć na czas związany z każdą z tych technik. Spróbuj uzyskać informacje zwrotne na temat pozytywnych aspektów tych narzędzi.

Poproś szkolonych, aby – zgodnie z Przeźroczem 14 – postawili rozpoznanie i krótko omówili, która forma interwencji byłaby konieczna.

10 min. 4) Poziomy wdrażania

Zaproponuj krótką, 5-minutową wymianę poglądów dotyczącą tego, na ile wybiór-cze powinno być rozpoznawanie prowadzone w placówce opieki zdrowotnej szkolonych i poproś ich o sprecyzowanie roli każdego z profesjonalistów (lekarza, pielę-

gniarki itd.). Na koniec użyj Przeźrocza 20 do opisanego trzech poziomów wdrażania wyżej opisanych form interwencji.

5 min. 5) Skuteczność krótkich interwencji – wyjaśnienia

Zrób krótkie wprowadzenie komentując kluczowe wyniki badań z tego zakresu. Wspieraj się Dokumentem Roboczym 5 oraz Przeźrocami 21 i 22. Na zakończenie sesji wskaż uczestnikom dodatkowe źródła dalszych wiadomości.

NOTATKI W TLE

1) Wstęp

Aby nie prowokować postawy obronnej, ważne jest uprzedzenie z góry naszych słuchaczy, że narzędzi rozpoznawania można używać z różnym stopniem intensywności. Aby wyjaśnić tę ideę, użyj Przeźrocza 20.

2) Rozpoznanie ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu

W tym punkcie musisz upewnić się, że każdy rozumie, jak posłużyć się testem AUDIT (Bohn i wsp. 1995) oraz testem AUDIT-C (Bush i wsp. 1998), a także równoważnikami porcji standardowej najczęściej spożywanych rodzajów napojów alkoholowych. Profesjonaliści POZ dosyć często preferują kwestionariusze oceny ilości/częstości. Powszechnie staje się też odnotowywanie spożycia alkoholu w ujęciu ilość/częstość w komputerowej dokumentacji medycznej. Z tego powodu sugerujemy także zaoferowanie jako alternatywy kwestionariusza SIAC (Gual i wsp. 2001) lub podobnego narzędzia aktualnie stosowanego w twoim kraju.

Szkolonym może się w tym momencie przydać Dokument Roboczy 3.

3) Narzędzia rozpoznawania – ćwiczenie w grupie

Zorganizowanie grup musi przebiegać szybko, ponieważ nie dysponujemy zbyt dużą ilością czasu. Jeżeli masz więcej czasu, można ćwiczenie rozszerzyć, a grupę podzielić na pary, co umożliwi przeprowadzenie wywiadu symulowanego.

W trakcie tego ćwiczenia (Dokument Roboczy 4) będziesz mógł sprawdzić, czy uczestnicy rzeczywiście rozumieją różnice między trzema wzorcami picia, a także omówić wszystkie za i przeciw każdej z metod przesiewu. Spróbuj wzmocnić każdą pozytywną informację zwrotną otrzymaną od słuchaczy w odniesieniu do narzędzi przesiewowych.

4) Poziomy wdrażania

W tym punkcie powinieneś przypomnieć uprzednie nastawienie grupy do przesiewu oraz objaśnić różne poziomy wdrażania (Przeźrocze 20). Wyjaśnij, że kończąc kurs będą mogli wybrać poziom najlepiej odpowiadający ich potrzebom interwencji.

5) Efektywność krótkich interwencji – wyjaśnienie

Podane tutaj szczegóły zależą od potrzeb i zainteresowań grupy. Poleca się wspomnienie (lub dodanie do Dokumentu Robo-

czego 5) wszystkich lokalnych projektów badawczych lub ich wyników opublikowanych od momentu przygotowania niniejszego podręcznika. W zależności od typu słuchaczy trener może rozważyć przeniesienie tego punktu przed poprzedni (czyli przed punkt 4). Tak czy

inaczej, rekomendujemy użycie informacji naukowych dla wsparcia zgłaszanych przez grupę propozycji dotyczących poziomów wdrażania, nie rekomendujemy natomiast posługiwania się nimi w celu kierowania uwagi grupy ku wyższym poziomom przesiewu.

SESJE TRZECIA I CZWARTA

Krótką Interwencja I

CEL I ZADANIA

Cel

Dostarczenie ogólnego obrazu, jak prowadzić krótką interwencję w celu zmniejszenia spożycia alkoholu, w oparciu o model etapów zmiany, stosując podejście motywacyjne.

Zadania

Na zakończenie tych dwóch sesji szkoleni będą znali:

- Etapy oraz procesy zmiany według modelu Prochaski i DiClemente.
- To, jak ustanowić relację pomagania.
- To, jak różne style interwencji stosowane przez profesjonalistów opieki zdrowotnej mogą wzmacniać lub osłabiać opór u pacjentów.
- Podstawowe składowe Krótkich Interwencji.
- Różnice między Minimalną a Krótką Interwencją.
- Jak radzić sobie z nawrotem.

Material

Duży arkusz papieru i pisak albo tablica i kreda.

Dokumenty robocze

6. Model Etapów Zmiany.
7. Procesy zmiany.
8. Ćwiczenie grupowe etapów zmiany: pytania do dyskusji.
9. Ćwiczenie grupowe etapów zmiany: odpowiedzi.
10. Styl komunikowania się w relacji pomagania.
11. Strategie otwierania.
12. Podstawowe składowe Krótkich Interwencji.
13. Zapobieganie nawrotom: pomaganie ludziom w powrocie do zdrowia.

Przeźrocza

23. Zarys sesji trzeciej.
24. Model Etapów Zmiany.
25. Etapy zmiany i cele terapii.
26. Procesy zmiany.
27. Minimalna a Krótka Interwencja.
28. Minimalne Interwencje.
29. Model Komunikacji.
30. Zarys sesji czwartej.
31. Strategie otwierające.
32. Podstawowe składowe Krótkich Interwencji.
33. Co wyzwala nawrót?
34. Pomaganie ludziom w powrocie do zdrowia.

PLAN SESJI TRZECIEJ: Krótka Interwencja I

Czas	Metody
3 min.	1) Wstęp do sesji trzeciej Podsumuj poprzednie sesje i przedstaw treść sesji trzeciej za pomocą Przeźrocza 23. Podkreśl, że sesje trzecia i czwarta dotyczyć będą krótkiej porady.
10 min.	2) Model Etapów Zmiany – wyjaśnienie Na podstawie Dokumentu Roboczego 6 i posługując się Przeźroczem 24 objaśnij etapy zmiany. Podkreśl podstawowe cechy każdego z etapów oraz zadania, które stawiać musimy my, terapeuci (Przeźrocze 25). Poproś szkolonych, aby przedyskutowali kliniczne znaczenie rozpoznawania etapów zmiany.
10 min.	3) Procesy Zmiany – wyjaśnienie Na podstawie informacji, zebranych w Przeźroczu 26 i Dokumentie Roboczym 7, opisz i wyjaśnij, co pomaga ludziom robić postępy w trakcie kolejnych etapów zmian.
7 min.	4) Ćwiczenie grupowe etapów zmiany: pytania do dyskusji i odpowiedzi Poproś grupę o próbę osiągnięcia zgody w ćwiczeniu w Dokumentie Roboczym 8. Jeżeli grupa szkolonych jest bardzo liczna, możesz podzielić ją na mniejsze grupy liczące po 4–8 osób. Poproś następnie, aby grupa sprawdziła swoje odpowiedzi posługując się Dokumentem Roboczym 10.
3 min.	5) Rodzaje interwencji Posługując się Przeźroczem 27, naświetl podobieństwa i różnice pomiędzy interwencją minimalną i krótką.
5 min.	6) Minimalne Interwencje Z pomocą Przeźrocza 28 objaśnij podstawowe składowe minimalnej interwencji nalegając na potrzebę przyjaznego, bezpośredniego i niekonfrontacyjnego stylu. Opierając się na wynikach ćwiczenia rozpoznawania pokaż, jak rozpocząć minimalną interwencję.

8 min. 7) Minimalne Interwencje – ćwiczenie

Zaproś uczestników do przeprowadzenia ćwiczenia praktycznego w parach. Jedną z osób odegra rolę pacjenta opisaną w Dokumencie Roboczym 4. Interwencja rozpoczyna się przedstawieniem pacjentowi wyniku testu AUDIT. Szczególną uwagę poświęć długości trwania ćwiczenia. Powinieneś trzymać się ściśle czasu 3 minut dla każdej interwencji. Po ich upływie zarządz zmianę ról w parze. Unikaj dyskusji ogólnej, odsyłając uczestników do dyskusji zaplanowanej po ćwiczeniu dotyczącym Krótkiej Interwencji.

10 min. 8) Styl komunikowania się w relacji pomagania – wyjaśnienie i ćwiczenie

Postępując się Modelem Gordona (Przeźrocze 29) oraz Dokumentem Roboczym 10 objaśnij, na czym polega styl komunikowania się potrzebny do ustanowienia relacji pomagania. Następnie podziel uczestników na pary i zaproponuj ćwiczenie mające na celu praktykowanie różnych poziomów słuchania:

- Mówiący opowiada o czymś, w odniesieniu do czego ma ambiwalentne uczucia, zaś słuchający:
 - uważnie słucha (1 minuta),
 - udziela mu/jej porady zamiast słuchać (1 minuta).
- Mówiący i słuchający zamieniają się rolami i powtarzają ćwiczenie.

Sprokuj do wypowiedzi oraz skomentuj odczucia, jakich doświadczyli w każdej z tych ról uczestniczący w ćwiczeniu.

3 min. 9) Podsumowanie sesji trzeciej

Dokonaj krótkiego podsumowania skupiając się na znaczeniu zidentyfikowania etapu zmiany u pacjenta oraz dopasowania interwencji do etapu, na jakim znajduje się on obecnie. Podkreśl, że dzięki temu pacjent z większym prawdopodobieństwem będzie bardziej zmotywowany do zmiany niż niechętny do jej podjęcia.

3 min. 10) Wprowadzenie do sesji czwartej

Podsumuj sesję poprzednią oraz przedstaw część poniższą postępując się Przeźroczem 30.

7 min. 11) Strategie otwierające

Wyjaśnij podstawowe strategie otwierające, które pomagają w ustanowieniu dobrej relacji terapeutycznej. Wyjaśnij ich znaczenie oraz podkreśl potrzebę całościowego używania 4. strategii: pytań otwartych, afirmowania, słuchania refleksyjnego i podsumowywania. Wykorzystaj do tego celu Przeźrocza 31 i Dokument Roboczy 11.

14 min. 12) Podstawowe składowe Krótkich Interwencji – wyjaśnienie

Zaprezentuj podstawowe składowe i styl prowadzenia krótkich interwencji. Wykorzystaj do tego celu Prześroczce 32 i Dokument Roboczy 12.

Sesję rozpocznij dyskusją ze szkolonymi na temat znaczenia i wagi trzech idei określających styl i ducha krótkich interwencji:

- Okazuj empatię.
- Wzmacniaj poczucie wiary w skuteczność własną.
- Podkreślaj odpowiedzialność pacjenta.

Pamiętaj o tym, jak ten styl odwołuje się do elementów przedstawionych wcześniej, następnie przedstaw i omów podstawowe składowe krótkich interwencji:

- Dostarcz informacji zwrotnej.
- Udziel porady za przyzwoleniem.
- Oceń gotowość do zmiany.
- Negocjuj cele i strategie.
- Śledź postępy pacjenta.

20 min. 13) Ćwiczenie w parach

Zaproś szkolonych do przeprowadzenia w parach praktycznego ćwiczenia krótkiej interwencji. Jedna z osób odgrywa rolę pacjenta według opisu w Dokumentcie Roboczym 4. Interwencja rozpoczyna się przekazaniem informacji zwrotnej. Po 7 minutach osoby w parze zamieniają się rolami. Starannie pilnuj, aby nie przekraczano czasu. Przeprowadź w grupie dyskusję na temat przebiegu ćwiczenia. Porównaj to ćwiczenie z poprzednim dotyczącym Minimalnej Interwencji. Przedyskutuj, kiedy najlepiej postużyć się każdym z wymienionych typów interwencji.

5 min. 14) Zapobieganie nawrotom – pomaganie ludziom w powrocie do zdrowia

Pracuj z Dokumentem Roboczym 13 i Prześroczkami 24, 33 i 34. Powróć do zagadnienia etapów i procesów zmiany.

8 min. 15) Ćwiczenie w parach

Zaproś szkolonych do pomyślenia o sytuacji z ich własnego życia, w której sami starali się zmienić swoje zachowania i to im się nie udało. Jak się z tym czuli? Dołącz uczestników w pary i poproś, aby opowiedzieli sobie wzajemnie o swoich odczuciach (3 minuty na każdą osobę). Gdy jedna z osób opowiada o swoim doświadczeniu, druga słucha i dzieli się refleksjami.

3 min. 16) Podsumowanie

Uwypuklij kluczowe aspekty sesji i podsumuj ją odwołując się do sesji poprzedniej. Jest rzeczą bardzo ważną przedstawić obydwu sesji jako części jednej całości.

NOTATKI W TLE

1) Wprowadzenie do sesji trzeciej

Krótkie podsumowanie sesji poprzedniej powinno doprowadzić cię do przedstawienia Krótkiej i Minimalnej Interwencji jako zagadnienia stanowiącego rdzeń kursu. Dopilnuj, aby wystarczająco podkreślić, że choć będziemy również omawiali sposoby leczenia uzależnienia, podstawowym celem kursu jest nauczenie się wdrażania krótkiej interwencji wobec osób pijących szkodliwie i ryzykownie.

2) Model Etapów Zmiany – wyjaśnienie

Wstępne wyjaśnienie (Prochaska i DiClemente 1986) musi być proste (Przeźrocza 24, 25 oraz Dokument Roboczy 6). Dalsze wyjaśnianie tych procesów uszczegóławia złożoność modelu. Zanim jednak rozpoczniesz tę część, sprawdź na ile słuchacze zaznajomieni są z tym modelem. Jeżeli był on już wcześniej wyjaśniony w trakcie innych kursów ustawicznego szkolenia medycznego, możesz omówić go krótko lub nawet zastąpić ćwiczenie w grupie ogólną dyskusją na temat użyteczności modelu.

3) Procesy zmiany – wyjaśnienie

Oprzyj swoje wyjaśnienia na Dokumentcie Roboczym 7 i Przeźroczu 16. Procesy zmiany (Prochaska i DiClemente 1986) to działania lub strategie radzenia sobie w podejmowanych przez ludzi próbach zmian. Każdy proces zmiany to szeroka kategoria różnych sposobów radzenia sobie obejmująca liczne techniki, metody i interwencje. Istnieją dwa typy procesów: poznawczy (obejmujący zmiany w sposobie myślenia i odczuwania ludzi) oraz behawioralny (obejmujący zmiany w ich zachowaniu).

4) Ćwiczenie grupowe etapów zmian: pytania do dyskusji oraz odpowiedzi

Zanim zaczniesz, poleć uczestnikom przeczytanie nagłówka. Ćwiczenie to przeprowadzać można również po objaśnieniu procesów zmiany; pomoże ono szkolonym zrozumieć i ugruntować wiedzę zdobytą w wyniku wyjaśnień oraz zastosować ją w prawdziwych sytuacjach życiowych. W praktyce nie będzie czasu na przedyskutowanie „poprawnych odpowiedzi” na każde z pytań. Najlepszym sposobem wykorzystania czasu przeznaczonego na dyskusję będzie upewnienie się, że uczestnicy rozumieją, o którym z procesów dyskutują, oraz jak ma się on do etapów zmiany. Podkreśl okoliczność, że granice pomiędzy poszczególnymi etapami nie zawsze będą wyraźne i że w przypadku wątpliwości zasadą powinno być odnoszenie się do najmniej zaawansowanego etapu. Użyj Dokumentów Roboczych 8 i 9.

5) Rodzaje interwencji

Ważnym będzie podkreślenie w tym miejscu, że zarówno Minimalne, jak i Krótkie Interwencje opierają się na wykorzystaniu zdolności pacjenta do zmieniania swoich nawyków. Podkreśl ponadto, że Minimalne Interwencje nadają się do działań podejmowanych „przy okazji”, podczas gdy Krótkie Interwencje są bardziej czasochłonne i wymagają uprzedniego zaplanowania. Uwypuklij fakt, że Minimalne Interwencje skupiają się na udzieleniu porady, natomiast Krótkie Interwencje skupione są na motywowaniu pacjenta. Użyj Przeźrocza 27.

6) Minimalne Interwencje

Za pomocą Przeźrocza 28 przedstaw podstawowe składowe Minimalnej Interwencji (Whitlock i wsp. 2004). Sprawą zasadniczą jest tutaj podkreślenie konieczności popro-

szenia pacjenta o zgodę zawsze przed udzieleniem porady. Jeżeli szkoleni zadają pytania dotyczące konieczności proszenia o zgodę, odpowiadaj im krótko i odsyłaj ich do sesji następnej, w trakcie której kwestia ta omawiana będzie w kontekście Krótkich Interwencji.

7) Minimalne Interwencje – ćwiczenie

W części tej należy stale brać pod uwagę ograniczenia czasowe. Ćwiczenie to powinniśmy rozpocząć stwierdzeniem typu: „W kwestionariuszu AUDIT, który właśnie Pan/i wypełnił/a, uzyskał/a Pan/i wynik 12”. Następnie powinno paść stwierdzenie w rodzaju: „Czy chciałby/aby Pan/i dowiedzieć się, co oznacza taki wynik?” lub „Czy mógł(a)bym wyjaśnić Panu/i, co taki wynik może oznaczać dla Pana/i dobrego samopoczucia?” albo jakieś inne zdanie o podobnym charakterze. Aby nie przekroczyć określonego przedziału czasu należy ponownie odesłać uczestników do następnej sesji – do dyskusji nad ćwiczeniem następującym po ćwiczeniu dotyczącym Krótkiej Interwencji, gdzie obydwa ćwiczenia będą omawiane łącznie.

8) Styl komunikacji w relacji pomagania – wyjaśnienie i ćwiczenie

Czynne słuchanie jest zestawem technik, którymi może posłużyć się profesjonalista opieki zdrowotnej dla ustanowienia dobrej relacji pomagania. W tej części należy położyć nacisk zarówno na stosowanie pytań otwartych, jak i słuchanie refleksyjne. Po krótkim przypomnieniu czym są pytania otwarte, posłuż się modelem Gordona (1970) (Przeźrocze 29) dla podkreślenia, że słuchanie refleksyjne jest sposobem na odgadywanie tego, co tak naprawdę chce powiedzieć pacjent (użyj Dokumentu Roboczego 10).

Na ogół ludzie mają trudność z wykonaniem zadania postawionego w ćwiczeniu do-

tyczącym słuchania; prowadzący może być zmuszony do przemieszczania się między grupami celem przypominania uczestnikom, co powinni robić. Fakt, że dana osoba „nie słucha” jest szczególnie raniący dla obu stron. W ćwiczeniu tym należy dokładnie kontrolować czas; komentarze uczestników odnoszące się do właśnie tego aspektu brzmiały: „jedną z interesujących rzeczy jest to, że w odczuciu subiektywnym minuta jest dwa lub trzy razy dłuższa, gdy nikt cię nie słucha”.

Aby pomóc szkolonym zrozumieć zagadnienie, możesz na zakończenie ćwiczenia zapytać:

- Co czujeś, gdy inne osoby cię nie słuchały albo słuchały połowicznie?
- Jakie są cechy złego słuchania lub słuchania połowicznego?
- Jakie są cechy dobrego słuchania?

9) Podsumowanie sesji trzeciej

W podsumowaniu raz jeszcze konieczne jest podkreślenie, jak ważna jest umiejętność słuchania oraz ustanawiania dobrej relacji pomagania, a także uzmysłowienie szkolonym, że adresaci naszych działań nie wykazujący skłonności do zmiany nawyków stają się tym działaniom niechętni, jeżeli działania te mają zbyt bezpośredni charakter.

10) Wstęp do sesji czwartej

Zwróć szczególną uwagę na przypomnienie szkolonym, że sesje trzecia i czwarta stanowią część jednej całości, oraz że podstawowe zagadnienia przedstawione w sesji poprzedniej będą w dalszym ciągu omawiane w trakcie sesji obecnej (Przeźrocze 30).

11) Strategie otwierające

Tutaj ważne będzie zaprezentowanie słuchania refleksyjnego, pytań otwartych, podsumowań oraz afirmacji jako podstawowych

strategii otwierających. Szczególną uwagę należy poświęcić przekazaniu uczestnikom idei, że wszystkie te techniki należy stosować łącznie. Przydatne w tym celu będą Przeźrocze 31 i Dokument Roboczy 11. Staraj się, aby idea ta brzmiała dla uczestników nieskomplikowanie: jeśli pojawia się zmiana tematu, podtrzymuj ją; jeśli pojawia się opór, zmień strategię. Ponieważ nie ma zbyt wiele czasu, nie wdawaj się w szczegóły dotyczące tego, jak radzić sobie z oporem albo, jak podtrzymać zmianę tematu. Zainteresowanych odsyłaj do książki Millera i Rollnicka (2002).

12) Podstawowe składowe krótkiej interwencji – wyjaśnienie

Zasadniczą sprawą będzie tu wyraźne rozróżnienie pomiędzy duchem a treścią krótkiej interwencji (Alcohol CME 2004). Można użyć porównania ich do muzyki i słów piosenki. Następnie, konieczne będzie szczegółowe omówienie każdego z zagadnień przedstawionych na Przeźroczu 32 i w Dokumentcie Roboczym 12. Pamiętaj o tym, że jest to zagadnienie stanowiące rdzeń całego szkolenia i zasadniczą sprawą będzie skupienie na nim tyle uwagi, ile będzie potrzebne.

13) Ćwiczenie w parach

Bardzo ważne jest uświadomienie szkolonym, że proponowany tutaj styl jest spójny z modelem etapów zmiany i strategiami otwierającymi wyjaśnionymi uprzednio. Na zakończenie tego ćwiczenia szkoleni powinni umieć łączyć w swoim działaniu umiejętności ćwiczone w sesji trzeciej i czwartej: etapy zmiany, strategie otwierające i krótką interwencję.

Po ćwiczeniu powinna odbyć się dyskusja grupowa. Należy omówić ograniczenia czasowe. Trener powinien skorzystać z okazji i zauważyć, że w miarę jak uczestnikom przybiera doświadczenia, czas potrzebny na wyko-

nanie zadania ulega skróceniu (pomocne będą tu przykłady typu „Jak to było, gdy po raz pierwszy prowadziłeś samochód, zjeżdżałeś na nartach, wsiadłeś na rower itp.”).

14) Zapobieganie nawrotom: pomaganie ludziom w powrocie do zdrowia

W tej części sesji trenerzy powinni mieć dwa priorytety: po pierwsze, powinni mieć pewność, że każdy z uczestników rozumie, że nawrót jest nie tylko naturalnym zjawiskiem w uzależnieniach, lecz jest także naturalną częścią procesu zmiany i po drugie, że szkoleni powinni odwoływać się do swoich osobistych doświadczeń związanych z nawrotami po to, aby pomagało im to zmieniać swoje nastawienie do „nawrotowców” (Marlatt i Gordon 1985).

Szczególną uwagę należy poświęcić różnieniu pomiędzy wpadką a nawrotem. Należy podkreślić znaczenie krótkiej interwencji w przypadku nawrotów. Szkolonym powinno się ponadto zwrócić uwagę na fakt, że dobra relacja terapeutyczna może owocować tym, że pacjent wcześniej poszuka pomocy. Wreszcie, trzeba uwypuklić znaczenie wspierających, nie osądzających postaw wobec pacjentów znajdujących się w nawrocie.

15) Ćwiczenie w parach

Jak powiedziano powyżej, ćwiczenie to ma za zadanie pomóc szkolonym odnieść się do własnych nawrotów. Jego celem jest uświadomienie im, że nawrót jest w procesie zmiany rzeczą „normalną”. Należy pokazać nawrót jako okazję do uczenia się. Trzeba też omówić potrzebę przyjęcia postawy wspierającej.

16) Podsumowanie

Podsumowanie musi obejmować treści sesji drugiej, trzeciej i czwartej, i przedstawiać krótką interwencję jako spójny proces zaczy-

nający się wraz z wykryciem u pacjenta picia ryzykownego, trwający w miarę jak rozpoznajemy etap zmiany – na jakim znajduje się pacjent – i kończący się zastosowaniem krótkiej interwencji w jej zasadniczych komponentach oraz w stylu motywującym pacjenta. Należy uwypuklić fakt, że jest to proces oraz podkreślić uprzywilejowaną pozycję profesjonalisty POZ. Jako przykład użyteczne może być przypomnienie uczestnikom, że monitorowanie postępów oraz zapobieganie nawrotom to dwie kluczowe strategie, jakimi mogą się oni posługiwać w swojej codziennej praktyce.

Uwaga specjalna

Omówione wyżej sesje charakteryzują się bardzo ścisłym planem. Ważne jest, aby przejść przez całą zawartość obu sesji. Tam, gdzie to możliwe, można rozbić treść na dwie jednostki oraz poświęcić więcej czasu na ćwiczenia praktyczne.

SESJA PIĄTA

Uzależnienie od alkoholu

CEL I ZADANIA

Cel

Przekazanie uczestnikom jasnych wytycznych i koniecznych zasobów dla interweniowania w przypadkach uzależnienia od alkoholu.

Zadania

Na zakończenie sesji szkoleni będą wiedzieć:

- jak diagnozować uzależnienie od alkoholu,
- jak rozróżnić przypadki, które należy odesłać od tych, które mogą być leczone w ich placówce opieki zdrowotnej,
- jak wypracować właściwe wskazania do odtruwania (detoksykacji) i rehabilitacji.

Material

Duży arkusz papieru i pisak albo tablica i kreda.

Dokumenty robocze

14. Diagnostyczne kryteria uzależnienia od alkoholu.
15. Leczenie farmakologiczne uzależnienia od alkoholu.

Tablice

35. Zarys sesji piątej.
36. Kryteria diagnostyczne.
37. Leczenie w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.
38. Kiedy skierować do leczenia specjalistycznego.
39. Kryteria detoksykacji.
40. Wskazania do detoksykacji pacjenta ambulatoryjnego.
41. Przeciwwskazania do detoksykacji pacjenta ambulatoryjnego.
42. Zmniejszanie dawek odtruwających w detoksykacji ambulatoryjnej.
43. Leczenie rehabilitacyjne.
44. Kryteria leczenia łączonego.

PLAN SESJI PIĄTEJ: Uzależnienie od alkoholu

Czas Metody

5 min. 1) Burza mózgów

Jako wprowadzenia do sesji użyj Przeźrocza 35.

Poproś szkolonych, aby wyjaśnili, co dla nich znaczy uzależnienie od alkoholu, oraz aby podali kryteria definiowania uzależnienia. Jasno sprecyzuj, że muszą zgłaszać wszystkie pomysły, które przychodzą im do głowy; odnotuj je na dużym arkuszu papieru. Pamiętaj o tym, że nie jest to moment na omawianie tych pomysłów.

10 min. 2) Kryteria diagnostyczne – wyjaśnienie

Posłuż się kryteriami ICD-10 i wyjaśnij je używając Przeźrocza 36. Unikaj zamieszania wśród szkolonych przez przywoływanie innych kryteriów (jeżeli szkoleni zapytają o DSM-IV, krótko odeślij do nich).

Możesz posłużyć się Dokumentem Roboczym 14.

3) Kryteria leczenia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej

10 min. Rozpocznij ten punkt dyskusją na temat „Którzy pacjenci powinni być skierowani, a leczenie których powinno się prowadzić w podstawowej opiece zdrowotnej?” Sporządź listę.

Wyjaśnij proponowane kryteria używając Przeźroczy 37 i 38 oraz omów je z uczestnikami.

20 min. Wytoczne detoksykacji i rehabilitacji: wyjaśnij leczenie i wskazania opierając się na Przeźroczach 39–43 i Dokumencie Roboczym 15. Wyjaśnij wszelkie wątpliwości, jakie mogą się pojawiać.

10 min. 4) Kryteria leczenia łączonego

Wyjaśnij kryteria dla przypadków leczenia łączonego posługując się Przeźroczem 44 oraz omów je ze szkolonymi. Nalegaj na ideę elastyczności i koordynacji.

NOTATKI W TLE

1) Burza mózgów

Celem tej aktywności jest zorientowanie się, jaki jest poziom wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu wśród szkolonych. Dzięki temu będziesz mógł odpowiednio dostosować wyjaśnienia i unikać wyjaśniania rzeczy już szkolonym wiadomych lub, przeciwnie, unikniesz pomijania zagadnień, których nie znają.

Może to również pomóc szkolonym zorientować się, co rzeczywiście wiedzą, a czego nie wiedzą. Będzie też dobrą okazją do przekształcania typowych uprzedzeń w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu, postrzeganych często jako ludzie słabi i złośliwi.

2) Kryteria diagnostyczne – wyjaśnienie

W punkcie tym należy udzielić prostego wyjaśnienia opartego na Dokumentie Roboczym 14 i z użyciem Prześrocza 36. Pomocnym będzie dodanie, że kryteria określające uzależnienie od alkoholu (WHO 2003) są jakościowe, a nie ilościowe. Przypomnij, że przy definiowaniu picia ryzykownego kryteria były w większości ilościowe.

Chociaż możemy posługiwać się zarówno kryteriami DSM, jak i ICD, to skupiając się tylko na jednym z nich unikniemy wywoływania zamieszania wśród szkolonych. Z uwagi na fakt, że niniejszy program treningowy jest częścią projektu europejskiego, oraz że inspirowany jest wcześniejszymi pakietami treningowymi WHO, sugerujemy tutaj kryteria ICD-10 jako kryteria pierwszego wyboru.

3) Kryteria leczenia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej

Tę część rozpocznij dyskusją na temat tego, których pacjentów należy skierować do ośrodków specjalistycznych, a których leczyć

w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Powinieneś oczekiwać tutaj żywej dyskusji. Uważaj na plan sesji, ponieważ dyskusja taka może zabrać dużo czasu. Kiedy w dyskusji wypłyną już główne zagadnienia, posłuż się Prześrocami 37 i 38, i spróbuj osiągnąć zgodę co do podanych tam kryteriów (Servei Catala de la Salut 1996; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2003).

Pamiętaj, że zagadnienia te ponownie będą omawiane w czasie sesji szóstej, w ramach omawiania odrębności lokalnych odnoszących się do twojego kraju bądź regionu.

Wyjaśnij proces detoksykacji posługując się Prześrocami 39–42 oraz Dokumentem Roboczym 15. Staraj się przedstawić to zagadnienie najprościej, jak to możliwe oraz podkreśl fakt, że mamy do czynienia z nieskomplikowanymi technikami nadającymi się do bezpiecznego stosowania w POZ przez lekarzy po treningu. Podkreśl, że leczenie jest czymś, co daleko wykracza poza samo odtrucie (detoksykację), którą należy widzieć jako punkt wyjścia.

Uwypuklij wagę ustanowienia silnego sojuszu terapeutycznego i regularnych wizyt kontrolnych w trakcie procesu rehabilitacji. W tej fazie ważne jest zachęcenie szkolonych, aby przywiązywali mniejszą wagę do natychmiast widocznych skutków osiągniętych dzięki zastosowaniu środków farmakologicznych, natomiast bardziej uświadamiali sobie znaczenie wsparcia i działań ludzkich. W zależności od lokalnych preferencji co do stosowania leczenia farmakologicznego, można podać różne wyjaśnienia i inaczej rozłożyć akcenty towarzyszące temu tematowi. W tym punkcie ważne będzie, by nie przedstawiać leków przeciwlaknieninowych (akamprozat, naltrekson) i awersyjnych (disulfiram etc.) jako magicznych pigułek. Istotne jest przekazanie idei, że leki te są użytecznymi narzędziami, które mogą być zastosowane w procesie rehabilitacji (Prześro-

cze 43), ale że kluczowym elementem jest zawsze sojusz terapeutyczny, który wspiera postanowienie pacjenta rozwiązania swojego problemu alkoholowego.

4) Kryteria leczenia łączonego

Opierając się na kryteriach ustalonych podczas niniejszej sesji (Przeźrocza 38 i 44) należy przeprowadzić krótką dyskusję o tym, jak rozpoznać pacjentów, wobec których postępowaniem bardziej odpowiednim będzie leczenie łączone.

Pamiętaj o tym, że głównym celem tych sesji jest promowanie wykrywania przez profesjonalistów POZ osób pijących ryzykownie. Nie oczekuje się od nich leczenia osób silnie uzależnionych od alkoholu, stąd możliwość skierowania pacjentów jest sposobem na zmniejszenie niechęci profesjonalistów POZ do zajmowania się osobami pijącymi ryzykownie.

Może się zdarzyć, że zabraknie ci już czasu. W takim przypadku zalecalibyśmy włączenie tej części do sesji szóstej.

SESJA SZÓSTA

Wdrażanie Programu Alkoholowego WRKI

CEL I ZADANIA

Cel

Osiągnięcie z profesjonalistami POZ zgody co do tego, w jaki sposób w ich własnej placówce POZ można wdrożyć program alkoholowy Wczesnego Rozpoznawania i Krótkiej Interwencji (WRKI).

Zadania

Na zakończenie sesji należy doprowadzić do uzgodnienia w następujących kwestiach:

- Poziomu implementacji technik WRKI, które mogą zostać przyswojone w placówce POZ szkolonego.
- Kryteriów kierowania obejmujących wytyczne kiedy, jak i do kogo kierować tzw. trudnych pacjentów.
- Poziomu treningu i wsparcia potrzebnych, aby kontynuować działania w zakresie WRKI.
- Szczegółowego porozumienia w sprawie tego, jacy pacjenci powinni być objęci leczeniem poprzez opiekę łączyoną i sposobów jak ją koordynować.

Materiały

Duży arkusz papieru i pisak albo tablica i kreda.

Dokumenty robocze

16. Arkusz ewaluacyjny

Przeźrocza:

2. Treści programu szkoleniowego.
20. Poziomy wdrażania.

Ze względu na to, że sesja niniejsza ma być dostosowana do potrzeb i specyfiki danego kraju, oczekuje się, że trenerzy wybiorą dodatkowe miejscowe materiały, o których sądzą, że mogą być pomocne.

PLAN SESJI SZÓSTEJ: Wdrażanie Programu Alkoholowego WRKI

Czas Metody

10 min. 1) Wprowadzenie

Podsumuj bardzo krótko treść poprzednich 5 sesji. Podkreśl, że w warunkach POZ priorytet należy przyznać działaniom WRKI. Możesz użyć Przeźrocza 2.

10 min. 2) Dyskusja w grupie

Rozpocznij dyskusję dotyczącą „za” i „przeciw” zajmowania się w POZ sprawami alkoholowymi. Bądź neutralny i spróbuj sprawić, że każda wygłoszona opinia znajdzie swoje odbicie na liście, którą widzi każdy z uczestników. Celem nie jest tu dyskusja, ale poznanie wszystkich za i przeciw.

20 min. 3) Praca w małych grupach

Podziel szkolonych na małe grupy składające się z 3–4 osób. Opierając się na sporządzonej uprzednio liście oraz posługując się Przeźroczem 20 poproś ich, aby w każdej z grup doszli do uzgodnień w następujących sprawach:

- Jaki poziom wdrożenia jest możliwy do osiągnięcia w ich placówce POZ.
- Jaki poziom wsparcia potrzebny im byłby ze strony ośrodków specjalistycznych.
- Jakie kroki należałoby – ich zdaniem – podjąć od razu.

10 min. 4) Zajęcia plenarne

Przejdź przez powyższe 3 punkty i spróbuj osiągnąć ogólne porozumienie oparte na najniższych poziomach uzgodnień. Miej na uwadze to, że lepiej jest poprzestać na niskim poziomie implementacji przy wysokim poziomie zgody poświęcenia się temu niż odwrotnie.

10 min. 5) Ewaluacja i zakończenie

Pokrótkce przypomnij uczestnikom ogólne treści programu treningu, osiągnięte porozumienia oraz następne kroki, które należy podjąć. Krótko omów wszelkie komentarze, które mogą się pojawić, a następnie zakończ sesję dziękując szkolonym za ich zainteresowanie. Podkreśl znaczenie wypełnienia formularza ewaluacji (Dokument Roboczy 16) przed opuszczeniem sali przez szkolonych. Na to zadanie przeznacz 5 minut.

NOTATKI W TLE

1) Wprowadzenie

W tym miejscu dokonać należy ogólnego przeglądu treści całego programu. Jego celem jest przedstawienie alkoholu jako złożonego i ważnego zjawiska, z podkreśleniem dwóch zasadniczych idei: a) profesjonalści POZ zajmują osiowe miejsce z uwagi na możliwość wczesnego rozpoznawania pijących ryzykownie oraz b) jeżeli wykonując badanie przesiewowe w kierunku picia ryzykownego pojawiają się poważniejsze problemy, to mają obecnie narzędzia pozwalające im zdecydować, czy pacjentów takich należy skierować do specjalistycznego ośrodka. Na tym etapie ważne jest, abyś jasno i prosto przekazał następującą informację: „Dokonaj przesiewu w kierunku spożycia alkoholu, doradź pijącym ryzykownie, rozpoznaj problemy alkoholowe oraz skieruj pacjentów, których nie jesteś w stanie leczyć”.

2) Dyskusja w grupie

Celem dyskusji w grupie jest mobilizowanie szkolonych. Bądź neutralny. Kwestia alkoholu musi być przedstawiona jako bardzo złożona, sięgając od humorystycznych aspektów do bardzo poważnych chorób. Spróbuj wywołać żywą dyskusję skupiającą się na profesjonalistach POZ. Istotą nie jest tu budzenie świadomości wagi problemów alkoholowych, ale promowanie prawdziwych debat na temat wszelkich „za i przeciw” co do roli profesjonalistów spotykających się z problemami alkoholowymi w warunkach POZ. Tak więc, omawiać należy takie zagadnienia jak: problemy etyczne, praktyczne następstwa zajmowania się i nie zajmowania się alkoholem oraz

podobne. Oto przykłady tematów, które trener może podnosić w dyskusji:

- Jakie są etyczne implikacje stosowania/niestosowania WRKI w waszej praktyce klinicznej?
- Jakie są główne przeszkody w promowaniu wdrażania WRKI w placówce szkolonego?
- Jakie są najlepsze okazje do przeprowadzenia WRKI w placówce szkolonego?

Dyskusję należy przerwać zanim wygaśnie ona samoistnie, tak aby pozostawić uczestników z chęcią dalszego wypowiedzania się. Wszystkie główne pojawiające się tematy należy zapisać w punktach w widocznym miejscu i powinno się je wykorzystać jako wprowadzenie do następnej części sesji.

3) Praca w małych grupach

Podziel uczestników na małe grupy (od 3 do maksymalnie 5 osób). Zasadniczą sprawą będzie tu uformowanie małych grup, jako że grupy większe wykazują trudności w osiągnięciu porozumienia. Poproś grupy, aby doszły do porozumienia co do tematów, które wypłynęły w dyskusji na forum całej grupy. Z tego porozumienia powinna wyłonić się odpowiedź na trzy niżej sformułowane pytania:

- Jaki poziom wdrażania jest możliwy do osiągnięcia w ich placówce POZ?
- Jakiego poziomu wsparcia potrzebowałyby ze strony ośrodków specjalistycznych?
- Jakie kroki powinny być ich zdaniem podjęte od razu?

Możesz poprosić, aby uczestnicy zapisali te pytania i udzielili na nie odpowiedzi później. W tej części sesji powinniście zachęcać szkolonych, by byli bardzo dokładni, praktyczni i realistyczni zajmując się rzeczywistymi stanami i mówiąc o działaniach możliwych do wykona-

nia. Jak najbardziej właściwe jest zwrócenie uwagi na kwestie praktyczne jak: kiedy i gdzie należy się spotykać, dokąd zadzwonić itp. Podkreśl znaczenie przyjrzenia się następnym krokom, które w opinii uczestników powinny zostać niezwłocznie podjęte.

4) Zajęcia plenarne

W tej części wszystkie małe grupy powinny przedstawić swoje, zapisane wcześniej, odpowiedzi na wyżej podane trzy pytania. Proś, aby wnioski zostały przedstawione bardzo zwięźle. Pracą trenera będzie tutaj wskazanie odpowiedzi najczęściej powtarzających się oraz uwypuklenie najniższych poziomów osiągniętej zgody. Najniższe poziomy, co do których osiągnięto porozumienie, powinny być przedstawione jako minimalne standardy, co do których osiągnięto zgodę. Priorytet powinien być nadany przez trenera zaangażowaniu, co oznacza, że uzgodnienie co do pożądanych poziomów wdrażania WRKI należy używać opierając się na postrzeganym zaangażowaniu szkolonych. Należy przedkładać niski poziom wdrażania przyjęty z wysokim zaangażowaniem niż bardziej ambitne cele, które mogą wywoływać opór u niektórych spośród szkolonych.

5) Ewaluacja i zakończenie

Ten punkt jest szczególnie ważny, jako że pozostające dłużej w pamięci uczestników wra-


żenie ze szkolenia podkreślone będzie tym, co wydarzyło się w jego ostatnich minutach. Sprawą zasadniczą będzie pilnowanie czasu, aby mieć pewność, że co najmniej 10 minut zostanie poświęcone na końcową część sesji. Treść tej części sesji można zorganizować elastycznie, ale podstawowymi składowymi zamknięcia powinno być:

- Podziękowanie wszystkim uczestnikom za obecność i udział.
- Pokazanie, jak interesująca dla Ciebie była praca z nimi.
- Bardzo krótkie podsumowanie ogólnych treści programu szkoleniowego.
- Prośba o krótkie komentarze od uczestników.
- Szczegółowa relacja z osiągniętych uzgodnień.
- Podsumowanie dalszych kroków, które należy wykonać.

Tę część sesji należy prowadzić bardzo żywo w taki sposób, by uniknąć sytuacji, że uczestnicy zaczynają pojedynczo wychodzić z sali. Szczególną uwagę zwróć też na uzyskanie arkuszy ewaluacyjnych od wszystkich uczestników. Unikniesz nieotrzymania ich od osób zmuszonych wyjść wcześniej ogłaszając na początku sesji, że nawet takie osoby, które się spieszą, powinny wypełnić arkusze ewaluacyjne, zanim wyjdą.

Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna

**Program treningu
w zakresie rozpoznawania
i krótkiej interwencji**

A decorative graphic consisting of several light blue stars of varying sizes scattered across the white background of the lower section.

**DOKUMENTY
ROBOCZE**

DOKUMENT ROBOCZY 1

Zdrowie a koszty społeczne – Wyjaśnienie

Unia Europejska jest tym obszarem, w którym odsetek pijących i poziomy spożycia alkoholu w populacji są najwyższe na świecie. Alkohol jest trzecim najważniejszym czynnikiem ryzyka powodującym zły stan zdrowia i przedwczesny zgon, po paleniu tytoniu i nadciśnieniu tętniczym, ważniejszym niż wysokie poziomy cholesterolu i nadwaga. Poza tym, że jest substancją uzależniającą i że powoduje około 60 różnego rodzaju schorzeń oraz urazów, alkohol odpowiada za szeroko rozpowszechnione szkody społeczne, psychiczne oraz emocjonalne, w tym przestępstwa i przemoc w rodzinie, doprowadzając tym samym do ogromnych kosztów dla społeczeństwa. Alkohol przynosi szkody nie tylko pijącemu, ale i osobom z otoczenia pijącego, w tym nienarodzonym dzieciom, dzieciom, członkom rodzin, a także ofiarom przestępstw, przemocy oraz wypadków powodowanych po alkoholu przez nietrzeźwych kierowców.

Alkohol zwiększa ryzyko szkód społecznych w szerokim zakresie, w sposób zależny od dawki, przy braku potwierdzonych danych o efekcie progowym. W odniesieniu do danej osoby pijącej, im wyższe spożycie alkoholu, tym wyższe jest ryzyko. Szkody powodowane przez picie innej osoby sięgają od społecznych dokuczliwości, takich jak wybudzanie w nocy, poprzez konsekwencje poważniejsze, takie jak rozkład życia małżeńskiego, molestowanie dzieci, przestępczość i przemoc, aż po zabójstwo. Na ogół, im poważniejsze przestępstwo lub uraz, tym bardziej prawdopodobny jest w nim udział alkoholu. Szkody wyrządzane innym są poważną przesłanką do

interweniowania przy ryzykownym lub szkodliwym spożywaniu alkoholu.

Alkohol jest przyczyną urazów ciała, zaburzeń psychicznych i zachowania, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, nowotworów, chorób sercowo-naczyniowych, zaburzeń immunologicznych, chorób kości, układu rozrodczego oraz szkód prenatalnych. Alkohol zwiększa ryzyko tych chorób i urazów w stopniu zależnym od dawki przy braku potwierdzonych danych o efekcie progowym. Im wyższe jest spożycie alkoholu, tym ryzyko jest większe.

Spożywanie małych dawek alkoholu zmniejsza ryzyko choroby serca, choć dokładny stopień redukcji ryzyka oraz poziom spożycia alkoholu, przy którym stopień redukcji jest największy, są jeszcze dyskutowane. Badania lepszej jakości oraz badania uwzględniające inne możliwe czynniki oddziałujące stwierdzają mniejszy stopień tego ryzyka i przy niższych poziomach spożycia alkoholu. Największe zmniejszenie ryzyka można uzyskać przy spożyciu średnio 10 g alkoholu co drugi dzień. Powyżej 20 g alkoholu dziennie ryzyko choroby wieńcowej serca rośnie. Wygląda na to, że to raczej alkohol jako taki zmniejsza to ryzyko, nie zaś jakiś konkretny rodzaj trunku. Wypijanie większych ilości przy jednej okazji zwiększa ryzyko arytmii serca i nagłego zgonu z przyczyn wieńcowych.

Ryzyko zgonu spowodowanego alkoholem jest wynikiem zestawienia ryzyka z powodu chorób i urazów, które alkohol zwiększa, i ryzyka z powodu choroby wieńcowej, które alkohol spożywany w niewielkich ilościach zmniejsza. Poziom spożycia alkoholu, przy którym ryzyko zgonu jest najmniejsze, wynosi zero (lub prawie zero) u kobiet poniżej

65 r.ż., oraz poniżej 5 g dziennie u kobiet w 65 r.ż. i starszych. U mężczyzn poziom spożycia, przy którym ryzyko zgonu jest najmniejsze, wynosi zero poniżej 35 r.ż., około 5 g dziennie w wieku średnim oraz poniżej 10 g dziennie u osób w 65 r.ż. i starszych.

Po zmniejszeniu lub zaprzestaniu picia alkoholu pojawiają się korzyści zdrowotne. Jeśli alkohol zostaje odstawiony, wszystkie ostre zagrożenia mogą być całkowicie zniwelowane. Nawet przy chorobach przewlekłych, takich jak marskość wątroby bądź depresja, zmniejszeniu lub zaprzestaniu spożywania alkoholu towarzyszy szybka poprawa stanu zdrowia.

Tak więc – jako że alkohol, w sposób zależny od dawki, „uwikłany” jest w liczne problemy zdrowotne zarówno somatyczne, jak i psychiczne – świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej mają sposobność rozpoznawania tych dorosłych pacjentów, którzy piją ryzykownie lub szkodliwie. Co więcej, ponieważ podstawowa opieka zdrowotna obejmuje leczenie wielu rozpowszechnionych zaburzeń somatycznych i psychicznych, istnieje potrzeba określenia i zajęcia się ich przyczynami tkwiącymi w spożywaniu alkoholu. Szczególnie istotne jest zmniejszenie zakresu ryzyka szkód wyrządzanych innym.

DOKUMENT ROBOCZY 2

Porcje standardowe i wzorce picia

Porcje standardowe

Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej mogą opisywać spożycie alkoholu u swoich pacjentów w gramach spożytego alkoholu albo w porcjach standardowych, gdzie jedna porcja standardowa w Europie najczęściej zawiera 10 g czystego alkoholu.

Na poziomie naukowym zestawienia ilości spożywanego alkoholu powinny być wyrażane w gramach czystego alkoholu w celu ułatwienia porównań międzynarodowych.

Pojęcia porcji standardowej używa się w celu uproszczenia pomiaru spożycia alkoholu. Choć należy spodziewać się pewnej niedokładności, poziom dokładności takiej miary jest wystarczająco dobry, aby zalecać ją jako metodę odnotowywania spożycia alkoholu w zróżnicowanych warunkach, takich jak podstawowa opieka zdrowotna, oddziały wypadków i urazowych stanów nagłych oraz inne oddziały szpitalne.

Jednak, choć stosowanie określenia „porcja standardowa” ma swoje zalety, ma ono również swoje wady:

- zawartość alkoholu w poszczególnych rodzajach napojów alkoholowych bardzo się różni, od 1% do ponad 45%, co łatwo może prowadzić do błędów przy przeliczaniu;
- ten sam rodzaj napoju może być umieszczany w różnych typach pojemników, z różnymi ilościami alkoholu;

- ten sam rodzaj napoju może różnić się stężeniem alkoholu w zależności od tego gdzie i jak był wytworzony;
- porcje standardowe różnią się zawartością alkoholu w zależności od kraju;
- w większości krajów zawartość alkoholu w porcji standardowej przyjęta została poprzez uzgodnienie bez uprzednich badań naukowych.

Światowa Organizacja Zdrowia opisała porcję standardową jako zawierającą około 13 g alkoholu (Babor i Higgins-Biddle 2001). Taka zawartość alkoholu w porcji standardowej jest bliższa standardom Stanów Zjednoczonych, ale w Europie większość krajów postuluje się porcją standardową z 10 g alkoholu.

Stosowanie porcji standardowych upraszcza ocenę spożycia alkoholu oraz ułatwia systematyczne postępowanie się nią w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Ponieważ jednak występują różnice pomiędzy krajami, zawartość alkoholu w porcji standardowej powinna być ustalana zgodnie z badaniami naukowymi, a nie tylko poprzez uzgodnienie.

Jedna porcja standardowa w Europie zawiera najczęściej około 10 g alkoholu. Jest to na przykład:

- 250 ml piwa o mocy 5%
- 125 ml wina o mocy 12%
- 70 ml wzmocnionego wina (np. sherry) o mocy 18%
- 50 ml likieru do aperitifów o mocy 25%
- 25 ml spirytualiów (wódki) o mocy 40%

Wzorce picia

Picie ryzykowne, to taki poziom spożycia alkoholu lub taki wzorzec picia, przy którym prawdopodobne staje się doznanie szkód, jeżeli obecne nawyki picia będą utrzymane. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia opisuje je jako spożywanie ponad 20 g alkoholu dziennie u kobiet i powyżej 40 g u mężczyzn.

Picie szkodliwe definiowane jest jako „wzorzec picia, powodujący szkody zdrowotne, somatyczne lub psychiczne.” Okazjonalne

upijanie się (zwane niekiedy „zamierzonym upijaniem się”; ang. ‘binge drinking’), mogące być szczególnie uszkadzające poprzez prowadzenie do pewnych typów chorób, można zdefiniować jako spożywanie co najmniej 60 g alkoholu przy jednej okazji.

Uzależnienie od alkoholu jest złożonym zjawiskiem fizjologicznym, behawioralnym i poznawczym, w którym spożywanie alkoholu przyjmuje, w wypadku danej osoby, pierwszeństwo nad innymi zachowaniami, które niegdyś były dla niej ważniejsze.

Poziom ryzyka	Kryteria	Interwencja	Rola POZ
niski	<280g/tydz. mężczyźni <140g/tydz. kobiety AUDIT-C <5 mężczyźni AUDIT-C < 4 kobiety AUDIT <8	profilaktyka pierwotna	edukacja zdrowotna, doradztwo, modelowanie roli osobowej
ryzykowny*	≥ 280–349 g/tydz. mężczyźni ≥140–209 g/tydz. kobiety AUDIT-C ≥5 mężczyźni AUDIT-C ≥4 kobiety AUDIT 8-15	prosta porada	rozpoznawanie, ocena, krótka porada
szkodliwy	≥350 g/tydz. mężczyźni ≥210 g/tydz. kobiety obecność szkód AUDIT 16–19	prosta porada plus krótkie doradztwo i ciągły monitoring	rozpoznawanie, ocena, krótka porada, dalsza opieka
wysoki (uzależnienie od alkoholu)	kryteria ICD-10 AUDIT ≥20	leczenie specjalistyczne	rozpoznawanie, ocena, skierowanie do specjalisty, dalsza opieka

* Jakiegokolwiek spożycie u kobiet ciężarnych, dzieci poniżej 16. roku życia oraz osób chorych lub leczonych albo wykonujących działania, przy których zaleca się nie spożywanie alkoholu.

DOKUMENT ROBOCZY 3

Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu

Musimy tu wziąć pod uwagę dwa elementy. Pierwszym z nich jest zebranie wystarczających informacji na temat zachowań danej osoby związanych z alkoholem po to, by zdecydować, czy podejmowanie wobec niej działań należy do nas, czy nie. Drugim elementem jest pomoc tej osobie w określeniu, czy postrzega ona swoją sytuację jako problem oraz czy chce dokonać zmian, jeśli chodzi o spożycie alkoholu.

Ryzykowne i szkodliwe spożywanie alkoholu można rozpoznać bądź przez pomiar spożycia, bądź też posługując się narzędziem przesiewowym opracowanym specjalnie do tego celu. Spożycie alkoholu można mierzyć posługując się pytaniami o ilość/częstość lub metodami szacowania spożycia dziennego. Te pytania i metody można zastosować „ustnie”, poprzez kwestionariusze pisemne lub z wykorzystaniem komputera. Narzędzia przesiewowe obejmują Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) Światowej Organizacji Zdrowia oraz różne jego odmiany. Test AUDIT został stworzony specjalnie do rozpoznawania w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej ryzykownego i szkodliwego spożycia alkoholu.

Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu (AUDIT)

Kwestionariusz AUDIT opracowany został przez Światową Organizację Zdrowia do wykrywania picia ryzykownego, szkodliwego

i picia intensywnego. Obejmuje on dziesięć pytań dotyczących trzech sfer: ryzykownego spożywania alkoholu, uzależnienia od alkoholu oraz szkodliwego spożywania alkoholu. Test AUDIT jest łatwy do podliczenia. Każdemu z pytań przypisany jest zestaw odpowiedzi do wyboru, a każda z odpowiedzi ma punktową wartość od 0 do 4. Uzyskane punktowe wartości dodaje się, co daje wynik całkowity.

W normalnych warunkach respondenci lepiej odpowiadają na pytania testu AUDIT, jeśli:

- osoba przeprowadzająca wywiad jest przyjazna i niegroźna,
- cel pytania odnosi się do rozpoznawania stanu zdrowia osoby testowanej,
- wybierając odpowiedź osoba testowana nie spożywa alkoholu ani narkotyków,
- udzielane informacje są traktowane jako poufne,
- pytania są łatwe do zrozumienia.

Najlepszym sposobem przedstawienia pytań testu jest przekazanie osobie testowanej ogólnego obrazu zawartości kwestionariusza, uszczegółowienie celu, a także podkreślenie potrzeby udzielenia dokładnych odpowiedzi, co także pomoże w sprecyzowaniu, co rozumie on/ona przez napoje alkoholowe, powiedzenie mu/jej, ile alkoholu spożywa się w grupie, do której on/ona należy oraz koniecznie wspomnienie o napojach, które nie przez wszystkich uważane są za alkoholowe, jak np. cydr lub piwo z niską zawartością alkoholu.

Pytania muszą być zadawane w kolejności i tak, jak są napisane. Dokładnie zapisuj odpowiedzi, ale uważaj również na dodatkowe informacje, jakich udziela osoba pytana co do swoich nawyków związanych z piciem oraz swoich myśli i odczuć na ten temat. Informacje te okażą się cenne, gdy razem będziecie pracować nad interpretacją wyniku testu AUDIT oraz decydować o ich znaczeniu i ważności dla osoby poddanej testowi.

Szablon może pomóc w obliczeniu całkowitego wyniku i zdecydowaniu, jaką formę interwencji zastosować. Dodaj punkty za poszczególne odpowiedzi (na przykład, jeśli na pytanie pierwsze respondent odpowie „raz w miesiącu lub rzadziej” – do wyniku dodaj 1 punkt). Całkowita suma punktów wynosząca 8 lub więcej sugeruje istnienie potencjalnych problemów oraz to, że dobrze byłoby porozmawiać o tej sytuacji i głębiej zbadać aspekt picia.

Wysoki wynik w zakresie pytań 7–10 sugeruje „szkodliwe” spożywanie alkoholu, tzn. nie tylko zwiększone ryzyko problemów w przyszłości, ale to, że respondent już ich doświadcza. Wysoki wynik w zakresie pytań 4–6 sugeruje początek uzależnienia. Wyników można użyć jako podstawy do rozważenia różnych aspektów postępowania po wstępnej ocenie. W niektórych przypadkach najważniejszym postępowaniem może być skierowanie respondenta do specjalisty.

AUDIT-C

Istnieją skrócone wersje testu AUDIT o zbliżonej dokładności, preferowane przez wiele osób pracujących w opiece podstawowej: test AUDIT-C, Szybki Alkoholowy Test Przesiewowy (FAST) (Health Development Agency i College of Medicine Uniwersytetu Walii 2002) oraz kwestionariusz „Pięciu Strzałów”

(Seppä i wsp. 1998). Test AUDIT-C obejmuje tylko 3 pierwsze pytania testu AUDIT, podczas gdy test FAST jest dwustopniowym kwestionariuszem opartym na 3, 8, 5 i 10 pytaniu testu AUDIT, a Kwestionariusz Pięciu Strzałów łączy 2 pytania z testu AUDIT z 3 pytaniami testu CAGE.

SIAC* (Systematyczny Zapis Spożycia Alkohol)

Kwestionariusz AUDIT okazał się skuteczny w rozpoznawaniu osób pijących ryzykownie i został przetłumaczony na wiele języków. Mimo tego niektórzy z przedstawicieli profesji medycznych niezbyt chętnie go stosują, preferując użycie pytań bezpośrednich.

W celu wystandaryzowania pytań bezpośrednich, w Hiszpanii stworzono kwestionariusz SIAC. Zawiera on 3 pytania dotyczące ilości i częstości spożywania alkoholu.

Kwestionariusz należy wypełniać zgodnie z poniższymi wytycznymi:

- W pytaniu 1 respondent musi wyszczególnić liczbę porcji spożywanych każdego dnia, gdy pije alkohol (na przykład, jeśli pacjent/ka podaje, że wypija 2 piwa, 2 kieliszki wina oraz kieliszek brandy, liczba spożytych porcji standardowych wyniesie $2+2+2=6$). Wynik otrzymany w porcjach standardowych powinno się wpisać do odpowiedniego wiersza (dni robocze lub świąteczne) i do kolumny „ilość”.
- W pytaniu 2 respondent musi wyszczególnić liczbę dni spożywania alkoholu i wpisać ją do odpowiedniego wiersza (dni robocze lub świąteczne) i do kolumny „dni”.
- Jeśli odpowiedź na pytanie 3 brzmi „nie”, odpowiadające kwadraciki można wypełniać bezpośrednio. Jeśli odpo-

* ang. Systematic Inventory of Alcohol Consumption.

wiedź brzmi „tak”, to w celu wypełnienia kwestionariusza respondent będzie musiał powtórzyć pytanie 1 i 2 oraz wpisać odpowiedzi do odpowiedniego wiersza (dni robocze i świąteczne).

- Aby otrzymać informację na temat spożycia tygodniowego, mnożymy liczbę dni, w których alkohol jest spożywany przez ilości spożyte, a dodanie do siebie sum obliczonych dla dni roboczych i dla dni świątecznych da nam całkowitą ilość tygodniową wyrażoną w porcjach standardowych. Należy pamiętać, że granicę picia ryzykownego ustalono na poziomie 280 g tygodniowo dla mężczyzn i 140 g dla kobiet (odpowiednio 28 i 14 porcji standardowych).

Badania krwi

Testy biochemiczne do wykrywania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, takie jak oznaczanie enzymów wątrobowych [np. gamma glutamylotranspeptydazy (GGTP) i aminotransferaz], transferyny ubogowęglowodanowej (CDT) i średniej objętości krwinki czerwonej (MCV) nie są użyteczne w przesiewie dlatego, że wystąpienie podwyższonych wskaźników obarczone jest niską czułością i identyfikuje tylko niewielką część pacjentów pijących ryzykownie lub szkodliwie.

Jeżeli wynik testu AUDIT jest wysoki, rekomendowane jest wykonanie analizy ogólnej, a także analizy funkcji wątroby z użyciem wymienionych wyżej testów. Wyniki tych analiz mogą uzupełniać informacje zebrane drogą wywiadu i pomagać w rozpoznaniu istniejących szkód. Nieprawidłowe wartości w bada-

niach krwi spowodowane wysokim spożyciem alkoholu mogą być znaczącym czynnikiem ułatwiającym respondentowi podjęcie odpowiedniej decyzji.

Perspektywa respondenta

By w sposób właściwy podejść do interwencji, ważne jest wzięcie pod uwagę reakcji respondenta na argumenty „za” i „przeciw” picia. Korzyści i straty wynikające z picia mogą dotyczyć aspektów społecznych, finansowych, zatrudnienia, psychologicznych, jak również aspektów zdrowotnych.

Ludzie piją alkohol dla uzyskania pewnych korzyści, a picie staje się problemem kiedy:

a) alkohol nie przynosi korzyści, których dana osoba początkowo poszukiwała; na przykład: „Piję, aby poprawić sobie nastrój, lecz działanie uspokajające powoduje, że czuję się gorzej” lub „Piję, aby nabrać pewności siebie i zrobić wrażenie na znaczących osobach, lecz piję zbyt dużo i potem głupio się zachowuję”;

b) spożywanie alkoholu może przynosić korzyści krótkoterminowe, może też prowadzić do niepożądanych długoterminowych następstw; na przykład: „Piję po to, by dobrze spać, ale budzę się każdego poranka na kacu” lub „Piję po to, aby mieć lepszy kontakt ze swoimi przyjaciółmi, ale widzę, że w ten sposób niszczę wątrobę”.

Całościowe spojrzenie na sytuację pomaga w samoocenie, a dzielone z kimś innym rozumienie jej złożoności może u respondenta przechylić szalę w kierunku wprowadzenia zmiany.

DOKUMENT ROBOCZY 4

Narzędzia do rozpoznawania – Ćwiczenie w grupach

Opis hipotetycznej sytuacji

Mężczyzna w 45 r.ż. umawia się na wizytę po badaniu okresowym w zakładzie pracy. Żona ty, z dwojgiem dorastających dzieci. Jest kierownikiem w firmie tekstylnej.

Do posiłku wypija zwykle kieliszek wina. Wielokrotnie wieczorami, po opuszczeniu fabryki, wypija kilka piw z kolegami, zaś w sobotę wieczorem, wychodząc z przyjaciółmi, wypija nawet więcej, bo około 6–7 piw. Żona skarży się, że nie pomaga jej dostatecznie w pracach domowych; oczekuje, że pomoże jej wieczorem, ale konstatuje tylko, że po powrocie z pracy mąż zasiada przed telewizorem i odpręża się z kieliszkiem brandy w ręku. Lekarz zakładowy ostrzegł go przed trze-

ma miesiącami, że ma wysokie ciśnienie tętnicze i powiedział mu, aby zmniejszył spożycie alkoholu. To trochę go zmartwiło, gdyż w jego rodzinie obecne były choroba zatorowa i problemy kardiologiczne. Pomimo tego uważa, że skoro w jego rodzinie występuje tendencja do podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, prawdopodobnie niewiele może zrobić, aby temu zapobiec. Alkohol pomaga mu się odprężyć i – jak sądzi – zmniejsza jego stres, choć raz – jak myśli – gdy wypił zbyt dużo, stał się rozdrażniony i użył przemocy wobec swojej żony.

Swojego lekarza zna już od dłuższego czasu i ufa mu, dlatego sądzi, że lekarz jest wobec niego szczerzy. Wypełnił test AUDIT i uzyskał wynik 12 punktów.

DOKUMENT ROBOCZY 5

Skuteczność Krótkich Interwencji – Wyjaśnienie

Krótkie interwencje stosowane w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej są skuteczne w zmniejszaniu ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu. Aby korzyść odniósł jeden pacjent, porady należy udzielić ośmiu. Jest to wskaźnik bardzo korzystny w zestawieniu z krótkimi poradami udzielanymi przez lekarza rodzinnego osobom palącym papierosy, bo aby tutaj skorzystała jedna osoba, należy doradzić rzucenie palenia 20-tu pacjentom; proporcja ta ulega poprawie do 10 po dodaniu farmakoterapii. Istnieje niewiele potwierdzonych danych na to, że skutek zależny jest od dawki i nie wydaje się, by poszerzone interwencje była skuteczniejsze od krótkich. Skuteczność na pewno utrzymuje się w okresie do jednego roku, a być może utrzymuje się w okresie nawet do czterech lat.

Krótkie interwencje stosowane w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej są skuteczne w zmniejszaniu problemów związanych z alkoholem u osób pijących szkodliwie, ale bez uzależnienia od alkoholu. Krótkie interwencje skuteczne są także w zmniejszaniu śmiertelności. Aby zapobiegać jednemu zgonowi rocznie należy udzielić porady 282 pacjentom.

Wygląda na to, że krótkie interwencje są równie skuteczne wobec mężczyzn, jak i kobiet oraz zarówno wobec osób młodych, jak i starszych. Wygląda na to, że są skuteczniejsze w problemach mniej nasilonych. Bieżące potwierdzone dane sugerują, że interwencje w okresie ciąży są nieskuteczne.

DOKUMENT ROBOCZY 6

Model etapów zmiany

Jest wiele badań wykazujących, że zamierzona zmiana zachowań związanych z uzależnieniem może wystąpić zarówno z pomocą eksperta, jak i bez niej. Badania nad tym, w jaki sposób ludzie w sposób zamierzony zmieniają swoje zachowanie z i bez współudziału psychoterapii, prowadzili Prochaska i DiClemente (1986). Opisali oni, że osoby modyfikujące swoje zachowania przechodzą przez serię etapów od prekontemplacji do utrzymywania danego zachowania. Na każdym etapie osoba doświadcza różnych odczuć i myśli oraz stwierdza, że różne działania pomagają mu/jej osiągać postęp. Model ten prawie zawsze jest schematycznie opisywany w formie okręgu bądź spirali. Zanim dana osoba wejdzie w spiralę zmiany mówi się, że znajduje się ona na etapie **prekontemplacji**. Prekontemplacja jest etapem, na którym nie występuje intencja zmiany zachowania w przewidywalnej przyszłości. Wiele osób na tym etapie jest nieświadomych lub niedostatecznie świadomych swoich problemów. Niekiedy nie wiedzą, że spożywanie alkoholu jest przyczyną ich problemów lub też, że wystawia je na ryzyko. W innych przypadkach osoby takie są jednak w pełni świadome ryzyka, jakie niesie im ich zachowanie, lecz mimo to nie chcą się zmieniać z uwagi na inne bardzo ważne powody. Ich rodzina i przyjaciele są często zupełnie świadome, że osoby na etapie prekontemplacji mają problemy i często wywierają presję na nie, by szukały pomocy. Tak długo, jak presja taka się utrzymuje, osoby te nawet demonstrują zmianę. Często jednak wracają szybko do swoich starych zachowań, gdy tylko presja taka ustaje.

Świadomość bądź obawa przed ryzykiem i problemami związanymi z jej obecnym zachowaniem jest powodem tego, że dana osoba przechodzi do etapu **kontemplacji**. Na tym etapie ludzie uświadamiają sobie istnienie problemu i poważnie myślą o jego przezwycięzeniu, lecz nie postanowili jeszcze podjąć działania. Z jednej strony uświadamiają sobie, że muszą się zmienić, ale ciągle pozostają przywiązani do swojego problematycznego zachowania. Nie są jeszcze gotowi na zmianę i mogą tkwić na tym etapie przez długi okres. Etap ten naznaczony jest ambivalencją i wazieniem wszystkich „za” i „przeciw” rozwiązania problemu. Osoby kontemplujące borykają się z pozytywnymi ocenami swojego zachowania związanego z uzależnieniem oraz ilością wysiłku, energii i kosztów, jakie będą musiały ponieść, aby swój problem przezwyciężyć mimo tego, że często są zdecydowane zmienić swoje zachowanie w ciągu najbliższych sześciu miesięcy.

Ludzie znajdujący się na etapie **przygotowania**, to osoby planujące już niedługo zmienić swoje nawyki. Zamierzają podjąć działanie w najbliższym miesiącu, a doznały niepowodzenia w minionym roku. Zgłaszają pewne niewielkie zmiany w zachowaniu, ale nie spełniły kryterium skutecznego działania, takiego jak picie mniejszych ilości alkoholu. Zaczynają opowiadać innym, że próbują zmienić swoje nawyki oraz snują konkretne plany, jak to osiągnąć.

Na etapie **działania** ludzie dokonują zmian w swoim zachowaniu, odczuciach lub środowisku po to, aby przezwyciężyć swoje problemy. Poczynione modyfikacje stają się widoczne i są wyraźnie zauważalne dla oto-

czenia. Cechami działania są zmiany istniejącego zachowania zgodnie z przyjętym kryterium oraz znaczące, otwarte wysiłki podejmowane w celu takiej zmiany. Na tym etapie ludzie kontaktują się zazwyczaj z profesjonalistami albo grupami samopomocowymi celem uzyskania pomocy.

Po tym okresie aktywności następuje okres **utrzymywania**, w którym ludzie starają się zapobiegać nawrotom i utrwalać (konsolidować) korzyści osiągnięte na poprzedzającym etapie. Zmiana zachowania ma charakter ciągły, składać się na nią może kilka zmian tymczasowych. Jeżeli utrwalenie nie następuje, u danej osoby występuje **nawrót** i od tego momentu następuje cofnięcie się jej do wcześniejszego etapu. Cechami etapu utrzymywania jest ustabilizowanie się zmiany zachowania i unikanie nawrotu.

Większości ludzi usiłujących zmienić swoje uzależnienia nie udaje się utrwalić osiągniętych korzyści przy pierwszej próbie. Na-

wrót i cofanie się do poprzednich etapów mają miejsce stosunkowo często, a liniowy postęp jest tu zjawiskiem możliwym, lecz względnie rzadkim. Wędrowanie ludzi między poszczególnymi etapami lepiej oddaje obraz spirali.

Niektóre osoby bardzo szybko przechodzą z jednego etapu do następnego albo nawet przeskakują jeden z etapów. Jeśli jednak zbyt szybko przechodzą przez etapy kontemplacji lub przygotowania, istnieje duże ryzyko, że doświadczą nawrotu, ponieważ decyzja o zmianie zachowań i plan wsparcia tej decyzji nie są jeszcze u nich dostatecznie mocne.

Przedstawiony model jest trans-teoretyczny, tj. opisuje etapy, przez które ludzie przechodzą niezależnie od natury samych problemów lub od tego, czy dana osoba ma dostęp do profesjonalnej pomocy, czy też nie; jeżeli zaś ma taki dostęp, model opisuje te etapy niezależnie od rodzaju teorii czy technik, których używa terapeuta.

DOKUMENT ROBOCZY 7

Procesy zmiany

Aby zrozumieć zmianę behawioralną, musimy także wiedzieć, w jaki sposób ludzie przechodzą z jednego etapu do drugiego. Poniżej przedstawiono 10 strategii radzenia sobie, które ludzie stosują posuwając się naprzód poprzez etapy zmiany:

- Wzrost świadomości.
- Wyzwolenie społeczne.
- Dramatyczna ulga.
- Ponowna ocena otoczenia.
- Ponowna ocena własnej osoby.
- Wyzwolenie się – Postanowienie.
- Kierowanie wzmocnieniem – Nagroda.
- Uwarunkowania przeciwstawne.
- Kontrola otoczenia/bodźców.
- Relacje pomagania.

Osoby osiągające powodzenie w zmianie wykorzystują te procesy zmiany, które najbardziej odpowiadają danemu etapowi zmiany. Procesy zmiany poznawczej pomagają ludziom przechodzić przez wczesne etapy, a procesy zmiany behawioralnej pomagają im przechodzić przez etapy późniejsze.

Wzrost świadomości

Oznacza to dowiadywanie się czegoś więcej na temat siebie samych lub natury swojego problemu. Świadomość tę można osiągać poprzez czytanie informacji dotyczących zagadnień opieki zdrowotnej lub też uświadamianie sobie własnych wzorców zachowania, poprzez nabywanie wiedzy o samych sobie bądź przez reakcje innych osób. Ludzie zwykle

stają się bardziej świadomi na etapie prekontemplacji i kontemplacji.

Wyzwolenie społeczne

Jest to siła zewnętrzna objawiająca się niezależnie od zmian w otoczeniu. Sposób zauważania tych zmian różni się w zależności od etapu zachodzącej zmiany. Na przykład, jeśli w środkach komunikacji publicznej (autobus, tramwaj itp.) widnieje znak „Palenie zabronione”, osoby na etapie prekontemplacji mogą silniej uświadamiać sobie, jak ważną rzeczą jest dla nich palenie i jak trudno jest, będąc napiętym i zmęczonym, podróżować z pracy do domu bez palenia papierosa. Może to ich prowadzić do rozważania swojej zależności od tego nawyku. Ci natomiast, którzy znajdują się w identycznym położeniu, a są na etapie utrzymywania i mogą poradzić sobie z sytuacją, przezwyciężą tego dnia czynnik wysokiego ryzyka.

Dramatyczna ulga

Mowa tu jest raczej o pojęciu oczyszczenia (katharsis), wielkim emocjonalnym doświadczeniu spowodowanym przez jakiś fakt powiązany z problemem. Może się zdarzyć w wyniku tragedii w czymś z życia (często mówi się, że choroba i śmierć znajomych albo rodziców przeprowadza ludzi z etapu prekontemplacji do etapu kontemplacji). Także filmy i przedstawienia teatralne mogą stymulować emocje. Metoda ta zwykle przydatna na etapach kontemplacji i przygotowania.

Ponowna ocena otoczenia

Występuje, gdy jakaś osoba ocenia, jak jej zachowanie związane z problemem wpływa na innych i na społeczeństwo w ogólności. Pomaga to zazwyczaj w przechodzeniu z prekontemplacji do kontemplacji.

Ponowna ocena siebie

Ma miejsce wtedy, gdy dana osoba myśli o tym, jak postrzega samą siebie, myśli o swoich wartościach i celach oraz o tym, jak dostosowywać swoje „problematyczne” zachowanie i wynikające zeń konsekwencje. Stosowanie tej metody często prowadzi do ważenia wszystkich „za” i „przeciw” związanych z zachowaniem i zmianą. Metoda ta jest zazwyczaj stosowana na etapach kontemplacji i przygotowania.

Wyzwolenie się – Postanowienie

Ma miejsce wtedy, gdy dana osoba jest gotowa i umacnia się w swoim postanowieniu podjęcia zmiany. Postanowienie ważne jest na etapach przygotowania, działania i utrzymywania. Ma miejsce, gdy dana osoba przyjmuje odpowiedzialność za wybór prowadzący do dokonania zmian i podejmuje odpowiednie działania. Jeśli osobiste postanowienie jest oznajmione publicznie, stwarza to społeczną presję obecną w czasie zmagania ze zmianą. Z tego powodu grupy samopomocowe zazwyczaj zachęcają do tego, aby ludzie publicznie oznajmiali o swoich postanowieniach.

Uwarunkowania przeciwstawne

Dotyczą kwestii zastępowania zachowań niezdrowych zachowaniami zdrowszymi. Przede wszystkim związane są z formami zachowań

związanymi z porzucaniem jakiegoś nałogu (na przykład palenia papierosów, picia lub objadania się). Znajdowanie alternatywnych aktywności (słuchanie muzyki, ćwiczenia fizyczne albo stosowanie technik relaksacyjnych) jest sposobem kompensowania naszych koniecznych potrzeb emocjonalnych. Każda aktywność odwracająca naszą uwagę od myślenia o problemie albo od lęku, który on wywołuje, zmienia nasze zachowanie.

Kontrola otoczenia/bodźców

Kontrolowanie otoczenia przydatne jest na etapach działania i utrzymywania do zmniejszenia pokusy, a przez to do ułatwiania zastępowania nawyków mniej zdrowych nawykami zdrowymi. Na przykład osoba, która chce zmienić nawyki dotyczące jedzenia i picia może ograniczyć rodzaje żywności i napojów trzymanyh w domu. Inni piszą kartki przypominające i umieszczają je w ważnych miejscach w domu czy w pracy.

Kierowanie wzmocnieniem – Nagroda

Ludzie nagradzają siebie na różne sposoby; niektórzy wykorzystują aprobatę przyjaciół, kolegów i rodziny; inni kupują sobie prezenty za pieniądze zaoszczędzone dzięki rzuceniu palenia czy picia. Dla wewnętrznej korzyści związanej z uświadomieniem sobie, że zmiana jest oczywista na etapie działania, nagrody są bardzo ważne. Niekiedy ludzie rzucający palenie, picie albo rozpoczynający ćwiczenia fizyczne czują się gorzej na początku. Dopiero kilka tygodni albo miesięcy później zmiany nawyków zaczynają przynosić nagrodę.

Relacje pomagania

Każdy może zapewnić relację pomagania – przedstawiciel profesji związanej z opieką zdrowotną, osoba będąca w grupie samopomocy, członek rodziny, przyjaciel, kapłan, kolega. Relacja pomagania jest ważnym procesem. Osobami poszukującymi tego typu wsparcia będą prawdopodobnie ludzie chcący zmienić swoje nawyki, znajdujący się na etapach działania i utrzymywania. Przedstawiciele profesji związanej z opieką zdrowotną chcą ją prawdopodobnie zapewnić osobom znajdującym się na etapie prekontemplacji i kontemplacji, ale również osobom przygoto-

wującym się do dokonania zmiany. Na różnych etapach ludzie potrzebują różnych form pomocy, a pomoc ta musi łączyć się z innymi stosowanymi przez nich metodami (na przykład przy metodzie ponownej oceny siebie – pomoc osoby słuchającej i zadającej stosowne pytania lub innej, zapewniającej nagrody).

Podsumowanie

Na różnych etapach zmiany wykorzystuje się określone procesy tak, jak to przedstawiono niżej:

Prekontemplacja Kontemplacja Przygotowanie Działanie Utrzymywanie

Wzrost świadomości
Wyzwolenie społeczne
Dramatyczna ulga
Ponowna ocena otoczenia
Ponowna ocena siebie

Postanowienie
Kierowanie wzmocnieniem
Uwarunkowania przeciwstawne
Kontrola otoczenia/bodźca
Relacje pomagania

DOKUMENT ROBOCZY 8

Ćwiczenie etapów zmian w grupach: zagadnienia do dyskusji

Przyjrzyj się 10-ciu działaniom wypisanym poniżej i dla każdego z nich zakreśl jedną lub więcej odpowiedzi wskazujących etap bądź etapy, na których takie działanie mogłoby być uży-

teczne (zakreśl ich tyle, ile chcesz). Spróbuj osiągnąć z grupą porozumienie, a jeśli się z nią nie zgadzasz, przedyskutujcie tę kwestię.

1) Prowadź dzienniczek odnotowując co i jak jesz, pijesz lub palisz				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
2) Uczęszczaj na spotkania Anonimowych Alkoholików				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
3) Powiedz przyjaciołom i rodzinie, że zdecydowałeś się być bardziej aktywny fizycznie				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
4) Odbierasz wyniki badań dodatkowych, a one wskazują, że twój styl życia zaczyna szkodzić twojemu zdrowiu				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
5) Rozważ wszystkie „za” i „przeciw” palenia papierosów				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
6) Obejrzyj w telewizji film o kimś prowadzącym niezdrowy styl życia, kto umiera na chorobę serca				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
7) Przeczytaj artykuł o zdrowej żywności i zdrowym odżywianiu się				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
8) Uczyni biuro, sypialnię lub samochód strefą niepalenia i umieść tam informację o zakazie palenia				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
9) Spraw sobie prezent będący nagrodą za zdrowe odżywianie się przez okres miesiąca				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie
10) Naucz się technik relaksacji				
prekontemplacja	kontemplacja	przygotowanie	działanie	utrzymywanie

DOKUMENT ROBOCZY 9

Ćwiczenie etapów zmian w grupach: reakcje

Każda aktywność rozważana w niniejszym ćwiczeniu mogłaby wyzwolić jeden lub więcej procesów zmian i z tego powodu okazać się może bardziej przydatna na pewnych etapach w odróżnieniu od innych. Poniżej znajdziesz przykłady, jak różne osoby mogłyby zareagować na te aktywności:

1) Prowadź dzienniczek odnotowując co i jak jesz, pijesz lub palisz.

Ta aktywność mogłaby uświadomić danej osobie wzorzec jej zachowań oraz jego implikacje i konsekwencje. Stosowana w ten sposób bardziej pomocna jest na etapach prekontemplacji i kontemplacji. Niektórzy ludzie prowadzą dzienniczek, aby odnotowywać wysiłki podejmowane przez nich na rzecz zmiany. Jeśli wysiłki te będą przynajmniej w części skuteczne, można będzie posłużyć się dzienniczkiem jako nagrodą na etapie działania.

2) Uczęszczaj na spotkania Anonimowych Alkoholików.

Ta aktywność może spełniać wiele funkcji. Ogólnie rzecz biorąc, jest częścią procesu postanowienia o nowym stylu życia, przynosi nagrody, a także przysparza nowych relacji pomagania i dlatego może okazać się ważna na etapach przygotowania, działania i utrzymywania.

3) Powiedz przyjaciołom i rodzinie, że zdecydowałeś się być bardziej aktywny fizycznie.

Jest to inne zmanifestowanie postanowienia, które może wyprzedzać relacje pomagania oraz pomagać w formie nagród lub kontrolowania otoczenia. Postępowanie to uży-

teczne jest na etapach przygotowania, działania i utrzymywania.

4) Odbierasz wyniki badań dodatkowych, a one wskazują, że twój styl życia zaczyna szkodzić twojemu zdrowiu.

Ta aktywność może prowadzić do wzrostu świadomości (uświadamiania sobie) oraz do dramatycznej ulgi, z tego też powodu będzie miała większy wpływ na etapy prekontemplacji, kontemplacji i przygotowania.

5) Rozważ wszystkie „za” i „przeciw” palenia papierosów.

Ta aktywność prowadzić będzie do ponownej oceny siebie i będzie bardziej użyteczna na etapach kontemplacji i przygotowania.

6) Obejrzyj w telewizji film o kimś prowadzącym niezdrowy styl życia, kto umiera na chorobę serca.

Ta aktywność może prowadzić do dramatycznej ulgi lub do wzrostu świadomości, dlatego też będzie użyteczna na etapach prekontemplacji i kontemplacji.

7) Przeczytaj artykuł o zdrowej żywności i zdrowym odżywianiu się.

Ta aktywność może prowadzić do wzrostu świadomości i dlatego może być przydatna na etapach prekontemplacji i kontemplacji. Informacji zawartych w artykule można użyć w warunkowaniu przeciwnym, tj. tworzeniu obrazu nowych wzorców zdrowego odżywiania się zastępujących mniej zdrowe wzorce żywieniowe. Stosowana w taki sposób będzie przydatna na etapach działania i utrzymywania.

8) Uczyń biuro, sypialnię lub samochód strefą niepalenia i umieść tam informację o zakazie palenia.

Ta aktywność może wzmocnić postanowienie oraz może być użyta jako sposób kontrolowania otoczenia; jest bardziej prawdopodobne, że będzie stosowana na etapach przygotowania, działania i utrzymywania.

9) Spraw sobie prezent będący nagrodą za zdrowe odżywianie się przez okres miesiąca.

Jako nagroda, aktywność ta będzie użyteczna na etapach działania i utrzymywania.

10) Naucz się technik relaksacji.

Ta aktywność może być stosowana jako substytut bądź alternatywa zachowania problemowego. Jest szczególnie pomocna na etapach działania i utrzymywania.

Etap zmiany, na którym znajduje się osoba, dostarcza informacji zarówno w odniesieniu do tego co zalecić, jak i co odradzić przy wyborze metody leczenia. Terapie zorientowane na działanie mogą okazywać się dosyć skuteczne u osób będących na etapach przygotowania lub działania. Te same programy mogą być nieskuteczne u osób na etapach prekontemplacji i kontemplacji. Bardzo ważne będzie dopasowanie metod leczenia i postępowania do poszczególnych etapów. Jest nieprawdopodobne, że osoba w fazie prekontemplacji zdecyduje się na dołączenie do grupy samopomocy albo umieści znak o zakazie palenia w swoim biurze. Z drugiej strony, jest nieprawdopodobne, że ktoś znajdujący się na etapie utrzymywania będzie poświęcał czas czytaniu podstawowych informacji zdrowotnych dotyczących określonego tematu.

DOKUMENT ROBOCZY 10

Styl komunikowania się w relacji pomagania

Jednym z kluczowych czynników mających znaczenie dla ludzi zmieniających swoje nawyki jest fakt, że są włączeni w „relacje pomagania”; ktoś, kto się nimi zajmuje, rozumie ich i postanowił im pomagać. Ma to szczególną wartość przy przechodzeniu od etapu prekontemplacji do etapu kontemplacji, a także do etapu utrzymywania. Relację pomagania zapewniać może terapeuta, przyjaciel, partner lub członek rodziny.

Dla terapeutów, którzy mają ograniczony czas dla każdego pacjenta, istotnym sposobem ustanowienia relacji pomagania jest uważne i aktywne słuchanie tego, co pijący mówią im o sobie i swoich problemach. Speł-

nia to dwie funkcje: przede wszystkim ułatwia im dokładne zrozumienie osoby i jej problemów prowadzące ku zaopiekowaniu się sprawą i poświęceniu się jej; po drugie – terapeuci muszą zademonstrować pijącemu swoje zrozumienie, opiekę i poświęcenie. Fakt, że ktoś cię słucha już sam w sobie ma terapeutyczne znaczenie dla osoby, która mówi; dla osoby, która słucha, będzie to też sposób zbierania informacji.

Poniżej znajdziecie listę różnych rodzajów zachowań pomagających w aktywnym słuchaniu i ustanawianiu relacji pomagania oraz innych, które w tym nie pomagają.

Rodzaje zachowań sprzyjające słuchaniu	Rodzaje zachowań niesprzyjające słuchaniu
Patrzenie rozmówcy w oczy Stosowne skinienia głowy Uśmiechanie się, mimika twarzy, gesty rąk itp. Przybranie odprężonej pozycji ciała Dopuszczanie milczenia Obserwacja mowy ciała rozmówcy Mówienie czystym głosem Powtarzanie kluczowych słów Zadawanie pytań otwartych Sprawdzanie/Precyzowanie Refleksja nad tym, co zostało powiedziane Podsumowywanie Skupianie się na przekazie Strukturyzowanie tego co zostało powiedziane Unikanie barier fizycznych Doradzanie	Wiercenie się Nie patrzenie na pacjenta Bawienie się ubraniem, długopisem itp. Bariery fizyczne Patrzenie na zegarek lub zegar Wyglądanie na znudzonego, zniecierpliwionego wrogo nastawionego Zachowywanie się nazbyt ojcowsko Zachowywanie się w sposób protekcyjny Nie docenianie pewnych aspektów Formułowanie wniosków Osądzanie Mówienie zbyt wiele Zbyt częste chwile milczenia Przerwanie Rozkazywanie

Trwanie w aktywnym słuchaniu jest trudne. Poniżej wymieniono niektóre przeszkody, na które możecie się natknąć:

„Wyłączanie” i „włączanie” słuchania

Wielu z nas myśli około 4 razy szybciej niż większość ludzi mówi; dlatego osobie słuchającej z każdej minuty poświęconej na słuchanie pozostaje trzy czwarte minuty na myślenie. Niekiedy zdarza się, że zamiast słuchać tego co nam komunikuje rozmówca, spożytkowujemy ten dodatkowy czas na myślenie o czymś innym.

Słuchanie z „otwartymi uszami i zamkniętym umysłem”

Czasem szybko uznajemy, że to co mówi rozmówca, jest nudne, nielogiczne i nieprawdziwe. Wyciągamy często wniosek, że jesteśmy w stanie przewidzieć, co będzie dalej i dojdziemy do wniosku, że nie ma powodu słuchać, ponieważ i tak nie usłyszymy niczego nowego.

Słuchanie z „nieobecny wzrokiem”

Niekiedy wpatrujemy się w rozmówcę i wygląda to prawie tak, jakbyśmy go słuchali, mimo że jesteśmy zajęci myśleniem o innych sprawach i jesteśmy daleko stąd. Zaczynamy coraz bardziej koncentrować się na własnych przyjemnych myślach, a nasz wyraz twarzy zdradza nieobecność i z naszej twarzy można wyczytać, że nie jesteśmy zainteresowani.

Słuchanie o rzeczach, które „są dla mnie zbyt głębokie”

Kiedy słuchamy o rzeczach, które są zbyt złożone i skomplikowane, istnieje niebezpieczeństwo, że się wyłączymy.

Słuchanie argumentów „wykraczających poza nasz sposób myślenia”

Nie lubimy, gdy inni ludzie zmieniają nasze idee, osądy i punkty widzenia. Nie lubimy też, gdy pytają nas o nasze opinie i poglądy. W konsekwencji, gdy nasz rozmówca mówi coś, co nie zgadza się z naszymi przekonaniem i przemyśleniami, podświadomie przestajemy go słuchać albo nawet przyjmujemy postawę obronną i planujemy kontratak.

Bycie „punktem skupienia” zamiast bycia „głównym mówcą”

Niekiedy skupiamy się na problemie, a nie na osobie. Szczegóły i fakty dotyczące zdarzenia są ważniejsze od tego, co ludzie mówią nam o sobie.

Słuchanie „dla faktów”

Często w czasie słuchania próbujemy zapamiętywać fakty i po to, by je zapamiętać, powtarzamy je sobie na okrągło. W czasie, gdy to czynimy, nasz rozmówca może przejść do nowych faktów, o których nie usłyszymy.

Słuchanie „z długopisem”

Usiłując zapisywać wszystko, co dana osoba mówi, możemy tracić część informacji, ponieważ mówiący mówi szybciej niż potrafimy to zapisać. Trudniej jest też w tej sytuacji utrzymywać kontakt wzrokowy.

DOKUMENT ROBOCZY 11

Strategie otwierające

Rozważając wprowadzenie zmian, ludzie wazą wszystkie „za” i „przeciw”, które tego dotyczą. Dana osoba czuje się zmotywowana, gdy uświadomi sobie straty wynikające z jej obecnego zachowania oraz zalety i korzyści, które ma nadzieję uzyskać zmieniając to zachowanie.

Ludzie często są jednak rozdarci pomiędzy chęcią kontynuowania swojego obecnego zachowania oraz – w tym samym czasie – chęcią jego zmiany. „Ambiwalencja” ta jest dla danej osoby źródłem konfliktu, a kiedy rozmawia z kimś (przedstawicielem profesji opieki zdrowotnej, członkiem rodziny lub przyjacielem) o zmianie swoich nawyków, konflikt ten ulega złagodzeniu. Niekiedy osoby chcące pomóc ulegają pokusie stania się stroną w tym konflikcie, na przykład uwypuklając straty wynikające z obecnego zachowania osoby i/lub uwypuklając korzyści wynikające ze zmiany. W wyniku tego rozmówca przyjmuje pozycję przeciwstawną i konflikt staje się konfliktem zewnętrznym, tj. konfliktem pomiędzy rozmówcą a osobą pomagającą.

Konsekwencją takiego dialogu jest niestety to, że pacjenci zaczynają podawać osobom pomagającym wszelkie powody, dla których zmienianie przez nich nawyków nie jest dobrym pomysłem, oraz dla których ich obecne zachowanie nie stanowi naprawdę wielkiego problemu, co w rezultacie może zwiększać przywiązanie pacjenta do jego obecnego zachowania. Jeśli temperatura dialogu wzrasta, a pacjent i pomagający przyjmują postawy konfrontacyjne, pacjent staje się jeszcze bardziej niechętny wobec zmiany swojego zachowania.

Drogą do uświadomienia pacjentowi tego konfliktu i istnienia w nim wspomnianej ambiwalencji jest odesłanie go do „Wywiadu motywacyjnego” (Miller i Rollnick 2002). Jest to też sposobem ułatwienia mu dostrzeżenia tego konfliktu w możliwie najpełniejszym świetle i zdecydowania, że powinien być on rozwiązany. Poniżej znajdziecie listę zasad prowadzenia wywiadu motywacyjnego. Może się ona okazać pomocna w czasie prowadzenia krótkich interwencji wobec osób opornych na zmianę swoich zachowań.

Początkowy kontakt z pacjentem określa ton całego spotkania i sprawą zasadniczą jest dążenie do tego, by atmosfera spotkania była przyjazna. Umożliwia to utrzymywanie oporów pacjenta na jak najniższym poziomie. Kilka przydatnych strategii otwierających z podejścia motywującego opisuje akronim OARS:

- Pytania otwarte [Open ended questions].
- Afirmowanie [Affirming].
- Słuchanie refleksyjne [Reflective listening].
- Podsumowania [Summaries].

O – Pytania otwarte

Pytania otwarte zapraszają pacjentów do opowiadania o swoich problemach z ich własnego punktu widzenia. To nie tylko minimalizuje opory, ale dostarcza również użytecznych informacji o priorytetach pacjenta i jego wewnętrznych motywacjach. Lekarze rodzinni zazwyczaj obawiają się, że pytania otwarte zabierają czas. Badania pokazały, że średni

czas potrzebny – w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej – pacjentowi na odpowiedź na pytanie otwarte wynosi 92 sekundy (Langewitz i wsp. 2002).

Pytania otwarte umożliwiają pacjentowi przedstawianie różnych tematów i perspektyw. To zaś umożliwia lekarzowi wybranie jednej z opcji przedstawianych przez pacjenta i zareagowanie na nią.

A – Afirmowanie

Pacjenci z problemami alkoholowymi mają skłonność do niskiej samooceny. Przyjęcie wspierającej postawy i otwarte uznanie dla ich wysiłku i postępów pomaga zwiększyć ich skuteczność własną oraz gotowość do zmiany. Afirmowanie można osiągać poprzez wyrażanie aprobaty i zrozumienia. Zasadniczą rzeczą jest, by terapeuta podjął takie tematy, w których szczerze może wyrazić pozytywne wzmocnienie.

R – Słuchanie refleksyjne

Rdzeniem rozmowy motywacyjnej jest refleksyjne słuchanie. Może ono być zdefiniowane jako wysiłek podejmowany w celu odgadnięcia, co tak naprawdę pacjent ma na myśli, gdy się wypowiada (patrz Przeźrocze 29). Przybiera ono postać stwierdzenia, a nie pytania, które pojawia się na końcu, zapraszając pacjenta do rozwinięcia tego stwierdzenia. Stwierdzenia przy refleksyjnym słuchaniu mogą przybierać postać od bardzo powierzchownych (powtórzenie kilku odpowiednich słów) do dosyć głębokich (refleksja w zakresie uczuć). Prosty refleksji należy używać na początku, natomiast refleksji głębszych tylko na etapach zawansowanych. Ważne jest odnotowanie, że aby nie prowokować obrony, słowa muszą być starannie dobierane

(np. „jest Pan zatroskany” jest lepsze od „obawia się Pan”).

Słuchanie refleksyjne jest łagodnym i pełnym mocy narzędziem umożliwiającym terapeutę określenie kierunku: wybór elementów, które podejmie pozwala mu/jej decydować o kierunku, w którym podąży rozmowa. Tak czy inaczej bardzo ważne jest niezapominanie, że refleksyjne słuchanie jest zgadywaniem. Terapeuta musi skupiać się na reakcjach pacjenta na to zgadywanie i jeżeli zgadł źle, zmienić kierunek.

S – Podsumowania

Podsumowań używać można do zebrania razem tematów uprzednio omówionych. Pomagają one utrzymać kierunek i unikać rozpraszania. Słyszając własne słowa w ustach terapeuty, pacjenci nie tylko uświadamiają sobie, że terapeuta naprawdę ich słucha, ale wzrasta też ich motywacja do zmiany. Podsumowania są w istocie dłuższymi refleksjami. Trzeba posługiwać się nimi nie jako stwierdzeniami kończącymi, ale stwierdzeniami zapraszającymi do eksploracji tego, co po nich przychodzi.

W skrócie

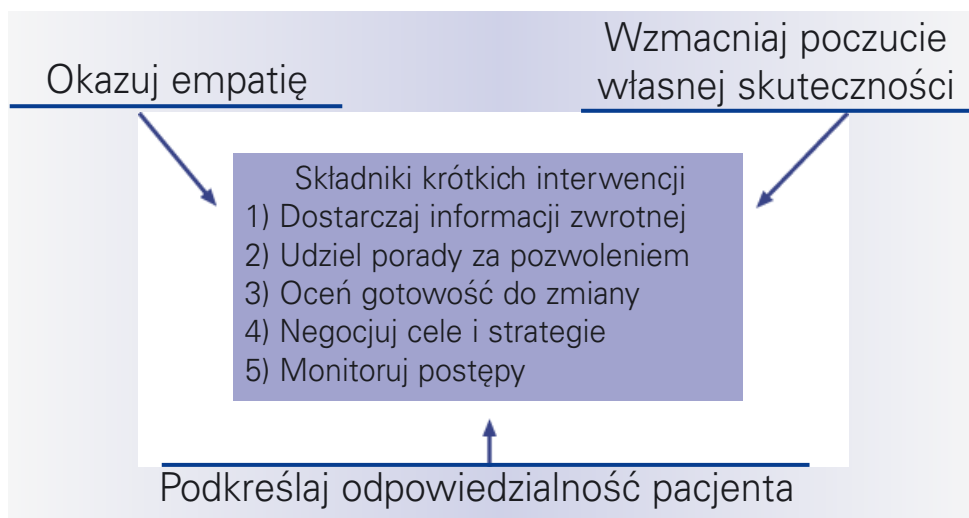
Wszystkie strategie otwierające powinny być stosowane łącznie w celu stwarzania przyjaznej atmosfery, w której pacjent będzie czuł się wystarczająco bezpieczny, by drążyć głęboko swoją ambiwalencję. Głównym celem lekarza w momencie rozpoczynania rozmowy musi być stwarzanie owej bezpiecznej atmosfery, nawet gdy pociąga to za sobą omawianie tematów, które nie pasują dokładnie do zakładanego planu działania lekarza rodzinnego.

DOKUMENT ROBOCZY 12

Podstawowe składowe Krótkich Interwencji *

Przeprowadzając krótkie interwencje, specjalną uwagę poświęcić należy zarówno ich treści, jak i ich „duchowi”. Duch jest tu bardzo ważny, ponieważ krótkie interwencje zaplano-

wane są tak, aby wyzwać wewnętrzne bodźce, to zaś można osiągnąć jedynie poprzez podejście zwiększające motywację pacjenta.



Styl i „duch” Krótkich Interwencji

Styl krótkiej interwencji opiera się na rozmowie motywacyjnej i podsumowuje się go następująco:

- Okazuj empatię.
- Wzmacniaj poczucie własnej skuteczności.
- Podkreślaj odpowiedzialność pacjenta.

Okazywanie empatii

Empatia to jedna z kluczowych cech charakteryzujących skutecznego terapeuty. Zakłada ona

szacunek, wspieranie, ciepło, współczujące zrozumienie i oddanie. Opisana została przez Millera i Rollicka jako „możliwa do uszczegółowienia i do nauczenia się umiejętność rozumienia znaczenia tego, co ktoś inny ma na myśli, poprzez wykorzystanie refleksyjnego słuchania. Wymaga skupienia uwagi na każdym nowym stwierdzeniu klienta oraz ciągłego tworzenia hipotez co do znaczenia, które się pod nim kryje. Najtrafniejsze odgadnięcie znaczenia zostaje następnie zwrotnie przekazane klientowi, często uzupełniając treść tego, co wypowiedziane zostało przez klienta wprost. Klient odpowiada i cały proces zaczyna się od nowa.”

Ważne jest podkreślenie, że empatia jest umiejętnością, której można się nauczyć, gdyż

* Informacje na ten temat podane zostały przez Clinical Tools, Inc i do nich należą prawa autorskie.

wiele osób jest skłonnych uważać empatię za naturalną zdolność, którą ktoś jest obdarzony bądź nie, i stąd nie są one skłonne do podejmowania wysiłków, aby doskonalić swoje umiejętności w empatii. Empatia zakłada nauczenie się skupiania na osobie, a nie na chorobie.

Wzmacnianie poczucia własnej skuteczności

Krótkie interwencje niosą ze sobą zmiany, ponieważ uruchamiają wewnętrzne mechanizmy pacjenta, którym on lub ona nie ufa w pełni. Pomaganie pacjentowi w uwierzeniu w jego/jej zdolności do zmiany jest sposobem zwiększania prawdopodobieństwa, że zmiana taka nastąpi. W tym kontekście często użyteczne jest szukanie takich epizodów w niedawnej lub przeszłej historii pacjenta, w których zdolność ta została ujawniona, na przykład gdy zmiany zostały z sukcesem przeprowadzone w innych dziedzinach (utrata masy ciała, aktywność fizyczna itp.). U pacjentów szczególnie nie przejawiających nadziei przydatne też może być docenienie ich osobistego wysiłku przejawiającego się zgłoszeniem się na konsultację i rozmawianiem na temat ich problemów. Na ogół dobrą strategią promowania własnej skuteczności jest afirmowanie.

Podkreślanie odpowiedzialności pacjenta

Pacjenci próbując coś zrobić w kwestii spożycia przez siebie alkoholu, zawsze zmagają się będą z dużą dozą ambiwalencji. Z tego powodu, jeżeli lekarz popycha ich w pewnym kierunku (zmniejszenia lub zaprzestania spożycia), pacjent prawdopodobnie przyjmie pozycję przeciwstawną (zwiększając opór). Aby uniknąć takiej pułapki, lekarze powinni pozo-

stawać „neutralni” podkreślając, że uszanowana będzie swoboda wyboru pacjenta oraz, że to na nim/niej spoczywa odpowiedzialność za dokonanie wyboru. Ta postawa poszanowania i neutralności pozwala pacjentowi napotkać swoją wewnętrzną ambiwalencję. W rzeczy samej, strategia terapeutyczna polega na unikaniu konfrontacji zewnętrznej (mówieniu pacjentowi co on/ona powinien/powinna zrobić) po to, by wzmacniać konfrontację wewnętrzną będącą o wiele silniejszym czynnikiem zmiany.

Treści Krótkich Interwencji

Z uwagi na to, że w prowadzeniu krótkich interwencji głównym ograniczeniem jest czas, zasadniczą sprawą jest właściwe wykorzystanie ich podstawowych składowych:

- Dostarcz informacji zwrotnej.
- Udziel porady za pozwoleniem.
- Oceń gotowość do zmiany.
- Negocjuj cele i strategię.
- Śledź postępy.

Dostarcz informacji zwrotnej

Aby krótkie interwencje były uwieńczone powodzeniem, muszą być spersonalizowane. W warunkach POZ naturalnym sposobem personalizacji krótkiej interwencji jest dostarczenie informacji zwrotnej w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny. Informacja zwrotna musi być przekazana w sposób nie osądzający i z unikaniem jakiegokolwiek krytyki, próbując najjaśniej jak to możliwe odnieść się do aktualnych szkód oraz przedstawić obecne zagrożenia dla zdrowia pacjenta. Ważne jest, aby informacja zwrotna zawierała również opis możliwości i silnych stron pacjenta/pacjentki służących przezwyciężaniu jego/jej problemu.

Udział porady za pozwoleniem

Jak wskazywali Miller i Rollnick (2002), udzielona we właściwym czasie i stonowana porada co do zmiany może przynieść odmianę. Istotnie – wykazano, że krótka porada jest skuteczna w zmienianiu spożycia alkoholu i używania tytoniu przez pacjenta. Porada jest skuteczna, jeśli była udzielona właśnie wtedy, gdy była potrzebna. Jeśli jest udzielona zbyt szybko, prawdopodobnie zwiększy opory pacjenta. Z drugiej strony, jeżeli czekalibyśmy zbyt długo, pacjent mógłby poczuć się nieco zdezorientowany. Najlepszym sposobem na udzielenie porady we właściwym czasie jest zapytanie pacjenta o zgodę, zanim zaczniemy. Oto kilka przykładów, jak mogło by to wyglądać:

- Czy chciałby Pan/Pani abym udzielił/a mu/jej kilku informacji na ten temat?
- Czy chce Pan/Pani abym mu/jej powiedział, co o tym myślę?
- Czy mogę streścić Panu/Pani to, o czym do tej pory mówiliśmy?

Te wstępne stwierdzenia działają jak „otwieracze drzwi” i utrzymują opór na niskim poziomie. Jeżeli pacjent odpowie „Nie, dziękuję”, bardzo ważne jest, by nie udzielać mu porady w tym momencie. Można wtedy odpowiedzieć: „W porządku, jeżeli w przyszłości zechce Pan/Pani uzyskać taką informację, proszę nie wahać się mnie o to zapytać”.

Oceń gotowość do zmiany

Etapy zmiany zostały szczegółowo opisane w sesji trzeciej. Jest bardzo ważne, aby lekarz zidentyfikował etap zmiany, na którym znajduje się pacjent, w odniesieniu do konkretnej kwestii. Jest faktem, że interwencja musi być dostosowana do etapu zmiany pacjenta, a te-

rapeuta powinien ustalić cele pacjenta w zgodzie z tym etapem, nigdy nie oczekując, że pacjent dokona przeskoku z prekontemplacji do działania. Równie dobrze może się zdarzyć, że ten sam pacjent znajduje się na różnych etapach w odniesieniu do różnych problemów (np. prekontempluje w odniesieniu do alkoholu, a kontempluje w odniesieniu do nadwagi). Może się też zdarzyć, że terapeuta nie jest pewny etapu, na którym znajduje się pacjent. W takich przypadkach zaleca się traktowanie pacjenta tak, jakby znajdował się w najmniej zaawansowanej fazie, gdyż taka strategia minimalizuje opór.

Negocjuj cele i strategię

Lekarz musi być w pełni świadomy, że zmienianie nawyków jest procesem powolnym i trudnym. Tak więc krótkie interwencje muszą być planowane jako działania zwiększające prawdopodobieństwo tego, że wzorce picia ryzykownego powoli zanikną. Stosując tę długoterminową strategię, można osiągać cele pośrednie biorąc pod uwagę nie tylko kliniczny status pacjenta, ale także jego/jej gotowość do zmiany zachowania dotyczącego picia. Preferowane jest zawsze ustanawianie skromniejszych, ale możliwych do osiągnięcia celów wzmacniających własną skuteczność pacjenta oraz zwiększających prawdopodobieństwo jego zgłaszania się na wizyty kontrolne, niż stawianie przed nim ambitnych zadań trudnych do zrealizowania.

Osiąganie zarówno celów, jak i strategii musi być omówione z pacjentami. Negocjowanie z pacjentami ma wiele zalet:

- Dostarcza informacji na temat akceptowalności celów z punktu widzenia pacjenta.
- Bardzo jasno pokazuje, jakie są wartości i priorytety pacjenta.

- Wzmacnia postanowienie pacjenta osiągnięcia wynegocjowanych celów.
- Przynosi użyteczne informacje co do możliwości i silnych stron pacjenta.

Ważne jest wyjaśnienie pacjentom, że negocjacje muszą toczyć się w strefie wyznaczonej dwiema granicami: wolnością pacjenta oraz dobrą praktyką kliniczną terapeuty. Oznacza to, że porozumienia nie mogą być zawierane wbrew dobrej praktyce klinicznej lub wbrew woli pacjenta. Może się to wydać paradoksalne, ponieważ to, czego chce przedstawiciel profesji opieki zdrowotnej, to promowanie zmiany. Z drugiej strony to, co on/ona może uczynić, to ułatwienie pacjentowi dostrzeżenia swojego oporu oraz przeszkód na drodze do zmiany w sposób obiektywny na tyle, na ile jest to możliwe, ale bez wiązania tym pacjentów poprzez przymuszenie ich do obrony w dyskusji z przedstawicielem profesji opieki zdrowotnej, wydającym się nie doceniać znaczenia, jakie przeszkody te mają dla pacjenta.

Śledź postępy

Zmiana jest powolnym ciągłym procesem. Dlatego też, zamiast planować intensywne interwencje w krótkim czasie, bardziej sensownym jest planowanie krótkich interwencji rozłożonych w długim okresie. Warunki POZ są idealne dla takiej strategii, ponieważ pacjenci utrzymują kontakt ze swoim lekarzem rodzinnym z różnych powodów, to zaś daje szansę utrzymywania tematu alkoholu wśród spraw do załatwienia. Z drugiej strony, gdy tylko pacjenci zmieniają wzorce picia, śledzenie ich postępów umożliwia lekarzowi przekazywanie pozytywnych informacji zwrotnych zarówno dotyczących obiektywnych, jak i subiektywnych zmian, których pacjent może doświadczać.

Pacjenci mogą reagować oporem albo zainteresowaniem na prowadzone wobec nich krótkie interwencje. Dla klinicysty jest bardzo ważne, aby zachował wrażliwość na reakcję pacjenta, ponieważ prowadzić go to może do różnych odpowiedzi. Poniżej opisujemy podstawowe podejścia do reagowania zarówno na pacjenta opornego, jak i zdecydowanego na zmianę.

1) Podążaj za oporem, aby zmienić ich nawyki

Jeżeli pacjenci znajdujący się na etapach prekontemplacji lub kontemplacji wykazują niechęć do zmiany swoich nawyków, a prawdopodobne wydaje się, że konfrontacja zwiększy tę niechęć, należy użyć innych strategii.

Opisując takie strategie, Miller i Rollnick (2002) zarysowali podobieństwo ze sztukami walki, w których zamiast blokować lub przeciwdziałać atakowi, mistrz walki „podąża” za atakiem, czyniąc go ten sposób nieszkodliwym.

Powyższa zasada przekłada się następująco na przekrój przyjęć: gdy przedstawiciel profesji opieki zdrowotnej zaczyna mówić o zmianie nawyków, zaś pacjent przejawia opór, profesjonalista opieki zdrowotnej zamiast wdawać się w polemikę, musi zaakceptować i rozpoznać opór oraz zastosować techniki refleksyjnego słuchania. Kiedy już opór zostaje zaakceptowany, pacjent przestaje zajmować się tym szczególnym zagadnieniem i swobodnie przechodzi do rozważania innych aspektów problemu.

Jest faktem, że takie podejście może pomóc w zachęceniu pacjenta przyjrzenia się swojemu oporowi wobec zmiany. Dzięki temu zarówno pacjent, jak i profesjonalista opieki zdrowotnej lepiej ten opór rozumieją.

Zgodnie z inną strategią walki opór można również „pozostawić na boku”. Jeżeli pacjent ujawnia opór w stosunku do konkretnego ze-

stawu pytań, profesjonalista opieki zdrowotnej może skierować rozmowę na inny temat, bądź skupić się na nim pod innym kątem. Celem jest kontynuowanie, tak długo jak to będzie możliwe, konstruktywnej i opartej na współpracy dyskusji bez stawiania w zakresie danego tematu przed przeszkodą. W tzw. międzyczasie pacjent nie przestaje mówić i badać swoich odczuć i myśli, co pomaga w procesie kontemplacji.

2) Wydobądź mówienie o zmianie

Kiedy pacjenci reagują pozytywnie, istnieją sposoby, dzięki którym będziemy promować u nich postanowienie zmiany, pobudzając ich do formułowania stwierdzeń motywujących siebie (tzw. mówienie o zmianie). Jeżeli ktoś wysłuchuje nas, gdy wygłaszamy jakąś opinię, to zwykle umacniamy się we własnym przekonaniu do niej. Dlatego też, chcąc zachęcić do zmiany i ją ułatwić, ogromną pomocą będzie ukierunkowanie sesji konsultacyjnej w taki sposób, aby pacjent poczuł się zachęcony do powiedzenia, jakie powody do zmiany swoich nawyków dostrzega on sam.

Poniżej przedstawiono kilka przykładów stwierdzeń do samo-motywacji:

„Jestem świadomy tego, że paląc papierosy daję zły przykład swoim dzieciom”.

„Gdybym był bardziej aktywny fizycznie, pomogłoby mi to radzić sobie ze stresem w pracy”.

„Mój ojciec zmarł na zawał serca, a ja nie chcę, żeby i to mnie się przytrafiło. Wiem, że zmieniając swój styl życia, mógłbym takie ryzyko zmniejszyć”.

„Nie lubię swojej tuszy, czuję się nieatrakcyjny i łatwo się męczę”.

Stwierdzenia do samo-motywacji możemy wydobyć zadając pytania typu:

„Opowiedział/a mi Pan/i o tym, co lubi w związku z tytoniem. Czy nie niepokoi Pana/ią jakiś aspekt tego nałogu?”

„Czy rozważał/a Pan/i zmianę niektórych zachowań dotyczących stylu życia?”

„Czy nie sądzi Pan/i, że coś by Pan/i zyskał/a zmieniając swoje zachowania?”

Mówienie o zmianie może wyrażać się na różne sposoby: stwierdzeniami zainteresowania, troski itp. Jednak stwierdzeniami do samo-motywacji o największej sile będą te, które wyrażają postanowienie.

DOKUMENT ROBOCZY 13

Zapobieganie nawrotom: pomoc ludziom w powrocie do zdrowienia

Zapobieganie nawrotom: pomaganie ludziom w powrocie do zdrowienia

Utrzymywanie jest etapem aktywnej i ciągłej zmiany. W celu uniknięcia nawrotu i osiągnięcia nowego, zdrowszego stylu życia uczymy się nowych strategii radzenia sobie. Tylko około 20% ludzi trwale zmienia swoje długo trwające zachowania problemowe przy pierwszej próbie. Większość ludzi powraca – przynajmniej na jakiś czas – do zachowania problemowego zanim zdecyduje się na ponowną próbę.

Najbardziej szczegółową pracę nad nawrotami oraz tym, jak pomagać ludziom w powrocie do zdrowienia, wykonał Alan Marlatt. Dzieło Marlatta i Gordona (1985) zostało później przejrane i rozwinięte przez innych (Society for the Study of Addiction 1996) i dostarcza użytecznych, przydatnych roboczych ram do pracy klinicznej.

Co wyzwala nawrót?

Nawrót jest zwykle sposobem:

- Radzenia sobie z sytuacją emocjonalnie stresującą (np. aby poczuć się lepiej, gdy czujemy się źle).
- Wzmocnienia pozytywnych stanów emocjonalnych (np. aby poczuć się jeszcze lepiej, gdy czujemy się dobrze).
- Poddania się pokusom albo pragnieniom.
- Reagowania na presję społeczną.

Unikanie nawrotu

Ludzie potrzebują odpowiednich umiejętności radzenia sobie z powyższymi sytuacjami oraz odczuwania pewności, że potrafią to zrobić. Za każdym razem, gdy komuś uda się uniknąć potencjalnego nawrotu, rośnie jego zaufanie we własne siły i zwiększa się prawdopodobieństwo pomyślnego zastosowania przezeń tej samej strategii następnym razem. Znajdując się w fazie utrzymywania, osoby te mogą się przygotować na tego typu sytuacje wysokiego ryzyka.

Wybiegając myślą w nadchodzące tygodnie, osoby takie mogą sporządzić listę sytuacji, w których, jak przewidują, mogą chcieć wrócić do swojego zachowania problemowego. Można im wtedy pomóc stworzyć odpowiednie strategie radzenia sobie; warunkowanie przeciwstawne, kontrolowanie otoczenia i posługiwanie się relacjami pomagania, tj.:

- umiejętnościami asertywności do radzenia sobie z presją otoczenia;
- postępowaniem z lękiem lub gniewem do radzenia sobie z tymi negatywnymi stanami emocjonalnymi;
- tworzeniem sieci wsparcia do radzenia sobie ze stanami stresu emocjonalnego;
- strategiami zmieniania nastroju pomocnymi w odrywaniu uwagi od swoich pragnień i przymusowych zachowań;
- zmianą rutyny do unikania sytuacji z wielką pokusą.

„Wpadki” i nawroty

Często zdarza się, że ludzie nastawiają się na bardzo ściśle przestrzeganie nowego stylu życia (niepalenie, zdrowe odżywianie się, intensywny wysiłek fizyczny itp.), a potem schodzą z tego szlaku przy pierwszej lepszej okazji. Wielu ludzi odstępuje od nowego stylu życia, gdy tylko zdarzy im się „wpadka”, wierząc, że oto ponieśli porażkę, a pełny nawrót jest już nieunikniony. Potem czują się winni i obwiniają samych siebie. Tracą zaufanie do swoich strategii radzenia sobie, zaś powrót na ścieżkę zdrowego stylu życia staje się dla nich jeszcze trudniejszy. Każdy nawrót zaczyna się „wpadką”, ale nie każda „wpadka” musi przerodzić się w nawrót. Ludzie mogą nauczyć się opanowywać swoje „wpadki”, tak by wracać na wytyczoną ścieżkę możliwie jak najszybciej. Możliwe jest wypalenie jednego papierosa bez stania się na powrót palaczem.

Pomaganie ludziom w „powrocie do zdrowienia”

„Wpadki” i nawroty mogą nas wiele nauczyć o naszych nałogach i próbach zmieniania się. Najpierw musimy jednakże uznać, że pierwszą naszą reakcją może być rozczarowanie, złość albo frustracja.

Po uznaniu tych uczuć, zidentyfikowanie tego, co wywołało „wpadkę” lub pełny nawrót może pomóc w uściśleniu, jakie okoliczności są sytuacjami „wysokiego ryzyka” oraz jaki rodzaj strategii radzenia sobie należy rozwinąć i jak rozwijać te umiejętności.

Pomocnym może okazać się zbadanie:

- Czy osoba miała do dyspozycji dostateczną liczbę technik uwarunkowań przeciwnych? Czy należy rozwijać więcej z nich?
- Czy zapewnione zostało dostateczne wsparcie? Czy można wzmocnić istniejące relacje pomagania lub zapewnić większe wsparcie?
- Czy to doświadczenie ukazało potrzebę profesjonalnej, specjalistycznej pomocy w odniesieniu do problemu?
- Czy osoba była naprawdę przygotowana na zmianę i postanowiła się zmienić, czy może też jej próba była przedwczesna? Czy dobrym pomysłem jest podjęcie próby teraz, czy też potrzeba więcej prekontemplacji i przygotowania?

Podobnie, ludzie mogą się uczyć z pomyslnych prób unikania „wpadek” w sytuacjach wysokiego ryzyka. Mogą one ujawniać, które ze strategii radzenia sobie są skuteczne i jak rozwijają się ich umiejętności. To z kolei buduje zaufanie do siebie.

DOKUMENT ROBOCZY 14

Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu

Jest bardzo prawdopodobne, że przy przesiewie w kierunku spożywania alkoholu, wychwycimy nie tylko osoby, które spożywają alkohol w sposób ryzykowny, ale także osoby, które zaczęły już doświadczać problemów z alkoholem, lub które spożywają alkohol w bardzo dużych ilościach. Do rozpoznawania zespołu uzależnienia od alkoholu używa się tradycyjnie dwu międzynarodowych klasyfikacji diagnostycznych: Podręcznika Diagnozy i Statystyki Chorób Psychiczych (DSM-IV) oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10).

Kryteria ICD-10

Definitywne rozpoznanie uzależnienia należy zwykle postawić tylko wtedy, jeśli w ciągu ostatnich 12-tu miesięcy wystąpiły w tym samym czasie łącznie trzy lub więcej z poniższych objawów:

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu.
- Trudności kontrolowania zachowań związanych z pićm obejmujące rozpoczęcie, kończenie oraz poziom spożycia.
- Fizjologiczne objawy stanu odstawienia występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu picia (np. dreszcze, pocenie się, przyśpieszona akcja serca, niepokój, bezsenność lub też rzadziej drgawki, zaburzenia orientacji i omamy) albo picie w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów odstawienia.
- Oznaki tolerancji, polegającej na tym, żeby uzyskać efekt wywoływany po-

czątkowo mniejszymi dawkami, należy spożyć większe ilości alkoholu.

- Postępujące zaniedbywanie innych ważnych źródeł przyjemności i zainteresowań na rzecz picia, zwiększona ilość czasu poświęcanego zdobywaniu, spożywaniu i odwróceniu skutków działania alkoholu (koncentrowanie się wokół picia).
- Spożywanie alkoholu mimo wyraźnej świadomości jawnie szkodliwych następstw, takich jak: uszkodzenie wątroby, stany depresyjne będące wynikiem okresów intensywnego picia lub związane z alkoholem zaburzenia funkcji poznawczych.

Pacjenci pijący ryzykownie bądź szkodliwie, a także pacjenci z klinicznym podejrzeniem picia szkodliwego lub uzależnienia od alkoholu mogą odnieść korzyści z poddania się dalszej ocenie. Narzędziem pierwszego wyboru jest złożony z dziesięciu pytań Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu (AUDIT) Światowej Organizacji Zdrowia. Uzyskanie w tym teście wyniku 20 lub więcej punktów świadczy o uzależnieniu od alkoholu, a pacjenci z takim wynikiem mogą wymagać skierowania do specjalistycznego ośrodka celem dalszej diagnozy i leczenia. Pomiaru stopnia uzależnienia od alkoholu dokonać można przy pomocy modułu uzależnienia od alkoholu będącego częścią Międzynarodowego Wieloaspektowego Wywiadu Diagnostycznego [Composite International Diagnostic Interview] Światowej Organizacji Zdrowia (CIDI-SF 12 Miesięcy) (WHO 2002b). Zawiera on siedem pytań mierzących uzależnienie od alkoholu, z których pozytywna odpowiedź na cztery

Międzynarodowy Wieloaspektowy Wywiad Diagnostyczny (CIDI-SF 12 Miesiący) do pomiaru uzależnienia od alkoholu

1. Czy w ciągu minionych 12 miesięcy kiedykolwiek zdarzyło się, aby picie lub bycie na „kacu” zaburzyło Pana/Pani aktywność w szkole, w pracy lub w domu?

1. Tak
2. Nie

1.1. Jeżeli tak, to jak często w ciągu ostatniego roku?

1. Raz lub dwa razy
2. Między 3 a 5 razy
3. Między 6 a 10 razy
4. Między 11 a 20 razy
5. Ponad 20 razy

2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był/a Pan/Pani pod wpływem alkoholu w sytuacji, w której można doznać uszkodzeń ciała – np. prowadząc pojazd lub łódź, używając noża lub broni czy obsługując maszyny?

1. Tak
2. Nie

3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani emocjonalne lub psychologiczne problemy z powodu picia alkoholu, jak np. odczucie nie interesowania się sprawami, odczucie bycia w depresji, podejrzliwości wobec innych osób, paranoi czy posiadania dziwnych pomysłów?

1. Tak
2. Nie

4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał/a Pan/Pani tak silne pragnienie lub przymus picia, że nie mógł/mogła się Pan/Pani od niego powstrzymać?

1. Tak
2. Nie

5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przez okres jednego miesiąca lub dłużej, spędził/a Pan/Pani dużo czasu pijąc lub przezwyciężając skutki picia alkoholu?

1. Tak
2. Nie

6. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kiedykolwiek wypił/a Pan/Pani więcej niż Pan/i zamierzał/a lub czy pił/a Pan/i dłużej niż Pan/i zamierzał/a?

1. Tak
2. Nie

6.1. Jeżeli tak, to jak często w minionym roku?

1. Raz lub dwa razy
2. Między 3 a 5 razy
3. Między 6 a 10 razy
4. Między 11 a 20 razy
5. Ponad 20 razy

7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kiedykolwiek zdarzyło się, aby musiał/a Pan/i wypić dużo więcej niż zwykle, aby osiągnąć ten sam skutek, jaki Pan/i zamierzał/a?

1. Tak
2. Nie

lub więcej na wartość diagnostyczną (Pytania 1.1 oraz 6.1 nie są wliczane do punktacji).

Podwyższone poziomy GGTP i aminotransferaz oraz CDT i MCV często wywoływane są przez alkohol. Jako że ich oznaczanie

wchodzi w skład rutynowego zestawu badań biochemicznych, podwyższone poziomy tych oznaczeń powinny kierować uwagę lekarza na możliwość diagnozy picia szkodliwego lub uzależnienia od alkoholu.

DOKUMENT ROBOCZY 15

Farmakologiczne leczenie uzależnienia od alkoholu

Postępowanie z objawami odstawienia

U ludzi fizycznie uzależnionych od alkoholu istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia objawów odstawiennych w 6 do 24 godzin od spożycia ostatniej porcji. Zalecanym lekiem pierwszego wyboru w leczeniu zespołu odstawiennego jest diazepam, z uwagi na stosunkowo długi okres półtrwania i potwierdzone dane o skuteczności. Standardowy schemat leczenia przewiduje regularne podawanie dawek diazepamu przez dwa do dwunastu dni, bez wykraczania poza dzień 12-ty celem uniknięcia ryzyka uzależnienia.

Poniższa tabela zestawia zalecane dawki diazepamu. Dokładny schemat leczenia powinien zawierać się pomiędzy niskim a wysokim poziomem, w zależności od stopnia nasilenia uzależnienia i objawów odstawiennych.

Jeżeli pacjent odczuwa jeden lub więcej z wymienionych niżej objawów, zalecane jest podanie dawek diazepamu w celu zapobieżenia wystąpieniu zespołu abstynencyjnego:

- uprzednie występowanie majaczenia alkoholowego (delirium tremens) albo napadów drgawkowych;
- poranne objawy odstawienia;
- picie zaraz po obudzeniu się;
- pacjent chcący przyjąć lek;
- aktualnie występujące objawy odstawiennie;
- poważny stan somatyczny.

W przypadku, gdy pacjent wymaga odtrucia (detoksykacji), musimy ocenić czy kwalifikuje się on do skierowania do specjalistycznego ośrodka, czy też można go/ją prowadzić w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenta skierować należy do szpitala

Diazepam (kapsułki á 5 mg)		
Dzień	Poziom niski	Poziom wysoki
1	1-1-1	4-4-4
2	1-0-1	4-3-4
3	0-0-1	3-3-4
4	stop	3-3-3
5		3-2-3
6		2-2-3

Diazepam (kapsułki á 5 mg)		
Dzień	Poziom niski	Poziom wysoki
7		2-1-3
8		1-1-3
9		1-1-2
10		1-1-1
11		1-0-1
12		0-0-1
13		stop

bądź na ostry dyżur, jeżeli w oczywisty sposób spełnione są następujące warunki:

- uprzednio podejmowane i nieskuteczne próby leczenia;
- poważne powikłania:
 - umiarkowane do wysokiego ryzyko wystąpienia objawów abstynencyjnych,
 - poważna choroba,
 - rodzina niezdolna do udzielenia wsparcia,
 - współwystępująca choroba psychiczna,
 - regularne przyjmowanie innych substancji uzależniających;
- zespół podstawowej opieki zdrowotnej nie jest w stanie poprowadzić leczenia.

Jeżeli wybieramy opcję odtrucia ambulatoryjnego prowadzonego w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, muszą być spełnione następujące warunki:

- dzienne spożycie alkoholu poniżej 25 porcji standardowych;
- brak poważniejszych powikłań somatycznych bądź psychicznych;
- pacjenci zdecydowani na:
 - powstrzymanie się od spożywania alkoholu podczas odtrucia,
 - pozostawanie w domu,
 - unikanie ryzykownych aktywności;
- przyjęcie odpowiedzialności za nadzór nad przyjmowaniem środków i kontrolowaniem przebiegu leczenia przez jednego z krewnych nie mającego problemu z uzależnieniami;
- niedostępność napojów alkoholowych w domu pacjenta w czasie odtruwania;
- codzienny kontakt z lekarzem bądź pielęgniarką (osobisty lub telefoniczny).

Przeciwwskazania do detoksykacji ambulatoryjnej są następujące:

- splątanie lub omamy,

- powikłany uprzedni zespół odstawienny w wywiadzie,
- padaczka albo napady padaczkopodobne w wywiadzie,
- zły stan odżywienia,
- nasilone wymioty lub biegunka,
- ryzyko popełnienia samobójstwa,
- poważne uzależnienie połączone z niechęcią do codziennego kontaktu z lekarzem/pielęgniarką,
- niepowodzenie leczenia zespołu abstynencyjnego w warunkach domowych,
- objawy odstawienne nie poddające się kontroli,
- ostra choroba somatyczna bądź psychiczna,
- używanie wielu substancji,
- środowisko domowe nie wspierające abstynencji.

Postępowanie z uzależnieniem od alkoholu

Niektórzy ludzie uzależnieni od alkoholu osiągną poprawę dzięki własnym wysiłkom i nie każdemu człowiekowi uzależnionemu potrzebne jest specjalistyczne leczenie, chociaż jest ono potrzebne wielu z nich. Leczenie specjalistyczne obejmuje podejścia behawioralne oraz farmakoterapię. Wśród najbardziej skutecznych są: trening umiejętności społecznych, wsparcie ze strony otoczenia i behawioralna terapia małżeńska, zwłaszcza kiedy położony jest w nich nacisk na rozwijanie zdolności jednostki do zaprzestania lub ograniczenia picia poprzez kształcenie umiejętności samodzielnego postępowania z samym sobą, wzmacnianie motywacji i umacnianie własnego systemu wsparcia. Skuteczne jest także stosowanie akamprozatu i antagonisty opiatowego – naltreksonu oraz disulfiramu.

Akamprozat działa modelująco na układ NMDA-glutaminianergiczny*; dowiedziono jego skuteczności w zwiększaniu częstości występowania abstynencji u pacjentów uzależnionych od alkoholu po odtruciu w okresie 6 i 12 miesięcznym. Jego skuteczność utrzymuje się od zakończenia leczenia. Dawkę wynoszącą 2 g na dobę podaje się albo w ilości 2 tabletki co 8 godzin, albo 3 tabletki co 12 godzin.

Naltrekson jest antagonistą opiatowym, który podawany przez 3 miesiące okazał się skuteczny w zmniejszaniu częstości nawrotów u pacjentów uzależnionych od alkoholu. Jego skuteczność zanika po zaprzestaniu podawania. Podaje się go jednorazowo w dawce 50 mg dziennie, w postaci pojedynczej tabletki.

Działanie disulfiramu polega na hamowaniu metabolizmu dehydrogenazy alkoholowej. Chociaż kliniczne badania jego skuteczności przynoszą sprzeczne wyniki, lek ten wydaje się przydatny u pacjentów, którym trudno wytrwać w postanowieniu powstrzymywania się od picia alkoholu. Dawką zalecaną jest 250 mg na dobę jednorazowo. Podobne do disulfiramu działanie wykazuje cyjanoamid wapnia; niekorzystne jest w jego przypadku to, że średni czas działania jest bardzo krótki i musi być on podawany dwa razy dziennie.

Jeżeli akamprozat i naltrekson powodują zmniejszenie głodu picia (substancje przeciw-

łaknieniowe), to działanie disulfiramu oraz cyjanoamidu wapnia opiera się na ich działaniu odstrasającym doświadczanym przez pacjentów pijących alkohol po przyjęciu środka (substancje antydipsotropiczne**).

Metodami nieskutecznymi są wszystkie te, które zakładają edukację, konfrontację, wstrząs lub koncentrują się na stosowaniu wglądu w naturę i przyczyny uzależnienia od alkoholu, jak również te, które zakładają obowiązkowe uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Alkoholików. Niewiele potwierdzonych danych wskazuje na to, że ogólne wyniki leczenia będą lepsze, jeżeli dopasowywać będziemy pacjentów do określonego typu leczenia.

Nie jest znany najbardziej optymalny model relacji pomiędzy opieką podstawową a świadczeniami specjalistycznymi, chociaż wydaje się, że rezultaty są lepsze w przypadku zintegrowanego działania opieki podstawowej i ośrodków specjalistycznego leczenia, niż gdy obydwa typy świadczeń pozostają rozdzielone. Dalsza opieka może zmniejszać ryzyko nawrotu, zatem ważne jest, aby świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej na dłużej pozostawali w kontakcie z pacjentem leczonym z powodu uzależnienia od alkoholu, nie utrzymującym już więzi z ośrodkiem zapewniającym świadczenia specjalistyczne.

* inaczej układ, w którym neuroprzebieżnikiem są aminokwasy pobudzające (przypis redakcji).

** substancje o innych mechanizmach zmniejszania spożycia alkoholu (przypis redakcji).

DOKUMENT ROBOCZY 16

Arkusze oceny

Proszę zakreślić kwadrat, który najlepiej opisuje to, co czujesz w odniesieniu do każdego z celów.

Kończąc ten kurs, jak dalece jesteś w stanie:

	wcale	nie za bardzo	do pewnego stopnia	bardzo
■ zmierzyć tygodniowe spożycie alkoholu w porcjach standardowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ rozpoznać osoby ryzykownie pijące na podstawie ich tygodniowego spożycia alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ rozpoznać osoby ryzykownie pijące przez zastosowanie testu AUDIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ opisać model etapów zmiany Prochaski i DiClemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ opisać podstawowe składniki krótkiej interwencji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ udzielić pijącemu/ej ryzykownie krótkiej porady z uwzględnieniem etapu zmiany, na którym się znajduje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ opisać typowe sposoby, za pomocą których pacjenci ujawniają opór wobec zachowań mających na celu promowanie zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ zareagować na opór pacjenta w sposób nie prowokujący powstawania dalszego sporu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ wymieniać informacje w sposób ukierunkowany na pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	wcale	nie za bardzo	do pewnego stopnia	bardzo
■ sporządzić listę problemów związanych z regularnym intensywnym pićciem i intoksykacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ opisać kryteria uzależnienia od alkoholu według ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ opisać podstawowe kryteria skierowania pacjenta do specjalistycznej poradni alkoholowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ przepisać domowe odtrucie (detoksykację) pacjentowi pijącemu 150 g alkoholu dziennie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę skomentować lub wyrazić swoje sugestie dotyczące:

Tempa kursu

.....

.....

.....

.....

Użytych metod

.....

.....

.....

.....

Materiałów do kursu (pomocniczych i wizualnych)

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za współpracę.

Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna

**Program treningu
w zakresie rozpoznawania
i krótkiej interwencji**

A decorative graphic consisting of several light blue stars scattered across a white rectangular area. The stars are of varying sizes and orientations, creating a pattern that resembles the European Union flag.

PRZEŹROCZA

Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna

Program treningu w zakresie rozpoznawania i krótkiej interwencji

PRZEŹROCZA

1

Treść programu treningu

- **Sesja 1:** Wprowadzenie i pojęcia podstawowe
- **Sesja 2:** Wczesne rozpoznawanie
- **Sesja 3:** Krótka Interwencja I
- **Sesja 4:** Krótka Interwencja II
- **Sesja 5:** Uzależnienie od alkoholu
- **Sesja 6:** Wdrażanie programu WRKI dotyczącego alkoholu

2

Sesja Pierwsza:

Wprowadzenie i pojęcia podstawowe

- Wprowadzenie
- Zdrowie a koszty społeczne
- Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna
- Porcje standardowe
- Wzorce picia
- Poziomy ryzyka
- Kryteria interwencji

3

Zespołowy Projekt WHO Dotyczący Rozpoznawania i Postępowania z Problemami Związanymi z Alkoholem w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

- **FAZA I (1983–1989)**
Opracowanie narzędzia przesiewowego AUDIT
- **FAZA II (1985–1992)**
Kontrolowane badanie z doбором losowym skuteczności krótkich interwencji
- **FAZA III (1992–1998)**
Marketing i trening oraz strategie wspierania wdrażania w POZ wczesnych interwencji dotyczących alkoholu
- **FAZA IV (1998–2004)**
Rozpowszechnianie i szerokie wdrażanie w POZ wczesnych interwencji dotyczących alkoholu

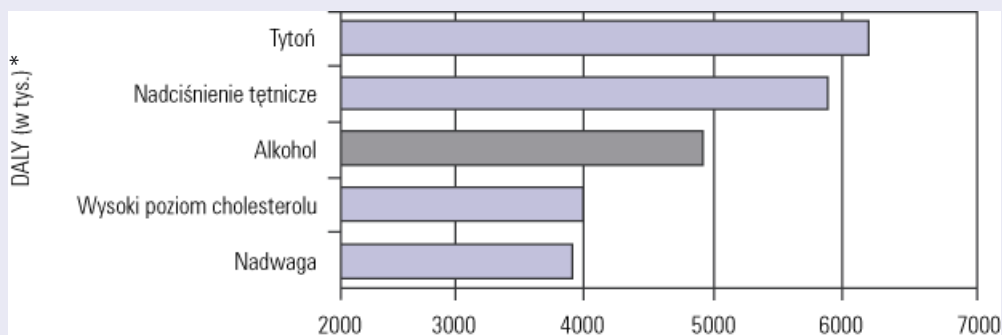
4

Projekt PHEPA

- **Cel:** Zintegrowanie promujących zdrowie interwencji wobec ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu z codzienną praktyką kliniczną profesjonalistów POZ.
- **Działania:**
 - Zalecenia europejskie i wytyczne kliniczne dla płatników i świadczeniodawców opieki zdrowotnej.
 - Europejski program treningowy dla profesjonalistów POZ.
 - Kompleksowa internetowa baza danych dotyczących dobrej praktyki.

5

Pięć najistotniejszych czynników ryzyka pogorszonego zdrowia i przedwczesnego zgonu w Europie

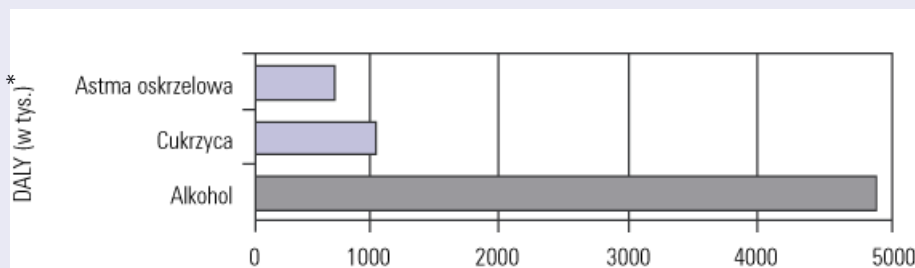


Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia (2002a)

* DALY (ang. disability adjusted life year) jest jednostką pomiaru oznaczającą 1 rok zmniejszenia czasu trwania życia wskutek przedwczesnego zgonu lub 1 rok życia w znacząco pogorszonym zdrowiu

6

Alkohol jest istotniejszy jako przyczyna pogorszonego stanu zdrowia i przedwczesnego zgonu niż cukrzyca albo astma oskrzelowa



Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia (2002a)

* DALY (ang. disability adjusted life year) jest jednostką pomiaru oznaczającą 1 rok zmniejszenia okresu trwania życia wskutek przedwczesnego zgonu albo 1 rok życia w znacząco pogorszonym zdrowiu

7

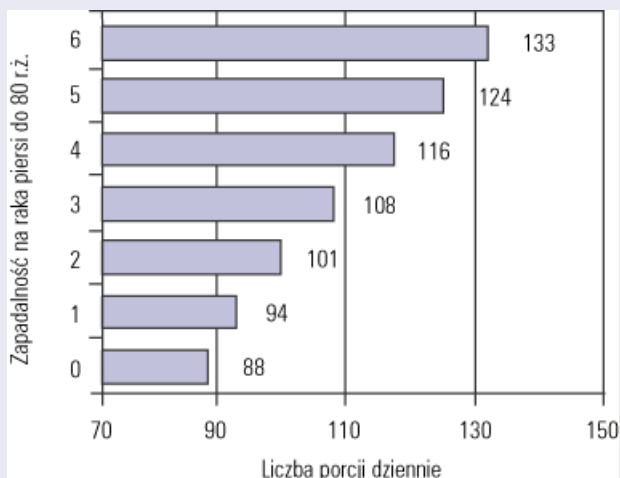
Przypisywany alkoholowi odsetek zdarzeń u mężczyzn w Europie (%)

■ Marskość wątroby	63
■ Udar krwotoczny	26
■ Raki jamy ustnej i nosogardzieli	41
■ Rak przełyku	46
■ Inne nowotwory	11
■ Zabójstwo	41
■ Inne urazy celowe	32
■ Wypadki drogowe	45
■ Inne niezamierzone urazy	32

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia (2002a)

8

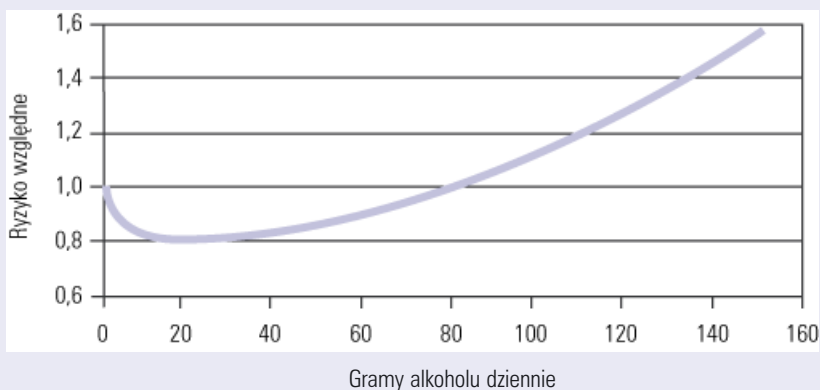
Ryzyko raka piersi u kobiet



Źródło: Grupa Współpracy w Zakresie Czynników Hormonalnych w Raku Piersi (2002)
Skumulowana zapadalność na raka piersi na 1000 kobiet w wieku do 80 r.ż. w zależności od liczby porcji alkoholu dziennie

9

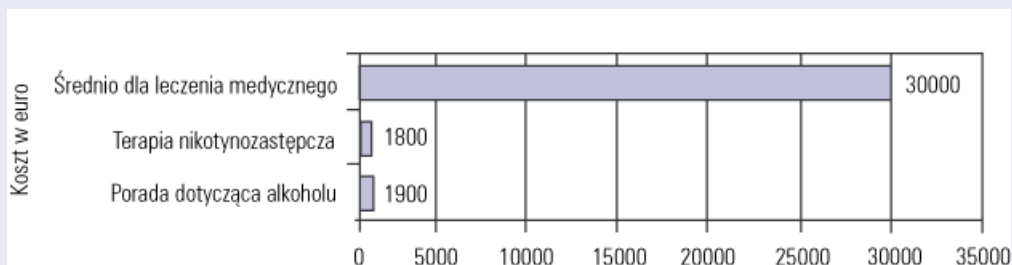
Ryzyko choroby wieńcowej serca



Źródło: Corrao i wsp. (2000)

10

Roczny koszt zapobieżenia 1 rokowi życia w pogorszonym stanie zdrowia lub traconemu z powodu przedwczesnego zgonu



11

Porcje standardowe

- Jedna porcja standardowa zawiera najczęściej ok. 10 g alkoholu. Jest to na przykład:
 - 250 ml piwa o mocy 5%
 - 125 ml wina o mocy 12%
 - 70 ml wzmocnionego wina (np. sherry) o mocy 18%
 - 50 ml likieru lub aperitifów o mocy 25%
 - 25 ml wódki (spirytualiów) o mocy 40%

12

Wzorce picia

- **PICIE RYZYKOWNE:** poziom spożywania alkoholu albo taki wzorzec picia, przy których prawdopodobne staje się wystąpienie szkód, o ile będą trwały obecne zachowania w zakresie picia.
- **PICIE SZKODLIWE:** wzorzec picia, który powoduje szkody zdrowotne, somatyczne czy psychiczne. W przeciwieństwie do picia ryzykownego, rozpoznanie picia szkodliwego wymaga, by u spożywającego wystąpiły szkody zdrowotne.
- **UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU:** zbiór zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w których spożywanie alkoholu staje się dla danej osoby znacznie większym priorytetem niż inne zachowania, które kiedyś miały większą wartość. Główną cechą charakterystyczną jest pragnienie wypicia alkoholu. Powrót do picia po okresie abstynencji związany jest często z ponownym, gwałtownym pojawieniem się cech zespołu.

13

Poziomy ryzyka i kryteria interwencji

Poziom ryzyka	Kryteria	Interwencja	Rola POZ
niski	<280g/tydz. mężczyźni <140g/tydz. kobiety AUDIT-C<5 mężczyźni AUDIT-C<4 kobiety AUDIT < 8	zapobieganie początkowe	edukacja zdrowotna, doradztwo, modelowanie roli osobowej
ryzykowny*	>=280–349g/tydz. mężczyźni ≥140-209g/tydz. kobiety AUDIT-C≥5 mężczyźni AUDIT-C≥4 kobiety AUDIT 8-15	prosta porada	rozpoznawanie, ocena, krótka porada
szkodliwy	≥350g/tydz. mężczyźni ≥210g/tydz. kobiety Obecność szkód AUDIT 16-19	prosta porada plus krótkie doradzanie i ciągły monitoring	rozpoznawanie, ocena, krótka porada, dalsza opieka
wysoki (uzależnienie od alkoholu)	kryteria ICD-10 AUDIT≥20	leczenie specjalistyczne	rozpoznawanie, ocena, skierowanie do specjalisty, dalsza opieka

* Jakikolwiek spożycie u kobiet ciężarnych i osób poniżej 16 r.ż. oraz osób chorych albo leczonych, którym należy doradzić powstrzymanie się od spożywania alkoholu.

Źródło: Anderson (1996)

14

Sesja druga: Wczesne rozpoznawanie

- Rozpoznawanie picia ryzykownego i szkodliwego
 - AUDIT
 - AUDIT-C
- Poziomy wdrażania
- Skuteczność krótkich interwencji

15

Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu (AUDIT) – 1

1. Jak często pije Pan/Pani napoje zawierające alkohol?

nigdy (0 punktów)	raz w miesiącu (1 punkt)	2-4 razy w miesiącu (2 punkty)	2-3 razy w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

2. Ile porcji standardowych zawierających alkohol wypija Pan/Pani w trakcie typowego dnia picia?

1 lub 2 (0 punktów)	3 lub 4 (1 punkt)	5 lub 6 (2 punkty)	7 lub 9 (3 punkty)	10 lub więcej (4 punkty)
------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

3. Jak często wypija Pan/Pani 6 lub więcej porcji podczas jednej okazji?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	------------------------------	------------------------------	--

4. Jak często w ciągu ostatniego roku stwierdzał/a Pan/Pani, że nie może zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	------------------------------	------------------------------	--

5. Jak często w ciągu ostatniego roku zdarzyło się Panu/Pani z powodu picia alkoholu nie zrobić czegoś, czego normalnie oczekiwano od Pana/i?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	------------------------------	------------------------------	--

16

Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu (AUDIT) – 2

6. Jak często w ciągu ostatniego roku musiał/a się Pan/Pani rano napić, aby móc dojść do siebie po sesji „dużego picia“?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	--

7. Jak często w ciągu ostatniego roku doświadczał/a Pan/Pani poczucia winy lub wyrzutów sumienia po wypiciu alkoholu?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	--

8. Jak często w czasie ostatniego roku nie był Pan/Pani w stanie z powodu picia przypomnieć sobie co wydarzyło się poprzedniego wieczoru?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	--

9. Czy zdarzyło się, że Pan/Pani lub jakaś inna osoba doznała urazu w wyniku Pana/i picia?

nie (0 punktów)	tak, ale nie w ostatnim roku (2 punkty)	tak, w ciągu ostatniego roku (4 punkty)
--------------------	---	---

10. Czy zdarzyło się, że krewny, przyjaciel, lekarz lub pracownik opieki zdrowotnej był zatroskany Pana/Pani picciem lub sugerował jego ograniczenie?

nie (0 punktów)	tak, ale nie w ostatnim roku (2 punkty)	tak, w ciągu ostatniego roku (4 punkty)
--------------------	---	---

17

Test AUDIT-C

1. Jak często pije Pan/Pani napoje zawierające alkohol?

nigdy (0 punktów)	raz w miesiącu lub rzadziej (1 punkt)	2-4 razy w miesiącu (2 punkty)	2-3 razy w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

2. Ile porcji standardowych zawierających alkohol wypija Pan/Pani w trakcie typowego dnia picia?

1 lub 2 (0 punktów)	3 lub 4 (1 punkt)	5 lub 6 (2 punkty)	7 lub 9 (3 punkty)	10 lub więcej (4 punkty)
------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------

3. Jak często wypija Pan/Pani 6 lub więcej porcji podczas jednej okazji?

nigdy (0 punktów)	rzadziej niż raz w miesiącu (1 punkt)	raz w miesiącu (2 punkty)	raz w tygodniu (3 punkty)	codziennie lub prawie codziennie (4 punkty)
----------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	--

18

SIAC (Systematyczny Zapis Spożycia Alkoholu)

- Jeżeli kiedykolwiek zdarza się Panu/i spożywać napoje alkoholowe (wino, piwo itp.), to ile porcji wypija Pan/i w ciągu dnia? (w porcjach standardowych [PS])
- Jak często? (liczba dni w tygodniu)
- Czy w czasie weekendu (bądź dni roboczych) zmieniają się Pana/i nawyki w zakresie picia?

Karta zapisu (w przeliczeniu na PS)

	ilość	liczba dni	ogółem
spożycie w czasie dni roboczych			
spożycie w czasie weekendu			

Picie ryzykowne: 1 PS = 10 g
 >28 PS/tygodniowo u mężczyzn
 >14 PS/tygodniowo u kobiet

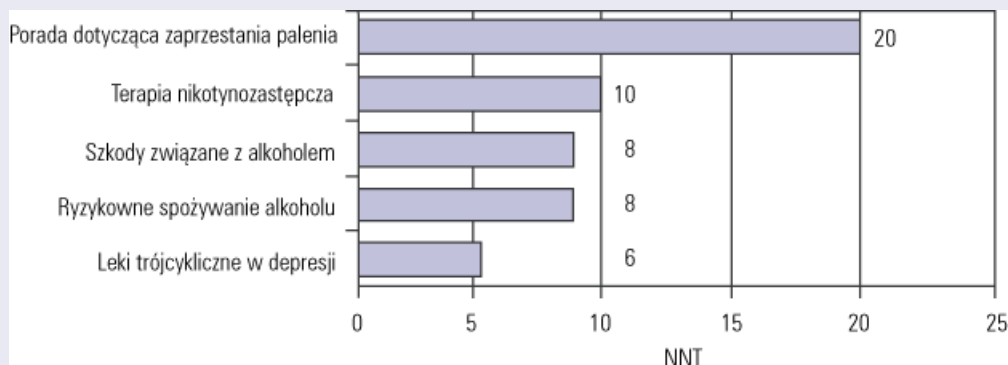
19

Poziomy wdrażania

- **Niski:** Rozpoznawanie picia ryzykownego w ogólnych populacjach (np. u pacjentów z wysokim ciśnieniem tętniczym).
- **Standardowy:** Rozpoznawanie picia ryzykownego w grupach osób ze znanym wysokim poziomem spożycia (np. mężczyźni między 20 a 50 rokiem życia itp.).
- **Najwyższy:** Systematyczne rozpoznawanie i krótka porada stosowana do całej populacji.

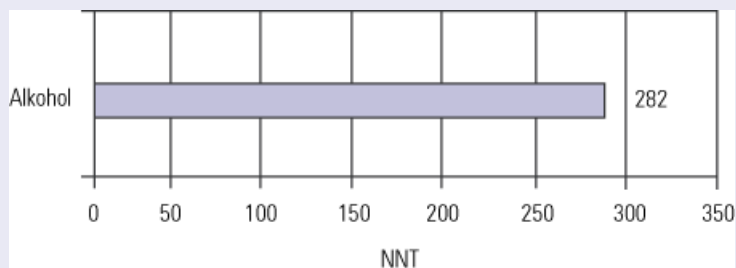
20

Liczby osób, u których należy podjąć interwencję po to, aby jednej z nich przyniosło to korzyść (Numbers needed to treat – NNT)



21

Liczby osób, u których należy podjąć interwencję (NNT) po to, aby zapobiec jednemu zgonowi rocznie



Źródło: Cuijpers i wsp. (2004)

22

Sesja Trzecia: Krótka Interwencja I

- Model Etapów Zmiany
- Procesy zmiany
- Minimalne interwencje
- Styl komunikacji w relacji pomagania

23

Model Etapów Zmiany



* Adaptowane za: Prochaska i DiClemente (1986)

24

Etapy zmiany a cele terapeutyczne

Etap	Element podstawowy	Zadanie terapeuty
Prekontemplacja	Nieświadomość	Zwiększaj świadomość
Kontemplacja	Ambiwalencja	Analizuj niepokoje Rozwijaj różnice wewnętrzne
Przygotowanie	Ambiwalencja	Oferuj neutralną informację i poradę Przedstawiaj wybory
Działanie	Postanowienie	Wzmacniaj postanowienie i skuteczność własną
Utrzymywanie	Stabilność	Wspieraj
Nawrót	Rozpacz	Unikaj krytyki, zwiększaj samoocenę, odnawiaj postanowienie

25

Procesy zmiany

Przechodząc przez kolejne etapy zmiany, ludzie pomagają sobie stosując 10 podstawowych procesów:

Prekontemplacja	Kontemplacja	Przygotowanie	Działanie	Utrzymywanie
Wzrost świadomości	Wyzwolenie społeczne	Gwałtowna ulga	Ponowna ocena środowiska	Ponowna ocena siebie
				Wyzwolenie siebie – Postanowienie
				Kierowanie wzmocnieniem
				Warunkowanie przeciwstawne
				Bodziec/Kontrola środowiska
				Relacja pomagania

26

Interwencja Minimalna wobec Krótkiej

MINIMALNA

- Przy okazji
- Oparta na poradzie
- Z lub bez usystematyzowanej dalszej opieki
- Do 10 minut
- Z materiałami do samopomocy

KRÓTKA

- Zwykle zaplanowana
- Oparta na motywowaniu
- Z usystematyzowaną dalszą opieką
- Do 30 minut
- Z materiałami do samopomocy

27

Minimalna Interwencja

(Metoda Pięciu „P”*)

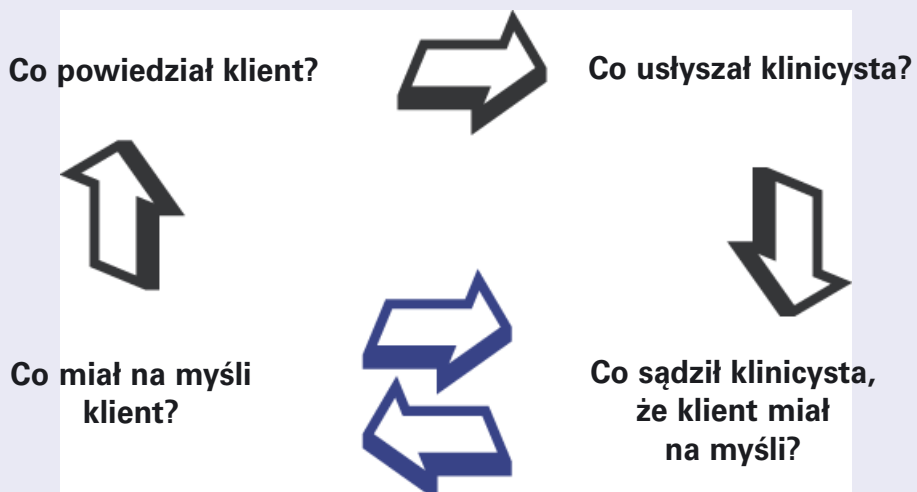
- Pytaj/Przebadaj: czy dana osoba pije i oceń czynniki, które mogłyby wpływać na wybór zmiany zachowania, cele i metody.
- Poradź: udziel jasnej, specyficznej i spersonalizowanej porady dotyczącej zmiany zachowania, zawierającej informacje o osobistych szkodach zdrowotnych oraz korzyściach.
- Przyjmij: wybór celów i metod leczenia opierając się na gotowości osoby do zmiany swojego zachowania odnoszącego się do picia.
- Pomóż: pomagaj pijącemu w osiągnięciu celów, na które wspólnie się zgodziliście poprzez ułatwianie mu nabywania wiedzy, postaw, umiejętności, zaufania oraz uzyskania wsparcia otoczenia na rzecz zmiany zachowania.
- Planuj: zaplanuj dalsze wizyty kontrolne mające zapewnić wsparcie.

* Zaadaptowane za: Whitlock’iem i wsp. (2004) – z metody 5 „A”: Ask/Assess, Advise, Assist, Arrange

28

Model Komunikacji

według Thomasa Gordona



* Adaptowane za: Gordonem (1970)

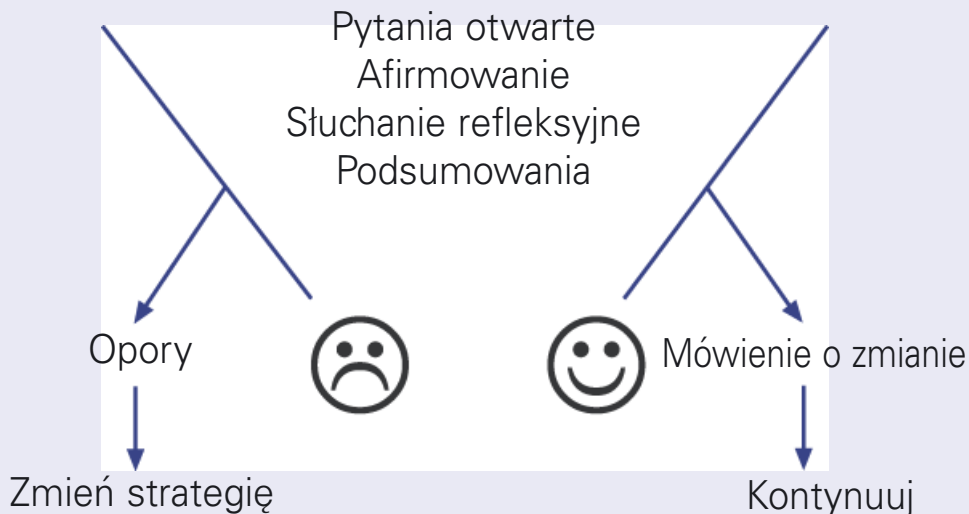
29

Sesja Czwarta: Krótka Interwencja II

- Strategie otwierające
- Podstawowe składniki krótkich interwencji
 - Styl
 - Zawartość
- Zapobieganie nawrotom: pomaganie ludziom w powrocie do zdrowienia

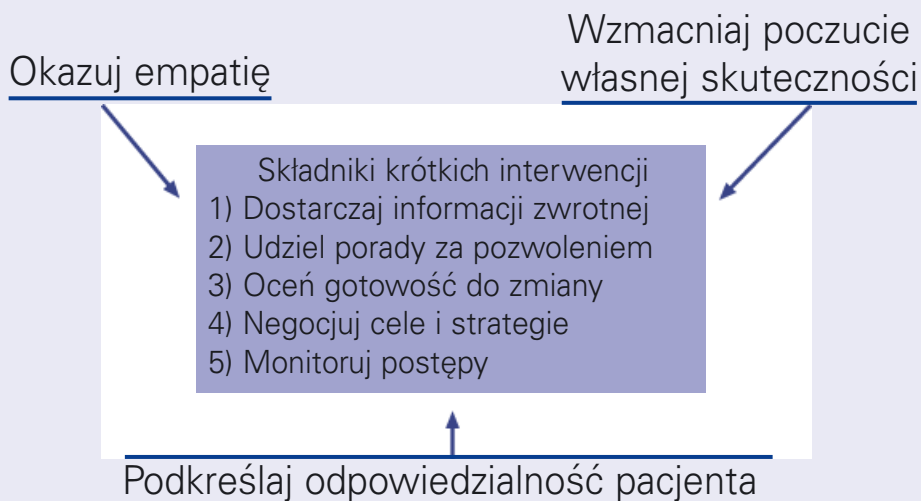
30

Strategie otwierające



31

Podstawowe składniki Krótkich Interwencji



* Adaptowane za: Alcohol CME (2004)

32

Co wyzwała nawrót?

- Stres emocjonalny
- Chęć wzmocnienia dodatnich stanów emocjonalnych
- Pokusa lub przymus picia
- Presja otoczenia

33

Pomaganie w powrocie do zdrowienia

- Uznawaj odczucia
- Sprawdź: wpadka czy nawrót?
- Identyfikuj sytuacje wysokiego ryzyka
- Identyfikuj lepsze strategie radzenia sobie
- Sprawdź, czy potrzebna jest pomoc specjalistyczna
- Sprawdź gotowość do zmiany

34

Sesja Piąta: Uzależnienie od alkoholu

- Kryteria diagnostyczne
- Leczenie w warunkach POZ
 - Kryteria leczenia
 - Protokoły detoksykacji i rehabilitacji
- Kierowanie do specjalistycznych ośrodków
- Leczenie łączone

35

Diagnostyczne kryteria uzależnienia od alkoholu według ICD-10

Definitywne rozpoznanie uzależnienia należy postawić zwykle tylko wtedy, jeśli w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy wystąpiły w jednakowym czasie łącznie trzy lub więcej z poniższych objawów:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu,
- trudności kontrolowania picia obejmujące rozpoczęcie, kończenie oraz poziom spożycia,
- fizjologiczny stan odstawienia występujący po przerwaniu lub zmniejszeniu picia (np. drżenie, pocenie się, przyspieszony rytm serca, niepokój, bezsenność lub też rzadziej drgawki, zaburzenia orientacji i halucynacje) albo picie w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów odstawienia,
- oznaki tolerancji polegającej na tym, że aby uzyskać efekt wywoływany początkowo dawkami mniejszymi, należy spożyć większe ilości alkoholu,
- postępujące zaniedbywanie innych przyjemności i zainteresowań na rzecz picia, zwiększona ilość czasu poświęcanego zdobywaniu, picciu i odwracaniu skutków działania alkoholu (koncentrowanie się wokół picia),
- trwanie przy alkoholu mimo wyraźnej świadomości jawnie szkodliwych następstw, takich jak: uszkodzenie wątroby, stany depresyjne będące wynikiem okresów intensywnego picia lub związane z alkoholem zaburzenia funkcji poznawczych.

36

Leczenie w warunkach POZ

- Pijący w sposób ryzykowny
- Pijący w sposób szkodliwy
- Uzależnieni od alkoholu, jeżeli:
 - pacjent/ka zgadza się na powstrzymanie się od spożywania alkoholu, nawet jeżeli sądzi, że nie jest od alkoholu uzależniony/a
 - pacjent/ka nie zgadza się na skierowanie do specjalistycznego ośrodka
 - u pacjenta/ki nie występują żadne poważniejsze powikłania psychiatryczne, społeczne lub somatyczne

Źródło: Servei Catala de la Salut (1996)

37

Kiedy kierować do leczenia specjalistycznego

- Zakończone niepowodzeniem wcześniejsze próby leczenia
- Poważne powikłania:
 - średnie do poważnego ryzyko objawów odstawiennych
 - poważna choroba somatyczna
 - rodzina niezdolna do udzielenia wsparcia
 - współistniejąca choroba psychiczna
 - regularne stosowanie innych substancji uzależniających
- Leczenie nie może być prowadzone przez zespół POZ

38

Kryteria odtruwania (detoksykacji)

- Wcześniejsze odtruwanie albo napady drgawkowe
- Poranne objawy odstawienne
- Picie poranne
- Pacjent wyrażający chęć przyjmowania leków
- Aktualnie występujące objawy odstawienne
- Ogólnie poważny stan somatyczny

39

Warunki wymagane do detoksykacji ambulatoryjnej

- Dienne spożycie alkoholu poniżej 25 porcji standardowych
- Brak poważnych powikłań somatycznych lub psychiatrycznych
- Pacjenci zdecydowani na:
 - Powstrzymanie się od spożywania alkoholu w czasie odtrucia
 - Pozostawanie w domu
 - Unikanie działań o charakterze ryzykownym
- Jeden z krewnych nie mający problemów z uzależnieniami musi przyjąć odpowiedzialność za kontrolowanie i nadzorowanie leczenia
- Niedostępność w domu w trakcie trwania detoksykacji napojów alkoholowych
- Codzienny kontakt z lekarzem rodzinnym lub pielęgniarką (osobisty lub telefoniczny)

40

Przeciwwskazania do detoksykacji ambulatoryjnej

- Splątanie lub halucynacje
- Powikłany wcześniejszy zespół odstawienny w wywiadzie
- Padaczka lub napady padaczkopodobne w wywiadzie
- Zły stan odżywienia
- Wymioty lub biegunka o poważniejszym przebiegu
- Ryzyko samobójstwa
- Uzależnienie dużego stopnia połączone z niechęcią do codziennych wizyt kontrolnych
- Niepowodzenie w domowym leczeniu zespołu odstawiennego
- Ostre schorzenie somatyczne lub psychiatryczne
- Jednoczesne używanie kilku substancji uzależniających
- Środowisko domowe nie sprzyjające abstynencji

Źródło: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postępowanie wobec picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu w opiece podstawowej. Narodowy przewodnik kliniczny; Zarys z 2.11.2003

41

Zmniejszanie dawek w detoksykacji ambulatoryjnej

Dawkowanie	Diazepam, kapsułka 5 mg	
	Poziom niski	Poziom wysoki
1	1-1-1	4-4-4
2	1-0-1	4-3-4
3	0-0-1	3-3-4
4	STOP	3-3-3
5		3-2-3
6		2-2-3
7		2-1-3

Dawkowanie	Diazepam, kapsułka 5 mg	
	Poziom niski	Poziom wysoki
8		1-1-3
9		1-1-2
10		1-1-1
11		1-0-1
12		0-0-1
13		STOP

42

Leczenie rehabilitacyjne

■ Podejście psychospołeczne

- Krótka Porada i dalsza opieka
- Terapia grupowa
- Wsparcie rodzinne

■ Leki zmniejszające głód alkoholowy

- Akamprozat 2 g/dzień
- Naltrekson 50 mg/dzień

■ Leki antydipsotropiczne *

- Disulfiram 250 mg/dzień
- Karbimid wapnia 36–75 mg/dzień

* leki o innych mechanizmach zmniejszania spożycia alkoholu (przypis redakcji)

43

Kryteria leczenia łączonego

- Pacjenci w ustabilizowanej abstynencji pozostający w leczeniu o charakterze psychospołecznym w wyspecjalizowanym ośrodku
- Pacjent, który ponownie chce rozpocząć leczenie, ale odmawia udania się do wyspecjalizowanego ośrodka
- Przypadki niepowikłane, wobec których stosować można odtrucie w warunkach domowych
- Pacjenci z innymi chorobami przewlekłymi, którzy wymagają monitorowania w ośrodku POZ

44

BIBLIOGRAFIA

- AlcoholCME (2004). A combined approach to Brief Interventions. Available from: <http://www.alcoholcme.com/>
- Anderson, P. (1996). Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64.
- Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). The Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA). Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. <http://www.phepa.net>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO MSD MSB01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB01.6a.pdf)
- Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 56(4), 423-32.
- Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. and Bradley, K.A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med* 158(14), 1789-95.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer—collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *B J Cancer* 87, 1234-1245.
- Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A. & Poikolainen, K. (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 94, 649-663.
- Cuijpers P., Riper H. & Lemmens L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 99, 839-845.
- Gordon, T. (1970). Parent effectiveness training. Wyden, New York.
- Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A. & Colom, J. (2001). The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking] *Med Clin (Barc)* 117(18), 685-9.
- Health Development Agency and University of Wales College of Medicine (2002). Manual for the Fast Alcohol Screening Test (FAST). Health Development Agency. London. Available from: http://www.jda-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttimann, S. & Wossmmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 325 (7366), 682-3.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (eds.) (1985). Relapse prevention: Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviours. Guilford Press, New York.
- Mason, P. & Hunt, P. (1997). Skills for Change. World Health Organisation; Copenhagen.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing. Preparing people for change (2nd edition). The Guilford Press, New York.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (eds.) Treating addictive behaviours: processes of change. Plenum, New York.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 74. (2003). The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Royal College of Physicians, Edinburgh.
- Seppä, K., Lepistö, J. & Sillanaukee, P. (1998). Five-Shot Questionnaire on Heavy Drinking. *Clin Exp Res* 22(8), 1778-1791.
- Servei Català de la Salut (1996). Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències. SCS, Barcelona.
- Society for the Study of Addiction (1996). Relapse prevention. *Addiction* 91 (12 Suppl). 3-260.
- Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 140(7), 557-68. Review.
- World Health Organization (2002a). The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>
- World Health Organization (2002b). Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF 12 MONTH DSM-IV VERSION – v1.1 Dec 2002). WHO, Geneva. Available from: http://www3.who.int/cidi/cidi-sf_12-03-02.pdf
- World Health Organization (2003). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). World Health Organisation, Geneva. Available from: <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>

PODZIĘKOWANIA

Niniejszy dokument przygotowany został przez jego autorów na rzecz sieci PHEPA. Autorzy chcą również podziękować za wsparcie i wkład do dokumentu ze strony innych partnerów oraz ekspertów projektu PHEPA.

Członkowie sieci PHEPA

PARTNERZY

Rolande James Anderson

The Irish College of General Practitioners (Ireland)

Sverre Barfod

The Alcohol Group, Central Research Unit of General Practice (Denmark)

Preben Bendtsen

Department of Health and Society, Social Medicine and Public Health Science, Linköping University (Sweden)

Antoni Gual

Alcoholology Unit of the Hospital Clínic (Spain)

Nick Heather

School of Psychology & Sport Sciences, Northumbria University (England)

Annemarie Huiberts

Netherlands Institute of Health Promotion and Disease Prevention (Netherlands)

Philippe Michaud

Programme «Boire Moins c'est Mieux» (France)

Leo Pas

Scientific Society of Flemish General Practitioners (WVH) (Belgium)

Cristina Ribeiro Gomes

Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Emanuele Scafato

Istituto Superiore Di Sanita, Scientific Governmental Research Organization (Italy)

Kaija Seppä

University of Tampere, Medical School (Finland)

Michael Smolka

University of Heidelberg; Central Institute of Mental Health, Department of Addictive Behaviour and Addiction Medicine (Germany)

OBSERWATORZY

Alexander Kantchelov

National Centre for Addictions (Bulgaria)

Marko Kolsek

Department of Family Medicine (Slovenia)

Krzysztof Pacholik

State Agency for the Prevention of Alcohol Related Problems (Poland)

Eleonóra Sineger

Hungarian Association of Addictologists (Hungary)

Hana Sovinova

National Institute of Public Health (Czech Republic)

EKSPERCI

Mauri Aalto

National Public Health Institute (Finland)

Peter Anderson

Public health consultant (United Kingdom)

Mats Berglund

University Hospital MAS (Sweden)

Joao Breda

Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Jonathan Chick

Royal Edinburgh Hospital (United Kingdom)

Joan Colom

Program on Substance Abuse, Health Department Government of Catalonia (Spain)

Bart Garmyn

Scientific Society of Flemish General Practitioners (WVH) (Belgium)

Isidore S. Obot

Department of Mental Health and Substance Dependence (WHO)

Lidia Segura

Program on Substance Abuse, Health Department Government of Catalonia (Spain)

KONTAKTY

Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia (WOTUW)

Województwo dolnośląskie

Wojewódzka Przychodnia Terapii Uzależnień
i Współuzależnienia
www.wotuw.dfx.pl;
wotuw@wotuw.dfx.pl; wotuw@dfx.pl
ul. Wybrzeże Korzeniowskiego 18
50-226 Wrocław
biuro wotuw tel. 0-71 329 26 71
tel. 0-71 329 14 60 (przychodnia w. 300,
oddział dzienny w. 280,
całodobowy w. 276 oraz oddział
detoksykacyjny w. 285)

Województwo kujawsko-pomorskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień
i Współuzależnienia
www.wotuw.torun.pl;
wotuiw@wotuiw.torun.pl
ul. Szosa Bydgoska 1
87-100 Toruń
biuro wotuw tel. 0-56 622 89 08
tel. 0-56 622 68 31
(przychodnia i oddział dzienny)
ul. Włocławska 233
tel. 0-56 622 93 21 (oddział całodobowy)

Województwo lubelskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
wotuw.lublin@parpa.pl
(przychodnia oraz dzienny oddział leczenia
uzależnień)
ul. Abramowicka 4b
20-709 Lublin
tel. 0-81 744 22 28
Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień
ul. Abramowicka 2
20-709 Lublin
tel. 0-81 744 30 61 w. 353

Województwo lubuskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
www.wotuw.zgora.pl;
wotuw@wotuw.zgora.pl;
wotuwzg@wotuw.zgora.pl
ul. Wazów 36
65-044 Zielona Góra
tel. 0-68 325 79 17

Województwo łódzkie

Wojewódzki Ośrodek Leczenia Uzależnień
(WOLU)
wolu-lodz@interia.pl
ul. Pomorska 54
91-408 Łódź
tel. 0-42 633 08 59

Województwo małopolskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień
i Współuzależnienia
www.uzaleznienia.malopolskie.pl;
wotuw@babinski.pl
ul. Babińskiego 29
30-393 Kraków
biuro wotuw tel. 0-12 652 45 18
tel. 0-12 652 44 99
(przychodnia i oddział dzienny)
tel. 0-12 652 42 70 (oddział całodobowy)
tel. 0-12 652 43 78 (oddział detoksykacyjny)

Województwo mazowieckie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień
i Współuzależnienia
http://www.wotuw.pl; wotuw@tworki.com.pl
ul. Partyzantów 2/4
05-802 Pruszków
tel. 0-22 758 68 09
(przychodnia, dzienny całodobowy oddział)

Województwo opolskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
i Współuzależnienia
wotuw.opole@parpa.pl
ul. Głogowska 25B
45-315 Opole
tel. 0-77 455 25 35 (przychodnia/poradnia)

Województwo podkarpackie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
terapia-stalowa-wola@wp.pl
ul. Dąbrowskiego 7
37-464 Stalowa Wola
tel. 0-15 844 88 08 (przychodnia/poradnia,
oddział dzienny i całodobowy)

Województwo podlaskie

Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii
Uzależnień
wopitu@poczta.onet.pl;
wotuw.lomza@parpa.pl
ul. Rybaki 3
18-400 Łomża
tel. 0-86 216 67 03
(przychodnia/poradnia, oddział dzienny
i całodobowy)

Województwo pomorskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
wotuaiw@ima.pl
ul. Zakopiańska 37
80-142 Gdańsk
tel. 0-58 320 29 57
(przychodnia/poradnia i oddział dzienny)

Województwo śląskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia,
Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia
od Alkoholu
woloizol@woloizol.com.pl;
swolny@woloizol.com.pl
ul. Zamkowa 8
44-350 Gorzyce
biuro wotuw tel. 0-32 451 12 05
tel. 0-32 45 11 172 lub 205
(przychodnia/poradnia, oddział całodobowy
oraz oddział detoksykacyjny)

Województwo świętokrzyskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
www.morawica.com.pl;
wotuw-kielce@morawica.com.pl
ul. Spacerowa 5
26-026 Morawica
tel. 0-41 345 76 46
(oddział całodobowy i detoksykacyjny)
oraz Przychodnia Terapii Uzależnienia
i Współuzależnienia (jednostka WOTUW)
wotuw-kielce@morawica.com.pl
ul. Jagiellońska 72
25-734 Kielce
tel. 0-41 345 73 46

Województwo warmińsko-mazurskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
wotuw@op.pl
ul. Warszawska 41A
11-500 Giżycko
tel. 0-87 428 40 30 (przychodnia/poradnia,
oddział całodobowy i oddział detoksykacyjny)

Województwo wielkopolskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia – Zakład
Leczenia Uzależnień w Charcicach
– Przychodnia Odwykowa w Poznaniu
odwykowa@poczta.onet.pl
ul. Małeckiego 11
60-706 Poznań
tel. 0-61 866 49 58

Województwo zachodniopomorskie

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia
stanomino@go2.pl
78-217 Stanomino 5
tel. 0-94 311 22 16
(oddział całodobowy i oddział
detoksykacyjny)