

Bohdan T. Woronowicz

Alkoholizm jest chorobą



Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Warszawa 1998

Projekt okładki: Marek Bofnyk

© Bohdan Tadeusz Woronowicz

Alkoholizm jest chorobą
(na podstawie książki „Alkoholizm jako choroba”)

© Państwowa Agencja
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

WARSZAWA 1998

ISBN 83-86103-85-X

Wydanie II rozszerzone



Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

01-458 Warszawa, ul. Szańcowa 25,

tel. 36-77-83, 36-76-83, 36-77-93, fax. 36-81-66, e-mail: parpa@warman.com.pl

*Tym wszystkim,
którzy jeszcze nie wiedzą,
czy chcą przestać pić,
ich bliskim
oraz kolegom terapeutom
dedykuje*

AUTOR

Podstawowe wiadomości o alkoholu

Alkoholami nazywana jest grupa organicznych związków chemicznych, pochodnych węglowodorów, do której obok alkoholu etylowego (etanolu) należą metanol, propanol, butanol itd.

Słowo alkohol pochodzi najprawdopodobniej od któregoś z dwóch słów arabskich; al-kuhl (antymon, delikatny, drobny proszek) lub al-ghul (zły duch). Zdaniem antropologów alkohol towarzyszy człowiekowi praktycznie od zarania jego dziejów pełniąc początkowo funkcje fizjologiczne (np. redukcja bólu, zmęczenia), psychologiczne (np. redukcja lęku, odprężenie, odhamowanie) i społeczne (np. ułatwianie kontaktów, element obrzędów i praktyk religijnych), a z czasem również ekonomiczne i polityczne.

Pierwsze napoje powstały w sposób niezamierzony i przypadkowy w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo).

O winie i piwie wspominają zarówno znalezione w Mezopotamii a pochodzące z ok. 5000 r. p.n.e., teksty pisma klinowego jak i egipskie papirusy pochodzące z ok. 3500 r. p.n.e. Wiadomo też, że około 2400 lat p.n.e. król Krety wprowadził podatek od produkcji wina. W Kodeksie babilońskim Hammurabiego, sprzed 2000 lat p.n.e., można przeczytać, że „jeżeli kapłanka, która nie mieszka w domu niewiast poświęconych, otworzy winiarnię albo do niej wstąpi, to się ją spali”. Z innych przekazów historycznych wiadomo, że 1000 lat p.n.e. winorośl uprawiano już w południowej Grecji i Italii, a ok. IV w.n.e. trafiła ona do Europy zachodniej i środkowo-wschodniej.

Trudno jest jednoznacznie ustalić kto i kiedy otrzymał po raz pierwszy czysty alkohol (destylat). Jest bardzo prawdopodobne, że znali go już kapłani w starożytnym Egipcie, którzy podczas religijnych obrzędów zmoczone głowy polewali alkoholem i podpalali je. Płonący alkohol otaczał głowę ogni-

się aureolą a widok ten skłaniał ludzi do oddawania kapłanom czci boskiej. Z przekazów pisemnych wynika, że Arystoteles znał prawdopodobnie czysty alkohol i otrzymywał go poprzez gotowanie wysokoprocentowego wina („wino palone”). Na większą skalę zaczęto w Europie uzyskiwać czysty alkohol w VIII w. n.e., początkowo z żyta, a od połowy XVIII w. z ziemiaków.

W drugiej połowie XIII w. francuski profesor Arnold de Vilanova zastosował alkohol w medycynie m.in. jako środek przeciwbólowy, przeciwoślizgowy oraz zapobiegający nudnościom i wymiotom podczas kłyśnięcia statku na morzu.

Dla celów spożywczych wykorzystywany jest alkohol etylowy, spożywany pod postacią wódek, koniaków, whisky (przeciętna zawartość alkoholu 40-50%), wina (zawartość alkoholu 10-20%) i piwa (zawartość alkoholu 3-7%). Pozostałe alkohole są związkami znacznie bardziej toksycznymi dla organizmu człowieka. Ze względu na bardzo zbliżony smak i wygląd najczęściej **myłone są alkohole – etylowy (etanol) i metylowy (metanol)**. Ten ostatni używany jest głównie jako rozpuszczalnik przemysłowy i w związku z tym jest łatwo dostępny. Omyłkowe spożycie metanolu powoduje, w najlepszym przypadku, trwałe upośledzenie a nawet utratę wzroku oraz znaczne pogorszenie słuchu. Zdarza się, że już po wypiciu 30 do 100 ml metanolu następuje zgon na skutek porażenia ośrodka oddechowego.

Alkohol etylowy (etanol) jest cieczą lżejszą od wody i przezroczystą o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W warunkach normalnych występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila.

Wchłanianie rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m.in. od tempa przesuwania się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy i jej. Jelita są miejscem, gdzie najczęściej alkoholu przenika do krwi, natomiast najwyższe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci i płynie mózgowo-rdzeniowym. Wchłanianie alkoholu i związany z tym wzrost stężenia we krwi wywołuje fizjologiczną reakcję organizmu w postaci stanu upojenia.

Zatrucie alkoholem i jego konsekwencje

Poniższe zestawienie obrazuje rozwój zatrucia (upojenia zwykłego) w zależności od poziomu alkoholu we krwi.

0,3<0,5 promila nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia:

0,3 promila – oko dostreżga gorzej rodzaj i kształt przedmiotów ukazujących się w głębi pola widzenia, następuje obniżenie zdolności dostreżegania ruchomych źródeł światła;

0,4 promila – czas adaptacji oka do ciemności po oświeceniu światłem wydłuża się o ok. 2/3;

0,5 promila – czas reakcji na nowe bodźce wzrokowe ulega opóźnieniu, zdolność dostreżegania ruchomych świateł obniża się o 1/3, pojawia się również opóźnienie i osłabienie dostreżegania przedmiotów na obwodzie pola widzenia;

0,5<0,7 promila zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie refleksu), nadmierna pobudliwość i gadatliwość a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji z jaką może spotkać się kierowca;

0,7<2,0 promila zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie prognozy bólu, spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.) pogłębiający się w miarę narastania intoksykacji alkoholowej; opóźnienie czasu reakcji; wy-

rażna drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne; wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca;

2,0<3,0 promilia

zaburzenia mowy (bełkotiwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi (chód na szerokiej podstawie, chwieianie i przewracanie się), wzmózona senność; znacznie obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań (w większości przypadków trudno jest mówić o jakimkolwiek prawidłowym samodzielnym działaniu i wykonywaniu skoordynowanych ruchów);

3,0<4,0 promilia

spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, zanik odruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki; głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka naczynioruchowego i oddechowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol;

STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA.

Śmiertelność w ostrych zatruciach alkoholem etylowym dochodzi niekiedy do 2,5%, a parokrotnie wzrasta w przypadkach tzw. zatruc mieszanym (np. alkohol + leki). W przypadkach zatruc alkoholami niekunsupcyjnymi śmiertelność przekracza często 20%.

Nietypowe

Przedstawione wyżej reakcje organizmu na alkohol są reakcjami typowymi czyli fizjologicznymi. Zależą one od indywidualnych predyspozycji organizmu, a poziom alkoholu we krwi zależy od fizycznego oraz psychicznego stanu zdrowia osoby pijącej, rodzaju alkoholu, szybkości picia itp.

Należy jednak wiedzieć, że mogą wystąpić niespodziewane i nietypowe reakcje na spóżyte nawet niewielkiej dawki alkoholu.

Zdarza się czasami, że reakcja organizmu na niewielką dawkę alkoholu może być stan tzw. **upicia patologicznego**, który jest przemijającą oraz krótkotrwałą chorobą psychiczną. Występuje ono w dwóch postaciach. Jedną z postaci podobną jest do padaczki, natomiast w drugiej dominują tzw. objawy wytwórcze czyli urojenia, omamy (halucynacje) i iluzje. Stan taki może utrzymywać się przez okres kilkunastu godzin. Człowiek nie robi wówczas na otoczeniu wrażenia osoby nietrzeźwej, jednak całe jego zachowanie jest wynikiem doznań chorobowych (objawów wytwórczych), którym towarzyszy

silny lęk. Zachowanie nosi na ogół cechy „wściekłości” lub agresywności, a jego skutkiem są najczęściej czynny karalne. Upicie patologiczne kończy się nagle tzw. snem terminalnym i pozostawia po sobie niepamięć przeżytych i wydarzeń.

Nieproporcjonalne do wypitej ilości alkoholu zmiany zachowania połączone z silnym pobudzeniem ruchowym mogą wystąpić również w przebiegu tzw. **upicia powiklanego**. Nie dochodzi jednak wówczas do tak głębokiego zerwania kontaktu z rzeczywistością jak w upiciu patologicznym. Demonstrowane zachowania są często manifestacją ukrytych i nie do końca uświadomionych cech osobowości takich jak np. skłonność do agresji.

Inną spotykaną niezbyt często, formą nietypowej reakcji na alkohol jest tzw. **złożona postać upicia zwykłego**. Charakteryzuje się ona przebiegiem dwufazowym. Występuje wówczas, kiedy na osobę będącą w stanie zwykłego upicia zadziałała silny bodziec w postaci urazu psychicznego (np. przykrego wiadomości) czy mechanicznego (np. uderzenie sprawiające duży ból). Stan upicia może wówczas gwałtownie pogłębić się, a na plan pierwszy wysuwa się niejednokrotnie pobudzenie ruchowe z agresją.

U niektórych osób, po wypiciu alkoholu, występują czasami **stany silnego depresyjnego pobudzenia** z niespodziewanymi i często udanymi zamachami samobójczymi.

Na zakończenie chciałbym poświęcić nieco uwagi, budzącym często grozę, **agresywnym zachowaniom** demonstrowanym dość często przez osoby nietrzeźwe a skierowanym przeciwko sobie (np. samookaleczeniu). Trzeba wiedzieć, że nie mają one na ogół nic wspólnego z autentycznymi próbami samobójczymi. Są charakterystyczne dla osób z nieprawidłowymi cechami osobowości i stanowią częścią ich „sposób na życie”. Stosowane są bowiem po to, aby zaszantażować otoczenie i coś na nim wymusić. Zdarza się jednak, że takie demonstracyjne zachowania mogą w sposób niezamierzony zakończyć się tragicznie.

Alkohol Nieprzewidziane reakcje po spóżyciu alkoholu są często wynikiem **zatruc mieszanym** powstałym na skutek reakcji jaka zachodzi między alkoholem a lekami lub innymi środkami chemicznymi.

Zarówno przyjmowanie leków przez osoby będące w stanie nietrzeźwym jak picie alkoholu przez osoby, które przyjmują jakiegokolwiek leki, wiąże się z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia trudnej do przewidzenia reakcji organizmu. Wzajemne oddziaływanie na siebie alkoholu

i leków może dać efekt sumujący a niejednokrotnie przekroczyć nawet sumę efektów działania obu środków. Dotyczy to szczególnie łączenia alkoholu ze wspomnianymi już wcześniej lekami uspokajającymi, nasennymi i przeciwbólowymi. Alkohol przyspiesza wchłanianie niektórych leków (m. in. przeciwdrgawkowych, pochodnych benzodwuzepiny czy sulfanylomocznika), jak również może osłabiać a nawet zniszczyć działanie innych. Niektóre leki np. Chloramfenicol (Detromecyna), Chlorpropamid, Diabetol, Fentolamina (Regityna), Furazolina, Metronidazol, Nitrogliceryna, Sorbomit czy Gryzeoflawina uczulają organizm na alkohol, działając na podobnej zasadzie jak Disulfiram (Anticol, Esperal), który w połączeniu z alkoholem powoduje wystąpienie niebezpiecznych dla zdrowia objawów krążeniowo-oddechowych.

Odpowiedzialność Ponieważ osoby używające alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych są bardziej, niż abstynenci, narażone na popełnianie czynów karalnych warto wiedzieć co na ten temat mówi Kodeks karny.

Nowy Kodeks Karny (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 1997 r., nr 88, poz. 553) reguluje tę sprawę w art. 31.

Art. 31 k.k.

§ 1. Nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

§ 2. Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

§ 3. Przepisów § 1 i § 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprawi się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć.

Kodeks jednocześnie wyjaśnia w § 16 art. 115 k.k., że „stan nietrzeźwości w rozumieniu kodeksu zachodzi wtedy, gdy: (1) zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub (2) zawartość alkoholu w 1 dcm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość”.

Ocena poczytalności należy do powołanych przez sąd biegłych psychologów. Konsekwencją orzeczenia § 1 lub § 2 może być zastosowanie tzw. środka

zabezpieczającego tzn. umieszczenie niepoczytalnego sprawcy czynu karnego w szpitalu psychiatrycznym, zgodnie z art. 93 k.k. („Sąd może orzec przewidziany w tym rozdziale środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym tylko wtedy gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa”).

Postępowanie ze sprawcami uzależnionymi regulują art. 96-98 k.k.

Art. 96 k.k.

§ 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, jeżeli chodzi o wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem.

§ 2. Środka określonego w § 1 nie orzeka się, jeżeli sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata.

§ 3. Czasu pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego nie określa się z góry; nie może on trwać krócej niż 3 miesiące i dłużej niż 2 lata. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia, po zapoznaniu się z opinią prowadzącego leczenie.

§ 4. Sąd zalicza okres pobytu w zakładzie na poczet kary.

Art. 97 k.k.

§ 1. W zależności od postępów leczenia sprawcy określonego w art. 96 § 1, sąd może go skierować, na okres próby od 6 miesięcy do 2 lat, na leczenie ambulatoryjne lub rehabilitację w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej, oddając go równocześnie pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym.

§ 2. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo zakładzie karnym, jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od poddania leczeniu lub rehabilitacji albo popełnia przestępstwo, lub rażąco narusza porządek prawny, albo regulamin placówki leczniczo-rehabilitacyjnej.

Art. 98 k.k. mówi o możliwości warunkowego zwolnienia z odbycia reszty kary, jeżeli wyniki leczenia za tym przemawiają.

Realizacja cytowanych wyżej artykułów *Kodeksu Karnego* stoi jednak w najbliższym czasie pod znakiem zapytania, bowiem zarówno ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 roku, wraz z późniejszymi nowelizacjami, jak i Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1998 roku w sprawie załączników Lecznictwa odwykowego oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. Nr 37, poz. 216) nie uwzględniają istnienia placówek lecznictwa odwykowego, które można byłoby określić jako: „zamknięty zakład leczenia odwykowego”.

Motywy picia alkoholu

Dotychczas nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dlaczego jedni ludzie piją mniej a inni więcej, dlatego jedni stają się alkoholikami a inni nie, pomimo że piją w sposób do siebie zbliżony.

Jeżeli reprezentatywną grupę ludzi zapytamy o to, dlaczego piją uzyskamy wiele, znacznie różniących się od siebie odpowiedzi. Najczęściej usłyszymy, że piją po to aby się lepiej odprężyć, aby dobrze się poczuć, aby złagodzić stresującą sytuację w domu bądź w pracy, aby pobudzić się kiedy wystąpiło uczucie zmęczenia, ponieważ alkohol pomaga zasnąć, ponieważ alkohol smakuje, dla złagodzenia nudy, aby ugasić pragnienie, aby złagodzić kaca, ponieważ takie są zwyczaje towarzyskie, aby uzyskać pozycję w grupie rówieśniczej, aby się dobrze bawić, aby chronić się przed „depresją”, aby wzmoóc potencję, aby wyrazić bunt przeciwko rodzicom i tym, którzy mają władzę. Będą również takie osoby, które mają świadomość, że piją, ponieważ są uzależnione od alkoholu, inne twierdzą że „gdyby nie było co pić, to bym nie pił”, a jeszcze inne nie potrafią wskazać żadnego konkretnego powodu.

Lista ta jest oczywiście niekompletna, ale różnorodność odpowiedzi pozwala na podjęcie próby określenia grup motywów, dla których ludzie sięgają po alkohol.

J. Szczepański uważa, że ludzie piją z chęci ucieczki od rzeczywistości, z przyczyn ceremoniałnych, w związku z zabawą, dla dodania sobie odwagi oraz nałogowo. A. Kepiński wyróżnił „neurasteniczny” styl picia (dla redukcji zmęczenia i rozdrażnienia), „kontaktowy” (dla uzyskania lepszego kontaktu z innymi ludźmi), „dionizyjski” (w celu uzyskania oszobotwienia i ucieczki od rzeczywistości), „heroiczny” (dla osiągnięcia poczucia mocy) oraz „samobójczy”.

Inni badacze motywów picia wyróżniają trzy, najczęściej spotykane, grupy powodów picia:

1. „ucieczkowe” w celu zapomnienia o kłopotach, zredukowania napięcia, poprawy nastroju i odprężenia się;
2. „społeczne” np. dla towarzyswa, z uprzejmości, z jakiejś okazji;
3. „w poszukiwaniu przyjemności” np. dla smaku alkoholu czy z przekonania o zdrowotnych efektach jego działania.

Czynniki wpływające na rozwój uzależnienia

Jeszcze trudniej jest odpowiedzieć na pytanie dotyczące przyczyn uzależnienia od alkoholu, bowiem mechanizmy jego powstawania nie zostały jeszcze dobrze poznane. Aktualnie przyjmuje się, że mamy do czynienia z czynnikami społecznymi, psychologicznymi i duchowymi nakładającymi się na podłoże biologiczne.

Jest faktem niekwestionowanym, że na szybkość powstawania uzależnienia istotny wpływ wywiera stopień dojrzałości organizmu, a szczególnie ośrodkowego układu nerwowego (głównie mózgu). Z badań wynika, że znaczącą rolę odgrywa tu wiek, w którym rozpoczyna się intensywne picie alkoholu. Pijąc intensywnie przed 20 rokiem życia, można uzależnić się już po kilku miesiącach, między 20 a 25 rokiem życia potrzeba na to średnio ok. 3-4 lata, a po 25 roku życia okres uzależniania się trwa kilka, a nawet kilkanaście lat.

Biologiczne Badania rodzinne (bliźniąt, rodzeństwa naturalnego i dzieci adoptowanych) pozwalają przypuszczać, że

biologiczne czynniki genetyczne odgrywają pewną rolę w powstawaniu uzależnienia od alkoholu. Już w latach czterdziestych ustalono wyodrębnić tzw. alkoholizm rodzinny, który rozpoznawano u osób posiadających krewnych nadużywających alkoholu. Nie ulega natomiast wątpliwości, że dziedziczeniu podlega biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może rozwinać się uzależnienie. Możliwe jest odziedziczenie pewnych predyspozycji do uzależnienia. Jednocześnie można spotkać badania, z których wynika, że u ok. 60% osób uzależnionych od substancji chemicznych, nie znaleziono w rodzinie przypadków uzależnienia.

W ostatnich latach pojawiły się doniesienia naukowe będące relacjami z badań nad identyfikacją genów, które mogłyby być odpowiedzialne za po-

siadanie predyspozycji do uzależnienia. Badania te łączą występowanie uzależnienia od alkoholu m.in. z genami zlokalizowanymi w chromosomie 13, w chromosomie Y oraz z genem kodującym jeden z receptorów* dopaminowych**. Podejmowane są nawet próby wykorzystywania tych informacji dla celów profilaktycznych (badanie dzieci i ostrzeżenie o predyspozycjach biologicznych do uzależnienia). Dotychczas są to jednak tylko próby.

Katwo natomiast zaobserwować, że reakcje na alkohol mogą być różne. Niektóre osoby odczuwają po jego wypiciu przyjemność i odprężenie a inne czują się źle. Badania wykazały, że u 30-40% Azjatów po spożyciu pojawia się zaczerwienienie twarzy, nudności i ból głowy. Zrozumiałe jest więc, że jedni będą dążyli do powarzenia, przy pomocy alkoholu, przyjemnych dla siebie stanów a inni (w tym wspomniani wyżej Azjaci) będą starali się nie pić. Różne reakcje na alkohol wynikają z biochemicznej odmienności organizmów i wiążą się m.in. ze różnicowaniem uczestniczących w spalaniu alkoholu enzymów dehydrogenazy aldehydowej (ALDH)***. U osób, które posiadają enzymy ALDH o słabych możliwościach rozkładania – aldehyd nie jest metabolizowany w stopniu wystarczającym. Będąc w nadmiarze łączy się on z obecnymi w organizmie związkami (aminami biogenymi) i powstają alkaloidy wywierające silne działanie na czynność ośrodkowego układu nerwowego.

Nowo powstałe związki (pochodne tetrahydroizochinoliny – TIQ i tetrahydrobetakarboliny – THBC oraz salsolinol – SAL) odgrywają prawdopodobnie ważną rolę w powstawaniu uzależnienia od alkoholu. Poprzez swoje działanie wyzwalają bowiem potrzebę picia alkoholu, który zmienia samopoczucie.

Mechanizm tego zjawiska polega na drażnieniu przez nie struktur mózgu określanych jako „układ nagrody” albo układ „pozytywnego wzmocnienia” (umiejscowionych w rejonie bocznego podwzgórza, obszarów limbicznych i pnia mózgu). Drażnienie tych obszarów wywołuje u zwierząt wyraźne objawy przyjemności i dążenie do powtórzenia drażnienia po to, aby ponownie odczuć przyjemność. Potwierdzeniem tych obserwacji jest fakt, że również osoby, którym wszczepiono elektrody w celach diagnostycznych lub leczniczych odczuwały błogostan, odprężenie i poprawę nastroju podczas drażnienia niektórych obszarów mózgu.

* Receptory są to wyspecjalizowane elementy układu nerwowego, w których dochodzi do przekształcenia energii bodźca na impuls nerwowy; są to „narządy”, za pomocą których organizm odbiera podmięty z zewnątrz.

** patrz str. 94 (przyj. Autora).

*** patrz str. 95 (przyj. Autora).

Jedno z badań, jakie przeprowadzono w USA, polegało na wprowadzeniu TIQ do mózgu małp. Okazało się, że małpy mając do wyboru picie wody bądź alkoholu, wybierały ten ostatni, piły go chętnie i w bardzo dużych ilościach.

Spoleczne

Rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem ma ścisły związek z *obyczajowością i postawami społecznymi* wobec picia alkoholu, a więc z czynnikami kulturowymi. Spotykamy kultury z dominującym wzorcem abstynencji (np. niektóre odmiany protestanckiego w Europie i USA oraz islam), kultury gdzie dezaprobatą dla pijaństwa połączona jest z tolerancją dla indywidualnych pijaków (np. w społeczeństwie polskim czy holenderskim), kultury akceptujące picie alkoholu, ale jednocześnie kontrolujące je (np. kultura żydowska) oraz „kultury pijackie”.

Szczególnie ważne znaczenie ma *środowisko rodzinne*, które może zarówno zwiększać, jak i poprzez stworzenie korzystnych warunków do prawidłowego rozwoju swoich członków, ograniczać ryzyko uzależnienia. Stąd tak istotną rolę przypisuje się tzw. *dziedzicznemu społecznemu*, które polega na stosowaniu w życiu dorosłym norm i zwyczajów obowiązujących w domu rodziców. Jednocześnie stwierdzono, że alkoholicy najczęściej pochodzą z rodzin, w których jedno lub oboje rodziców byli alkoholikami bądź z rodzin całkowicie abstynenckich. Fakt ten można tłumaczyć brakiem odpowiedniego (właściwego) społecznego modelu picia.

Ważną rolę odgrywa również *dostępność napojów alkoholowych*, tj. cena, łatwość ich nabycia czy też ograniczenia w ich sprzedaży. Autorzy *Raportu dla Kongresu Stanów Zjednoczonych* z roku 1987 stwierdzili np., że nawet stosunkowo małe *podwyżki cen* napojów alkoholowych ograniczają nie tylko ich spożycie, ale powodują jednocześnie spadek liczby wypadków drogowych oraz zgonów spowodowanych marnością wątroby. Klasycznym przykładem wpływu zmiany cen na spożycie jest Dania z okresu I wojny światowej. Dziesięciokrotny wzrost ceny wódki i dwukrotny wzrost ceny piwa obniżył, w ciągu dwóch lat, spożycie alkoholu na osobę z 6,7 litra na 1,6 litra. W tym okresie liczba przypadków mających za przyczynę spożycie alkoholu spadła do 1/13, a zgonów spowodowanych „przewlekłym alkoholizmem” do 1/6 poprzedniego poziomu. Z kolei podwyżka ceny alkoholu w Szwecji o 30% spowodowała w latach 1956/1957 spadek spożycia o 1/4. Badania wykazały, że osoby uzależnione i nadmiernie pijące podobnie wrażliwe na cenę, jak większość osób pijących umiarkowanie.

Ograniczenie dostępności alkoholu wynikające np. ze strajku w Finlandii, który *zamknął sklepy* monopolowe na 5 tyg., spowodowało spadek całkowitej konsumpcji alkoholu o 1/3, a ograniczenie dostępności alkoholu podczas strajku gdańskiego w 1980 roku spowodowało 24% spadek spożycia. Zamykanie przez osiem miesięcy w soboty dziesięciu sklepów „Alko” w Finlandii spowodowało spadek o 3% spożycia alkoholu na badanym obszarze.

Badania wykazały, że zwiększenie dostępności napojów alkoholowych poprzez zwiększenie *gęstości punktów* sprzedaży o 10% może spowodować wzrost spożycia o 1%. Z kolei Raport Brytyjskiego Królewskiego Kolegium Psychiatrycznego wykazał, że zmniejszenie liczby punktów sprzedaży o 1% pociąga za sobą ograniczenie konsumpcji alkoholu o 2,5%.

Innym sposobem ograniczenia dostępności alkoholu jest jego *racjonalowanie*. Wprowadzony w 1979 roku na Grenlandii system racjonowania spowodował spadek ogólnego poziomu spożycia, natomiast wycofanie się z niego w 1986 roku spowodowało 60% jego wzrost.

Wpływ na wielkość spożycia ma również dostępność napojów o *różnej zawartości alkoholu*. Przeprowadzone w Szwecji badania wykazały, że sprzedaż średnio mocnego piwa w sklepach spożywczych (tj. poza siecią sklepów monopolowych) w latach 1965-1977 spowodowała zwiększenie spożycia alkoholu o 15%.

Warto też wiedzieć, że w okresie *prohibicji* w Stanach Zjednoczonych spadała prawie o połowę liczba zgonów z powodu marskości wątroby, co niewątpliwie można powiązać ze spadkiem spożycia.

Psychologiczne Mechanizmy, które warunkują zachowania człowieka, są ściśle związane z jego **cechami osobowości**.

Dotyczy to każdego, a więc również alkoholików. Nie wszyscy jednak wiedzą, że większość demonstrowanych przez alkoholików zachowań wynika z niedojrzałości emocjonalnej.

Proces dojrzewania (kształtowania się) osobowości jest wypadkową wpływu zarówno czynników wewnętrznych jak i zewnętrznych (całkowicie niezależnych od jednostki). Z tego też powodu nieprawidłowy jego przebieg nie może być nigdy traktowany jako przejaw złej woli bądź jako wina osoby emocjonalnie niedojrzalej.

Osoby niedojrzałe mają znacznie więcej niż inni problemów z pokonywaniem różnorodnych trudności życiowych. Często potrzebują do tego „podpórkę”. Dla jednych taką podpórką będą leki, a dla innych znacznie łatwiej dostępny alkohol. W początkowym okresie picia ułatwia on funkcjonowa-

nie, ale jednocześnie zaburza, a nawet uniemożliwia dojrzwowanie czyli proces prawidłowego kształtowania się osobowości i utrwalania się korzystnych dla człowieka cech. Stąd wśród alkoholików (ale nie tylko), nietrudno jest spotkać czterdziesto- czy pięćdziesięciolatką, którego reakcje i zachowania niewiele różnią się od tych, które obserwujemy u jego syna czy córki.

Od alkoholu uzależniają się bardzo różni ludzie, ale w ostatecznym rozrachunku wszystkie te osoby stają się do siebie podobne. Prawie wszystkie ofiary uzależnienia od alkoholu demonstrują okresowo zachowania określone jako destruktywne i antyspołeczne. Natomiast kiedy alkohol przestaje działać, przykładowie wywiązują się z roli rodzica, małżonka czy pracownika. Do cech, które obok niedojrzałości emocjonalnej spotykane są często u alkoholików należą m.in. nadmierna zależność, mała odporność na frustrację (niemożność realizacji dążeń spowodowana przeszkodą zewnętrzną lub wewnętrzną), trudności w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom niepokoju w relacjach interpersonalnych (między ludzkich), poczucie izolacji, niska samoocena bądź poczucie wielkości, perfekcjonizm, zmienny stosunek do autorytetów, poczucie winy itp.

Zdaniem wielu badaczy, alkohol traktowany jest przez osoby z predyspozycjami do uzależnienia (przez potencjalnych alkoholików) jako środek ułatwiający im funkcjonowanie oraz tagodzący egzystencjalny „ból istnienia”. U tych osób wytwarza się z czasem mechanizm „błédnego koła”. W miarę rozwoju uzależnienia alkohol, będący źródłem pozytywnych stanów emocjonalnych, zaczyna stopniowo wypierać dotychczasowe źródła tych stanów. Coraz częściej zdarza się, że stany pozytywne następują bezpośrednio po uśmierzeniu (przy pomocy alkoholu) stanów negatywnych. Te ostatnie mają coraz większy związek z picciem i jego konsekwencjami. Słabnąca odporność na negatywne stany emocjonalne jest „wspierana” alkoholem. Alkohol staje się więc stopniowo najpoważniejszym, a niekiedy jedynym, źródłem osiągnięcia wszelkich pozytywnych stanów emocjonalnych.

Genezę uzależnienia od alkoholu usiłują wyjaśnić różne teorie psychologiczne. Według niektórych psychoanalityków uzależnienie może wynikać np. z podświadomych tendencji do samozniszczenia, inni natomiast dopatrują się wpływu tzw. konfliktu wewnętrznego między popędami zaletności a bodźcami agresji. Teoria uczenia przyjmuje, że alkoholizm jest wyuczoną reakcją na niektóre bodźce oraz wyuczonym sposobem radzenia sobie z przykrymi stanami uczuciowymi. Teoria zachowania zalicza nadużywanie alkoholu i uzależnienie do zjawisk z kręgu dewiacji. Inni traktują alkoholizm jako objaw przewlekłej choroby emocjonalnej (Keller) bądź

uważają, że jest on „wektorem przejawiania się problemów osobowości” (Armstrong). Według Knigha „alkoholizacja jest objawową próbą rozwiązania konfliktu emocjonalnego”.

Zdaniem Coopersmitha „kluczem do zrozumienia osobowości alkoholika jest pogląd, że alkoholicy nie są zdatni do znoszenia stanów napięcia”. Rollo May wiąże wystąpienie uzależnienia z poczuciem wyobcowania społecznego.

Szczególną rolę w procesie uzależniania się od alkoholu odgrywa system zaprzeczeń mobilizujący wszelkie mechanizmy obronne* do tego, aby móc pić dalej. Z tego powodu alkoholizm (podobnie jak inne uzależnienia) jest zaliczany do tzw. chorób zaprzeczeń (zakłamania).

Duchowość można rozumieć jako tę sferę życia, która wiąże się z jakością zaangażowania w sprawy, rzeczy

czy ludzi, którzy zajmują najważniejsze miejsce w naszym życiu. Odzwierciedla ona kierunek zaangażowania emocjonalnego i charakter związków z czymś lub kimś najważniejszym, dotyczy wartości, celu i sensu życia, decyduje o chęci życia.

Zdaniem ks. prof. J. Tischnera kluczem do duchowości jest wolność, a sama duchowość przejawia się w sztuce, kulturze, w pewnej niezależności sądów, w sposobie podejścia do świata, a także w stosunku do samego siebie.

Alkoholizm jest chorobą duchową, ponieważ w miarę jej rozwoju, alkohol staje się najważniejszą rzeczą w życiu, ośrodkiem szczególnej uwagi i obiektem relacji. Przy pomocy alkoholu podejmowane są bowiem próby opanowania lęku egzystencjalnego, zaspokojenia potrzeby odczuwania przyjaźni i ufności, potrzeby odczuwania znaczenia, celu, sensu i wartości życia. Niektórym osobom alkohol pozornie pomaga wypełnić pustkę życia. Nie zauważają natomiast, że wypiera on coraz więcej rzeczy wartościowych, uniemożliwia rzeczywistnienie posiadanych talentów i zdolności, a tym samym pogłębia istniejącą już pustkę. Chwilowe poczucie siły, jedności, przyjaźni czy wspólnoty zanika z chwilą kiedy alkohol przestaje działać. Pojawia się coraz większe osamotnienie, od którego ucieczką staje się kolejna porcja alkoholu.

W ten właśnie sposób następuje utrwalanie się mechanizmu „błędnego koła”.

* *Mechanizmy obronne* – sposoby umożliwiający względnie poprawne funkcjonowanie wówczas, kiedy nie jest możliwe zaspokojenie potrzeb, likwidacja konfliktów wewnętrznych oraz podtrzymanie pozytywnej samooceny m.in. *racjonalizacja* (polega na uzasadnianiu lub usprawiedliwianiu w sposób racjonalny – rozumowy postaw i działań uwarunkowanych czynnikami emocjonalnymi lub motywami, które jednostka pragnie ukryć lub z których nie zdaje sobie w pełni sprawy), *projekcja* (polega na przypisywaniu innym ludziom własnych negatywnych uczuć, cech lub motywów postępowania), *intelektualizacja*, *minimalizacja* itd.

Profilaktyka

Teraz, kiedy już wiemy nieco więcej na temat czynników wpływających na rozwój uzależnienia warto poświecić kilka słów działaniom profilaktycznym. Działania te powinny być wielostopniowe i obejmować:

- **zapobieganie pierwotne** polegające na niedopuszczeniu do powstania problemów alkoholowych m.in. poprzez wpływanie na podaż i dostępność alkoholu, podwyższanie poziomu wiedzy o nim, kształtowanie postaw preferujących trzeźwość oraz abstynencję itd.;
- **zapobieganie drugorzędowe** czyli wczesne wykrywanie i interwencja w stosunku do osób zagrożonych wystąpieniem problemów alkoholowych i tych, u których podejrzewa się ich obecność;
- **zapobieganie trzeciorzędowe** czyli wszelkie działania mające na celu minimalizację następstw nadmiernego spożywania alkoholu (głównie leczenie i rehabilitacja).

Podjęcie do profilaktyki uległo w ostatnich latach istotnym zmianom. Wśród modeli teoretycznych wczesnej profilaktyki uzależnień oraz profilaktyki przeznaczonych dla tzw. grup ryzyka (zapobieganie pierwszo- i drugorzędowe) wyróżniamy*:

1. **Model oświatył zdrowotnej** (tradycyjny), który bazuje na przekazywaniu informacji o substancjach uzależniających oraz na konsekwencjach ich używania, a więc opiera się głównie na angażowaniu proces-

* Ostaszewski K.: Siedem modeli, Remedium, marzec i kwiecień 1993.

- sów poznawczych. Wiedza jest przekazywana w trzech wariantach tj. jako edukacja o efektach działania, jako informacja odstraszająca (eksponowanie, a często wyolbrzymianie, skutków używania tych substancji) oraz w oparciu o konkretne przykłady osób uzależnionych (np. relacje tych osób). Najczęściej spotykane formy przekazu to prelekcje, pogadanki, filmy, ulotki, plakaty itp.
2. **Model edukacji humanistycznej**, którego celem jest pomoc w prawdziwym kształtowaniu się osobowości, aby nie było potrzebne „podpieranie się” substancjami uzależniającymi. Wykorzystuje się tu takie formy edukacji jak: praca w małych grupach nastawiona na integrację i rozwój osobowości, psychologiczne gry i zabawy oraz dyskusje.
 3. **Model edukacji społecznej** (wpływów społecznych), który opiera się na założeniu, że środowisko jest dla jednostki źródłem przykładów do naśladowania, kar i nagród oraz wywiera na nią presję. W związku z tym oddziaływania powinny koncentrować się na uczeniu jednostki rozpoznawania zagrożeń oraz radzenia sobie z niekorzystnymi wpływami. W tym modelu uczy się np. umiejętności mówienia „nie” w sytuacjach, gdy jednostka nie chce poddać się presji otoczenia oraz kreuje liderów młodzieżowych, którzy korzystnie oddziaływują na grupy rówieśnicze.
 4. **Model edukacji w zakresie umiejętności życiowych**, który jest próbą integracji trzech omówionych wyżej modeli, w których za główne przyuczony sięgania po substancje uzależniające uznano: brak wiedzy, deficyty w zakresie rozwoju osobowości oraz nieumiejętność radzenia sobie z presją społeczną. Działania profilaktyczne według tego modelu polegają na przekazywaniu wiadomości na temat środków uzależniających oraz wpływów społecznych składających do ich zazywania, a także na uczeniu umiejętności zaspokajania swoich potrzeb bez pomocy tych środków.
 5. **Model form alternatywnych**, który propaguje naukę atrakcyjnych form spędzania wolnego czasu, aby stanowią one alternatywę dla używania substancji uzależniających (np. rozwijanie zainteresowań twórczych, wyprawy turystyczne, nabywanie nowych umiejętności itp.).
 6. **Model promocji zdrowia**, który wypływa z definicji zdrowia wg Światowej Organizacji Zdrowia i który traktuje zdrowie jako całość w jego fizycznym, psychicznym, duchowym i społecznym wymiarze.

Zmiany w podejściu do profilaktyki uzależnień polegają głównie na tym, że propagowane w modelu tradycyjnym działania ukierunkowane na zwalczanie patologii zostały już praktycznie wyparte przez *działania na rzecz promocji zdrowia* (zdrowego życia, zdrowych reakcji i zachowań itp.). Okazało się bowiem, że ukazywanie tylko negatywnych skutków używania środków uzależniających jest niewystarczające i konieczne stało się poszukiwanie oraz uświadamianie przyczyn sięgania po te środki. Okazało się również, że w działaniach profilaktycznych nie jest ważna „walka z alkoholizmem” lecz „*wychowanie do trzeźwości*”, w którym obok przekazywania wiedzy na temat uzależnień istotną rolę odgrywa kształtowanie prawidłowych postaw życiowych i umiejętności społecznych, pomoc w budowaniu poczucia własnej wartości, przekazywanie odpowiedniego systemu norm itp.

Nadużywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu, szczególnie przy okazji świąt, uroczystości bądź innych ważnych wydarzeń, jest powszechnie przyjęte i akceptowane przez większość kultur. Z kolei niekontrolowane picie alkoholu (np. w odniesieniu do ilości czy też w nieodpowiednich okolicznościach), manifestujące się często różnorodnym występowaniem zachowań społecznie nieakceptowanych, spotykało się i spotyka z dezaprobatą. Jest ono przeważnie traktowane jako przejaw złego wychowania, zaburzeń charakteru czy też „słabej” woli. W takich sytuacjach słyszynny najczęściej opinię, że ktoś nadużywa alkoholu czy też pije go w sposób niebezpieczny. W tym momencie nasuwa się pytanie co to jest nadużywanie alkoholu oraz czy picie alkoholu może być bezpieczne?

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition tj. DSM-IV) nadużywanie to szkodliwy model stosowania substancji psychoaktywnej (w tym także alkoholu) prowadzący do istotnego klinicznie uszkodzenia organizmu, który manifestuje się wystąpieniem, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co najmniej jednego z wymienionych niżej objawów:

1. Powtarzające się używanie substancji (picie) powodujące niemożność właściwego wypełniania podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu (np. powtarzające się absencje w pracy, obniżenie wydajności pracy związane z używaniem substancji, zaniedbywanie dzieci czy też gospodarstwa domowego, nieobecności w szkole, zawieszanie lub relegowanie ze szkoły w związku z używaniem substancji).
2. Powtarzające się używanie substancji (picie) w sytuacjach, kiedy strasza to fizyczne zagrożenie (np. prowadzenie pojazdów lub kierowanie maszynami przez osoby będące pod wpływem substancji).

3. Powtarzające się problemy prawne (np. zatrzymanie w związku z niestosownym zachowaniem pod wpływem alkoholu czy innej substancji psychoaktywnej).

4. Uporczywe używanie substancji (picie), pomimo stałych lub nawracających problemów społecznych lub międzyлюдzkich, które są skutkiem lub są nasilane przez działanie substancji (np. Kłótnie ze współmałżonkiem w związku z następstwami picia, przemoc fizyczna itp.).

Jednocześnie podkreśla się, że **aby rozpoznać nadużywanie, należy dokładnie wyjaśnić** czy wyszczególnione wyżej objawy, nie towarzyszyły w przeszłości innym objawom, które spełniają kryteria uzależnienia od danego rodzaju substancji.

Nieco inaczej do problemu nadużywania alkoholu (jednej z substancji psychoaktywnych) podejmuje Światowa Organizacja Zdrowia. Sugeruje ona wycofanie się z używania tego terminu, bowiem nie określa on dokładnie ani sposobu picia ani ilości wypijanego alkoholu. Zaproponowała zastąpienie tego terminu takimi określeniami jak „niesprawności związane z alkoholem” bądź „problemy związane z alkoholem”. Ten ostatni termin zaczął być używany bardzo szeroko i obejmować niejednokrotnie całokształt następstw picia alkoholu (np. społecznych, ekonomicznych, prawnych), a nie tylko przypadków ograniczonej sprawności fizycznej czy psychicznej.

Pierwsze prace na temat picia „bezpiecznego” pojawiły się jeszcze w ubiegłym stuleciu. W naszym stuleciu, Becker (1908 r.) po przebadaniu mężczyzn, którzy przeżyli powyżej 90 lat stwierdził, że bezpieczną dla zdrowia granicę stanowi 15 g czystego alkoholu dziennie. Inni badacze za „picie umiarkowane” uznawali konsumpcję nie przekraczającą 2,5 uncji (1 uncja = ok. 30g) etanolu dziennie, a badania grupy alkoholików wykazały, że pili oni więcej niż 120 g czystego alkoholu dziennie.

W latach 70-tych Brytyjskie Królewskie Kolegium Psychiatryczne określało tzw. bezpieczną granicę dziennego spożycia alkoholu dla mężczyzn na ok. 60-80 g, a dla kobiet na 30-40 g. Te same ilości podawała włoska Encyklopedia Medyczna. Przeprowadzone w latach 80-tych badania wykazały jednak, że **wartości te były znacznie zawyżone**.

Przeprowadzone we Francji badania (Pequignot i wsp. 1978) wykazały, że u mężczyzn spożywających 28 do 42 porcji* alkoholu tygodniowo, ryzyko

* Można przyjąć, że 1 standardowa porcja, czyli tzw. „drink” zawiera 10 g czystego alkoholu co odpowiada ok. 200 ml 5% piwa, 100 ml 10% wina i 25 ml 40% wódki.

wystąpienia marskości wątroby jest sześciokrotnie wyższe niż u mężczyzn pijących mniej niż 14 porcji tygodniowo oraz że ryzyko to wzrasta z kolei aż 14-krotnie u mężczyzn pijących 42 do 56 porcji tygodniowo. Progowe wartości czystego alkoholu powodujące uszkodzenie wątroby szacowano we Francji na 60 g dziennie dla mężczyzn i 20 g dziennie dla kobiet. Badania grupy brytyjskich urzędników wykazały, że ryzyko, zwiększona śmiertelność wśród mężczyzn spożywających ponad 30 porcji alkoholu tygodniowo.

W ostatnich latach, zgodnie z sugestiami ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (X wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. ICD – 10), weszły do użycia dwa terminy tj. „szkodliwe spożywanie alkoholu” i „konsumpcja ryzykowna”.

Szkodliwe spożywanie alkoholu oznacza taką konsumpcję, która wywołuje szkody w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym człowieka. *Konsumpcja ryzykowna* polega na spożywaniu alkoholu w takich ilościach i w taki sposób, że wiąże się to z bardzo wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia wspomnianych wyżej szkód, o ile sposób picia nie ulegnie istotnym zmianom.

Sugeruje się, z kolei, że tzw. *bezpieczna*, a więc nie związana ze zbyt dużym ryzykiem wystąpienia szkód zdrowotnych, *granica* wynosi (zdaniem niektórych badaczy): dla mężczyzn 3–4 porcje, a dla kobiet – 2 porcje alkoholu dziennie, wypijane przez 5 dni w tygodniu (sugeruje się dwa dni przerwy w tygodniu). Jednocześnie podkreśla się, że jednorazowe wypicie tygodniowej „normy” (np. 10–15 „drinków”) zwiększa ryzyko wystąpienia niekorzystnych dla organizmu zmian.

Zdaniem wielu badaczy (np. uczestników Międzynarodowego Sympozjum „Umiarowane picie alkoholu a zdrowie”, które odbyło się w Toronto w 1993 r.) nie należy spożywać więcej niż dwa standardowe „drinki” dziennie, aby maksymalnie zmniejszyć ryzyko wystąpienia niepożądanych efektów. Wielu badaczy uważa, że również te ilości alkoholu są zdecydowanie zbyt wysokie, a im mniej alkoholu się pije, tym jest lepiej dla zdrowia. Przykładem może być opinia prof. Ulf’a Rydberga ze Szwecji, który w referacie wygłoszonym w 1992 roku, podczas Kongresu Międzynarodowej Rady ds. Alkoholii i Uzależnień stwierdził, że ryzyko wystąpienia spowodowanych alkoholem szkód zdrowotnych można zminimalizować w przypadku spożywania dawki w granicach 7 gramów czystego alkoholu dziennie.

Nie ulega wątpliwości, że każda ilość alkoholu jest szkodliwa dla zdrowia, zarówno z punktu widzenia toksykologii jak i psychologii, choć po jed-

norazowym spożyciu małej dawki alkoholu, szkody te mogą być trudne do uchwycenia. Niewielkie dawki alkoholu spożywane jednorazowo w określonych sytuacjach (np. przez bardzo młode osoby, kobiety ciężarne, osoby cierpiące na niektóre schorzenia czy przyjmujące określone leki) mogą wyprządać szkody zdrowotne nieproporcjonalnie duże w stosunku do ilości wypitego alkoholu. Należy pamiętać, że każda ilość alkoholu zmienia stan naszej świadomości oraz upośledza naszą sprawność psychomotoryczną. Może więc ona wpłynąć na podjęcie nieprawidłowej i niekorzystnej dla nas decyzji bądź spowodować wystąpienie różnorodnych i trudnych do przewidzenia reakcji i zachowań. Dotyczy to szczególnie osób z pewnymi predyspozycjami (np. z organicznymi uszkodzeniami mózgu czy też po przebytej urazach czaszki) oraz osób, które znalazły się w określonych okolicznościach (np. niedożywienie, niedospanie, upaty itp.).

Zróżnicowane są także reakcje na długotrwałe picie alkoholu. Udowodniono na przykład, że picie alkoholu przez osoby młode powoduje w ich organizmach znacznie większe szkody niż u osób dojrzałych. Negatywne następstwa picia alkoholu występują zazwyczaj znacznie wcześniej u kobiet niż u mężczyzn, a choroby somatyczne i psychiczne oraz przyjmowanie szeregu leków zmieniają reakcje na alkohol.

Propozycja ilościowego określenia bezpiecznego poziomu picia nie znalazła szerszego poparcia. Ze względu na indywidualne cechy konsumentów **nie można mówić o „bezpiecznych” dawkach alkoholu**. To co jest „bezpieczne” dla jednego może okazać się bardzo niebezpieczne dla innych. Grupy, których tzw. „bezpieczny” poziom spożycia nie dotyczy zupełnie to: dzieci i młodzież, kobiety w ciąży i matki karmiące, osoby uzależnione od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, dzieci i bliscy krewni osób uzależnionych (szczególnie płci męskiej), większość osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, osoby przyjmujące leki psychotropowe, osoby przyjmujące leki wchodzące w interakcję z alkoholem, osoby z chorobami somatycznymi, których przebieg może być pogarszany przez alkohol, osoby wykonujące niektóre prace (prowadzące pojazdy, kierujące maszynami, pracujące na wysokości lub wykonujące odpowiedzialną pracę wymagającą pełnej sprawności psychomotorycznej itp.).

Oczywistym jest, że do grupy tej można dołączyć również większość osób, które już piją w sposób szkodliwy bądź ryzykowny.

W piśmiennictwie na temat spożywania alkoholu opisywane są niekiedy sztucznie kategorie konsumentów. Za mało lub średnio pijących (ang.: light to moderate users) uważa się osoby spożywające 1–12 standardowych porcji

w tygodniu, jednak mniej niż 4 porcje przy jednej okazji, natomiast za osoby dużo pijące (ang.: heavy drinkers) takie, które spożywają dwie lub więcej porcji alkoholu dziennie, cztery lub więcej porcji co najmniej trzy razy w tygodniu, a których podstawowym modelem picia jest upijanie się.

Należy też pamiętać, że wzrostowi spożywania alkoholu przez osoby pijące dotychczas z umiarem towarzyszy zawsze wzrost spożycia przez osoby nadużywające go. Stąd propagowanie np. picia niewielkich ilości alkoholu w celu zredukowania ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej wiąże się z ryzykiem wystąpienia innych, niekorzystnych dla człowieka, konsekwencji zdrowotnych i społecznych.

Jak wynika z powyższego, jedynie zupełni abstynenci nie ryzykują w tej sprawie niczym.

Identyfikacja osób z problemami alkoholowymi

Wczesna identyfikacja osób, które piją w sposób ryzykowny lub szkodliwy oraz interwencja przy pomocy małokosztownych metod edukacyjnych i motywacyjnych mogłyby w znacznym stopniu zredukować występowanie różnorodnych problemów związanych z pićciem alkoholu. Tym samym mogłaby wpłynąć na obniżenie ekonomicznych konsekwencji tych problemów.

Osoby uzależnione i pijące alkohol w nadmiarze można identyfikować przy pomocy wskaźników klinicznych, testów diagnostycznych oraz badań laboratoryjnych.

Wskaźniki kliniczne

W wyglądzie, już na pierwszy rzut oka widoczna może być obrzmiała twarz z obecnymi niekiedy rozszerzonymi naczyń skórnymi i pajęczakami oraz przekrwione spojówki, a niejednokrotnie również drżenie rąk (a czasami również całego ciała).

Podczas rozmowy osoba uzależniona lub pijąca alkohol problemowo (w sposób ryzykowny lub szkodliwy) jest często rozdrażniona i podenerwowana, a kiedy zostaje poruszony temat picia alkoholu przyjmuje postawę obronną i bardzo niechętnie udziela informacji na swój temat, niektóre fakty stara się zbagatelizować a inne zataić.

Należy zdawać sobie sprawę z tego, że osoby które czują, że piją zbyt wiele mogą poczuć się dotknięte pytaniami bardziej szczegółowymi bądź poddającymi w wątpliwość ich punkt widzenia. *Taka postawa może być jednym z objawów choroby i z tego powodu nie należy traktować jej jako wyrazu złej woli pacjenta.*

Dodatkowych informacji może nam udzielić uważna obserwacja zachowania osoby badanej, podczas zadawania pytań nt. picia alkoholu tj. na: spuszczenie wzroku, pojawienie się rumieńca na twarzy, odwracanie głowy, nerwowe ruchy czy zmianę rytmu oddychania.

W wywiadzie od osób z problemem alkoholowym zawarte są dość powszechne:

- skargi na osłabienie i nadmierną męczliwość,
- skargi na przewlekłe bóle głowy (często związane z nadciśnieniem),
- częste infekcje górnych dróg oddechowych,
- podatność na urazy oraz częste uleganie wypadkom,
- powtarzające się wizyty u lekarzy z trudnymi do zdiagnozowania dolegliwościami takimi jak np.: bóle w jamie brzusznej i klatce piersiowej czy też zaburzenia żołądkowo-jelitowe (utrata apetytu, nudności, wymioty, biegunki),
- brak wyraźniejszych efektów w leczeniu takich chorób jak np. nadciśnienie, zapalenie trzustki itd.,
- u kobiet – zaburzenia miesiączkowania, bóle miednicy,
- zachorowalność na choroby weneryczne,
- częste starania o uzyskanie zwolnienia lekarskiego,
- powtarzające się nieobecności w pracy i częste zmiany pracy,
- konflikty z prawem.

Niejednokrotnie pacjent zgłasza inne nietypowe dolegliwości takie jak np. zaburzenia snu (często skargi na bezsenność lub trudności z zaśnięciem), zaburzenia pamięci, „depresja”, przygnębienie, obniżenie nastroju, myśli „S”, spadek aktywności itp. oraz zaburzenia neurologiczne (dotyczące najczęściej czucia i siły mięśniowej).

Podczas badania lekarzkiego stwierdza się najczęściej: zapach świeżego lub przetrawionego alkoholu, zły stan higieniczny jamy ustnej, rozpułchnione dziąsła, ciepła i wilgotna skóra, blizny i sińce, czasami trądzik, powiększona i bolesna na ucisk wątroba, przyspieszone tętno, zaburzenia rytmu serca, podwyższone ciśnienie krwi, mniej lub bardziej nasilone objawy zapalenia wielonerwowego oraz niedożywienie (spowodowane zarówno nieprawidłową dietą jak i zaburzeniami wchłaniania).

Bardziej wnikliwej ocenie pod kątem picia alkoholu winny być poddane osoby:

- które w przeszłości przyjmowały inne substancje psychoaktywne,
- ze słabą kontrolą impulsów (jedzenie, hazard, seks itp.),
- z zaburzeniami osobowości,

- z silnymi i przewlekłymi objawami nerwicowymi (obecnie lub w wywiadzie),
 - z innymi przewlekłymi zaburzeniami zdrowotnymi (fizycznymi i psychicznymi),
 - oraz osoby, u których w trakcie leczenia obserwowano brak wyraźniejszych efektów bądź nagłą, niezbyt zrozumiałą i nieoczekiwaną poprawę lub pogorszenie.
- Ponieważ wiele osób pijących alkohol w sposób szkodliwy przyjmuje dodatkowo różnego rodzaju leki należy zwracać uwagę na dodatkowe fakty. Za możliwośćą współistnienia *problemu lekowego* przemawiają m.in. sytuacje, kiedy:

- nieznane lekarzowi osoby proszą o receptę na leki uspokajające czy nasenne,
- nieznane lekarzowi osoby proszą o receptę na leki przeciwbólowe motywując prośbę np. przewlekłą kamicą nerkową a nie posiadają dokumentacji radiologicznej,
- powtarzają się telefoniczne prośby pacjenta o pozostawienie recepty na któryś z ww. leków,
- powtarzają się przypadki zgubienia recepty lub wykupionych już leków,
- pacjent odmawia leczenia, o ile lekarz nie chce dać recepty na sugerowany przez niego lek o działaniu uspokajającym, nasennym lub przeciwbólowym.

Testy Korzystanie z nich zostało zapoczątkowane w latach

diagnostyczne

40-tych i ma na celu uchwycenie populacji osób pijących problemowo, u których wystąpiły już wcześnie objawy ryzykownego lub szkodliwego picia oraz ułatwienie postawienia diagnozy uzależnienia od alkoholu. Do najczęściej używanych w warunkach klinicznych testów przesiewowych należą: CAGE (nazwa pochodzi od pierwszych liter najważniejszych słów w poszczególnych pytaniach wersji oryginalnej), oparte na jego pytaniach TWEAK i T-ACE, MAST (25-pytaniowy Michigan Alcoholism Screening Test), wraz z jego modyfikacjami (10-pytaniowym BMAST i 13-pytaniowym SMAST), SAAST (35-pytaniowy test do samooceny Self-Administered Alcoholism Screening Test), a także omówiony nieco dalej AUDIT. Do badań przesiewowych wśród młodzieży opracowano w 1990 roku test POSIT (Problem-Oriented Screening Instrument for

Teenagers), który zawiera 14 pytań dotyczących picia alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych.

Bardzo prosty, wygodny i bezpieczny w stosowaniu jest test **CAGE** składający się z tylko z czterech pytań:

1. Czy w Twoim życiu miały miejsce takie okresy, kiedy odczuwałeś/ęś konieczność ograniczenia swojego picia?
2. Czy zdarzyło się, że osoby z bliskiego otoczenia denerwowały Cię uwagami na temat Twojego picia?
3. Czy zdarzyło się, że odczuwałeś/ęś wyrzuty sumienia, poczucie winy lub wstyd z powodu swojego picia?
4. Czy zdarzało Ci się, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla „uspokojenia nerwów” lub „postawienia na nogi”?

Uzyskanie co najmniej dwóch odpowiedzi na powyższe pytania wskazuje na znaczne prawdopodobieństwo istnienia uzależnienia od alkoholu.

Z kolei udzielenie co najmniej 5 twierdzących odpowiedzi na pytania zawarte w skróconej wersji testu **MAST** jest zdaniem niektórych badaczy, wystarczającym kryterium do rozpoznania uzależnienia od alkoholu. *W pytaniach 1 i 2 punkty są przyznawane za odpowiedź „nie”, w pozostałych za odpowiedź „tak”.* Pytania tego testu brzmią:

1. Czy uważasz, że pijesz w taki sam sposób jak większość ludzi?
2. Czy Twój przyjaciele bądź krewni uważają, że Twoje picie mieści się w normie?
3. Czy kiedykolwiek brałeś/aś udział w spotkaniu Anonimowych Alkoholików?
4. Czy straciłeś/aś kiedykolwiek przyjaciela lub dziewczynę z powodu picia?
5. Czy miałeś/aś kiedykolwiek kłopoty w pracy z powodu alkoholu?
6. Czy zaniedbałeś/aś kiedykolwiek swoje obowiązki, sprawy rodzinne lub opuściłeś/aś pod rząd kilka dni w pracy z powodu picia?
7. Czy miałeś/aś kiedykolwiek delirium (mającenie alkoholowej), nasilone drżenie czy słyszałeś głosy lub widziałeś nieistniejące rzeczy po nadżyciu alkoholu?
8. Czy z powodu picia zwracałeś/aś się kiedykolwiek do kogoś z prośbą o radę?
9. Czy przebywałeś/aś kiedykolwiek w szpitalu z powodu picia?
10. Czy byłeś/aś kiedykolwiek zatrzymany za prowadzenie pojazdu po

użyciu alkoholu lub czy kiedykolwiek prowadziłeś pojazd po wypiciu alkoholu?

Pewną orientację w nasileniu problemu alkoholowego daje również dość popularny u nas test, który powstał w amerykańskim szpitalu John Hopkins University (tzw. **test baltimorski**). Z dołączonej do testu instrukcji wynika, że w przypadku udzielania rzetelnych odpowiedzi, uzyskanie jednej twierdzącej odpowiedzi powinno być ostrzeżeniem, bowiem „można stać się alkoholikiem”. Dwie twierdzące odpowiedzi świadczą z dużym prawdopodobieństwem o alkoholizmie, natomiast trzy odpowiedzi twierdzące, zdaniem autorów, przemawiają definitywnie za alkoholizmem. Pytania brzmią:

1. Czy pijesz w pracy?
2. Czy Twoje picie wpływa niekorzystnie na życie domowe?
3. Czy pijesz dlatego, że jesteś nieśmiały wobec innych?
4. Czy Twoje picie wpływa na to, że ludzie mają o Tobie negatywną opinię?
5. Czy miałeś/ęś kiedykolwiek wyrzuty sumienia z powodu picia?
6. Czy miałeś/ęś kiedykolwiek kłopoty finansowe na skutek picia?
7. Czy Twoje picie jest powodem zmartwień rodziny?
8. Czy pijąc stałeś/ęś się mniej ambitalny?
9. Czy odczuwasz potrzebę picia codziennie o tej samej porze?
10. Czy jest Ci obojętne z kim pijesz?
11. Czy po picu jednego dnia odczuwasz potrzebę wypicia nazajutrz?
12. Czy pijąc zauważyłeś/ęś zmniejszenie się Twojej sprawności fizycznej bądź umysłowej?
13. Czy picie wpływa negatywnie na Twoją pracę zawodową bądź inne Twoje działania poza pracą?
14. Czy z powodu picia masz problemy ze snem?
15. Czy pijąc chcesz uciec od kłopotów?
16. Czy zdarza się, że pijesz samotnie?
17. Czy pijąc tracisz pamięć i nie wiesz gdzie byłeś/ęś i co robiłeś/ęś?
18. Czy pijesz, aby wzmocnić pewność siebie?
19. Czy w związku z picciem byłeś/ęś kiedykolwiek w szpitalu, w izbie wytrzeźwień, ambulatorium itp.?

W ocenie wyników testów należy uwzględnić oczywiście polską specyfikę, pewną dowolność w interpretacji i tłumaczeniu poszczególnych pytań oraz fakt, że nie były one standaryzowane na polskiej populacji. Zastęże-

nia te nie powinny jednak zanikać ich wartości i niewątpliwie mogą dać wielu osobom materiał do przemyśleń.

Pod koniec lat 80. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała stosowanie przesiewowego testu **AUDIT** (The Alcohol Use Disorders Identification Test)*, który:

- umożliwiła wychwylenie populacji osób pijących w sposób ryzykowny i szkodliwy dla zdrowia;
- koresponduje z sugerowanymi przez tę organizację kryteriami diagnostycznymi zawartymi w X wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10);
- oprócz wywiadu uwzględnia dane z badania fizykalnego oraz poziom gamma-glutamylu-transferazy (GGT).

Badania laboratoryjne

Wykonywane przy różnych okazjach badania laboratoryjne krwi mogą również okazać się przydatne w identyfikowaniu osób pijących w sposób ryzykowny lub szkodliwy.

Ogólnodostępne badania wykazują u tych osób: podwyższone wartości diastazy i transaminaz (stosunek AspAt do AlAt powyżej 2 przemawia za uszkodzeniem wątroby, charakterystycznym dla osób przewlekle spożywających alkohol), nieprawidłowe wartości prób wątrobowych, objawy łagodnej cukrzycy z cukromoczem, zaburzenia elektrolitowe (np. niski poziom potasu).

Bardziej specjalistyczne badania (a wśród nich tzw. **biologiczne markery** nadmiernego spożywania alkoholu) mogą wykazać: podwyższone wartości gamma-glutamylu-transferazy (GGT)**; cholesterolu, lipoprotein wysokiej gęstości w surowicy krwi (HDL), transferyny C, wskaźnika kwas alfaamino-n-masłowy/leucyna w surowicy krwi, wzrost aktywności beta-heksozaminidazy po spożyciu alkoholu, anemię makrocytarną (zmniejszenie licz-

by krwinek czerwonych przy jednoczesnym wzroście ich średniej objętości), podwyższony poziom immunoglobulin A w osoczu, obniżoną aktywność płytkowej monoaminooksydazy (MAO) u osób uzależnionych od alkoholu czy też obniżone stężenie aminokwasów rozgałęzionych. Ponadto, jako markery, używane bywają: 5-hydroksytryptofol oraz CDT (carbohydrate-deficient transferyne).

Zdaniem amerykańskiego National Council on Alcoholism and Drug Dependence kryterium wstępnej diagnozy uzależnienia od alkoholu może być stwierdzenie w surowicy krwi:

- 1 promiła alkoholu w badaniu rutynowym,
- powyżej 1,5 promiła, u osób bez wyraźniejszych objawów upojenia,
- powyżej 3 promili bez względu na okoliczności.

* AUDIT. Test rozpoznawania zaburzeń związanych z pićciem alkoholu, PARPA, Warszawa 1994.
** Poziom GGT utrzymuje się w normie w przypadkach epizodów nadużywania alkoholu trwających krócej niż dwa tygodnie; u niealkoholików – dawka powodująca intoksykację nie daje na ogół podwyższenia poziomu GGT we krwi; spotykane są osoby, u których picie alkoholu nie powoduje wzrostu poziomu GGT. Poziom obniża się u prawie wszystkich alkoholików już po tygodniowym okresie abstynencji, ale może utrzymywać się nawet przez miesiąc; u osób z uszkodzoną wątrobą poziom GGT może podnieść się już po jednorazowym spożyciu alkoholu.

Problemy zdrowotne

Zdrowie definiowane jest przez Światową Organizację Zdrowia jako *dobrostan fizyczny i psychiczny umożliwiający człowiekowi naukę bądź wykonywanie pracy oraz dający mu optymalną satysfakcję społeczną i kulturową*.

Powszechnie wiadomo, że na stan naszego zdrowia wpływają zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Wśród tych ostatnich istotną rolę odgrywają tzw. używki w tym również alkohol, którego działanie prowadzi może do wystąpienia powikłań zdrowotnych, nie tylko somatycznych (fizycznych), ale również psychicznych (psychiatrycznych). Wiadomo także, że osobnicze reakcje na alkohol mogą być różne i zależą od szeregu czynników zarówno fizycznych jak i psychicznych. Ocenia się, że 6% zgonów wśród ludzi poniżej 75 roku życia oraz 20% poważnych przypadków leczonych w szpitalach, ma związek z alkoholem. Zdaniem Królewskiego Towarzystwa Lekarskiego alkohol odgrywa rolę w 15-40% przypadków śmierci gwałtownej w Wielkiej Brytanii.

Powikłania somatyczne

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i jego metabolitów na narządy oraz układy, nieprawidłowe odżywianie się, jak również niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin powodują występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. Zdaniem niektórych badaczy niedożywienie jest często bardziej niekorzystne dla organizmu niż samo działanie etanolu. U osób, które piją intensywnie sporty/kamry jednocześnie większą podatność na infekcje i choroby zakaźne, częstsze urazy czaszki, większą wypadkowość oraz większą częstość samobójstw. Wszyskie te czynniki, jak już wcześniej wspo-

mniano, wpływają na obniżenie średniej długości życia zarówno osób uzależnionych od alkoholu jak i nadużywających go, w porównaniu z populacją ogólną. Jak wynika z Siódmego Raportu dla Kongresu USA należy przyjąć, że co najmniej 3% zgonów jakie mają miejsce w Stanach Zjednoczonych wiąże się przyczynowo z alkoholem.

Układ nerwowy jest wyjątkowo wrażliwy na działanie alkoholu etylowego a szczególnie jego metabolitów. To właśnie w układzie nerwowym najwcześniej i najwyraźniej ujawniają się skutki neurotoksycznego działania etanolu. Na powstawanie patologicznych zmian w tym układzie wpływają dodatkowo, spowodowane przez alkohol, niedobory witaminowe (głównie witamin z grupy B – tiaminy, biotytry, kwasu pantotenowego i pirydoksyny).

W obwodowym układzie nerwowym na plan pierwszy wysuwa się *zapalenie wielonerwowe* (polineuropatia). Powstaje ono w wyniku zmian czynności i struktury nerwów obwodowych wywołanych czynnikami nieczakанныmi, a w tym konkretnym przypadku szeroko rozumianym działaniem alkoholu i jego metabolitów. Charakteryzujące się przede wszystkim zaburzeniami czucia w odśiebnych odcinkach kończyn (parestezie i osłabienie), nerwobólami oraz bolesnością uciskową nerwów, osłabieniem bądź brakiem odruchów ścięgnistych, a także bólami mięśniowymi. Przeważają dolegliwości ze strony kończyn dolnych (ból i kurcze łydek, bolesność uciskowa łydek i pni nerwowych, bolesne parestezie i pęcznienia stóp, a także zaburzenia czucia głębokiego). W skrajnych przypadkach mogą wystąpić niedowłady, a nawet porażenia. Najczęściej spotykane są *porażenia* nerwu strzałkowego wspólnego (osłabienie zgięcia grzbietowego stopy, nie- możliwość nawracania stopy oraz osłabienie zginania i prostowania palców; stopa opada, jej brzeg zewnętrzny ustawia się niżej niż wewnętrzny, a stopa przybiera ustawienie końsko-szpotawce) oraz nerwu promieniowego (tzw. „ręka opadająca” – upośledzenie ruchu wyprostnego w nadgarstku i stawach śródrečno-palcowych). Zmianom w obwodowym układzie nerwowym towarzyszą prawie zawsze *zmiany mięśniowe* (*miopatia alkoholowa*) manifestujące się osłabieniem siły i zanikami mięśni (pacjenci często skarżą się, że mają nogi „jak z waty”). W ok. 50% przypadków dochodzi do obrzeków podskórnym, stwierdza się mioglobinurię, oligurię lub anurię. Może również dojść do osłabienia siły skurczu mięśni gładkich m.in. macicy i jelit.

W stawianiu diagnozy, poza stwierdzeniem faktu nadmiernej i intensywnej konsumpcji alkoholu oraz obrazem klinicznym, istotne jest przeprowadzenie badania elektromiograficznego wraz z badaniem szybkości przewodzenia we włóknach nerwowych.

Przewłokę spożywanie etanolu może spowodować poważne problemy ze wzrokiem będące wynikiem toksycznego uszkodzenia pozagatkowej części nerwu wzrokowego (*tzw. neuropatia wzrokowa* toksyczna, która przejawia się zaburzeniami widzenia różnego stopnia, do pełnej ślepoty włącznie oraz różnego typu ograniczeniami pola widzenia i niekiedy prowadzi do zaniku nerwu wzrokowego) oraz retinopatią siatkówkowo-naczyniówkową.

Ośrodkowy układ nerwowy stanowią: mózg i mózdzek, rdzeń przedłużony i rdzeń kręgowy. Dojrzały mózg ma do dyspozycji około 100 miliardów neuronów w połączeniu z 1 trylionem komórek glicjowych. Mniej więcej od 35 roku życia człowiek traci około 100 000 neuronów każdego dnia. Pomimo tych strat, sieć pozostających neuronów, wypełnia bez zakłóceń swoje zadania. Sytuacja ta ulega jednak istotnej zmianie na skutek wpływu czynników zewnętrznych takich jak np. urazy, zaburzenia krążenia mózgowego, zmiany wyrodnieniowe, zakażenia czy zatrucia (m.in. alkoholem). U osób spożywających duże ilości alkoholu, tomografia komputerowa wykazuje w ośrodkowym układzie nerwowym, w 50-90% przypadków, *poszerzenie układu komorowego oraz zaniki korowe* głównie w okolicach skroniowych i czołowych. Przegląd kilkunastu programów badawczych, w których wykonano w sumie badania komputerowe u 2.270 osób, wykazał zaniki korowo-podkorowe u 67,9% badanych. Wiele badań wykazało również, że występują one najwyraźniej w zespole (psychozie) Korsakowa. Jednocześnie zaobserwowano częściej cofanie się tych zmian po ograniczeniu picia alkoholu. Ponieważ zgodnie z obowiązującą terminologią słowo zanik oznacza coś nieodwracalnego zaproponowano, aby w przypadku zmian odwracalnych używać określenia *obkurczenie mózgu* (ang. „brain shrinkage”).

Stwierdzone w badaniach zmiany są wynikiem nie tylko uszkadzającego działania alkoholu i jego metabolitów na mózg, ale także wielu różnych czynników towarzyszących zespołowi uzależnienia od alkoholu (m.in. urazy, wahania ciśnienia krwi, zaburzenia przepływu krwi przez mózg w stanach upicia, okresy bezdechu w stanach głębokiego zadrucia, różnego rodzaju schorzenia, niedobory żywieniowe itp.).

Ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym związane jest także występowanie *drgawkowych napadów abstynencyjnych* nazywanych często *pa-*

*daczką alkoholową**. Towarzyszą one innym objawom alkoholowego zespołu abstynencyjnego (zespołu odstawienia). Występują one u 5-15% alkoholików, najczęściej w okresie pomiędzy 6 a 48 godziną od odstawienia alkoholu. Przyjmuje się jednak, że mogą wystąpić w okresie do 7 dnia abstynencji i najczęściej mają charakter uogólnionych napadów toniczno-klonicznych** typu *grand mal*. W okresie międzynapadowym nie stwierdza się wyładowań w zapisie EEG. Ważną rolę w ich występowaniu odgrywają prawdopodobnie zaburzenia metaboliczne wynikające z uszkodzenia wątroby oraz przewłokę zatrutcie alkoholem etylowym i znacznie bardziej toksycznym jego metabolitem – aldehydem octowym. Najprawdopodobniej wpływ na wystąpienie drgawkowych napadów abstynencyjnych ma nagły spadek poziomu alkoholu we krwi, zaburzenia elektrolitowe (m.in. spadek poziomu magnezu), zaburzenia neurotransmiterów (m.in. spadek GABA, który najbardziej „hamuje”), zaburzenie funkcji kanałów wapniowych, nadmierne nawodnienie mózgu oraz deprywacja*** snu. Jednocześnie wiadomo, że u osób pijących nadmiernie dochodzi do organnych uszkodzeń mózgu spowodowanych działaniem alkoholu i jego metabolitów oraz dość częstymi urazami czaszki.

Drgawkowe napady abstynencyjne nie występują w przypadku utrzymania dłuższej abstynencji. Jednocześnie należy pamiętać, że osoby z organnymi uszkodzeniami mózgu przejawiają skłonność do picia alkoholu, a ok. 25% osób cierpiących na padaczkę uzależnia się od niego.

Efektom organicznego poalkoholowego uszkodzenia mózgu są: encefalopatia Wernickego (Zespół Wernickego-Korsakowa), otępienie oraz niemnestyczne upośledzenie funkcji poznawczych i pamięci.

* *Padaczka* (zespół objawów somatycznych, wegetatywnych i psychicznych, który może występować na podłożu różnych zmian morfologicznych i metabolicznych w mózgu):

1. Padaczkorodne uszkodzenia mózgu:
 - w czasie życia płodowego (m.in. różyczka matki, toksoplazmoza, zatrucie ciężowe i inne choroby matki, urazy, niedotlenienie płodu);
 - uszkodzenia okołoporodowe (urazy mechaniczne, krwotoki wewnątrzczaszkowe, niedotlenienie podczas powikłań okołoporodowych i inne);
 - okres poporodowy (zapalenia opon i mózgu, choroby naczyniowe mózgu; otwarte i zamknięte urazy czaszkowo-mózgowe; czynniki toksyczne – np. zatrucia alkoholem, ołowiem, tlenkiem węgla; guzy mózgu – nowotwory, wagieryca, bąblowiec; choroby wrodzone, wcześniej nabyte lub dziedziczne – wady rozwojowe mózgu, lipidozy, fakomatozy, zespół Downa itp.
2. „Padaczki metaboliczne” (w zaburzeniach gospodarki wodno-elektrolitowej; hipokalcemii, hipoglikemii itd.).

** toniczny – odnoszący się do napięcia mięśniowego (gr. tonos – napięcie); kloniczny (gr. klonus – ruch gwałtowny).

*** deprywacja – ograniczenie, pozbawienie.

Encefalopatia Wernickego jest wynikiem toksycznego działania alkoholu, przy jednoczesnym niedoborze witamin (głównie B1). Na skutek powstania zmian krwotoczno-zwrotnieniowo-zapalnych dochodzi w niej do porażenia mięśni okolicy ruchowych, niezborności a nawet zaburzeń świadomości. Ponadto dość powszechne są objawy zapalenia wielonerwowego, a w niektórych przypadkach pojawiają się dodatkowo ruchy mimowolne czy też spastyczny niedowład kończyn. Encefalopatia Wernickego występuje u ok. 5-10% osób uzależnionych a jej objawy to: zaburzenia gąkoruchowe, oczopląs, drżenia, niezborność, niedowłady spastyczne kończyn, polineuropatia, napady drgawkowe, zaburzenia przytomności.

Na podłożu encefalopatii Wernickego, przy jednoczesnej obecności rozległych zmianach w układzie limbicznym, może rozwinąć się wspomniana już wcześniej, a omówiona bardziej szczegółowo w części poświęconej zmianom psychicznym w przebiegu uzależnienia od alkoholu, psychoza Korsakowa. Znacznie rzadziej spotykane są **encefalopatie**: Morela (blaszkowy zanik kory), Marchafava-Bignami (pierwotne zwyrodnienie ciała modzlowatego), a także Adamsa, Victora i Mancalla (centralna mieliniza mostu) oraz Joliffe'a (pelagra alkoholowa).

W **autonomicznym układzie nerwowym**, wynikiem działania alkoholu może być neuropatia nerwu błędnego, którego uszkodzenie powoduje porażenie podniebienia miękkiego, gardła i krtani.

Układ pokarmowy Najczęściej spotykane w układzie pokarmowym zmiany to przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki przełyku i jelit oraz upośledzone wchłanianie prowadzące do powstania niedoborów pokarmowych. Nierzadko, w stanach zapalnych, spotykane są wybroczyny i nadżerki oraz krwawienia spowodowane pęknięciami błony śluzowej.

Alkohol powoduje osłabienie zwieracza przełyku i występowanie refluksu żołądkowo-przełykowego, przełyk Barretta, urazowe pęknięcia przełyku oraz zespół Mallory'ego-Weissa.

Wątroba

U ok. 20-30% osób pijących dziennie powyżej 3 standardowych porcji alkoholu stwierdza się podwyższone wartości GGТ. Poziom ten, po odstawieniu alko-

holu, powinien powrócić do normy (norma wynosi 8-54 IU/L) w ciągu ok. 3 miesięcy.

Wątroba, w której metabolizowana jest większość alkoholu, reaguje na jego nadmierną podaż kolejno : **stuszczeniem** (u 90% osób pijących intensywnie), **zapaleniem** (u 40% lub według innych autorów u 10-15%), **zwłóknieniem**, a w końcu **marskością** (15-30% lub według innych autorów u 8-10%). Stuszczenie wątroby polega na nadmiernym odkładaniu się tłuszczu w komórkach wątrobowych i jest procesem w znacznym stopniu odwracalnym tzn. ustępuje po zaprzestaniu picia. Objawy stuszczenia manifestują się dolegliwościami w okolicy prawego podżebrza i wyraźnym powiększeniem wątroby. Alkoholowe zapalenie wątroby jest kolejnym etapem jej uszkodzenia, a objawy i dolegliwości są bardziej nasilone niż w stuszczeniu. Jeżeli osoba z alkoholowym zapaleniem wątroby pije nadal, w około 80% przypadków, rozwija się zwłóknienie przechodzące w marskość.

Marskość wątroby jest stanem, w którym mięszk wątroby zostaje zastąpiony przez włóknistą tkankę łączną, która jest bezwartościowa z punktu widzenia funkcji wątroby, a jednocześnie utrudnia przepływ krwi przez wątrobę. Objawami marskości są: ogólne osłabienie, chudnięcie, obecność płynu w jamie brzusznej, obrzęki, żółtaczką oraz zylaki przełyku, które mogą powodować obfite krwotoki. Zdaniem niektórych badaczy ryzyko powstania zmian w wątrobie pojawia się już przy dziennym spożyciu 60-80 g alkoholu przez mężczyzn i powyżej 20 g przez kobiety. Pierwotny rak wątroby w 75% przypadków (według innych autorów u 15-20%) rozwija się na podłożu marskości wątroby. Wśród hipotez usiłujących wyjaśnić rozwój alkoholowej marskości wątroby podkreśla się znaczenie wpływu alkoholu na czynność błony komórkowej i metabolizm lipidów, wysokiego stężenia aldehydu octowego oraz niedoborów pokarmowych.

Wprawdzie alkohol (a szczególnie tworzoney w wątrobie przez dehydrogenazę alkoholową – ADH i około 30 razy bardziej toksyczny produkt jego przemiany – aldehyd octowy) jest uznawany za czynnik szczególnie toksyczny dla wątroby, to bardzo ważną rolę w patogenezie poalkoholowego uszkodzenia wątroby odgrywają niedobory pokarmowe.

Ciekawostką jest, że u alkoholików, u których z powodu marskości wątroby dokonano przeszczepu wątroby, obserwowano niską częstość nawrotów picia.

Trzustka

Większość (ok. 65%) ostrych i przewlekłych zapaleń trzustki oraz związanych z nimi uszkodzenia tkanki gruczołowej mają u podłoża nadmierne spożywanie al-

kołolu. Alkohol powoduje bowiem zagęszczenie i wytrącanie się, w kanałkach trzustkowych, substancji białkowych (białkowych, korków", czopów"). Spowodowane *zaczopowaniem* kanałków stany zapalne połączone są często z „autotrąwieniem się” trzustki. Inny mechanizm tego stanu polega na tym, że alkohol powodując nadmierne pobudzenie wydzielania przez trzustkę wywołuje stan zapalny i skurcz dwunastnicy oraz przewodu trzustkowego a to **utrudnia odpływ** wydzielanych przez trzustkę enzymów trawienych do dwunastnicy. Zapalenie trzustki może powstać również *przez ciągłość* jako skutek wcześniejszego zapalenia żółćki i dwunastnicy albo jako *wynik „zarzucania”* do przewodu trzustkowego treści dwunastniczej. W stanach bardziej zaawansowanych, powikłaniem zapalenia trzustki staje się cukrzyca ponieważ ulegają zniszczeniu wysiępki Langerhansa wytwarzające insulinę regulującą prawidłowy przebieg przemiany cukrów.

Przewłektę, nawracające stany zapalne trzustki są częściej związane z alkoholizmem niż ostre zapalenia trzustki. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że ponad 75% pacjentów cierpiących na przewłektę zapalenie trzustki miało w przeszłości doświadczenia z intensywnym pićciem a choroba pojawiała się zwykle w przeciągu 5 do 10 lat po takich doświadczeniach. Ostre zapalenia trzustki wiążą się z prawie 5% ryzykiem zgonu, natomiast ich przyczyną jest w 10-20% alkoholizm.

Układ krążenia

Wprawdzie istnieją badania mówiące o tym, że umiarkowane spożywanie alkoholu zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej, to jednak znacznie więcej badań wykazuje, że przewłektę intensywnie pićcie alkoholu powoduje inne schorzenia układu sercowo-naczyniowego takie jak nadciśnienie, kardiomiopatie, arytmie i udary mózgowe. Nie jest wykluczone, że badania mówiące o mniejszym ryzyku wystąpienia choroby wieńcowej u osób pijących umiarkowanie nie uwzględniły czterech istotnych czynników, a mianowicie: 1. wśród niepijących mogą być osoby, które przestały pić z przyczyn zdrowotnych, 2. abstynenci mogą być bardziej obciążeni różnymi schorzeniami niż osoby pijące umiarkowanie, 3. osoby niepijące stanowią niezwykłą grupę w społeczeństwie, w którym pićcie alkoholu jest normą, 4. nie określono w sposób jednoznaczny wzajemnej zależności między pićciem i paleniem, a z niektórych badań wynika, że najwyższy poziom umieralności stwierdza się wśród niepijących palaczy.

Nadciśnienie

Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego wśród mężczyzn nadużywających alkoholu waha się w granicach 10-30%. Z badań wynika, że powstawanie nadciśnienia może być z jednej strony związane z zespołem abstynencyjnym i obniżeniem się poziomu alkoholu we krwi, z drugiej natomiast za taki stan rzeczy może być odpowiedzialny nieznany jeszcze mechanizm biochemiczny.

Nadciśnienie jest głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia krwotoku mózgowego lub udaru oraz zawału serca. Liczne badania wskazują na to, że częste spożywanie alkoholu ma ścisły związek z większą skłonnością do nadciśnienia. Stwierdzono, że różnorodne powikłania nadciśnienia tętniczego, w tym również związane z nimi zgony, zwiększają się wraz ze wzrostem spożycia alkoholu. Badania wykazują jednocześnie, że nadciśnienie tętnicze może być częściowo odwracalne wraz z zaprzestaniem pićcia.

Kardiomiopatia

U osób długotrwale pijących rozwija się, spowodowana osłabieniem kurczliwości mięśnia sercowego, kardiomiopatia alkoholowa (zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, słuszczenie i powiększenie serca, znaczne osłabienie siły skurczów mięśnia sercowego) prowadząca do zaburzeń w pracy serca oraz do niewydolności krążenia. Mechanizm powstawania tych zmian nie jest jeszcze wystarczająco dobrze poznany. Przypuszcza się, że pewną rolę odgrywać w nim mogą opóźnione wychwyty Ca, peroksydacja lipidów z tworzeniem wolnych rodników oraz wytwarzanie aldehydu octowego. Zarówno kardiomiopatia, jak i omówione niżej zaburzenia rytmu, spowodowane są głównie bezpośrednim działaniem alkoholu i produktów jego przemiany na mięsień sercowy oraz na układ przewodzący serca.

Szacuje się, że 20-30% przypadków kardiomiopatii może być związana ze spożywaniem alkoholu. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że prawie połowa osób z kardiomiopatią o trudnej do ustalenia przyczynie wykazywała objawy uzależnienia od alkoholu. Jednocześnie okazało się, że u ok. 30% pacjentów objawy cofnęły się po zaprzestaniu pićcia. Pozostałe 70% może wymagać przeszczepu serca.

Zaburzenia rytmu

Zarówno ostre zatrucie alkoholem jak i jego przewłektę spożywanie mogą powodować niemierność lub zaburzenia rytmu pracy serca. Do przedstonkowych

zaburzeń rytmu związanych z przewlekłą konsumpcją alkoholu należą migotanie (ok. 15-20% migotań idiopatycznych) i trzepotanie przedsionków.

Nagłe zgony w populacji alkoholików tłumaczone są częściowo występowaniem arytmii. Alkohol zaburza automatyzm węzła zatokowo-przedsionkowego i może wydłużać przewodzenie impulsów; może również prowokować częstoskurcze.

Choroba wieńcowa Nie znajduje obecnie potwierdzenia, popularny odnie w naczyniach wieńcowych i tym samym łagodzie bóle wieńcowe (objawy duszniczy bolesnej). Subiektywna poprawa po spożyciu alkoholu nie jest wynikiem rozszerzenia naczyń wieńcowych a skutkiem uspokajającego i znieczulającego działania alkoholu. Miejsień sercowy pozostaje nadal niedotleniony.

Wprawdzie, jak wspominałem na wstępie, niektórzy badacze twierdzą że spożywanie umiarkowanych ilości alkoholu zmniejsza ryzyko zapadalności na chorobę wieńcową to równocześnie zwracają uwagę na zwiększoną częstość występowania u tych osób męskości wątroby, zachorowań na raka oraz przypadków nadejścia tężniczego. Z drugiej strony, jest wiele badań, które wykazują, że ryzyko choroby wieńcowej i umieralność na tę chorobę zwiększa się w przypadku intensywnego picia.

Zaburzenia hematologiczne

U osób uzależnionych od alkoholu spotykane są częste zmiany morfologiczne w szpiku kostnym, które uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie układu krwiotwórczego. Alkohol działa w sposób bezpośredni na wszystkie elementy morfotyczne krwi i ich rozwój. Wpływ na krwinki czerwone następuje poprzez obniżenie poziomu kwasu foliowego oraz hamowanie syntezy DNA*. Stwierdzono także toksyczne działanie alkoholu na megakariocyty oraz niszczenie płytek krwi w śledzionie. Liczba płytek może powrócić do normy już po kilku dniach abstinencji.

* DNA – kwas dezoksyrybonukleinowy biorący udział w procesach podziału komórki i przenoszeniu cech dziedzicznych.

Choroby naczyń mózgowych

Wynikiem chorób naczyń mózgowych są m.in. udary. Powstają one na skutek upośledzonego przepływu krwi przez te naczynia lub wydotkania się krwi poza naczynie. Zwiększone ryzyko udaru i krwotoku wiąże się z hamowaniem przez alkohol trombogenicnej aktywności płytek krwi, ze zwiększoną tendencją do skurczu naczyń oraz wspomnianym wcześniej wzrostem ciśnienia krwi.

Układ oddechowy

Spotykane często, u osób nadmiernie pijących, przewlekłe zapalenia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli prowadzą do zniszczenia tzw. rzęsek i gruczołów śluzowych. Konsekwencją tego jest stopniowa utrata zdolności do usuwania z dróg oddechowych pyłków i bakterii, a co za tym idzie – zwiększona podatność na choroby układu oddechowego. Dodatkowym czynnikiem, który nasila te stany jest dym tytoniowy. Okazało się, że u ok. 30% pacjentów objawy cofnęły się po zaprzestaniu picia. U osób palących i nadużywających alkoholu 10-krotnie częściej niż w grupie kontrolnej występuje rak jamy ustnej, krtani oraz tchawicy. Wiele badań potwierdziło związek pomiędzy uzależnieniem od alkoholu a występowaniem gruźlicy płuc.

Układ moczowy

Znane są przypadki ostrej niewydolności nerek spowodowane ich toksycznym uszkodzeniem przez alkohol. Nadużyciu alkoholu może towarzyszyć wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczawowej (zapalenia stawów spowodowanego gromadzeniem się złożeń moczawowych), a także odkładanie się złożeń magnezu w drogach moczowych.

Układ endokrynnny

Intensywne spożywanie alkoholu może powodować różnorodne zaburzenia hormonalne. Spotykamy np. nieprawidłowe wydzielanie hormonów – testosteronu i luteotropiny, a także zmniejszenie ruchliwości plemników oraz uszkodzenie ich struktury. U mężczyzn dochodzić może wówczas do hypogonadyzmu i feminizacji (m.in. powiększenie gruczołów piersiowych, zaniki jąder, zmiana typu owłosienia, osłabienie lub zanik zarostu na twarzy), zaś u kobiet do zaniku jajników i maskulinizacji (m.in. pojawienie się zarostu na górnej wardze i grubego głosu). Następstwem tych zmian są na ogół

zaburzenia potencji i miesiączkowania (cykle bezowulacyjne), bezpłodność oraz wcześniejsze przekwitanie.

Alkohol wpływa też niekorzystnie na wydzielanie hormonów tarczycy (obniżenie poziomu trijodotyroniny) i kory nadnerczy (podwyższony poziom kortyzolu) oraz powoduje rozchwianie osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej.

Zaburzenia funkcji seksualnych

Pomimo dość powszechnej opinii, że alkohol i inne substancje psychoaktywne wpływają korzystnie na wydolność seksualną, często obserwuje się efekt odwrotny. Wiele tych substancji, z alkoholem włącznie, ma działanie „odhamowujące” (np. redukuje wstyd i zahamowania u osób nieśmiałych) i poprzez ten mechanizm może rzeczywiście powodować zwiększenie popędu płciowego. Długotrwałe nadmierne picie alkoholu prowadzi jednak najczęściej do osłabienia wydolności seksualnej.

Systematyczne, a niekiedy nawet okazyjne spożywanie alkoholu może, u części mężczyzn, prowadzić do impotencji. Stwierdzono, że wzrost stężenia alkoholu we krwi powoduje zaburzenia wzwodu, opóźnienie ejakulacji i osłabienie orgazmu. Z badań wynika, że impotencja może występować nawet u 50% osób długotrwałe nadużywających alkoholu. Ponadto u wielu zdarza się, wspomniana wyżej, atrofia jąder i obniżenie płodności. Mechanizm tego zjawiska jest złożony i prawdopodobnie jest skutkiem bezpośredniego toksycznego działania alkoholu na komórki Leydiga oraz wynikiem zaburzeń czynności podwzgórza. Poziom testosteronu może być obniżony, jednakże ostatnie badania dowiodły, że u wielu mężczyzn uzależnionych od alkoholu poziom hormonów płciowych jest prawidłowy.

Wpływ alkoholu na wydolność seksualną kobiet jest gorzej poznany. Wiele spośród uzależnionych kobiet skarży się na osłabienie popędu płciowego, zmniejszenie wydzielania śluzu pochwowego i zaburzenia cyklu miesięcznego. Często występują zmiany zanikowe jajników i zahamowanie owulacji. Z badań wynika, że kobiety mają obniżoną płodność na skutek zmniejszonej częstości owulacji i większej częstotliwości poronień samoistnych. Picie alkoholu przed okresem pokwitania może opóźnić dojrzewanie płciowe poprzez obniżenie poziomu hormonu wzrostu i hormonu luteinizującego (LH). U kobiet uzależnionych od alkoholu częściej występuje wczesna menopauza. Odrębnym zagadnieniem jest fakt występowania zaburzeń taknienia u 10-20% kobiet alkoholiczek. W spóźniejąca anorexia nervosa lub bulimia^(*) może pogarszać wydolność seksualną.

Układ odpornościowy

Układ odpornościowy składa się z narządów przystosowanych do obrony organizmu przed obcymi substancjami (grasica, śledziona, węzły chłonne, szpik kostny) oraz wyspecjalizowanych komórek takich jak limfocyty oraz makrofagi^{**}. Przewlekle spożywanie alkoholu hamuje funkcje układu odpornościowego co manifestuje się zwiększoną wrażliwością na choroby zakaźne, zapalenie płuc, gruźlicę czy nawet raka. Alkohol upośledza m.in. zdolność limfocytów do spełniania ich funkcji (np. do produkcji przeciwciał przeciw obcym antygenom) oraz osłabia ich aktywność. Powoduje także obniżenie aktywności komórek NK (*Natural Killer*), które odgrywają ważną rolę w niszczeniu komórek zakażonych wirusem i komórek nowotworowych. Są one istotnym czynnikiem obronnym przeciwko przerzutom nowotworowym. Można powiedzieć, że intensywne picie alkoholu wpływa niekorzystnie na prawie wszystkie funkcje układu odpornościowego.

Zmiany skórne i choroby przenoszone drogą płciową

Zmiany skórne powstają pośrednio i są skutkiem działania alkoholu na przewód pokarmowy i wątrobę. Najbardziej widoczne są przebarwienia i pajączkowate znamiona naczyniowe (zwłaszcza na skórze twarzy) oraz przekrwienie twarzy z zapaleniem spojówek i obrzękami. Niezadko towarzyszy im uogólniony świąd, który może poprzedzać wystąpienie objawów marskości wątroby.

Badania wykazały, że u osób pijących alkohol, 5-krotnie częściej niż u osób niepijących rozpoznawano choroby weneryczne (w grupie kobiet 29 razy częściej).

Z nadużywaniem alkoholu wiąże się również zwiększone ryzyko^{***} zarażenia chorobami wenerycznymi i wirusem HIV^{****} (AIDS). Jednocześnie wia-

* (przypis z poprzedniej strony) anorexia i bulimia – zaburzenia taknienia; anorexia – jadłowstręt, brak taknienia, bulimia – żarłoczność, chorobliwe uczucie głodu, „wliczy głód” (gr. bou-limia=krowi głód).

** limfocyty, makrofagi – komórki spełniające w ustroju rolę obronną.

*** Do ryzykownych zachowań związanych z możliwością zakażenia HIV należą:

- nieużywanie prezerwatywy w kontakcie z przypadkowym partnerem,
- kontakty seksualne z osobami należącymi do grup ryzyka AIDS (np. prostytutki, mężczyźni homo- lub biseksualni oraz osoby przyjmujące dożyłne środki psychoaktywne),
- kontakty seksualne z osobą, której wyniki testów na nosicielstwo HIV nie są znane,
- duża liczba partnerów seksualnych,
- uczestnictwo w stosunku analnym (partner bierny).

**** HIV – *Human Immunodeficiency Virus*, wirus wywołujący AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* – zespół nabytego upośledzenia odporności).

domo, że alkohol obniża system odpornościowy organizmu, a tym samym odporność na zakażenia HIV, a także może przyspieszyć wystąpienie objawów klinicznych u osób zakażonych HIV.

Nowotwory

Wprawdzie brak jest wyraźnych i jednoznacznych dowodów na rakotwórcze działanie alkoholu jednak, prawdopodobnie, wzmacnia on działanie różnych czynników rakotwórczych. Jednocześnie podejrzewa się, że osoby pijące intensywnie alkohol mogą mieć obniżoną zdolność do wchłaniania z diety czynników obniżających ryzyko niektórych nowotworów (Vit. A, E, karoten, wit. B₆). Alkohol obniża też aktywność wspomnianych wcześniej komórek NK.

Z przeprowadzonych w Polsce badań wynika, że w mniej więcej 12% wszystkich nowotworów u mężczyzn i 3% zachorowań na nowotwory u kobiet, alkohol jest jednym z ważnych, jeśli nie głównym czynnikiem sprawczym.

Badania wykazują bowiem, że nadużywanie alkoholu można powiązać ze zwiększonym ryzykiem pewnych odmian raka, szczególnie wątroby, żółtaczki, przełyku, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz prostaty. Zaobserwowano również, że u kobiet pijących alkohol, znacznie częściej występuje rak sutka, co może również wiązać się m.in. z osłabieniem systemu odpornościowego organizmu. Badania Longecker i wsp. (1988) wykazały na przykład, że picie 36 gram alkoholu dziennie (ok. pół butelki wina) podwaja ryzyko zachorowania na raka piersi. Palenie tytoniu wzmacnia rakotwórcze działanie alkoholu. Pequignot i Tuyns (1980) stwierdzili na przykład, że nadmierne picie alkoholu w połączeniu z nadmiernym paleniem zwiększają ryzyko raka przełyku 44-krotnie. Natomiast samo palenie tylko 5-krotnie, a samo picie 18-krotnie. Przeprowadzone przez Blata i współpracowników (1988 rok) badania wykazały, że picie alkoholu zwiększało ryzyko nowotworów jamy ustnej i gardła 5,8 razy. Palenie tytoniu zwiększało to ryzyko 7,4 raza, natomiast kombinacja obu tych czynników zwiększa je 38 razy.

Ciąża i płód

Stwierdzono, że po upływie 40-60 min. od spożycia przez matkę alkoholu jego stężenie w krwiobiegu płodu będzie równe stężeniu alkoholu we krwi matki. Ponieważ alkohol działa szczególnie toksycznie na organizmy młode, u kobiet które piją alkohol w okresie ciąży,

spotykane są znacznie częściej porody niewczesne i przedwczesne oraz poronienia samoistne. Z badań wynika, że poronienia samoistne występują istotnie częściej u kobiet, które w okresie ciąży piły nawet niewielkie ilości alkoholu (np. 1-2 razy tygodniowo po 1-2 „drinki”^{*}).

U noworodków matek pijących podczas ciąży, obserwowano bezpośrednio po urodzeniu, obecność objawów zespołu abstinencyjnego (drżenia, wzmożone napięcie mięśniowe, osłabienie, zaburzenia snu, płaczliwość, trudności w ssaniu itp.). Późne skutki spożywania alkoholu podczas ciąży to opóźniony wzrost oraz osłabienie koncentracji uwagi i spowolnienia reakcji u dzieci.

Najpoważniejszym powikłaniem spożywania alkoholu podczas ciąży jest jednak, opisany po raz pierwszy w 1968 r., alkoholowy zespół płodowy (Fetal Alcohol Syndrome – FAS). Zespół ten charakteryzuje się niską wagą urodzeniową i złym stanem ogólnym noworodka (m.in. częste wady serca, deformacje stawów), opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego oraz obecnością licznych wad rozwojowych (głównie twarzy i układu kostno-stawowego). Objawom tym towarzyszą różnego rodzaju zaburzenia neurologiczne oraz obniżenie sprawności intelektualnej i zaburzenia zachowania. Do rozpoznania FAS wystarczy stwierdzenie mniejszego wzrostu, wagi ciała i obwodu głowy, zaburzeń rozwojowych twarzy (małogłowie, mała szczęka, krótka szczelina powiekowa, wygięcie górnej wargi z wąskim obszarem czerwienu, słabo wykształcona lub nieobecna rylienka wargowa podnosowa, duży podbródek) oraz niedorozwoju unyślowego. Zmiany są efektem bezpośredniego, teratogennego działania alkoholu na płód. Alkohol powoduje bowiem m.in. niedotlenienie płodu (skurcz naczyń powonowych), niedobory hormonalne, a także hamuje rozmażanie się i różnicowanie komórek płodowych. Najsilniejsze teratogenne działanie alkoholu występuje w czasie pierwszych 6 tygodni ciąży. Ponieważ u wielu kobiet uzależnionych od alkoholu występują nieregularne cykle miesięczne – płód zostaje uszkodzony zanim kobieta zorientuje się, że jest w ciąży.

Zdaniem badaczy amerykańskich częstość występowania alkoholowego zespołu płodowego w Ameryce Północnej i Europie wynosi 1 na 1000 żywych urodzeń, ale wzrasta ona na obszarach, gdzie częstość picia alkoholu przez kobiety ciężarne jest bardziej rozpowszechniona. Częstość występowania FAS wśród kobiet uzależnionych waha się w granicach 7-10%. Inne badania mówią, że ogółem na świecie występuje 1,9 przypadków FAS na 1.000 żywych urodzeń. Są również badania, z których wynika, że ryzyko wystąpienia alkoholowego zespo-

* rakotwórcze – rakotwórcze.

* patrz str. 83.

tu płodowego u ciężarnych kobiet pijących dużo i systematycznie może sięgać nawet 50% urodzeń. Prawdopodobieństwo zwiększa się, jeżeli obok picia alkoholu, kobieta ciężarna pali papierosa, pije dużo kawy bądź zazywa leki.

U części noworodków mogą występować pojedyncze objawy lub grupy objawów spośród wyżej wymienionych. Mówimy wówczas o niekorzystnych skutkach działania alkoholu na płód (tzw. FAE – fetal alcohol effects).

Ponieważ nie jest znany bezpieczny poziom spożycia alkoholu w okresie ciąży, należy zalecać całkowitą abstynencję w tym okresie.

W ostatnich latach pojawiły się badania usiłujące wyjaśnić w jaki sposób picie alkoholu przez ojców ma wpływ na ich potomstwo. Pierwsze doniesienia o występowaniu wad wrodzonych i zwiększonej umieralności potomstwa samców, które spożywały alkohol, pojawiły się już w latach 20-tych obecnego stulecia. Obecne badania na modelu zwierzęcym potwierdziły, że picie alkoholu przez ojca, w okresie poprzedzającym poczęcie, może wpłynąć niekorzystnie na jego potomstwo. Alkohol może bowiem wpływać toksycznie, w sposób bezpośredni, na plemniki powodując w następstwie zburzenia u potomstwa pijących ojców. Otwarte pozostaje pytanie, czy zaburzenia stwierdzane u potomstwa pijących ojców są identyczne z FAS, czy też mamy do czynienia z zupełnie innym zespołem chorobowym.

Inne zaburzenia Efektem toksycznego działania alkoholu na organizm są również niedobory witaminowe oraz utrata tzw. pierwiastków śladowych (m.in. magnezu, wanadu, krzemu, cynku itd.), bez których organizm nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować.

Alkohol zaburza ponadto wzajemne proporcje między poszczególnymi pierwiastkami śladowymi, co może potęgować toksyczne działanie alkoholu na tkanki.

Przyczynami tego zjawiska są głównie – niedożywienie oraz zaburzenia wchłaniania i przemian, zarówno witamin jak i pierwiastków śladowych. Ograniczając się tu jedynie do przypomnienia kilku spotykanych najczęściej zaburzeń.

Z niedoborem witaminy A związane są np. zaburzenia widzenia (tzw. kurza ślepotą) i zmiany skórne. Niedobór witamin z grupy B (B1, B2, B6, PP) powoduje zapalenie wielonerwowe, zmiany w błonach śluzowych i w szpiku. Zbyt mało witaminy C powoduje skłonność do krwawień i zmiany w dżąsłach (szkorbut). Witamina K jest odpowiedzialna za prawidłowe krzepnięcie krwi, a brak witaminy E zaburza prawdopodobnie przebieg procesów rozrodczych.

Zbyt niski poziom magnezu, który warunkuje aktywność niektórych enzymów, wpływa szczególnie niekorzystnie na pracę serca, układ nerwowy i psychikę. Wanad odgrywa istotną rolę w prawidłowej przemianie tłuszczów, a krzem jest niezbędny do prawidłowej odnowy kości, utrzymanie elastyczności naczyń krwionośnych i skóry. Niedobory między innymi procesy tworzenia krwinek czerwonych, przemianę węglowodanów oraz wpływają niekorzystnie na przebieg niektórych funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Spowodowane intensywnym spożywaniem alkoholu zaburzenia w gospodarce wapniowej i fosforanowej są przyczyną częstszych, niż w populacji osób pijących umiarkowanie, złamań kości.

Powikłania psychiatryczne

Najczęściej spotykanymi powikłaniami uzależnienia od alkoholu są ostre psychozy alkoholowe (majaczenie alkoholowe, ostra halucynozja) oraz przewlekłe psychozy alkoholowe takie jak przewlekła halucynozja, paranoja i psychoza Korsakowa.

Majaczenia alkoholowe (majaczenie drżenne, delirium tremens, „biała gorączka”) jest najczęściej spotykaną psychozą alkoholową. Występuje u ok. 5% uzależnionych w ciągu pierwszych 72 godzin od zaprzestania picia.

Objawy majaczenia pojawiają się wówczas, kiedy spadnie poziom alkoholu we krwi i towarzyszą zawsze innym objawom zespołu abstynencyjnego. Najpierw obserwuje się niepokój i lęk oraz bezsenność, do których dołączają się zaburzenia świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu), urojenia, iluzje i omamy. Chory widzi ruchliwe, małe i wielkie zwierzęta, różne dziwne stwory, niezwykle twarze i postacie. Niejednokrotnie czuje i widzi chodzące po nim owady, robaki czy mrówki, czasem mówi o dziwnych smakach i zapachach. Często jest przekonany, że uczestniczy w wydarzeniach, które mają miejsce w pracy, w domu czy restauracji. Bierze w nich żywy i czynny udział. Kiedy indziej czuje się zagrożony i sam atakuje napotkane osoby, rozpoznając w nich swoich prześladowców. Charakterystyczne dla majaczenia jest nasilanie się objawów w nocy (kiedy pogarsza się widoczność).

Opisanym objawom towarzyszy z reguły ciężki stan somatyczny z wysoką temperaturą i zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej oraz regulacji wegetatywnej. Ciężki stan somatyczny w połączeniu z silnym niepokojem może

doprowadzić do niewydolności krążenia i zgonu. Śmiertelność szacowana była przed laty na 5-20%, a obecnie dzięki znacznemu postępowi w leczeniu dochodzi do 1%. Choroba trwa na ogół kilka dni i wymaga leczenia szpitalnego.

Ostra halucynoza (ostra omamiana) jest drugą co do częstości występowania psychozą alkoholową i towarzyszy zawsze innym objawom zespołu abstynencyjnego.

Początek jest z reguły nagły. Najczęściej chory zaczyna słyszeć głosy (halucynoza słuchowa), które grożą mu, czasami oskarżają, a kiedy indziej żywo dyskutują na jego temat. Zdarza się, że nakazują, popełnienie samobójstwa („powieś się... powieś się”) bądź np. odcięcie ręki („albo sobie utniesz rękę albo ci urzniemy łeb”). W miarę trwania choroby mogą dołączyć się urojenia, które są ściśle związane z zasłyszczanymi treściami np. przekonanie, że wrogowie dysponują aparaturą podsłuchową i oddziaływują przez ściany, sufit czy podłogę. Niezadkie jest występowanie halucynacji (omamów) czuciowych np. chodzące po ciele robaki, mrówki albo kasza czy włosy w jannie ustnej. Choroba trwa zwykle od kilku dni do paru tygodni, wymaga leczenia farmakologicznego, najczęściej w warunkach szpitalnych.

Przewlekła halucynoza polega na utrzymywaniu się niektórych objawów (najczęściej „głosów”) przez wiele miesięcy, a nawet lat. Zaostrzenia choroby mogą mieć związek zarówno z przerwaniami abstynencji jak i ze stanami gorszego samopoczucia fizycznego i psychicznego.

Paranoja alkoholowa (alkoholowy obłąd zazdrości, obłąd alkoholowy) opilczy, zespół „Orella”), występuje u mężczyźni, zwykle po 40 roku życia. Pojawienie się wyraźnych objawów choroby poprzedzone jest na ogół nadmierną podejrliwością wobec partnerki. Spotykane u wszystkich prawie alkoholików wątpliwości co do wierności partnerki nabierają stopniowo cech urojeń. Narastają scysje z powodu zadreżających pytań odnośnie niewierności seksualnej, żądanie wyjaśnień, śledzenie, sprawdzanie bielizny osobistej i pościelowej, szukanie śladów na ciele. Dość częste są pogróżki, agresja wobec partnerki i jej domniemanych kochanków oraz wymuszanie przyznania się do winy. W rozwiniętej chorobie dochodzi do za-

wężenia wszelkich zainteresowań, zaniedbania pracy i koncentracji na znalezieniu dowodów winy partnerki. Żona lub domniemany kochanek mogą stać się ofiarami czynów agresywnych, a nawet zabójstwa. Schorzenie to przebiega przewlekłe i jest na ogół dość oporne na leczenie.

Psychoza Korsakowa (alkoholowy zespół amnestyczny, zespół Wernickego-Korsakowa) występuje po wielu latach intensywnego picia jako przejaw ciężkich zaburzeń metabolicznych. Istotną rolę w jej powstaniu odgrywa niedobór witamin z grupy B.

Główne objawy to – zaburzenie pamięci (głównie zapamiętywanie i przypominania), konfabulacje (zmyślone wydarzenia wypełniające luki pamięciowe), dezorientacja w czasie i miejscu oraz zafałszowane poznanie osób. Objawom tym towarzyszy zapalenie wielonerwowe (polineuropatia). W około 20% przypadków psychoza Korsakowa przechodzi w głębokie ośpienie.

Inne zaburzenia psychiczne U znacznego odsetka osób uzależnionych od alkoholu (według różnych badań 3-98%) występują stany depresyjne, które mogą utrzymywać się przez okres wielu tygodni po zaprzestaniu picia. Wiąże się one nie tylko z zespołem abstynencyjnym lub rzekomo-abstynencyjnym, ale także z sytuacjami życiowymi (psychologicznymi i socjalnymi). Niejednokrotnie towarzyszą im myśli i zamachy samobójcze.

Uzależnienie od alkoholu stanowi niekiedy tzw. maskę depresji endogennej lub jest wtórne do innych endogennych chorób psychicznych (tzw. alkoholizm objawowy w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej bądź schizofrenii). Liczne badania wskazują, że osoby uzależnione demonstrowują często zaburzenia pamięci i procesów poznawczych oraz obniżenie funkcji intelektualnych. Istnieje wyraźna zależność między tymi zaburzeniami a zmianami zanikowymi mózgu. Niektórzy badacze zwracają, jednocześnie uwagę na poprawę pamięci, procesów poznawczych i funkcji intelektualnych u osób utrzymujących abstynencję przez dłuższy czas.

Powstałe w wyniku toksycznego działania alkoholu organiczne zmiany w mózgu mogą powodować zaburzenia w zakresie niektórych cech osobowościowych (m. in. obniżenie życia uczuciowego, zubożenie zainteresowań, osłabienie społecznej motywacji działania, osłabienie zdolności planowania itp.)

Pijaństwo a alkoholizm

Różnicę między pijakiem a alkoholikiem najtrafniej określa stare francuskie powiedzenie: „pijak mógłby przestać pić, gdyby chciał – alkoholik chciałby przestać pić, gdyby mógł”.

Pijaństwo jest bowiem złym nawykiem, złym obyczajem, natomiast alkoholizm (uzależnienie od alkoholu) jest chorobą, dla niejedynej osoby – śmiertelną.

Wśród alkoholików spotkać można wiele osób, które nie lubią smaku alkoholu, głęboko przeżywają skutki swoich zachowań po alkoholu, wstydzą się i nienawidzą samych siebie dlatego, że mimo obietnic i „postanowień” powracają do picia. Pomimo tych przykrych przeżyć piją nadal, ponieważ nie potrafią zaplanować nad swoją chorobą a są zbyt „dumni”, aby zwrócić się po pomoc.

Z pijaństwem sprawa przedstawia się zupełnie inaczej, chociaż niejednokrotnie w pijackich biesiadach uczestniczą alkoholicy. Pijak jest w stanie kontrolować swoje kontakty z alkoholem, przerywać picie w dowolnym momencie czy bez większych problemów odmówić. Często jednak nie robi tego, upija się, wywołuje awantury.

Tak jak karanie za pijackie ekscesy może mieć jakiś sens, tak karanie alkoholika, bez umożliwienia mu nauki radzenia sobie z alkoholem i sobą samym, nie może dać żadnego efektu. Jednocześnie należy pamiętać o tym, że alkoholik na ogół podejmuje decyzję o zwroceniu się o pomoc dopiero wówczas kiedy konsekwencje jego picia stają się „nie do wytrzymania”. Nie należy więc chronić go przed konsekwencjami picia, bo odwleka to moment rozpoczęcia zdrowienia.

Od pijaństwa do uzależnienia

Przedstawione na poprzednich stronach fakty wystarczająco uzasadniają stwierdzenie, że alkohol etylowy należy do grupy substancji chemicznych, których systematyczne i długotrwałe używanie prowadzi do wystąpienia niekorzystnych dla organizmu zmian. Znanie jest to od wieków i znalazło swój wyraz w licznych piśmnych przekazach (m. in. w Biblii, Talmudzie, pismach Seneki itp.).

W czasach nowożytnych, na konsekwencje zdrowotne spożywania alkoholu, zwrócił jako pierwszy uwagę ojciec psychiatrii amerykańskiej dr Benjamin Rush pisząc w 1785 roku: „nieumiarowane używanie spirytualiw... przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakazne”, a przyczynami mogą być m. in. „rozczarowanie światowymi dążeniami i poczucie winy...”
Pierwszym lekarzem, który w sposób naukowy powiązał spożywanie alkoholu z powstawaniem zmian chorobowych, był angielski internista Thomas Trotter. W wydany w 1804 roku dziele: „O pijaństwie i jego skutkach w organizmie ludzkim” stwierdził, że pijaństwo jest chorobą, wywołaną przez odległą, przyczynę powodującą takie czynności i ruchy w żywym organizmie, które zakłócają czynności zdrowotne.”

Należy jednocześnie wiedzieć o tym, że w początkach XIX wieku pojawiły się również pierwsze polskie opracowania na ten temat. Ojcem polskiej alkoholologii jest lekarz wileński Jakub Szymkiewicz, którego „Dzieło o pijaństwie” wydane w 1818 roku było pierwszą tego typu rozprawą na terenie Europy Środkowo-Wschodniej.

Przez wiele lat dla zjawiska nadmiernego spożywania alkoholu używano, poza pijaństwem, takich określeń jak: alkoholomania, oinomania (gr. oinos = wino) czy dipsomania (gr. dipsa = pragnienie). Terminy „alkoholizm” i „choroba alkoholowa” upowszechniły się dopiero po opublikowaniu w 1849

roku przez szwedzkiego psychiatrę Magnusa Hussa pracy pt. „Alkoholizm przewlekły czy przewlekła choroba alkoholowa”.

W roku 1901 Kurz i Krapelin użył jako pierwszy terminu nałóg alkoholowy w odniesieniu do osób, które „nie były dostatecznie silne, aby zaprzestać picia wówczas, gdy picie naraziło je na poważne szkody materialne, społeczne i cielesne”. Ponadto Krapelin zwracał uwagę na fakt, że w alkoholizmie przewlekłym istotne jest „przyjmowanie nowej dawki alkoholu w czasie gdy działa jeszcze dawka poprzednia”. Ernst w 1933 roku zaproponował oddzielenie alkoholizmu od nałogu alkoholowego i twierdził, że „nałogowcami są ci, którzy nie mogą zaprzestać picia, a alkoholikami ci, którzy cierpią wskutek uszkodzenia przez przewlekle spożywanie alkoholu”.

Z późniejszych podejść do alkoholizmu, na szczególną uwagę zasługują poglądy Jellinka, który w oparciu o przeprowadzone badania stwierdził, że „alkoholizm przewlekły to każde używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkodę dla osoby pijącej, społeczeństwa lub obojga”. Zwrócił uwagę na fakt, że alkoholizm powstaje skutek nałożenia się na siebie trzech czynników – podatności biologicznej oraz warunków psychologicznych i społecznych. Alkoholizm podzielił na pięć postaci oznaczając je kolejnymi literami alfabetu greckiego.

W VIII wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów z 1965 roku alkoholizm (nałóg alkoholowy), zdefiniowano jako „stan psychicznego i fizycznego uzależnienia, a w nim zwiększenie się tolerancji, zespół abstynencyjny, utrata kontroli picia tj. niemożność powstrzymania się od picia, a w nałogu dalej posuniętym – zmniejszenie tolerancji”.

Zdaniem Portnowa i Piatnickiej (1973), alkoholizm przewlekły jest schowaniem charakterystycznym się obecnością tzw. zespołu narkomanicznego uzależnienia alkoholowego, w przebiegu którego występują specyficzne zaburzenia internistyczne i nerwowopsychiczne oraz powstają konflikty społeczne. Do objawów alkoholowego zespołu narkomanicznego zaliczyli: objawy uzależnienia (popęd od narkotyku, utrata kontroli i zespół abstynencyjny oraz objawy zmiennej reaktywności, zmiana tolerancji, zmiana formy spożywania, zmiana obrazu upojenia i utrata odruchu wymiotnego).

Jak łatwo zauważyć proponowane definicje nie były oparte na jednolitych kryteriach, niejednokrotnie uwzględniały tylko część objawów bądź opierały się na wycinkowym obrazie choroby. Niektóre z nich zawierały nawet oceny moralne.

Taki stan rzeczy spowodował konieczność ujednoczenia kryteriów rozpoznawczych alkoholizmu i wyraźnego odgraniczania go od grupy zjawisk wiązanych się z używaniem alkoholu w ogóle. W związku z tym, w latach 70-tych, problemem szkodliwych następstw spożywania alkoholu zajęli się eksperci Światowej Organizacji Zdrowia.

Objawy ostrzegawcze

Picie alkoholu zaczyna stawać się niebezpieczne wówczas kiedy człowiek zauważy, że alkohol „zatakował mu” jakiś problem, np. uspokaja i odpręża, pozwala zasnąć, ośmiela itp. Następny sygnał to objaw tzw. „mocnej głowy” umożliwiający wypicie większej niż kiedyś ilości alkoholu bez wyraźnych objawów upicia. Jest to efekt podwyższonej tolerancji na alkohol czyli przystosowania się organizmu do radzenia sobie z coraz to większymi ilościami alkoholu.

W początkowym okresie mogą pojawiać się po spożyciu większych ilości alkoholu, tzw. palimpsesty alkoholowe (luki pamięciowe, „przerwy w życiorysie”, „urwane filmy”), będące skutkiem wpływu alkoholu na funkcje mózgu. „Początkujący alkoholik” pije z chciwością i coraz częściej po kryjomu a jednocześnie coraz częściej pojawia się u niego poczucie winy.

O podstępnie rozwijającym się uzależnieniu od alkoholu świadczą następujące objawy:

- stwierdzenie, że alkohol odpręża i daje ulgę, redukuje napięcie i niepokój, osłabia poczucie winy, ośmiela, ułatwia zaśnięcie itp.;
- poszukiwanie, inicjowanie i organizowanie okazji do wypicia oraz picie z chciwością, wyprzedzanie kolejek, powtarzające się przypadki upicia;
- picie alkoholu w miejscach, gdzie nie powinno się tego robić (np. w pracy);
- możliwość wypicia większej niż uprzednio ilości alkoholu, tzw. „mocna głowa”;
- trudności z odтворzeniem wydarzeń, które miały miejsce podczas picia (tzw. palimpsesty alkoholowe, „urwane filmy”, „przerwy w życiorysie”);

- picie alkoholu w samotności przez osoby, które uprzednio piły wyjącznie w sytuacjach towarzyskich, a później – świadome ukrywanie swojego picia;
- podejmowanie prób ograniczenia picia;
- unikanie rozmów na temat swojego picia, a później – reagowanie gniewem bądź agresją na sygnały sugerujące ograniczenie picia;
- reagowanie rozdrażnieniem w sytuacjach utrudniających dostęp do alkoholu;
- picie alkoholu pomimo zaleceń lekarskich sugerujących powstrzymanie się od picia;
- powtarzające się przypadki prowadzenia samochodu po niewielkiej nawet ilości alkoholu.

Fazy alkoholizmu według Jellinka

Wspomniany już wcześniej Jellinek wyróżnia w przebiegu alkoholizmu cztery fazy: wstępną ostrzegawczą, krytyczną i przewlekłą.

Dwie pierwsze fazy charakteryzuje występowanie omówionych częściowo w poprzednim rozdziale objawów, a więc **faza wstępna** („przedalkoholiczna”, objawowa) to według Jellinka: picie alkoholu w celu uzyskania ulgi oraz wzrost tolerancji na alkohol. Granice między fazą pierwszą (wstępną) a drugą (ostrzegawczą, zwiastunową) wyznacza pojawienie się lęk pamięciowych (palimpsestów). **Fazę ostrzegawczą** charakteryzują natomiast, poza palimpsestami, takie objawy jak: coraz większa koncentracja na alkoholu, picie po kryjomu, picie z chciwością (łapczywie), organizowanie okazji do wypicia, poczucie winy w związku z picciem oraz unikanie rozmnów na temat picia alkoholu.

Faza krytyczna rozpoczyna się wraz z wystąpieniem podstawowego dla alkoholizmu objawu, jakim jest omówione na następnych stronach, upośledzenie kontroli nad picciem. Osobom znajdującym się w tej fazie coraz więcej czasu zajmuje wyszukiwanie i wymyślanie usprawiedliwień dla picia, a jednocześnie coraz częściej pojawiają się stany agresji przeplatane stanami wyrzutów sumienia.

Spotykamy w niej liczne próby kontrolowania picia poprzez wyznaczenie sobie okresów całkowitej wstrzemięźliwości od alkoholu bądź poprzez zmianę rodzaju napojów alkoholowych. Coraz częściej dochodzi do użalenia się nad sobą a w ślad za tym podejmowane są niekiedy próby samobójcze. Zaburzeniu ulegają stosunki z otoczeniem (ograniczenie kontaktów z przyjaciółmi, kłopoty w pracy łącznie z jej utratą). Pojawiają się coraz więk-

sze problemy zdrowotne spowodowane przewlekłym zatruciem organizmu. Poranne picie alkoholu („klin”, „zaprawka”), staje się regułą.

Wraz z wystąpieniem wielodniowych „ciągów” rozpoczyna się faza przewlekła kończąca się, w przypadku niepodjęcia leczenia, utratą rodziny, pracy, poważnymi problemami zdrowotnymi (fizycznymi i psychicznymi), a niejednokrotnie śmiercią.

Należy jednak wiedzieć, że zatrzymanie procesu chorobowego jest możliwe na każdym etapie i w każdej fazie.

Uzależnienie od alkoholu według Światowej Organizacji Zdrowia

Wprawdzie, od 1997 roku, obowiązuje w Polsce X wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10), jednak, przed jej przedstawieniem, chciałbym nieco przypomnieć wersję poprzednią oraz okoliczności jej powstania.

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia zaproponowali, aby zrezygnować z używania terminu „alkoholizm”, bowiem nie jest on jednoznaczny i może obejmować zarówno chorobę alkoholową jak i picie wykraczające poza normy kulturowe. Termin ten może również oznaczać patologię społeczną związaną z pićciem alkoholu. Takie podejście zdecydowało o wprowadzeniu w 1978 roku do IX wersji Międzynarodowej Klasyfikacji (ICD-9) terminu „**zespół uzależnienia od alkoholu**” („zespół zależności alkoholowej”) w miejsce stosowanych dotychczas określeń, takich jak alkoholizm natógowy czy alkoholizm przewlekły. Zaproponowano też, aby szeroko rozumiane pojęcie „alkoholizm” zastąpić terminami – „problemy alkoholowe” lub „stany ograniczonej sprawności spowodowanej alkoholem”.

Jednocześnie zaproponowano, aby uzależnienie od alkoholu rozpatrywać w tych samych kategoriach co inne uzależnienia, stąd też definicja uzależnienia od alkoholu jest prawie identyczna z definicją innych uzależnień.

Przez **uzależnienie od alkoholu** należy rozumieć stan psychiczny i fizyczny, wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem (nieodpartą chęcią) ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub uniknąć objawów wynikających z jego braku (złego samopoczucia, dys-

komfortu). Zmiana tolerancji może, ale nie musi, towarzyszyć temu zjawisku. Człowiek może uzależnić się równolegle od alkoholu i innych środków (spżywanych, wdychanych czy przyjmowanych w formie iniekcji).

Zależność psychiczna polega na potrzebie częstego lub stałego przyjmowania alkoholu celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z jego przyjęciem.

Zależność fizyczna jest stanem biologicznej adaptacji wobec alkoholu, bez którego organizmu nie może prawidłowo funkcjonować. Przerwanie lub ograniczanie podawania alkoholu pociąga za sobą występowanie zaburzeń czynności ustroju, określanych mianem abstynencji (zespołu odstawienia).

Tolerancja jest to stan, w którym powtarzanie tej samej dawki alkoholu daje coraz słabszą reakcję, a dla uzyskania tego samego efektu działania konieczne jest zwiększenie dawki.

Rozpoznawanie uzależnienia od alkoholu należy opierać na analizie powiązanych ze sobą i powtarzających się objawów. Objawy te manifestują się obecnością związanych z pićciem zmian w zachowaniu, zmianami odczuwanymi subiektywnie oraz zmienionym stanem psychobiologicznym. Jednocześnie konieczne jest uwzględnienie wpływu czynników wewnętrżnych i zewnętrżnych, stopnia nasilenia objawów oraz częstości ich występowania. Prawidłowo postawiona diagnoza musi więc być wypadkową objawów somatycznych, psychicznych i społecznych, występujących w ramach określonego kręgu kulturowego.

Zmiany

w zachowaniu

Stwierdzamy je wówczas, kiedy:

- **sposób picia** nie odpowiada wzorcowi picia przyjętemu w danym kręgu kulturowym pod względem dawek, pory i ilości picia (m.in. picie alkoholu niezależnie od pory dnia, picie samotne, picie alkoholi niekonsumpcyjnych);
- spożywane są **wysokie dawki dobowe** alkoholu z tym, że podczas oceny należy uwzględnić wagę ciała, sposób odżywiania, ogólny stan zdrowia, sposób rozkładania poszczególńych dawek oraz trudności pijącego w zapamiętywaniu dokładnej ilości wypitego alkoholu;
- **zmniejszyła się różnorodność zachowań** związanych z pićciem (np. całkowita abstynencja jest alternatywą dla ciężkiego „ciągu”);
- **uległa osłabieniu zdolność** do reagowania na tzw. wzmocnienia negatywne tj. picie alkoholu pomimo presji rodziny, przyjaciół, znajo-

nych czy też pojawienia się problemów zdrowotnych, ekonomicznych, prawnych itp., których wystąpienie można jednoznacznie powiązać z pićm alkoholu.

Zmiany te są wprawdzie najbardziej widoczne i tym samym najłatwiejsze do stwierdzenia, jednak należy być w ich ocenie bardzo ostrożnym ze względu na indywidualne różnice między ludźmi.

Zmiany subiektywne

Należy do nich podstawowy objaw uzależnienia, jakim jest **upośledzenie (uszkodzenie, utrata) kontroli picia**. Polega ono na niemożności konsekwentnego realizowania swoich własnych decyzji odnośnie picia bądź niepicia alkoholu, trudności w zaprzestaniu rozpoczętego picia a często również istnienie trudności w powstrzymaniu się od rozpoczęcia picia. Osoba uzależniona nie potrafi kontrolować ilości, częstotliwości i sytuacji picia.

Głód alkoholowy jest to stan charakteryzujący się wzmożoną i trudną do odparcia chęcią wypicia alkoholu lub upicia się. Zjawisko to występuje wyłącznie u osób uzależnionych i jest połączone z narastającym rozdrażnieniem, napięciem i niepokojem.

„Głód” może wystąpić w różnych sytuacjach np. w miejscach i okolicznościach, w których często się piło, niezwłocznie po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu, wraz z innymi objawami zespołu abstynencyjnego, może wiązać się z dążeniem do euforii bądź towarzyszyć zaburzeniom nastroju, snu czy ogólnie złemu samopoczuciu.

Niektórzy uważają, że „głód” jest pojęciem hipotetycznym i nie istnieje, ponieważ nie można stwierdzić jego obecności przez obiektywne kryteria, takie jak pomiary fizjologiczne czy biochemiczne. Jak w takim razie nazwać przeżywane przez nas stany wówczas, kiedy od dłuższego czasu nic nie jedliśmy? Czyż jest, w upalny dzień, chęć wypicia szklanki wody? Dlaczego palacz sięga co jakiś czas po papierosa? Dlaczego dbająca o „linię” kobieta, po dwóch dniach odmawiania sobie przyjemności, sięga z ogromną ochotą po torcik czy eklektkę? Co powoduje takie zachowania? Czy tylko chęć? Może odgrywać tu rolę mechanizmy podobne do tych, jakie spotykamy w uzależnieniu od alkoholu?

Jeżeli kogokolwiek dotyczy któraś z powyższych sytuacji, jeżeli kiedykolwiek ją przeżył, niech spróbuje zrozumieć alkoholiaka. On też, przez jakiś czas, odmawiał sobie alkoholu (podobnie jak papierosa czy eklektki), ale nie wytrzymał. Nie potrafił poradzić sobie z narastającym „głodem” to jest trud-

ną do odparcia chęcią wypicia, podobnie jak Ty nie potrafisz odmówić sobie zjedzenia schabowego, wypicia Coca Coli, zapalenia papierosa czy „pochłonięcia” eklektki.

Argument, że to nie to samo co alkohol, jest tylko w części prawdziwy, bowiem różnym ludziom różne rzeczy i różne zachowania sprawiają przyjemność.

Należy wiedzieć, że „głód alkoholowy” jest uważany za jeden z głównych czynników odpowiadających za nawrót choroby.

Kolejnym przejawem zmian subiektywnych jest okresowa **koncentracja na alkoholu** (kosztem spraw rodzinnych, zdrowotnych, zawodowych itp.).

Zmiany psychobiologiczne

Zespół abstynencyjny (odstawienia), jest to stan występujący u osób uzależnionych od alkoholu wówczas, kiedy w trakcie „ciągu” picia, lub podczas próby jego przerwania dojdzie do obniżenia poziomu alkoholu we krwi. Wygląda to tak, jakby poprzez produkowanie objawów abstynencyjnych, organizm osoby uzależnionej domagał się dostarczenia kolejnych porcji alkoholu.

Objawy ostrego zespołu abstynencyjnego nie są charakterystyczne wyłącznie dla niego i mogą imitować wiele różnych schorzeń. Na spadek poziomu alkoholu we krwi organizm reaguje najszybciej objawami ze strony przewodu pokarmowego (brak taknienia, nudności, wymioty, biegunki), układu krążenia (przyspieszenia akcji serca, zaburzenia rytmu, podwyższone ciśnienie krwi), układu wegetatywnego (wzmożona potliwość, rozszerzone źrenice, suchość śluzówek jamy ustnej). Występują też objawy „grypowe” i przypominające przeziębienie: ogólne złe samopoczucie, osłabienie, podwyższona ciepłota ciała, bóle mięśniowe i bóle głowy, a ponadto silne drżenie (tremor) rąk a niejednokrotnie całego ciała. Skargi na nadpobudliwość, niepokój, lęk oraz obniżenie nastroju i zaburzenia snu nasuwają często podejrzenie nerwicy. W związku z tym, niedoświadczony lekarz, który nie wniknie w przyczynę tych dolegliwości może przepisać, prowadzące do kolejnego uzależnienia, leki np. Relanium, Oxazepam, Sigenopam, Nitrazepam, Rudotel, Hemineurynę czy Reladorm.

Nieprawidłowa diagnoza i będące jej następstwem niewłaściwe leczenie prowadzą do dalszego pogłębienia się uzależnienia. Objawy abstynencyjne są bowiem tak dokuczliwe, że pacjent który nie uzyska właściwej i natychmiastowej pomocy w ich złagodzeniu „leczy się” sam – pijąc dalej. Kolejne porcje alkoholu są dla niego środkiem usuwającym przykre objawy i tago-dzącym cierpienie.

Należy też wiedzieć, że po wielu tygodniach, miesiącach a nawet latach całkowitego powstrzymania się od alkoholu mogą wystąpić objawy identyczne do tych, jakie pojawiają się bezpośrednio po przzerwaniu picia. Jest to tzw. *zespół rzekomo abstynencyjny („suchy kac“)*. Objawy jego mogą utrzymywać się przez wiele dni i grożą nawrotem choroby. Są bowiem tak dokuźliwe, że niejedna osoba sięga po alkohol aby je złagodzić.

Po ustąpieniu ostrej objawów abstynencyjnych, przez okres wielu miesięcy, mogą utrzymywać się objawy tzw. *przewlekłego zespołu abstynencyjnego*. Najczęściej spotykane są: *obniżenie nastroju, zaburzenia koncentracji i upośledzenie abstrakcyjnego myślenia, kłopoty z pamięcią, „świeża”, podatność na stres, apatia bądź nadpobudliwość emocjonalna oraz zaburzenia snu.*

W ramach zespołu abstynencyjnego mogą wystąpić bardzo groźnie wyglądające napady drgawkowe. Jest to tzw. „*padaczka alkoholowa*”, czyli *drgawkowe napady abstynencyjne*. W przypadku ich wystąpienia konieczna jest wizyta u specjalisty, który potrafi różnicować je z napadami drgawkowymi (padaczkowymi) o innej etiologii (np. pourazowymi, pozapalnymi, naczyniowymi, nowotworowymi itp.). Pomocny w różnicowaniu jest fakt, że drgawkowe napady abstynencyjne pojawiają się w ścisłym związku czasowym z pićciem alkoholu i nie występują u osób, które przez dłuższy czas powstrzymują się od alkoholu.

Innym przejawem zmian psychobiologicznych jest *picie alkoholu ze świadomością, że objawy abstynencyjne ustąpią*. Alkoholik potrafi doskonale określić rodzaj oraz ilość alkoholu niezbędną do usunięcia przykrych dolegliwości zespołu abstynencyjnego a także czas, po którym dolegliwości te ustąpią bądź ulegną wyraźnemu złagodzeniu.

Kolejny przejaw to *zmieniona tolerancja na alkohol*, która jest wynikiem neurofizjologicznej adaptacji synaps. Wzrost tolerancji następuje na ogół stopniowo, tak jak zwiększa się zdolność przystosowawcza organizmu do stanu intoksykacji poprzez wytworzenie enzymatycznych układów adaptacyjnych. W miarę dalszego picia, po kilku bądź kilkunastu latach wysokiej tolerancji, dochodzi do jej *wyraźnego obniżenia się*, często poniżej poziomu wyjściowego.

Niekiedy zdarza się, że osoby, którym zalecono okresowe przyjmowanie środków uspokajających, nasennych lub przeciwbólowych nie są w stanie osiągnąć oczekiwanego efektu pomimo przyjęcia określonej przez lekarza dawki. Dotyczy to najczęściej tych osób, które nie stronią od alkoholu. Taki stan rzeczy jest efektem podwyższonej tolerancji na alkohol, której towarzyszy podwyższona tolerancja na wspomniane wyżej leki.

Zjawisko to nazywane jest *tolerancją krzyżową*, a spotykają się z nią najczęściej lekarze anasteziolodzy, którym pacjent nie chce zasnąć pomimo podania odpowiedniej dla wagi i stanu zdrowia dawki leku oraz stomatolodzy i tzw. „*zabiegowcy*”, którzy do znieczulenia muszą zastosować większą dawkę leku. Z powyższych względów należy zawsze informować lekarza o możliwości wystąpienia takiej reakcji, o ile kiedykolwiek w życiu miały miejsce okresy nadmiernego spożywania alkoholu.

Obowiązująca w Polsce od 1997 roku X wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10), wyodrębnia *grupę zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych*, do których obok alkoholu zaliczono m.in. niektóre środki stosowane w medycynie, pochodne makowca (otrzymane z maku ogrodowego), środki pobudzające (w tym: kofeina), a także tyton. Uzalednienie potrakowane zostało jako konglomerat zjawisk fizjologicznych, poznawczych i związanych z zachowaniem, gdzie używanie określonych substancji uzyskuje wyraźną przewagę nad zachowaniami, które poprzednio miały większe znaczenie dla danej osoby. Zaproponowano, aby rozpoznawać je wówczas, kiedy stwierdzono występowanie co najmniej trzech z poniższej listy objawów, przez jakiś czas w ciągu ostatniego roku lub utrzymywanie się ich przez okres jednego miesiąca:

1. silne pragnienie („*głód*”) lub poczucie przymusu picia alkoholu;
2. subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z pićciem alkoholu tj. trudności w:
 - powstrzymaniu się od picia,
 - kontrolowaniu długości picia („*ciągu*”),
 - kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu;
3. występowanie, przy próbach przzerwania lub ograniczenia picia, objawów zespołu abstynencyjnego lub kontynuowanie picia albo przyjmowania substancji o podobnym działaniu w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
4. występowanie zjawiska tolerancji polegającego na konieczności przyjmowania coraz większych dawek alkoholu w celu uzyskania efektu uspokajającego poprzednio przy pomocy dawek mniejszych;
5. postępujące zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz picia;
6. picie alkoholu pomimo szkód, o których wiadomo, że mają wyraźny związek z pićciem alkoholu.

Kryteria uzależnienia według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Zbieżne z propozycjami ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia są kryteria diagnostyczne proponowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Na kryteria te składają się: patologiczny wzorec używania alkoholu lub zaburzenie funkcji społecznych i/lub zawodowych, które spowodowane zostały używaniem alkoholu oraz towarzysząca któremuś z nich zmieniona tolerancja bądź objawy zespołu abstynencyjnego.

Dwa pierwsze sformułowania wymagają dodatkowych wyjaśnień. Wzorec patologicznego używania alkoholu polega na: obecności zapotrzebowania na codzienną dawkę alkoholu dla prawidłowego funkcjonowania; niemożności ograniczenia lub zaprzestania picia; ponawianiu wysiłków kontrolowania lub ograniczania nadmiernego picia (np. okresy abstynencji lub ograniczenia picia do określonych pór dnia); picia „ciągami” (bycie w stanie odurzenia alkoholem przez okres co najmniej dwóch dni); okresowym wypijaniu 200 ml czystego alkoholu lub odpowiednika tej ilości w postaci wina lub piwa; występowaniu palimpsestów („przerw w zyciorysie”, „urwanego filmu”); kontynuacja picia pomimo poważnych zaburzeń fizycznych, o których pijący wie, że są ściśle związane z używaniem alkoholu; oraz na piciu alkoholu niekonsumpcyjnych.

Wyróżnia się trzy podstawowe wzorce patologicznego używania alkoholu:

1. regularne, codzienne spożywanie dużych ilości;
2. regularne, ciężkie picie sobotnio-niedzielne;
3. długie okresy trzeźwości przeplatane „ciągami” trwającymi tygodnie lub miesiące.

Przez zaburzenie funkcji społecznych i zawodowych należy rozumieć: agresywność w stanie odurzenia, opuszczanie pracy, komplikacje prawne (np. aresztowanie z powodu zachowań w stanie odurzenia), kłótnie i nieporozumienia zarówno z rodziną, jak i przyjaciółmi w związku z nadużywaniem alkoholu.

Opublikowana w 1987 roku wersja kryteriów diagnostycznych (DSM-III-R) proponuje, aby uzależnienie od alkoholu (podobnie jak uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych) rozpoznawać wówczas, kiedy stwierdzone zostanie występowanie co najmniej trzech spośród dziewięciu niżej wymienionych objawów w ciągu ostatniego miesiąca (lub powtarzanie się ich przez dłuższy okres czasu):

1. picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas niż zamierzało się pierwotnie;
2. utracający się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna nieudana próba przzerwania picia lub picia kontrolowanego;
3. poświęcanie zbyt wiele czasu na picie lub poszukiwanie możliwości picia, bądź też na „odzyskiwanie formy” po picciu;
4. częste upijanie się, obecność objawów abstynencyjnych w czasie wykonywania swoich codziennych obowiązków bądź niewywiązywanie się z nich w związku z picciem, picie w sytuacjach związanych z większym ryzykiem wypadku (np. jazda samochodem po alkoholu);
5. wyraźne upośledzenie funkcjonowania społecznego oraz ograniczenie wypoczynku w związku z picciem;
6. kontynuacja picia pomimo świadomości, że występujące problemy (zdrowotne, rodzinne, zawodowe, finansowe, prawne itp.) mają wyraźny związek z piciem alkoholu;
7. konieczność wypijania większej ilości alkoholu dla uzyskania zamierzonego efektu;
8. występowanie wyraźnych objawów zespołu abstynencyjnego;
9. picie alkoholu ze świadomością, że objawy abstynencyjne ulegną złagodzeniu.

W 1990 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przedstawiło kolejną propozycję kryteriów diagnostycznych uzależnienia od substancji psychoaktywnych (DSM-IV). Kryteria te są kompatybilne z proponowaną przez Światową Organizację Zdrowia, a przedstawioną w poprzednim rozdziale tej książki, X wersją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Według DSM-IV o uzależnieniu od substancji psychoaktywnych (w tym także od alkoholu) możemy mówić wówczas, kiedy stwierdzimy szkodliwy

model stosowania substancji prowadzący do istotnego klinicznie upóźdzenia lub uszkodzenia manifestującego się w ciągu minionych 12 miesięcy co najmniej trzema spośród niżej wyszczególnionych objawów:

1. Tolerancja określona jako:
 - a) zapotrzebowanie na znacznie większe dawki substancji konieczne do osiągnięcia stanu intoksykacji lub pożądanego efektu
 - lub
 - b) znaczne osłabiony efekt działania dotychczasowej dawki substancji.
2. Objawy odstawienia manifestujące się:
 - a) zespołem odstawieniowym charakterystycznym dla danej substancji
 - lub
 - b) przyjmowaniem tej samej (lub zbliżonej) substancji w celu zmniejszenia lub uniknięcia objawów odstawienia.
3. Częste przekraczanie zamierzonej dawki lub zaplanowanego czasu używania substancji.
4. Utrwalona potrzeba stosowania lub nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania używania substancji.
5. Poświęcanie dużej ilości czasu na działania konieczne dla uzyskania substancji (np. odwiedzanie wielu lekarzy lub dalekie wyjazdy), jej używania (np. wspólne palenie) lub uwolnienia się od jej działania.
6. Ograniczenie bądź rezygnacja z aktywności społecznej, zawodowej lub rekreacyjnej na rzecz używania substancji.
7. Kontynuowanie używania substancji pomimo świadomości doświadczenia trwałych lub nawracających problemów somatycznych lub psychicznych spowodowanych lub nasilanych przez tę substancję (np. kontynuowanie picia pomimo świadomości, że alkohol zaostrza chorobę wrzodową).

Dwa typy alkoholizmu

W ostatnich latach pewną popularność zdobyły sobie poglądy Cloningera, który w 1987 roku opublikował wyniki przeprowadzonych przez siebie badań porównawczych dwóch grup osób uzależnionych. Kryterium doboru do grupy było posiadanie lub nieposiadanie wśród swoich bliskich krewnych osób uzależnionych od alkoholu. W oparciu o te badania Cloninger zaproponował wyodrębnienie dwóch typów uzależnienia od alkoholu.

Typ I związany ma być ze środowiskiem, ujawnia się na ogół po 25 roku życia, jego rozwój jest szybszy, jest bardziej typowy dla kobiet oraz osób neurotycznych ze skłonściami do depresji. Charakteryzuje się występowaniem „ciągów” przeplatanych długimi okresami abstynencji. Częściej spotykany jest krytycznym do uzależnienia. Przypuszcza się, że jest związany z hipofunkcją układu noradrenergicznego.

Typ II związany ma być z płcią męską, charakteryzuje się wcześniejszym występowaniem (przed 25 rokiem życia), wysokim stopniem przenieszenia genetycznego z ojca na syna oraz niewielkimi wpływami środowiskowymi. Znacznie częściej obserwowane są w nim zachowania antysocjalne. Rozwój uzależnienia trwa dłużej niż w typie I. Podejrzewa się tu istnienie dysfunkcji układu serotonergicznego.

Stwierdzono również, że te dwa typy uzależnienia różnią się także między sobą w zakresie trzech cech osobowości tj. skłonności do poszukiwania nowości, unikania stresu i zależności od aprobaty otoczenia. Cechy te są znacznie wyrażniej zaznaczone w typie II.

Wydaje się jednak, że przedstawiona typologia uwiadażnia raczej dwa przeciwne krańce całej gamy cech, które zaznaczają się z różnym nasileniem u poszczególnych osób wśród uzależnionych od alkoholu.

Wybrane problemy diagnostyczne spotykane u osób uzależnionych

W latach osiemdziesiątych dało się zauważyć wyraźny postęp w zakresie porządkowania standardów postępowania diagnostycznego i klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Efektem tych działań było m.in. powstanie dwóch klasyfikacji zaburzeń psychicznych o międzynarodowym zasięgu tj. DSM -IV oraz ICD-10. Klasyfikacje te charakteryzują się nowymi założeniami metodologicznymi i rozwiązaniami praktycznymi.

DSM-IV jest najnowszą klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która opublikowana została w 1994 roku i rozwinęciem poprzednich wersji (DSM-III i DSM-III-R).

ICD-10 czyli Dziesiąta Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych opublikowana została przez Światową Organizację Zdrowia w 1992 roku, zaś w Polsce obowiązuje od roku 1997. W rozdziale V omawiającym zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nawiązuje ona częściowo do propozycji DSM i podobnie jak DSM kładzie wyraźny nacisk na indywidualistyczny wymiar tych zaburzeń. **ICD-10 jest oficjalną klasyfikacją międzynarodową** i usiłuje pogodzić różne tradycje diagnostyczne oraz zadania praktyczne, realizowane przez instytucje zdrowotne w różnych częściach świata i w różnych strukturach organizacyjnych.

Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia następujące kategorie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania:

- ◆ Zaburzenia psychiczne organiczne
- ◆ Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

- ◆ Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe
- ◆ Zaburzenia nastroju (afektywne)
- ◆ Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
- ◆ Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
- ◆ Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
- ◆ Upośledzenie umysłowe
- ◆ Zaburzenia rozwoju psychicznego i psychologicznego
- ◆ Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
- ◆ Zaburzenia psychiczne bliżej nieokreślone.

Klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia zawiera więc w sobie praktycznie wszystkie zaburzenia psychiczne, zarówno egzo- i endogenne jak i psycho- oraz somatogenne*.

W placówkach lecznicza odwykowego podejmują również leczenie pacjencji, którzy oprócz zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych demonstrują objawy innych jeszcze zaburzeń psychicznych. Dla określenia stanów, kiedy uzależnienie od alkoholu lub od innych substancji psychoaktywnej współistnieje niezależnie obok innego zaburzenia psychicznego używany terminu „**podwójna diagnoza**” (*dual diagnosis, dual disorders*).

Podwójna diagnoza Zmiany psychiczne spotkane u osób spożywających alkohol, możemy podzielić na takie, które mają ścisły związek ze stanem upicia (ostrej intoksykacji o różnej głębokości),

zmiany spotykane wyłączenie u osób uzależnionych jako następstwa wieloletniego i intensywnego picia alkoholu oraz zaburzenia istniejące niezależnie od uzależnienia. Tak więc objawy innych zaburzeń psychicznych towarzyszących objawom uzależnienia od alkoholu i/lub od innych substancji psychoaktywnych możemy zaobserwować wówczas, kiedy:

- ◆ istnieją niezależne od siebie jako odrębne schorzenia,
- ◆ uzależnienie maskuje objawy innych zaburzeń psychicznych,
- ◆ uzależnienie wywołuje lub pogarsza przebieg innych zaburzeń psychicznych,

* spowodowane czynnikami zewnętrznymi (gr. *egzo* = na zewnątrz), wewnętrznymi (gr. *endo* = wewnątrz), psychologicznymi (gr. *psyche* = dusza, technicznie), gr. *soma* = ciało.

- ◆ uzależnienie redukuje lub „zamazuje” niektóre objawy innych zaburzeń psychicznych i tym samym utrudnia proces diagnostyczny;
- ◆ objawy spotykane w przebiegu uzależnienia imitują zaburzenia psychiczne (np. depresję czy nerwicę);
- ◆ objawy psychiczne występujące w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego lub ostrego czy też przewlekłych psychoz alkoholowych imitują chorobę psychiczną (np. w przypadku majaczenia czy halucynoz);
- ◆ zachowania spotykane w innych zaburzeniach psychicznych imitują czasami niektóre objawy uzależnienia.

Każdy terapeuta uzależnień (bez względu na to czy jest „specjalistą terapii uzależnień” czy „instruktorem”) *musi umieć odróżniać* pierwotne (niezależnie istniejące) objawy zaburzeń psychicznych (choroby psychiczne) od objawów psychoaktywnych*, które są powikłaniem uzależnienia od alkoholu lub od innych substancji psychoaktywnych, a w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości – skonsultować się ze specjalistą psychiatrą. Jednocześnie powinien pamiętać o tym, że:

- ◆ objawy psychiczne mogą wpływać na decyzję o podjęciu leczenia uzależnienia, np. w *depresjach mamy do czynienia ze spadkiem wszelkiej aktywności co m.in. może powodować brak motywacji do robienia czegokolwiek (w tym do leczenia) albo pacjent nie podejmuje leczenia z pobudek urojonych;*
- ◆ stany lękowe mogą powodować u pacjenta „opór” przed leczeniem w grupie terapeutycznej lub przed udziałem w spotkaniach grupy samopomocowej;
- ◆ objawy psychiczne bądź maniakalne powodują występowanie różnych niezrozumiałych i dziwnych zachowań, które zaburzają relacje interpersonalne, szczególnie podczas spotkań grupowych (*bywają one traktowane przez terapeutów jako zachowania antysocjalne bądź przejaw negatywnego stosunku do terapeuty*);
- ◆ zachowania wynikające z choroby psychicznej mogą być błędnie interpretowane np. – jako sygnały „oporu” przed leczeniem lub jako sygnały nawrotu choroby;
- ◆ bywają sytuacje, kiedy po zaprzestaniu picia i w trakcie leczenia uzależnienia, obecne są niezbyt nasilone objawy depresyjne a nawet psy-

* patrz m.in. → zaburzenia nastroju, zaburzenia myślenia i postrzegania (przyp. Autora).

chotyczne, które bywają traktowane przez terapeutów jako przejaw nieprawidłowego przebiegu procesu trzeźwienia (zdrowienia).
Swierdzenie obecności objawów upoważniających do postawienia „podwojonej diagnozy” jest bardzo ważne dla sterowania procesem leczenia osób uzależnionych. Pacjenci z taką diagnozą częściej przechodzą różnego rodzaju kryzysy, doświadczają także więcej poważnych i przewlekłych problemów medycznych, emocjonalnych czy też społecznych i z tego powodu wymagają na ogół dłuższego leczenia. Dekompensacja psychiczna lub pogorszenie stanu psychicznego jest często przyczyną nawrotu picia. Z tych właśnie powodów trzeba być przygotowanym na to, że *postęp w leczeniu będzie u nich znacznie wolniejszy*.

Ryzyko uzależnienia się od substancji psychoaktywnej jest większe u osób z zaburzeniami psychicznymi a ryzyko zapadnięcia na chorobę psychiczną jest większe u osób uzależnionych. Z badań wynika, że ok. 1/3 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi miała również doświadczenia z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (dwukrotnie częściej niż osoby bez tych zaburzeń). Jednocześnie ponad połowa osób używających lub nadużywających substancji psychoaktywnych ma lub miała objawy spełniające kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych.

Zdarza się również, że wystąpienie lub nasilenie się objawów psychicznych, u pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, jest błędnie rozpoznawane i bywa traktowane, przez niedoświadczonych terapeutów, jako objawy będące skutkiem przyjęcia jakiegś substancji psychoaktywnej.

Lepsze zrozumienie tego, niejednokrotnie bardzo skomplikowanego, zjawiska możliwe będzie po nieco bardziej szczegółowym przyjrzeniu się zaburzeniom, które najczęściej towarzyszą zespołowi uzależnienia od alkoholu. Uzależnienie od alkoholu współistnieje najczęściej obok zaburzeń nastroju (choroby afektywnej, najczęściej depresji), nerwicy, zaburzeń osobowości oraz zaburzeń organicznych.

Zaburzenia
nastroju

Mówiąc o zaburzeniach nastroju* najczęściej mamy na myśli „depresję”. Termin ten jest wieloznaczny natomiast w języku potocznym określa on stan złego samopoczucia, obniżonego nastroju i przygnębienia niezależnie od przyczyn tego stanu.

* *Nastroj* to stan uczuciowy towarzyszący ogółowi przyćmienie i spowolnienie, utrzymujący się przez dłuższy czas. Nadaje okolicznościom emocjonalne ogółowi procesów psychicznych (dodatkowo i ujemne).

Zaburzenia nastroju, obok zmiany napedu i aktywności, są charakterystyczne dla tzw. **zaburzeń afektywnych**. Termin ten, w psychiatrii europejskiej, określa cyklofrenię czyli psychozę maniako-depresyjną, która charakteryzuje się naprzemiennym występowaniem epizodów manii** i depresji***.

Zgodnie z ostatnimi propozycjami Światowej Organizacji Zdrowia (ICD 10)**** epizod depresyjny charakteryzuje się występowaniem tzw. objawów głównych tj.:

1. obniżonym nastrojem,
2. utratą zainteresowań i zdolności do radowania się,
3. spadkiem energii prowadzącym do zmniejszonej aktywności i większej męczliwości (spadkiem napedu).

Objawom głównym mogą towarzyszyć objawy dodatkowe takie jak:

osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczna ocena przyszłości, myśli i próby samobójcze, spadek łaknienia, zaburzenia snu.

Przebieg epizodu depresyjnego może być łagodny (2 objawy główne plus 2 objawy dodatkowe), umiarkowany (2 objawy główne plus 3-4 dodatkowe) i ciężki (wszystkie objawy główne i conajmniej 4 dodatkowe)

Nielezione lub źle leczone endogenne zaburzenia nastroju są dużym problemem społecznym. Rozpowszechnienie ich ocenia się w przedziale od 5 do 21% populacji dorosłych. Chorobowość roczna z powodu depresji szacowana jest, według różnych badaczy, na 3% do 8%. Zdaniem amerykańskich

* *Afektowność* to całość nastrojów i wznuszeń. Obejmuje wszelkie rodzaje i odcienie pragnień, przyjemności i bólu, sterujących łącznie uczuciami witalnymi, nastrojem i uczuciami podstawowymi, nie wyłączać także uczuć złożonych (pasji, uczuć społecznych itp.).

** *mania* – zaburzenie nastroju charakteryzujące się wzmocnionym samopoczuciem (zadobrowienie, radość, euforia), nadmierną aktywnością psychiczną i ruchową, często nieuczuciwnym oprymizmem i przekraczaniem i swoich szczególnych możliwościach.

*** *depresja* (melancholia) – stan psychiczny charakteryzujący się uczuciem smutku, zmniejszeniem, poczuciami winy itp.

**** ICD-10 dzieli *zaburzenia nastroju* na:

- *epizody maniakalne* (hipomania, mania – bez i z objawami psychofizycznymi),
- *zaburzenia afektywne dwubiegunowe* (różnego rodzaju zespoły maniakalne i depresyjne bez lub z objawami psychofizycznymi),
- *epizody depresyjne* (zarówno o podłożu psychogenym jak i endogennym),
- *zaburzenia depresyjne nawracające* (o różnych przyczynach i różnym nasileniu),
- *uporczywe zaburzenia nastroju* (cyklotymia, dystymia i inne).

badaczy od 8,5 do 36 mln dorosłych obywateli Stanów Zjednoczonych jest w grupie ryzyka wystąpienia choroby afektywnej na przestrzeni swojego życia.

Jeżeli przyjmiemy, że ryzyko wystąpienia choroby afektywnej wynosi 5-10%, a ryzyko wystąpienia poważnych problemów alkoholowych (w tym uzależnienia) waha się w granicach 10-15%, to ryzyko wystąpienia uzależnienia od alkoholu łącznie z chorobą afektywną nie powinno przekroczyć 1,5%.

Między depresją a uzależnieniem od alkoholu spotykamy najczęściej następujące powiązania:

- picie alkoholu w przebiegu depresji endogennej,
- uzależnienie od alkoholu jako powikłanie depresji,
- stany depresyjne spowodowane komplikacjami wynikającymi z picia,
- stany depresyjne w przebiegu zespołu abstynencyjnego.

U znacznego odsetka osób uzależnionych od alkoholu (wg niektórych badaczy przekracza on nawet 90%) zaburzenia nastroju występują najczęściej pod postacią depresji z towarzyszącymi zaburzeniami aktywności i utrzymują się przez okres tygodni po zaprzestaniu picia. U 30-70% osób uzależnionych od alkoholu rozpoznawano ciężkie depresje o obrazie zbliżonym do prawdziwej depresji endogennej, u ponad 15% obserwowano ciężkie depresje nawet po kilku latach utrzymywania abstynencji. Zaobserwowano również, że alkohol piło intensywnie ponad 50% osób, u których stwierdzono później objawy choroby afektywnej. Inne badania wykazały, że od 10 do 15% kobiet i ok. 5% mężczyzn zgłaszających się do placówek leczenia uzależnień cierpi na depresję endogenną, która poprzedza rozwinięcie się uzależnienia. Wiele osób (43% w badaniach Becka, 60% w badaniach Gatuszki) relacjonowało występowanie obniżenia nastroju przed rozpoczęciem picia. Z badań wynika także, że 20 do 60% pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową nadużywa alkoholu w okresie manii.

Obniżenie nastroju, spadek aktywności i stany lękowe mogą u osób uzależnionych od alkoholu, wynikać z endogennych zaburzeń nastroju (uzależnienie maskuje chorobę afektywną, „zapijanie” depresji), być efektem spowodowanego przez alkohol upośledzenia funkcji poznawczych a także, tak jak już wspomniano, być związane z objawami zespołu abstynencyjnego lub rzekomo – abstynencyjnego jak również wiązać się z konkretnymi sytuacjami życiowymi (psychologicznymi, socjalnymi itp.). Ponadto depresja może zostać wywołana niektórymi somatycznymi następstwami spożywania nadmiernych ilości alkoholu tj. niedoborem magnezu, zaburzeniami metabolicz-

nyymi związanymi np. z hipowitaminozą czy też encefalopatią wątrobową w przebiegu marskości wątroby.

Spotykane u osób uzależnionych obniżenie nastroju ma jednak najczęściej charakter sytuacyjny (reaktywny) i wiąże się z przewlekłym picciem alkoholu oraz wynikającymi z tego powodu komplikacjami żywiciowymi. Stan taki bywa niejednokrotnie traktowany przez niedoświadczzonego lekarza jako przewlekająca się i oporna na leczenie depresja endogenna (picie jest na ogół skrzętnie ukrywane a pacjent bywa niejednokrotnie kierowany na rentę w związku z brakiem efektów leczenia). Badania wykazały, że w większości przypadków objawy depresji u osób uzależnionych od alkoholu ustępują w ciągu 2-4 tygodni po zaprzestaniu picia i nie wymagają leczenia. Z badań Browna i wsp. (1988) wynika jednak, że u 6% osób uzależnionych od alkoholu nasilone objawy zespołu depresyjnego utrzymują się dłużej niż 4 tygodnie po zaprzestaniu picia. Utrzymywanie się objawów depresyjnych przez kilka tygodni po zaprzestaniu picia jest bezwzględny wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej i prawdopodobnie farmakologicznego leczenia depresji. Ponieważ wiele programów terapeutycznych przestrzega przed przyjmowaniem leków pacjent musi zostać uprzedzony, że przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych nie grozi kolejnym uzależnieniem. Zastosowanie leczenia przeciwdepresyjnego jest o tyle istotne, że utrzymujące się tak długo złe samopoczucie może być postregane przez pacjenta jako brak skuteczności programu terapeutycznego a przez terapeutów jako zbyt małe zaangażowanie w proces terapeutyczny.

Znacznie rzadziej uzależnienie od alkoholu stanowi tzw. *maskę depresji* endogennej (*spektrum depresji wg Winokura*) lub jest wtórne do innych endogennych zaburzeń (*chorób*) psychicznych (tzw. alkoholizm objawowy w przebiegu chorób afektywnych czy schizofrenii).

Zarówno epizody maniakalne jak i część pozostałych zaburzeń nastroju tj. zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizody depresyjne i nawracające zaburzenia depresyjne nie budzą wątpliwości diagnostycznych. Odpowiada ją one bowiem koncepcji biegunowości przebiegu zaburzeń afektywnych sformułowanej w 1957 roku przez Leonharda a następnie udokumentowanej przez Perrisa. Epizod maniakalny w ICD-10 odpowiada chorobie afektywnej jednobiegunowej – manii. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe to – choroba afektywna dwubiegunowa (psychoza maniakalno-depresyjna). Nawracające zaburzenia afektywne są z kolei odpowiednikiem depresji endogennej (chorobie afektywnej jednobiegunowej – depresji).

Nicco mniej znane są przewlekłe zaburzenia nastroju o zmiennym nasileniu tj. *cyklotymia* i *dystymia*. Dlatego też wymagają one dodatkowego omówienia. Większość epizodów nie osiąga nasilenia upowalniającego do rozpoznawania hypomanii lub subdepresji. Utrzymują się one przez wiele lat, niekiedy większą część dorosłego życia, są przyczyną przynębnienia i ograniczają możliwości życiowe pacjenta.

Cyklotymia – to stałe wahania nastroju w postaci licznych okresów obniżonego nastroju i łagodnie wzmożonego samopoczucia. Stwierdza się ją często u krewnych pacjentów z dwubiegunowymi zaburzeniami afektywnymi. Czasami cyklotymia przechodzi w zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

Dystymie charakteryzuje przewlekłe obniżenie nastroju trwające przynajmniej kilka lat. Nie jest ono wystarczająco głębokie, aby rozpoznać nawracające zaburzenia depresyjne. W tym przedziale mieszczą się także rozpoznania jak: nerwica depresyjna, depresyjne zaburzenia osobowości, depresja nerwicowa

Pracując z kobietami pijącymi nadmierne lub uzależnionymi od alkoholu należy pamiętać o wahanach samopoczucia związanych z tzw. *zespołem napięcia przedmiesiączkowego*, obniżeniem nastroju w przebiegu tzw. *zespołu pustego gniazda** oraz picciu alkoholu przez żony wiecznie zajętych mężów w celu zabicia nudy i w ramach ucieczki od samotności.

Obniżeniu nastroju towarzyszą niejednokrotnie myśli i zamachy samobójcze. Odnotowano, że 4 spośród 5 prób samobójczych dokonana została pod wpływem alkoholu. W Drugim Raporcie Regionalnym PHARE (1995) odnotowano, że 30-40% samobójstw w Polsce dokonano pod wpływem alkoholu. Zdaniem niektórych badaczy samobójstwa są najczęściej spotykaną przyczyną nagłej śmierci osób uzależnionych od alkoholu. Z badań Asukai (1994) wynika, że wśród osób, które skutecznie dokonały samobójstwa – 18% to osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych (w tym od alkoholu). Pużyński (1988) podaje, że samobójstwo jest przyczyną zgonu 10-17% osób uzależnionych od alkoholu. Z innych badań wynika, że ponad 20% osób uzależnionych od alkoholu, u których stwierdzono występowanie depresji miało w wywiadzie próby samobójcze.

Lecząc pacjenta, u którego występują zaburzenia nastroju należy zawsze pamiętać o:

- ♦ **ocenie ryzyka samobójstwa**, które jest istotnie wyższe u osób de-monstrujących – wysoki poziom leku z niepokojem ruchowym, po-

* Zaburzenia spowodowane zmianą trybu życia matki, po opuszczeniu domu przez dorosłe dzieci.

czucie bezradziejności i przekonanie o znalezieniu się w sytuacji bez wyjścia, duże poczucie winy, nastrój dysforyczny, dolegliwości bólowe w przebiegu schorzeń somatycznych oraz u osób cierpiących na przewlekłe zaburzenia snu;

- ◆ konsultacji psychiatry;
- ◆ potrzebie przyjmowania leków, których **nie wolno odstawiać** bez porozumienia z konsultantem-psychiatrą.

Osoby uzależnionej od alkoholu, **nie należy** leczyć „na depresję” (będąc często następstwem picia i spowodowanych nim problemów), przed dokładnym zdiagnozowaniem, uświadomieniem jej istnienia uzależnienia i przed przejściem przez nią programu psychoterapii tego uzależnienia.

Zaburzenia nerwicowe – Zaburzenia nerwicowe* są to zaburzenia psychiczne o symptomatologii psychicznej i somatycznej bez jakichkolwiek stwierdzalnych zmian organicznych. Od psychoz od różni

je m.in. zdolność do odróżniania swoich doznań i wyobrażeń od rzeczywistości. Poglądy na ich etiologię mieszczą się w holistycznym (bio-psychosocjalnym) modelu choroby.

Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że ok. 2/3 alkoholików, jeszcze przed okresem nadużywania alkoholu usiłowało poradzić sobie z mniej lub bardziej nasilonym lękiem przy pomocy alkoholu. Prawdziwe wartości tych badań była kwestionowana, jednak nie ulega wątpliwości, że obecne w nerwicy zaburzenia lękowe mogą być „leczone” alkoholem.

Objawy spotykane u osób uzależnionych mogą sugerować nerwicę wówczas, kiedy np. w przebiegu zespołu abstynencyjnego na pierwszy plan wysuwa się niepokój, lęk czy zaburzenia snu a pacjent nie przyznaje się do picia. Objawy nerwicowe mogą także istnieć niezależnie od uzależnienia i być obecne zarówno w okresie picia jak i pomimo zaprzestania picia przed wieloma miesiącami czy nawet latami.

Należy pamiętać, że objawy nerwicowe ustępują często wraz z wydłużającym się okresem niepicia, dokonywującą się zmianą osobistością oraz reduk-

* Wśród zaburzeń nerwicowych wyróżniamy: zaburzenia lękowe w postaci fobii, inne zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (nerwica natęrców), reakcje na ciężkie stresy i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) oraz zaburzenia występujące pod postacią somatyczną.

cją problemów, ale nie można wykluczyć potrzeby leczenia nerwicy po upływie pewnego czasu od zaprzestania picia i przejścia leczenia uzależnienia. **Błędem** jest rozpoczynanie od leczenia nerwicy zamiast od leczenia uzależnienia (umocnienie systemu zaprzeczeń). Lecząc osobę z objawami nerwicy należy być bardzo ostrożnym w zlecaniu jakichkolwiek leków. Dobrze też jest wykonać, od czasu do czasu, test na obecność leków.

Zaburzenia osobowości – Zaburzenia osobowości są to trwałe wzorce zachowania i stosunku do siebie oraz innych, które ze względu na swoją jakość i nasilenie utrudniają, jednolicie prawidłowe funkcjonowanie. Są one jedną z postaci zaburzeń psychicznych o charakterze ilościowym i obejmują różnorodne formy patologicznych zmian osobowości.

Zaburzenia te dzielią się na 2 kategorie:

- *zaburzenia struktury osobowości* (struktura to określona konfiguracja cech),
- *zaburzenia cechy osobowości* (cecha to skrótowny opis określonych zachowań).

Diagnozowanie i różnicowanie obu kategorii jest sprawą niezwykle trudną.

Wśród osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu najczęściej spotykana jest osobowość antyspołeczna i osobowość typu borderline. Pierwsza z nich to wg. ICD-10 – *osobowość dyssocjalna* (nieliczenie się z normami społecznymi, niski próg zachowań agresywnych, tendencja do obwiniania innych, liczne konflikty z otoczeniem). Druga to – *osobowość chwytliwa emocjonalnie* (zmienny nastrój, niestabilność emocjonalna; *typ impulsywny* – skłonność do niekontrolowanych działań impulsywnych i wybuchów emocjonalnych oraz *typ z pogranicza* [„borderline”] – zaburzony obraz samego siebie, swoich celów i preferencji, stałe uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i nietrwałe związki z innymi oraz tendencja do działań samouszkodzających, w tym do groźb i prób samobójczych);

Badania wykazały, że od 10 do 20% mężczyzn i 5 do 10% kobiet leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, zanim zaczęli pić zdradzali objawy osobowości antyspołecznej. Natomiast u 13 do 28% osób zgłaszających się na leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu rozpoznawano zaburzenia osobowości typu „borderline”.

Lecząc pacjenta, u którego stwierdzamy współistniejące zaburzenia osobowości należy pamiętać o tym, że szczególnie w tym przypadku, **koniecz-**

nie jest, aby jedyna osoba koordynowała i monitorowała przebieg procesu terapeutycznego. Do tej osoby należy kierować pacjenta we wszystkich (nawet błałych) sprawach. Ważna jest tu również dobra komunikacja między członkami zespołu terapeutycznego, wskazana jest dyrektywność oraz wyjątkowo konsekwentne realizowanie wcześniejszych ustaleń wynikających z kontraktu terapeutycznego. W procesie terapii niezmiernie istotne jest **wzmacnianie zachowań pozytywnych.** Jednocześnie należy pamiętać o niebezpieczeństwie możliwości podziału a nawet rozpadu grupy terapeutycznej, wciągnięcia terapeutów w rozgrywkę (jedni „za” drudzy „przeciw” pacjentowi), manipulacjach polegających np. na ciągłym zwracaniu się do różnych terapeutów z prośbą o pomoc w rozwiązaniu problemów, tendencje do oceniania terapeutów czyli krytykowania jednych a chwalenie drugich itp. Dobrze jest wykonać, od czasu do czasu, test na obecność leków.

Należy też wiedzieć, że wystąpienie zmian w zakresie niektórych cech osobowości (m.in. obniżenie życia uczuciowego, zubożenie zainteresowań, osłabienie społecznej motywacji działania, osłabienie zdolności planowania itp.) może być efektem organicznych zmian w mózgu. Zbyt często i zbyt pochopnie stawiane bywało rozpoznanie – **psychodegradacja alkoholowa inaczej – tzw. „zespół nabytych zaburzeń osobowości spowodowanych przewlekłą intoksykacją alkoholem”.** Decyduje się na postawienie, osobie uzależnionej od alkoholu, takiego rozpoznania należy wykazać współistniejące powikłanie w postaci **organicznego uszkodzenia mózgu z towarzyszącymi patologicznymi zachowaniami, które nie ulegają korekcji po zaprzestaniu picia.** Przypadki takie spotykane są jednak rzadko i dotyczą kilku procent osób uzależnionych od alkoholu.

Zmiany organiczne
Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób opisuje grupę zaburzeń psychicznych* wyodrębnionych na podstawie wspólnej i dowiedzionej etiologii choroby mózgu, uszkodzenia

- * Do *organicznych zaburzeń psychicznych* zaliczamy:
- odepnięcia (w chorobie Alzheimera, naczyniowe i w innych chorobach);
 - organiczny zespół amnestyczny nie wywołany substancjami psychoaktywnymi;
 - mające nie wywołane substancjami psychoaktywnymi;
 - inne zaburzenia spowodowane uszkodzeniem mózgu lub chorobą somatyczną (np. organiczne zaburzenia urojenowe, nastroju, lękowe, organiczna chwigniętość atektywna itp.);
 - zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (np. organiczne zaburzenia osobowości w padaczkę, po operacjach na mózgu, po zapaleniu mózgu, po wstrząśnięciu bądź ścisku mózgu, tzw. zespół psychoorganiczny, encefalopatia, charakteropatja).

lub innego urazu prowadzącego do dysfunkcji mózgu. Zaburzenia te mogą być pierwotne (jako wynik bezpośredniego uszkodzenia mózgu) lub wtórne – w chorobach, które wpływają niekorzystnie na mózg (jako na jeden z narządów czy układów).

Wśród uzależnionych od alkoholu możemy spotkać osoby z deficytem intelektualnym (niewielkiego stopnia upośledzenie umysłowe czy też niezbyt głębokie odepnięcie). Osoby takie należy traktować, w procesie terapii, szczególnie ostrożnie i bardzo indywidualnie. Należy zidentyfikować wśród nich takie osoby, których niższy poziom intelektualny jest wynikiem zaniedbań wychowawczych po to, aby dać im możliwość „podciągnięcia się” w ramach odrębnego, zindywidualizowanego programu terapeutycznego.

Należy pamiętać, że osoby z deficytami intelektualnymi mogą być przedmiotem kpin i różnego rodzaju „żartów” ze strony współpracowników i stąd wymagają one niejednokrotnie specjalnej ochrony.

Najczęściej spotykane pomylki diagnostyczne

- ◆ **Zespół abstynencyjny** (zespół odstawienia)
- Objawy towarzyszące niepowikłanemu zespołowi abstynencyjnemu mogą imitować wiele różnych schorzeń somatycznych. Aby rozpoznać ten zespół należy stwierdzić czy objawy pojawiły się w okresie do 36 godzin po zaprzestaniu picia to jest wówczas, kiedy w trakcie „ciągu” picia, lub podczas próby jego przerwania doszło do obniżenia poziomu alkoholu we krwi. Na spadek poziomu alkoholu we krwi organizm reaguje objawami „grypowymi” i przypominającymi przeziębienie (ogólne złe samopoczucie, osłabienie, „rozbitcie”, podwyższona ciepłota ciała, bóle mięśniowe i bóle głowy) *oraz objawami ze strony:*
- układu pokarmowego (brak łaknienia, nudności, wymioty, biegunki),
 - układu krążenia (przyspieszenie czynności serca, zaburzenia rytmu, wahania ciśnienia tętniczego krwi tj. wzrost ciśnienia z jednoczesną skłonnością do jego ortostatycznego spadków),
 - układu wegetatywnego (wzmozona potliwość, rozszerzone źrenice, suchość śluzówek jamy ustnej),
 - silnym drżeniem (tremor) głównie kończyn górnych i dolnych (niejednokrotnie całego ciała),
 - obecnością tzw. „głodu alkoholowego” czyli trudnej do odparcia chęci wypicia alkoholu.

Powiększonym objawom towarzyszą: drażliwość, nadpobudliwość, niepokój i lęk, nastroj depresyjny lub dysforyczny oraz zaburzenia snu (bezsenność, sen przerywany, koszmarny sny itp.).

Jak z powyższego wynika *objawy zespołu abstynencyjnego nie są charakterystyczne wyłącznie dla niego samego, imitują bowiem wiele różnych schorzeń*. Szczególnie często myłone bywają z objawami nerwicy.

W niewielkim procencie przypadków (mniej niż 5% hospitalizowanych pacjentów) zespoły abstynencyjne bywają powikłane ostrymi psychozami alkoholowymi takimi jak majaczenie drżenne (delirium tremens) czy ostra halucynozja alkoholowa.

W *zespole abstynencyjnym* bardzo ważne jest właściwe postępowanie diagnostyczne, które pozwoliłoby wykluczyć, towarzyszące niejednokrotnie zespołowi abstynencyjnemu, schorzenia somatyczne takie jak np. krwawk śródczaszkowy, inne zatrucia, infekcje, stany hypo- lub hipertglikemiczne itp. Mogą one bowiem dawać również objawy zaburzeń psychicznych.

Zarówno poważne powikłania somatyczne jak i psychiatryczne (np. majaczenie, halucynozja czy stany depresyjne z tendencjami samobójczymi) muszą być leczone w wyspecjalizowanych ośrodkach.

◆ **Zaburzenia myślenia i zaburzenia spostrzegania** spotykane w przebiegu ostrych i przewlekłych psychoz alkoholowych bywają traktowane jako objawy zaburzeń psychicznych o innej etiologii (egzo- lub endogennych).

Zaburzenia myślenia mogą dotyczyć:

- treści myślenia (urojenia, myśli nadwartościowe, natręctwa)*
- toku myślenia** i myślenia logicznego (tzw. formalne zaburzenia myślenia).

Zaburzenia spostrzegania występują pod postacią omamów i iluzji***.

* *Urojenia* – błędne i niepodlegające korekcji sądy, występujące w przebiegu chorób psychicznych, w tym również w psychozach alkoholowych.

Myśli nadwartościowe – przypisywanie sobie szczególnych możliwości, talentów, znaczenia lub złęgo losu, pokrzywdzenia, odrzucenia.

Natręctwa – objawy polegające na przymusowym przeżywaniu myśli lub impulsów albo wykonywaniu pewnych czynności, przy pełnej świadomości ich absurdalności i mimo wysiłków przeciwstawienia się im.

** Zaburzenia toku dotyczą ilości (zmniejszenie liczby wypowiedzi związane np. z „opustoszeniem” myślenia, zubożeniem zakresu tematów, zahamowaniem lub przyspieszeniem toku, natłokiem myśli – manjuznmem), tempa produkcji myślowej i jej ciągłości.

*** *Omamy* (halucynacje) – patologiczne zjawiska psychiczne polegające na występowaniu doznań zmysłowych (wzrokowych, słuchowych, smakowych, węchowych i czuciowych), które nie są wywołane realnie istniejącym bodźcem.

Iluzje (złudzy, złudzenia zmysłowe) – patologiczne zjawiska psychiczne polegające na znieśnionym postrzeganiu istniejącego realnie źródła zewnętrznego bodźców zmysłowych (wzrokowych, słuchowych, smakowych, węchowych i czuciowych); błędna interpretacja czegoś, zniekształcona subiektywnie ocena sytuacji.

◆ **Halucynozja alkoholowa lub majaczenie alkoholowe*** bywają niekiedy błędnie rozpoznawane jako zaburzenia schizofreniczne**.

Należy wiedzieć, że *halucynozja* jest psychozą, w której na plan pierwszy wysuwają się omamy (halucynacje), którym mogą towarzyszyć urojenia. W przebiegu uzależnienia od alkoholu najczęściej spotykana jest halucynozja słuchowa a znacznie rzadziej dotykowa (tzw. obłąd pasozymiczny).

◆ **Drgawkowe napady abstynencyjne** nazywane też „padaczką alkoholową” (omówione częściowo w rozdziale „Problemy zdrowotne – układ nerwowy”) bywają niekiedy traktowane jako odrębna jednostka chorobowa – padaczka (epilepsja). Wprawdzie napady drgawkowe są w obu przypadkach podobne, jednak napady abstynencyjne występują *wyłącznie* w okresie bezpośrednio po odstawieniu alkoholu i nie pojawiają się w okresie niepicia. W związku z tym nie wymagają przewlekłego leczenia farmakologicznego. Błędne rozpoznanie i zalecenie stosowania leków przeciwpadaczkowych może doprowadzić do kolejnego uzależnienia.

* Patrz rozdział „Problemy zdrowotne – powikłania psychiatryczne”.

** *Zaburzenia schizofreniczne* są grupą psychoz o niejasnej etiologii, których wspólną cechą jest powstawanie mniej lub bardziej wyraźnej, wolniej lub szybciej narastającej *dezintegracji* (schizis – rozszczępienie, rozpad) osobowości. Ponadto cechują się one obecnością tzw. objawów wytwórczych (*zaburzeń myślenia i spostrzegania*) oraz niedostosowanym i spłyconym afektem.

Kilka uwag o leczeniu

Przy okazji rozważań na temat leczenia osób uzależnionych od alkoholu warto skorzystać z mądrości Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Anonimowi Alkoholicy mówią, że *droga do zdrowia* składa się z trzech etapów: *świadomość, akceptacja, działanie* (slogan AA: Awareness, Acceptance and Action). Czyli alkoholik musi najpierw uświadomić sobie, że jest chory, później zaakceptować ten fakt i dopiero wtedy zaczyna działać czyli podejmuje próbę leczenia.

Zanim jednak przejdę do tematu leczenia proponuję zatrzymać się i prześledzić, wyodrębnić nieco szlacznie, kolejne okresy w życiu alkoholika.

Okresy w życiu alkoholika

- ◆ *Okres cierpienia* i nieudanych prób radzenia sobie z nim. Cierpienie wynika najczęściej, mówiąc w sposób niezwykłe uproszczony, z braku umiejętności „życia w zgodzie” z samym sobą i z otoczeniem.

- ◆ *Okres unikania cierpienia* poprzez podejmowanie prób opanowania tej sytuacji przy pomocy alkoholu (*okres „nadhizywania”*) czyli powtarzające się regulowanie swojego samopoczucia przy pomocy alkoholu. Uzyskiwanie, dzięki alkoholowi, ulgi w cierpieniu poprzez redukcowanie czy też usmierzanie (dłumienie) napięcia, niepokoju, lęka, poczucia małej wartości, poczucia winy, smutku czy też tzw. „ból istnienia”, a także osiaganie, dzięki alkoholowi, chwilowej przyjemności i zadowolenia.

- ◆ *Okres uzależnienia* (picia patologicznego, choroby) to okres systematycznego regulowanie swojego samopoczucia przy pomocy alkoholu (alkohol staje się coraz częściej źródłem stanów dobrego samopoczucia i zaczyna

stopniowo wypierać dotychczasowe źródła tych stanów). W miarę rozwoju uzależnienia narasta stopniowo dezorganizacja życia, jednak alkoholik zdaje się tego nie dostrzegać. Dostrzeżenie zagrożeń i postępującej dezorganizacji życia, utrudnia lub nawet uniemożliwia mu system zaprzeczeń (zakłamania) wykorzystujący wspomniane już wcześniej psychologiczne mechanizmy obronne.

- ◆ *Okres leczenia* (alternatywą dla leczenia i zaprzestania picia jest śmierć). Leczeniem będzie realizacja profesjonalnego lub samopomocowego (np. Program Dwuunastu Kroków AA) programu zdrowienia, uwzględniającego również naukę radzenia sobie z tzw. „głodem” alkoholowym oraz poznawanie sposobów zapobiegania powrotowi do picia („potknięciu się”).

- ◆ *Okres utrwalania efektów leczenia* czyli utrwalanie uzyskanej zmiany, ze szczególnym uwzględnieniem nabywania umiejętności zapobiegania nawrotowi choroby. Nawrót rozumiany jest przede mnie jako powrót, po okresie abstinencji i ukończeniu podstawowego programu terapii, do szkodliwych dla zdrowia zachowań (w tym do picia), czyli powtórzenie się sytuacji z okresu przed podjęciem leczenia.

- ◆ *Okres dbałości o zdrowie* (fizyczne, psychiczne, duchowe). Dbłość o stan swojego zdrowia to czynność powszechna, bo przecież prawie każdy z nas stara się dbać o swoje zęby, wkłada ciepłe ubranie żeby się nie przeziębic czy przestrzega diety. Wielu alkoholików, którzy osiągnęli ten etap rezygnują z picia nie dlatego, że choruje na alkoholizm lecz dlatego, że przejawiają dbłość o stan swojego zdrowia i zdrowie to „pielegnują” (*dzięki czemu mogą nadal czuć się zdrowymi i funkcjonować jak zupełnie zdrowy człowiek*).

Motywy podejmowania leczenia i oczekiwania wobec leczenia

Osoby zgłaszające się po pomoc do placówek leczniczo-odwykowych nie czynią tego najczęściej z własnej woli. Wprawdzie podejmując leczenie podkreślają niejednokrotnie dobrowolny charakter swojej decyzji, jednak kiedy zadamy kilka dodatkowych pytań okazuje się, że ich decyzja została wymuszona stanem zdrowia, reakcjami najbliższych, presją przełożonych itp. Kolejne pytania pozwalają stwierdzić, że osoby te liczą najczęściej nie tyle na leczenie uzależnienia ile na pozbycie się przykrych i uciążliwych dolegliwości spowodowanych intensywnym pićm alkoholu (np. objawów przewłokłego zatrucia, objawów zespołu abstynencyjnego czy też schorzeń somatycznych będących niejednokrotnie powikłaniem picia). Okazuje się jednocześnie, że większość z nich

marzy o tym, aby podczas leczenia uzyskać receptę na powrót do normalnego czyli kontrolowanego picia.

Cele jakie stawiają przed sobą terapeuti różnią się na ogół od oczekiwań pacjentów. Terapeuci, poza dążeniem do poprawienia stanu fizycznego, usiłują wpłynąć na zmianę funkcjonowania pacjenta oraz na ograniczenie przez niego konsumpcji alkoholu. W zależności od wyznawanej ideologii podejmowane są działania mające na celu osiągnięcia przez pacjenta możliwie długiej abstynencji (samodzielnej lub wspieranej), zmniejszenia rozmiarów picia (picie rzadsze i w mniejszych ilościach) bądź zmiany sposobu picia poprzez nauczanie tzw. picia kontrolowanego. Warto zaznaczyć, że to ostatnie podejście jest **wyjątkowo kontrolersyjne**, zgodnie z aktualną wiedzą **niemożliwe do zrealizowania i dlatego niezmiernie rzadko spotykane**.

Konsekwencją wspomnianej już wcześniej, wieloczynnikowej koncepcji przyczyn powstawania uzależnienia musi być świadomość, że do leczenia, a więc „porządkowania” poszczególnych obszarów, na których rozwinęła się choroba, niezbędny jest wielodyscyplinarny zespół specjalistów. W zespole tym, obok lekarza (występującego tu głównie w charakterze konsultanta i wykładowcy) powinni znaleźć się psychologowie (lub odpowiednio przeszkoleni specjaliści pedagogiki, resocjalizacji, socjologii itp.), pracownicy socjalni, osoby duchowne, specjaliści od problematyki rodzinnej, rekreacji i prawidłowego żywienia. Szczególna rola przypada w tym zespole, odpowiednio przeszkolonym, instruktorom terapii uzależnień wywodzącym się najczęściej spośród niepijących od wielu lat alkoholiczków.

Odrucenie Przed rozpoczęciem psychoterapii uzależnienia od alkoholu konieczne jest względne „porządkowanie”
– detoksykacja spraw związanych ze stanem fizycznym (soma-

tycznym) i psychicznym a więc usunięcie zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej, uzupełnienie niedoborów żywieniowych i witaminowych, a szczególnie usunięcie objawów zespołu abstynencyjnego.

Sposób leczenia alkoholowego zespołu abstynencyjnego zależy od nasilenia jego objawów*. W zespole abstynencyjnych słabo nasilonych wystarczające jest zazwyczaj odizolowanie pacjenta od alkoholu i nawadnianie drogą doustną (woda mineralna, soki zawierające duże ilości jonów potasu

* przy ocenie nasilenia alkoholowego zespołu abstynencyjnego można wykorzystać skalę Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – revised (CIWA-A-r)

oraz fruktozę). Przy bardziej nasilonych objawach abstynencyjnych, odwodnieniu i wymiotach należy rozważyć dożylnie podawanie płynów (płyn wielelektrolitowy, roztwory glukozy i soli fizjologicznej). W zespole abstynencyjnym o znacznym nasileniu należy podawać dożylnie, pod kontrolą diurezy*, ok. 2 litrów płynów na dobę. We wszystkich przypadkach wskazane jest podawanie doustne lub domięśniowe witamin z grupy B.

Spośród leków uspokajających (anksjolityków) podawanych w alkoholowych zespołach abstynencyjnych najczęściej stosowane są pochodne benzodiazepiny (diazepam, klorazepat, lorazepam) oraz kłometiazol (femineuryna). Należy jednak pamiętać, że *leki te mogą spowodować uzależnienie* i dlatego powinny być stosowane przez bardzo krótki okres czasu. Dawki benzodiazepin nie powinny przekraczać 30 mg diazepam (relanium) lub jego ekwiwalentu na dobę.

W alkoholowych zespołach abstynencyjnych powikłanych napadami drgawkowymi poza nawadnianiem, uzupełnianiem witamin i leczeniem zaburzeń somatycznych należy stosować dożylnie lub domięśniowo benzodiazepiny lub karbamazepinę. Stany te mogą wymagać leczenia szpitalnego o ile po napadzie utrzymują się zaburzenia świadomości, miały miejsce tzw. napady gromadne, po poprzednich napadach wystąpiła ostra psychoza alkoholowa oraz jeżeli pacjent doznał urazu czaszki.

Cele realizowane w trakcie

psychoterapii uzależnienia:

◆ przyswojenie wiedzy na temat:

- substancji psychoaktywnych oraz objawów uzależnienia od nich;
- związku między używaniem alkoholu (i innych substancji psychoaktywnych) a negatywnymi zjawiskami zdrowotnymi (w stanie fizycznym, psychicznym, duchowym), rodzinnymi, zawodowymi, materialnymi, prawnymi itp.;
- spowodowanych przez alkohol zaburzeń przebiegu procesów myślenia, których następstwem jest wyciąganie niewłaściwych wniosków oraz podejmowanie niekorzystnych dla siebie decyzji;
- ukształtowanego przez zaburzone procesy myślowe fałszywego obrazu życia z alkoholem, który to obraz służy podtrzymywaniu picia pomimo oczywistych strat jakie ono powoduje;
- konieczności naprawiania, w przebiegu procesu zdrowienia, różnorodnych szkód spowodowanych pićem alkoholu;

* diureza – wydzielenie moczu.

- konieczności przyjęcie osobistej odpowiedzialności za przebieg procesu zdrowienia jako warunku skuteczności tego procesu;
- ◆ „*porządkowanie*” *życia uczuciowego*
 - nauka rozpoznawania, nazywania i adekwatnego wyrażania własnych uczuć;
 - uzyskanie świadomości, że niektóre stany emocjonalne (np. wstyd, poczucie winy, złość, samotność, brak zaufania) pogarszają samopoczucie i mogą pociągać za sobą picie alkoholu;
 - uzyskanie świadomości, że osłabione (a często zerwane) związki emocjonalne z najbliższymi wpływają niekorzystnie na wzajemną komunikację, a tym samym utrudniają (uniemożliwiają) pozytywny wpływ tych osób na funkcjonowanie alkoholika;
- ◆ „*porządkowanie*” *życia duchowego*
 - zrozumienie czym jest duchowość oraz odróżnienie jej od religijności;
 - weryfikacja własnego systemu wartości;
 - budowa pozytywnej wizji siebie samego oraz swojego dalszego życia;
 - wyszukanie kogoś lub czegoś silniejszego od siebie tj. własnej Siły Wyższej, która pomoże w zatrzymaniu choroby, będzie wspomagać proces zdrowienia oraz dalszą dbałość o zdrowie;
- ◆ *weryfikacja zachowań*
 - znalezienie zależności między piciem alkoholu a własnymi zachowaniami;
 - uzyskanie świadomości, że niektóre zachowania pociągają za sobą picie alkoholu;
 - uzyskanie świadomości, że do zaprzestania picia konieczna jest modyfikacja niektórych zachowań oraz nauka nowych;
- ◆ „*porządkowanie*” *relacji społecznych*
 - nabycie umiejętności niezbędnych do lepszego rozumienia samego siebie i swojego funkcjonowania oraz lepszego komunikowania się i współbrzmienia z innymi ludźmi;
 - przebudowa dotychczasowych relacji z otoczeniem (bliskim i dalszym);
 - budowa nowych związków z osobami, które nie używają alkoholu w sposób destrukcyjny;
 - nabycie umiejętności korzystania, w procesie zdrowienia, z pomocy innych ludzi w osobach głównie profesjonalistów i trzeźwiejących alkoholków;

- nabycie umiejętności umożliwiających rozpoznawanie sytuacji zagrożających powrotem do picia;

Realizując powyższe cele należy zawsze pamiętać o realizacji zadań

- ◆ *w zakresie zdrowia fizycznego*
 - kontynuacja leczenia zmian somatycznych i systematyczna kontrola u odpowiedniego lekarza specjalisty;
 - odzyskanie sprawności fizycznej;
 - prowadzenie racjonalnego trybu życia (praca, odpoczynek, nauka właściwego odżywiania).

Programy zdrowienia

Profesjonalne programy zdrowienia, planowane są na okres wielu miesięcy a nawet lat. Początek ich stanowią najczęściej paro- lub kilkutygodniowe, intensywne i ustrukturalizowane oddziaływania prowadzone w warunkach stacjonarnych bądź intensywne programy ambulatoryjne obejmujące 16-20 godzin zajęć tygodniowo. Leczenie stacjonarne osób uzależnionych, w odróżnieniu od leczenia szpitalnego innych schorzeń, nie jest przeznaczone dla szczególnie ciężkich bądź „beznadziejnych” przypadków. Warunki stacjonarne umożliwiają bowiem *zwiększenie intensywności zajęć* a poprzez to osiągnięcie w znacznie krótszym czasie tego co dają wielomiesięczne programy ambulatoryjne. Drugi etap to uczestniczenie w programie opieki poszpitalnej czyli terapia uzupełniająca bądź podtrzymująca, prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Wiele placówek ambulatoryjnych proponuje programy terapeutyczne zawierające jedynie 2-4 godziny zajęć tygodniowo dla pacjenta. Proces zdrowienia przebiega w nich na ogół znacznie wolniej ze względu na niewielką intensywność spotkań.

Niezmiernie cennym uzupełnieniem, zarówno stacjonarnych jak i ambulatoryjnych form terapii, jest Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholków. Stąd większość ośrodków terapeutycznych zaleca swoim pacjentom uczestniczenie w spotkaniach Wspólnoty AA a ich bliskim udział w grupach Al-Anon i Alateen. Znane są również liczne przypadki zaprzestania picia i zdrowienia, wyłączenie w oparciu o ten Program. Dla części pacjentów i ich rodzin korzystne mogą okazać się kontakty z klubem abstynenta, o ile posiada on prowadzony profesjonalnie program terapeutyczny.

Ponieważ uzależnienie od alkoholu jest chorobą „demokratyczną”, może zapaść na nią każdy, bez względu na płeć, wiek, poziom intelektualny,

wykształcenie i uprawiany zawód. Każdemu też konieczna jest pomoc w powrocie do zdrowia. Wiadomo, że pacjentkami ośrodków leczenia uzależnień były tak sławne aktorki jak Liz Taylor czy Liza Minelli. Natomiast na ośmiu amerykańskich pisarzy, którzy otrzymali nagrodę Nobla, pięciu było alkoholikami. Problemy z alkoholem miały tak sławne i wspaniałe osoby jak William Faulkner, John Steinbeck, Ernest Hemingway, Edgar Poe, Scott Fitzgerald czy Jack London.

Model

Minnesota Dużą popularność zyskało sobie w Polsce podejście do alkoholizmu i jego leczenia wg tzw. Modelu Minnesota, a więc:

- traktowanie alkoholizmu jako choroby niezawinionej, pierwotnej (nie jest to przejaw innych zaburzeń, po których rozwiązaniu przestanie ona istnieć), postępującej, przewlekłej i śmiertelnej, na której powstanie złożyło się wiele czynników (polietiologia);
- przekonanie, że wstępna motywacja nie decyduje o przebiegu i wynikach leczenia;
- uznawanie, że jednym z najważniejszych objawów choroby jest zaprzeczenie (często słyszy się, że *alkoholizm to choroba zaprzeczeń i nawrotów*), przy czym zaprzeczanie istnienia choroby dotyczy również otoczenia chorego;
- dążenie do umożliwienia pacjentowi identyfikacji z objawami choroby oraz wywołanie potrzeby dokonania zmian w jego życiu;
- stawianie jako cel długofalowy dożywniej abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych;
- wielodyscyplinarny zespół terapeutów z profesjonalnie przeszkolonymi trzeźwiąjącymi alkoholikami „w roli głównej”;
- wykorzystywanie filozofii Wspólnoty Anonimowych Alkoholików oraz Programu Dwunastu Kroków;
- włączenie do procesu terapeutycznego osób najbliższych.

Przy założeniu, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą nieuleczalną (w rozumieniu niemożności powrotu do picia kontrolowanego) proponowane, w ramach tego modelu, postępowanie nie może zakończyć się wyliczeniem. Z tego względu powinno być ono traktowane nie jako leczenie ale raczej jako pomoc w radzeniu sobie z chorobą i pomoc w uruchomieniu istniejących w człowieku rezerw umożliwiających zmianę odczuwania, przeżywania, reagowania, zachowań itp. Należałoby więc

postrzegać je bardziej jako opiekę czy doradztwo niż jako tradycyjnie rozumiane leczenie.

Dieta

Ważną rolę w procesie zdrowienia z alkoholizmu odgrywa odpowiednia dieta. Organizm musi bowiem, w możliwie dużym stopniu, odbudować to wszystko co uległo niszczeniu podczas wielu lat picia. Do tego celu należy dostarczyć mu odpowiedniej ilości białka, składników mineralnych (m.in. soli wapnia, magnezu, seleniu, cynku, litu itp.) oraz witamin (głównie z grupy B oraz A, C, E) ograniczając jednocześnie podaż węglowodanów (eliminując tzw. oczyszczone przemysłowo węglowodany i zmniejszając ilość spożywnych węglowodanów naturalnych) oraz stosując dietę niskotłuszczową.

Szczególnie niebezpieczne są wahania poziomu cukru we krwi ponieważ towarzyszą im stany niepokoju, drażliwości, obniżenia nastroju, uczucie zmęczenia i bezsenność. Jednocześnie, niski poziom cukru, wywołuje tak nienie takie substancji jak alkohol i stodycze, które jak wiadomo podnoszą poziom cukru i łagodzą te nieprzyjemne dolegliwości.

Dieta zdrowiejącego alkoholika powinna składać się z trzech podstawowych posiłków dziennie i trzech tzw. przekąsek między posiłkami. Posiłki powinny być przygotowane bez cukru, białej mąki i innych oczyszczonych węglowodanów. Należy absolutnie unikać cukru, syropów, miodu oraz na ile to jest możliwe, środków konserwujących stosowanych w wielu przetworach.

◆ Produkty, których należy absolutnie unikać:

1. Napoje alkoholowe pod jakąkolwiek postacią.
2. Cukier, miód, lody, wszystkie puszkiowane przetwory (owoców i warzyw) zawierające dodatek cukru, ketchup i inne przyprawy z dodatkiem cukru.
3. Napoje i soki z dodatkiem kofeiny lub cukru.
4. Kawa i mocna herbata (powodują gwałtowne skoki poziomu cukru we krwi).
5. Lekarstwa z kofeiną oraz syropy przeciwkaszlowe zawierające alkohol.

◆ Produkty, które można spożywać okazjonalnie:

1. Suszone owoce: rodzynki, daktyle, śliwki itp.
2. Wyroby mięsne jak: kiełbasa, szynka, boczek (wszystko chude).
3. Wyroby mączne i zbożowe, ale nie z mąki pszennej.

◆ **Produkty, które należy spożywać:**

1. Świeże mięso, ryba, drób.
2. Nabiał: mleko, naturalny jogurt, sery.
3. Orzechy i nasiona (bez dodatków soli).
4. Pechoziarliste pieczywo (razowe) i produkty mączne z mąki żytniej.
5. Świeże owoce i warzywa oraz naturalne soki najlepiej codziennie.
6. Niskocukrowe napoje i produkty o niskiej zawartości cukru.
7. Kawa bezkofeinowa (lub zbożowa) oraz herbaty owocowe i ziołowe.
8. Naturalne witaminy i składniki mineralne dostępne obecnie w skle-
pach ze „zdrową żywnością”.

Środki

farmakologiczne

Leki stosowane są u alkoholików najczęściej podczas kuracji odtruwającej (tzw. detoksykacji). Umożliwiają one bowiem złagodzenie lub usunięcie objawów zespołu abstynencyjnego oraz innych powikłań fizycznych i psychicznych powsta-
łych na skutek intensywnego spożywania alkoholu. Przygotowują więc „grunt” do rozpoczęcia omówionego wyżej leczenia właściwego (nazywa-
nego przez niektórych rehabilitacją).

W ostatnich latach poświęca się bardzo dużo uwagi środkom, które wpływają hamująco na tzw. „przymus” picia alkoholu etylowego poprzez zmniejszenie nasilenia „głodu” alkoholowego bądź osłabiają „nagradza-
jące” działanie alkoholu*. Są wśród nich środki aktywizujące przekazywanie serotoninerгіczne, środki działające na receptory dopaminergiczne**
bądź opioidowe, antagonisty kanałów wapniowych itp. Działanie tych środków polega m.in. na łagodzeniu objawów depresji (depresja może być jednym z czynników ułatwiających nawrót picia), zmniejszeniu funk-
cji poznawczych (poprawa ta może niekiedy ułatwić rozwiązywanie pro-
blemów psychologicznych) oraz na hamowaniu euforyzującego działania
alkoholu.

* Alkohol etylowy aktywuje komórki nerwowe należące do tzw. systemu nagrody (*rewarding system*) czyli znajdujące się w mózgu układu związanego z subiektywnie przyjem-
nym odczuwaniem bodźców.

** Serotonina i dopamina są to neuroprzekazniki czyli naturalne związki chemiczne pośred-
niczące w przekazywaniu stanów pobudzenia lub hamowania między komórkami nerwo-
wymy.

Skuteczność podawania środków o działaniu „uczulającym”, takich jak disulfiram (Anticol, Esperal)*, jest ostatnio coraz poważniej kwestionowa-
na. Środki te nie leczą bowiem uzależnienia lecz wymuszają abstynencję
poprzez stworzenie groźby wystąpienia objawów ostrego zatrucia aldehy-
dem octowym, który w procesie spalania powstaje z alkoholu etylowego
i jest wielokrotnie bardziej toksyczny niż sam alkohol etylowy. Jednoce-
śnię są one niebezpieczne ze względu na charakter działania i wywoływa-
ne reakcje takie jak: duszność, przyspieszenie czynności serca i niemiaro-
wość, wahania ciśnienia krwi, niekiedy zaburzenia świadomości a nawet
zapaść.

Implantowanie (wszczepianie) podskórne disulfiram przestało być
w Polsce „metodą” leczenia. Szanujące się, profesjonalne placówki lec-
nictwa odwykowego, dysponujące programami psychoterapii uzależnienia
i współuzależnienia, już dawno odstąpiły od implantowania disulfiram
(esperalu). Wszczepienia disulfiram dokonywane są natomiast dość ma-
sowo przez lekarzy (głównie tzw. „zabiegowców”), którzy nie mają pod-
stawowej wiedzy na temat uzależnień i ich leczenia. Na ogół dzieje się to
pod silną presją rodziny, która chce trochę „odpuścić” od pijącej osoby
i nie zdaje sobie sprawy z tego, że **wymuszenie implantacji odsunnie na
plan dalszy decyzję o podjęciu poważnego, profesjonalnego leczenia.**

Zarówno badacze jak i praktycy są zgodni co do tego, że **stosowanie
jakichkolwiek środków farmakologicznych, bez względu na ich skład
chemiczny i profil działania, nie może być traktowane jako leczenie
uzależnienia od alkoholu.** W określonych i rozpatrywanych indywidual-
nie przypadkach środki te mogą jedynie okresowo wspierać proces psy-
choterapii uzależnienia.

Skuteczność W rozważaniach na temat skuteczności leczenia zespołu
uzależnienia od alkoholu, najczęściej eksponowane jest
leczenia kryterium długości abstynencji. Śląd też większość pro-
gramów terapeutycznych kładzie szczególny nacisk na zasadę utrzymywa-
nia, przez pacjenta, całkowitej abstynencji od alkoholu. Jednocześnie wia-
domo, że uzyskanie, w miarę obiektywnego, obrazu efektów leczenia

* „Uczulenie” polega na zablokowaniu działania dehydrogenazy aldehydowej (ALDH) tj.
enzymu, który przekształca wyjątkowo toksyczny produkt rozkładu alkoholu jakim jest al-
dehyd octowy do kwasu octowego.

możliwe jest jednak dopiero wówczas, kiedy zostaną uwzględnione również takie czynniki jak ogólna kondycja fizyczna i psychiczna osoby leczonej, jej funkcjonowanie rodzinne i zawodowe, stabilizacja materialna a także zmiana sposobu picia po leczeniu (np. częstotliwość picia, liczba dni z alkoholem i bez, ilości wypijanego alkoholu, długość „ciągów” oraz związany z tym czas po jakim osoba pijąca zaczyna poszukiwać pomocy itp.). Część badaczy podkreśla, że utrzymywanie abstynencji nie musi iść w parze z poprawą funkcjonowania społecznego. Poprzez poprawę funkcjonowania społecznego można rozumieć m.in. bardziej regularną pracę, ograniczenie kontaktów z dotychczasowym środowiskiem, ograniczenie lub zaprzestanie agresywnych zachowań w stosunku do otoczenia, ponowne włączenie się w sprawy domowe i udzielanie pomocy w utrzymywaniu rodziny, ograniczenie lub rezygnacja z działań sprzecznych z prawem a także większa dbałość o stan własnego zdrowia, swój wygląd zewnętrzny czy o warunki mieszkaniowe.

Porównywanie badań efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest niezwykle trudne, ponieważ badane grupy różnią się między sobą pod wieloma względami. Różnią się m.in. pod względem stanu zdrowia ich członków, nasilenia objawów i czasu trwania uzależnienia, motywacji do leczenia, dotychczasowych doświadczeń terapeutycznych itp. Porównywanie grupy może również różnicować niejednorodność pod względem płci, wieku i statusu socjalnego ich uczestników.

Z badań przeprowadzonych przez Millera i Hestera wynika, że 1/3 pacjentów osiąga, po odbyciu leczenia, trwałą abstynencję a 1/3 poprawę funkcjonowania bez utrzymywania całkowitej abstynencji. Zdaniem innych badaczy 2/3 osób leczonych z powodu alkoholizmu uzyskuje poprawę, aczkolwiek wyznacznik sukcesu zależy od przyjętego kryterium. Przeprowadzone przed wieloma laty, w placówkach lecznictwa odwykowego w Polsce, badania oceniały skuteczność terapii stacjonarnej mierzoną długością abstynencji na 11% po upływie roku i 4% po upływie 3 lat, 24% po upływie jednego roku oraz „bardzo dobry wynik” u 28,4%. Badania te oceniały jednak bardziej skuteczność pobytów i kontaktów z placówkami lecznictwa odwykowego niż leczenia, które ograniczało się wówczas do podawania disulfiramu i tzw. ergoterapii. Wstępne wyniki badań skuteczności leczenia osób uzależnionych od alkoholu, prowadzonych w ostatnich latach przez Instytut Psychologii Zdrowia PTP wskazują na to, że skuteczność leczenia w Polsce uległa wyraźnej poprawie.

Jednocześnie szacuje się, że około 10-20% osób pijących w sposób problemowy zaprzestaje picia bez profesjonalnego leczenia. Poza leczeniem, na zaprzestania picia, wpływają bowiem np. motywy religijne czy też udział w ruchach samopomocy. Część badaczy podkreśla ścisły związek pomiędzy utrzymywaniem abstynencji a uczestnictwem w spotkaniach grup samopomocowych, w tym grup Anonimowych Alkoholików.

Badania porównawcze rodzajów i warunków leczenia wykazują brak istotnych różnic w osiągniętych efektach. Zdaniem wielu badaczy najskuteczniejszą zależność zachodzi między pozytywnym efektem leczenia a terapią dostosowaną do indywidualnych cech i potrzeb pacjenta oraz korzystaniem z opieki poszpitalnej. Znaczenie opieki poszpitalnej wynika m.in. stąd, że bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego i po powrocie do dotychczasowego środowiska grozi pacjentowi szczególnie wiele niebezpieczeństw. Istotne znaczenie dla skuteczności leczenia może mieć również wpływ pacjenta na wybór metody. Nie bez znaczenia jest również ilość (intensywność) i jakość oddziaływań terapeutycznych jakim poddany został pacjent. Raporty z badań przekazują przeważnie bardzo ogólnikowe informacje na temat programów terapeutycznych, które były przedmiotem ewaluacji. Wiadomo jednocześnie, że nie dopracowano się jeszcze takiego programu terapeutycznego, który byłby skuteczny dla wszystkich pacjentów.

Czy alkoholik powinien czuć się chorym do końca życia?

Wprawdzie każda odpowiedź na to pytanie będzie kontrowersyjna, jednak proponuję spojrzeć na to zagadnienie, towarzysząc alkoholikowi w drodze prowadzącej od zaprzeczenia choroby aż do decyzji „chcę nie pić”.

nie czuję się chory (zaprzeczanie), a więc > MOGĘ PIĆ
może jestem chory? i w związku z tym > **czy mogę pić?**
chyba jestem chory, bo przecież leczę się i dlatego > **nie powinienem pić**
jestem chory, moja choroba nie jest uleczalna, a więc > **nie mogę pić**
zdrowieję i nie chcę już więcej chorować, a więc > **nie chcę pić**
nie czuję się chory, chcę być nadal zdrowy > CHCĘ NIE PIĆ

Potraktowanie niepicia nie jako nakazu (tak jak to było w początkowym okresie powstrzymywania się od alkoholu) lecz jako nowej, własnej potrzeby, mobilizuje do dalszej dbałości o zdrowie. Tak patrząc na chorobę i proces zdrowienia można pokusić się o stwierdzenie, że alkoholik nie musi, do końca swojego życia czuć się chorym, chociaż jego *choroba nie jest uleczalna i trwa do końca życia*.

Leczenie kobiet

Wprawdzie nie ma istotnych różnic w podejściu do leczenia mężczyzn i kobiet, jednak wiadomo, że u kobiet uzależnionych częściej spotykamy:

- błędy w diagnozowaniu (rozpoznanie depresji bądź nerwicy zamiast uzależnienia),
- większe niż u mężczyzn poczucie wstydu i winy (przyznanie się do alkoholizmu może być traktowane jako świadectwo niepowodzenia w roli matki czy żony)
- lęk przed napiętnowaniem,
- obawa przed utratą (odsunięciem od) dzieci,
- sprzeciw rodziny wobec propozycji leczenia (wstyd przed otoczeniem),
- trudności w zapewnieniu opieki nad dziećmi na czas leczenia.

Dodatkowym problemem jest brak specyficznego dla kobiet programów terapeutycznych a ponieważ większość uczestników grupy terapeutycznej stanowią na ogół mężczyźni sprawy istotne dla kobiet są często pomijane podczas leczenia. Ponadto kobiety chętniej wybierają terapię indywidualną bowiem chcą uniknąć społecznego piętna „alkoholiczki”

Oferta dla osób nieuzależnionych

W wielu krajach opracowane zostały programy pomocy osobom, które piją szkodliwie czy ryzykownie i jeszcze nie są uzależnione. Kwalifikacja do takich programów musi być poprzedzona przeprowadzeniem bardzo szczegółowego wywiadu diagnostycznego, którego celem jest wykluczenie obecności objawów pozwalających na rozpoznanie uzależnienia od alkoholu. Osobom tym proponuje się m.in. tzw. trening powściągliwości czy też terapię umiarkowanego picia. Ta ostatnia ma nauczyć samokontroli poziomu spożycia alkoholu, nowych nawyków, odnawiania alkoholu oraz podejmuje próbe wypracowania nowej postawy życiowej. Postawienie niewłaściwej diagnozy i uczenie osób uzależnionych od alkoholu picia kontrolowanego może zakończyć się tragicznie.

Obowiązek leczenia

Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 roku „podanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne” (art. 21.2). W określonych sytuacjach (art. 24) możliwe jest zobowiązanie przez sąd do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego (art. 26).

Ponieważ zdarzają się rozbieżności w interpretacji artykułów dotyczących obowiązku leczenia należy wiedzieć, że pracowników lecznicztwa odwykowego w Polsce obowiązują zalecenia Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W opracowanej w 1989 roku, przez Instytut opinii „W sprawie obowiązków zakładów służby zdrowia oraz zasad postępowania wobec osób zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu” zwrócono uwagę na to, że: „stosunek obowiązku rozgrywa się (...) pomiędzy sądem a osobą w sytuacji, w której orzeczono obowiązek leczenia”. W związku z tym, „placówki służby zdrowia pełnią w obecnym systemie wyjątkowo funkcje rozpoznawcze, lecznicze i rehabilitacyjne traktując tak samo pacjenta dobrowolnie, go jak i realizującego nałożony przez sąd obowiązek leczenia, tyle tylko, że lekarz nie może wypisać na własne żądanie pacjenta lecznego w trybie obowiązkowym, a jeśli pacjent samowolnie przerwie leczenie zakład leczniczy zawiadamia sąd”.

Osoby zobowiązane przez sąd do poddania się leczeniu odwykowemu w lecznictwie ambulatoryjnym powinny być kwalifikowane do grup poradniowych opieki czynnej tylko wówczas, kiedy spełniają kryteria zakwalifikowania do takich grup i jeżeli, uwzględniając zasoby poradni, istnieje faktyczna możliwość sprawowania takiej opieki.

Lecnictwo odwykowe w Polsce

Rys historyczny

Na potrzeby objęcia alkoholików opieką oraz konieczność ich leczenia, jako pierwszy w Polsce, zwrócił uwagę w 1818 r. ojciec polskiej alkoholologii – dr Jakub Szymkiewicz. Zapropował tworzenie dla alkoholików (nazywanych jeszcze wówczas pijakami) „specjalnych instytutów i domów poprawy”. W swoim „Dziele o pijactwie” zaproponował szereg sposobów odzwyczajania od alkoholu takich jak np. dodawanie do wódki środków wykrztuśnych, zmniejszanie ilości wypijanej wódki poprzez zmniejszanie pojemności tego samego kieliszka, do którego wkapuje się codziennie po jednej kropli laku, „refleksje przelozonych i rekolekcje duchowe” oraz kary cielesne. Nieco później, bo w 1882 roku, znany polski psychiatra Adolf Rothe zaproponował tworzenie „ochronek dla pijaków”.

Pierwszy na świecie zakład leczniczy dla alkoholików otwarty został w 1857 r. w Bostonie (USA). Trzydzieści lat później takich zakładów było już w USA około 50. W tym samym, mniej więcej czasie powstały podobne zakłady w Niemczech, Szwajcarii i Anglii.

Pierwszy na ziemiach polskich, zakład leczenia alkoholików powstał w roku 1905 r. w Gościńcicach (zabór pruski), natomiast pierwsza poradnia „przeciwalkoholowa” powstała w Poznaniu w 1907 roku. W 1934 r., na terenie Polski, funkcjonowało 13 poradni odwykowych („przeciwalkoholowych”). W dwa lata po zakończeniu wojny funkcjonowały tylko dwie poradnie, natomiast w 1948 r. było ich już 15. W 1955 r. funkcjonowało 79 poradni a w 1967 r. było ich 385, natomiast na potrzeby leczenia alkoholików wydzielono 1226 łóżek szpitalnych.

Baza lecznictwa Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w roku 1996 roku, funkcjonowały na terenie Polski 523 zakłady lecznictwa odwykowego (426 poradni odwykowych, 63 oddziały całodobowe, 11 oddziałów detoksykacyjnych, 16 oddziałów dziennych oraz 7 placówek innego typu np. hosteli).

Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii nieco różnią się od danych PARPA. Wynika z nich, że w roku 1996, na terenie Polski funkcjonowało 491 zakładów lecznictwa odwykowego (421 poradni odwykowych, 54 oddziały całodobowe, 5 oddziałów dziennych oraz 11 oddziałów detoksykacyjnych). Dane te wykazują również, że liczba łóżek dla osób uzależnionych od alkoholu wynosiła w 1996 roku – 2.894 w tym: 2.589 w oddziałach odwykowych całodobowych i 305 w 11 oddziałach detoksykacyjnych. Wykorzystanie łóżek odwykowych wahało się w ostatnich latach w granicach 70-90%, a średni czas pobytu w oddziale wynosił 3-5 tygodni.

W 1996 roku na terenie Polski funkcjonowało 5 dziennych oddziałów odwykowych dysponujących 74 miejscami.

Wśród osób leczonych w 1996 roku w poradniach odwykowych z rozpoznananiem zespołu uzależnienia od alkoholu i psychoz alkoholowych kobiety stanowiły 16% ogółu, a wśród leczonych po raz pierwszy – 20%.

Osoby leczone po raz pierwszy stanowiły ok. 35% wszystkich leczonych z tymi rozpoznaniem.

Precyzyjne określenie rzeczywistej liczby osób leczonych w zakładach lecznictwa odwykowego nie jest możliwe, bowiem część tych osób korzysta równoległe z opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej bądź jest rejestrowana jednocześnie w paru placówkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Szacuje się, że liczba osób leczonych w zakładach odwykowej opieki zdrowotnej waha się prawdopodobnie w granicach 100-120 tys.

Lecnictwo w świetle prawa Zasady opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu oraz członkami ich rodzin reguluje ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 26 października 1982 r. (wraz z późniejszymi nowelizacjami) oraz towarzyszące jej przepisy wykonawcze. Wśród tych ostatnich na szczególną uwagę zasługują Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1998 roku w sprawie zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w spa-

wowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. Nr 37, poz. 216).

Rozporządzenie określa m.in. zasady funkcjonowania zakładów lecznicstwa odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin oraz rodzaje i organizacje tych jednostek a także kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu i współuzależnionym.

W świetle Rozporządzenia zakładami lecznictwa odwykowego są: wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (w jej skład wchodzić powinna poradnia dla osób uzależnionych od alkoholu oraz poradnia dla osób współuzależnionych), poradnia dla osób z problemami alkoholowymi, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu, dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu oraz ośrodek terapii uzależnień od alkoholu (§ 4). Oddziałem leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych może kierować wyłącznie lekarz (§ 8 ust. 2). Zakładem lecznictwa odwykowego (za wyjątkiem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych) ma prawo kierować osoba z wyższym wykształceniem, która posiada kwalifikacje zawodowe uzyskane w szkoleniu specjalistycznym w zakresie terapii uzależnień (§ 2 ust. 4). Kwalifikacje te powinny być potwierdzone certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień (§ 18 ust. 2).

Określeniem warunków udzielania świadczeń przez zakłady lecznictwa odwykowego, zasad realizacji specjalistycznych programów szkoleniowych w zakresie terapii uzależnień oraz opracowaniem systemu przyznawania certyfikatów zajmuje się Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii (§ 12 i § 18 ust. 3).

Placówki podstawowej opieki zdrowotnej (przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie) zostały zobligowane przez to Rozporządzenie do wczesnego rozpoznawania ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu, wynikających z tego szkód zdrowotnych, podejmowania interwencji w celu ograniczenia picia alkoholu oraz udzielania podstawowych świadczeń leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu i współuzależnionym. Placówki te powinny współdziałać z zakładami lecznictwa odwykowego oraz punktami konsultacyjno-informacyjnymi tworzonymi przez organy samorządu terytorialnego oraz organizacje społeczne (§ 15).

Zgodnie z art. 21 ust. 3 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – świadczenia zakładów społecznych służby zdrowia na rzecz osób uzależnionych od alkoholu są w zakresie leczenia odwykowego bezpłatne. Prawo do bezpłatnych świadczeń w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki mają również członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu (art. 23).

Samopomoc

Z tzw. systemami oparcia spotykamy się na każdym niemal kroku, jednak nie zawsze mamy świadomość, że to o nie właśnie chodzi. Naturalnymi i najbardziej rozpowszechnionymi systemami oparcia są dla człowieka – małżeństwo i rodzina. Innymi przykładami tych systemów mogą być grupy religijne, grupy służące osobom cierpiącym (np. osobom niepełnosprawnym), grupy służb ochotniczych (np. zajmujące się udzielaniem pomocy osobom starszym bądź samotnym) czy też grupy samopomocy (wzajemnej pomocy). Zatrzymamy się jednak tylko na tych ostatnich.

Kiedy przyjrzymy się bliżej okazuje się, że grupy samopomocy dają ogromną korzyść swoim członkom bowiem umożliwiają im:

- emocjonalne oraz społeczne oparcie i zrozumienie;
- akceptację problemu;
- opanowanie urazu będącego skutkiem zaistniałego problemu;
- poszerzenie wiedzy o wspólnym problemie i uzyskanie pomocy w jego lepszym zrozumieniu;
- rozbudzenie terapeutycznych możliwości członków poprzez poznanie praktycznych sposobów radzenia sobie z problemem;
- zapanowanie nad losem, co jest wynikiem wzajemnego wspierania się i zaspokajania zbliżonych potrzeb;
- osiągnięcie, poprzez kontakt i wspólne działania z osobami mającymi ten sam problem, psychospołecznego substytutu tego co się utraciło;
- stworzenie nowego układu stosunków i nowego sposobu życia.

W grupie samopomocy obowiązuje zasada równości i stąd wszyscy jej członkowie mają taki sam status. Uczestnictwo w grupie jest całkowicie dobrowolne, każdy z uczestników decyduje o sobie, natomiast grupa odpo-

wiedzialna jest wyjątkowo za własne decyzje. Każdy, kto przystępuje do grupy robi to ze względu na swoje własne problemy a jednocześnie czuje się w niej bezpiecznie, bowiem omawiane sprawy i poruszane problemy nie mają prawa „wyjść” poza grupę.

Początków idei samoorganizowania się i samopomocy alkoholików należałoby doszukiwać się w połowie wieku XIX, kiedy to w Stanach Zjednoczonych, w mieście Baltimore powstało Stowarzyszenie im. Jerzego Waszyngtona (*Washingtonian Society* – 1840 r.). Początkowo jego członkami byli wyłącznie alkoholicy, którzy próbowali sobie wzajemnie pomagać. Z czasem Stowarzyszenie podjęło dodatkowe działania, związane ze zmianą amerykańskich obyczajów w dziedzinie picia alkoholu, a niektórzy członkowie Stowarzyszenia zaczęli zajmować się również innymi problemami społecznymi oraz polityką (m.in. zaangażowali się w walkę o zniesienie niewolnictwa). W szeregach Stowarzyszenia coraz częściej można było spotkać działaczy politycznych i społecznych, zarówno alkoholików jak i niealkoholików. Wprawdzie w pewnym okresie liczba członków przekroczyła 100.000 osób, jednak ze względu na poszerzenie zakresu zainteresowań Stowarzyszenie utraciło wkrótce zdolność pomagania alkoholikom. To doświadczenie wykorzystane zostało później przez AA podczas tworzenia Tradycji Anonimowych Alkoholików (Tradycja 6: „Grupa AA nie powinna popierać, finansować ani używać nazwy AA żadnym pokrewnym ośrodkiem ani jakimkolwiek przedsiębiorstwom, ażeby problemy finansowe, majątkowe lub sprawy ambicjonalne nie odrywały nas od głównego celu” i Tradycja 10: „Anonimowi Alkoholicy nie zajmują stanowiska wobec problemów spoza Wspólnoty, ażeby imię AA nie zostało uwikłane w publiczne polemiki”).

Najbardziej znanymi grupami samopomocowymi osób związanych z problemem alkoholowym są: Wspólnota Anonimowych Alkoholików, Grupy Rodzinne Al-Anon i Alateen oraz kluby abstynenta.

Anonimowi
W ostatnich latach XIX wieku, za sprawą luterńskiego pastora z Pensylwanii – dr. Franka Buchmana, powstała w

Alkoholicy
Anglii „Chrześcijańska Wspólnota Pierwszych Wieków” (First Century Christian Fellowship). Z niej wyłoniła się w 1921 r. (1908 r.?) tzw. Grupa Oxfordzka, która postawiła sobie za cel odnowienie tego co, zdamieniem jej członków, stanowiło podstawową istotę chrześcijaństwa z I wieku n.e. Na uwagę zasługuje fakt, że w Grupie tej obowiązywała m.in. zasada czterech absolutów tj. absolutnej uczciwości (w stosunku do siebie i innych,

w słowach, czynach i myślach), absolutnej stałej gotowości do pomagania innym, absolutnej czystości (ciała, umysłu i zamierzeń) oraz absolutnej miłości (do Boga i do bliźniego, takiej jak do siebie samego). Część zasad obowiązujących w Grupach Oxfordzkich została w późniejszym czasie wykorzystana podczas tworzenia Programu Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików. W Grupie tej, w miejscowości Akron (Ohio, USA) spotkało się dwóch „beznadziejnych” alkoholików – makler giełdowy Bill W. (William Griffith Wilson 1895-1971) oraz chirurg dr Bob (Robert Halbrook Smith 1879-1950). Bill miał za sobą dziesiątki pobytów w zakładach odwykowych a dr Bob nie był już w stanie operować. Ich spotkanie dało początek Wspólnocie.

Za datę powstania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) uznany został dzień 10 czerwca 1935 r. W lutym 1940 r. otwarte zostało w Nowym Jorku pierwsze biuro Światowej Służby AA, w którym na koniec 1941 roku zarejestrowanych było już 8 tysięcy członków. W 1953 r. Wspólnota AA liczyła ok. 5 tys. grup i ok. 111 tys. uczestników, a w 1988 r. prawie 1,7 miliona uczestników w ponad 83 tysiącach grup działających we wszystkich prawie krajach świata. W 1997 roku liczba uczestników Wspólnoty AA zblżyła się do 3 mln.

W 1955 r. zatwierdzono godło AA, którym jest koło z wpisanym wewnątrz trójkątem. Koło oznacza ogólnościową Wspólnotę AA, a poszczególne boki trójkąta symbolizują wyzdrowienie, jedność i służbę.

Dwie pierwsze w Polsce grupy AA powstały w Poznaniu w połowie lat 70-tych, trzecia w Będzinie, a czwarta w Warszawie w 1980 roku. W 1998 roku, na terenie Polski, spotykało się ponad 1400 grup Anonimowych Alkoholików. Od 1995 roku obsługę Wspólnoty AA prowadzi Fundacja Biura Służby Krajowej AA w Polsce, z siedzibą w Warszawie*.

Proponowany przez Wspólnotę AA program zdrowienia wyłożony jest w **Dwunastu Krokach**. Zachowaniu jednostki Wspólnoty służy **Dwanaście Tradycji**, a **Dwanaście Konceptji** zawiera sugestie dla światowych służb AA.

Podstawowe informacje na temat Wspólnoty zawiera Preambuła: *„Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem swoim doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i innym pomagać w wyzdrowieniu z alkoholizmu.*

* Biuro Służby Krajowej AA, 00-950 Warszawa, skr. poczt. 243, tel./fax (0-22) 828-04-94

Jedynym warunkiem uczestniczenia jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne, dobrowolne darki.

Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, partią, organizacją lub instytucją; nie angażuje się w żadne publiczne polemiki; nie zajmuje stanowiska w jakichkolwiek sporach.

Naszym najważniejszym celem jest pozostawać trzeźwym i pomagać innym alkoholikom w osiągnięciu trzeźwości.

Powierzchowne zapoznanie się z treścią „Dwunastu Kroków” może naśnąć niektórym osobom podejrzenie, że jest ona podstępnie wciągana do jakiejś organizacji czy sekty religijnej. Tak mogą myśleć jedynie te osoby, które nie dostrzegły, że od uczestników Wspólnoty nie jest wymagana akceptacja jakiejś jednolitej koncepcji Boga („Siły Większej od nas samych”). Po bliższym przyjrzeniu się łatwo zauważyć, że każdy może dokonać wybo-ru Boga „jakośkolwiek Go pojmuję” i nikt spośród pozostałych uczestników Wspólnoty nie ma prawa niczego w tej kwestii narzucić. Jeden za współzatożycieli AA – Bill W., w książce pt. „AA osiąga dojrzałość” wyjaśnił tę kwestię pisząc m.in.: „...ateistom i agnostykom powiedz dobitnie, że nie muszą przyjmować naszego pojmowania Boga. Niech zamiast Boga, przyjmą jakąś sensowną, własną prawdę. Najważniejsze, aby oni wszyscy uwierzyli, że istnieje jakakolwiek siła większa od nich samych...”

Bliższe i bardziej szczegółowe zaznajomienie się z Programem Dwunastu Kroków, znajomość literatury z nim związanej a szczególnie osobisty udział w otwartych bądź zamkniętych spotkaniach (mitingach) grup AA, pozwalają stwierdzić, że proponowany program dostępny jest praktycznie dla każdego alkoholika (bez względu na jego wiek, wykształcenie, status społeczny czy wyznawaną religię). Program ułatwia uzyskanie wglądu w istotę uzależnienia oraz w samego siebie, umożliwia analizę swoich kontaktów interpersonalnych, wspiera w poznawaniu i wzbogacaniu potencjalnych możliwości własnego rozwoju oraz daje wskazówki, w jaki sposób można osiągnąć trzeźwość. Trzeźwość rozumiana jest w AA znacznie szerzej niż sama abstynencja ponieważ obejmuje ona również zmieniony sposób myślenia, odczuwania siebie i innych oraz dojrzałe, a więc „trzeźwe”, funkcjonowanie w życiu.

Cele sformułowane w „Dwunastu Krokach” realizowane są przez poszczególne członków grup w sposób indywidualny i często odmienny, a „Kroki” proponują jedynie kolejność przeprowadzania analizy własnych doświadczeń i dokonywania zmian.

Przyglądając się uważnie treści poszczególnych kroków łatwo jest stwierdzić, że Krok Pierwszy („Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem”) prowadzi do zmiany obrazu samego siebie z osoby, która panuje nad swoim pićciem na osobę, która tego nie potrafi. Ponieważ doświadczenie, oparte na wielu próbach samotnego poradzenia sobie z problemem alkoholowym uczy, że powrót do zdrowia bez wsparcia z zewnątrz nie jest możliwy, konieczne jest znalezienie Siły Wyższej, która mogłaby w tym pomóc (Krok Drugi – „Uznaliśmy, że Siła Większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie”). Kolejnym działaniem musi być wyrażenie zgody na skorzystanie z tej pomocy (Krok Trzeci – „Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy”). Następne czynności to przeprowadzenie analizy sytuacji powodujących lęk i poczucie winy oraz sporządzenie listy osób, do których żywiło się lub żywi nadal urazę (Krok Czwarty – „Zrobiliśmy grunn-towny i odważny rachunek sumienia”).

Kolejny ruch to podzielenie się swoimi problemami z Siłą Wyższą i innymi ludźmi, a więc uwolnienie się od poczucia samotności i szansa na uzyskanie przebaczenia (Krok Piąty – „Wyzналиśmy Boga i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów”). Po odpowiednim przygotowaniu (Krok Szósty – „Stałimy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru”) następuje zwrócenie się do Siły Wyższej z prośbą o pomoc w dokonywaniu zmian (Krok Siódmy – „Zwróciłimy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki”). Przygotowanie listy skrzywdzonych osób (Krok Ósmy – „Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziłyimy i stałimy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim”) umożliwia naprawianie i wyznawanie wytrądzonych krzywd (Krok Dziewiąty – „Zadośćuczyniliśmy osobście wszystkim, wobec których było to możliwe za wyjątkiem przypadków, gdy zraniliby to ich lub innych”). Krok Dziesiąty („Prowadziłyimy nadal rachunek sumienia, z miejsca przynajac się do popełnionych błędów”) to zalecenie systematycznego powtarzania Kroków Czwartego i Piątego w celu zachowania równowagi emocjonalnej zabezpieczającej kontynuację procesu zdrowienia.

Podczas realizacji Jedenaścigo Kroku („Dążyłimy, poprzez modlitwę i medytację, do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia”) następuje ugruntowanie, zapoczątkowanego w Trzecim Kroku, postanowienia o korzystaniu z pomocy Siły Wyższej. Krok Dwunasty („Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, starałimy się nieść postanie innym alkoholikom i stosować

te zasady we wszystkich naszych poczynaniach”) jest ukoronowaniem prowadzonych działań, mówi o radości życia i dawaniu, bez oczekiwania czegokolwiek w zamian.

Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików wyznacza więc kierunek i etapy procesu zmiany. Jego przebieg jest bardzo zbliżony do dynamiki procesu psychoterapii i podobnie jak ona umożliwia usunięcie środków kamii psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia i zachowaniu.

Program Dwunastu Kroków, po przeprowadzeniu drobnych modyfikacji, został zaadaptowany przez wiele innych wspólnot samopomocywych. Na świecie spotykają się m.in. grupy Anonimowych Narkomanów (*Narcotics Anonymous* – od 1953 r.), Anonimowych Hazardzistów (*Gamblers Anonymous* – od 1957 r.), Anonimowych Żartoków (*Overeaters Anonymous* – od 1960 r.), Anonimowych Osób z Problemami Emocjonalnymi (*Emotions Anonymous* – od 1971 r.), Anonimowych Dłużników (*Debtors Anonymous* – od 1976 r.), Anonimowych Kokainistów (*Cocaine Anonymous* – od 1982 r.), Anonimowych Nikotynistów (*Nicotine Anonymous* – od 1985 r.), a także grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików (*Adult Children of Alcoholics* – od 1984 r.). Spotykane są także grupy anonimowych astmatyków, migrenowców, skazańców, recydywistów, osób z kłopotami małżeńskimi itp. itd. Również w Polsce odbywają się spotkania Anonimowych Hazardzistów, Anonimowych Erotomanów, Anonimowych Narkomanów, Anonimowych Lekomanów, Anonimowych Palaczy, Anonimowych Pracoholików, Anonimowych Żartoków czy też Anonimowych Mediomatów.

Szczególą rolę w realizacji Programu Dwunastu Kroków odgrywa tzw. **sponsor** tj. alkoholik (lub uczestnik innej grupy samopomocowej np. narkoman, dłużnik czy hazardzista) z dłuższym stażem we wspólnocie i odpowiednim autorytetem, który pełni rolę przewodnika i doradcy dla osoby zwracającej się z prośbą o sponsorowanie. Podstawowym zadaniem sponsora jest udzielanie podopiecznemu pomocy w pracy nad Programem Dwunastu Kroków. Dokonując wyboru sponsora należy mieć na uwadze, aby była to osoba tej samej płci, która legitymuje się wystarczająco długim okresem powstrzymania się od alkoholu, hazardu, nikotyny itp. oraz zdrowienia, „przerobienia” co najmniej pięć pierwszych Kroków, zapoznała się dokładnie z podstawowymi pozycjami literatury AA (AN, AH itd.), systematycznie uczestniczy w miłyngach, pracuje nad Krokami i ma swojego sponsora. W Polsce, sponsorowanie jest jeszcze niezbyt rozpowszechnione.

W połowie lat 40-tych, za przykładem dynamicznie rozwijającej się Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, powstały w Stanach Zjednoczonych Kluby Rodzinne (*Family Clubs*) dla osób, które miały w rodzinie kogoś z problemem alkoholowym. W końcu lat 40-tych pojawiły się grupy Żon Niealkoholicek (*Non-Alcoholics Wives*), Anonimowych Niealkoholików (*Non-Alcoholics Anonymous*), żon Anonimowych Alkoholików (*AA Wives*) oraz „Oddziały Posiłkowe” AA (*AA Auxiliaries*). W 1951 roku 87 rodzin zgłosiło się do Zarządu Anonimowych Alkoholików z prośbą o przyjęcie ich do swego grona. Ponieważ Zarząd nie wyraził na to zgody, powołano Komitet Informacji Domowej (*Clearing House Committee*) z siedzibą w Nowym Jorku, który wkrótce przyjął nazwę **Rodzinne Grupy Al-Anon**. W 1954 roku zarejestrowano Zarząd Główny, a w 1955 roku opublikowana została książka „Rodzinne Grupy Al-Anon. Poradnik dla rodzin dotkniętych alkoholizmem”. Istotną rolę w utworzeniu Al-Anon odegrała m.in. Lois W. – żona współzałożyciela Wspólnoty AA Billia W. W 1961 roku odbył się pierwszy światowy Zjazd Al-Anon.

Program Al-Anon jest adaptacją programu Anonimowych Alkoholików i wykorzystuje również Dwanasie Kroków i Dwanasie Tradycji. Ta forma samopomocy istnieje w Polsce od 1980 roku kiedy to w Poznaniu powstała grupa „Ariadna”. W 1998 roku liczba grup Al-Anon w Polsce wynosiła ok. 330.

Alateen
Grupy **Alateen** przeznaczone są dla „nastolatków”, czyli młodzieży do lat 18, „na których życie wpłynął alkoholizm któregoś z rodziców lub innej, bliskiej osoby”. Wspólnota powstała w USA w 1957 r. Założycielem jej był, mieszkający w Pasadenie (California), chłopiec imieniem Bob, którego ojciec był uczestnikiem Wspólnoty AA, a matka uczestniczką Al-Anon. W 1971 r. wspólnota Alateen liczyła 800 grup. W 1973 r. opublikowana została jej pierwsza pozycja książkowa pt. „Alateen – nadzieja dla dzieci alkoholików”.

Alatot
Pasadenie (California), chłopiec imieniem Bob, którego ojciec był uczestnikiem Wspólnoty AA, a matka uczestniczką Al-Anon. W 1971 r. wspólnota Alateen liczyła 800 grup. W 1973 r. opublikowana została jej pierwsza pozycja książkowa pt. „Alateen – nadzieja dla dzieci alkoholików”. Na świecie spotyka się obecnie ponad 3 tys. grup Alateen, natomiast w Polsce w 1998 roku było ich 40. Małe dzieci alkoholików mają też swoją wspólnotę o nazwie **Alatot**.

W ostatnich latach, wzorem Stanów Zjednoczonych, zaczęły powstawać także u nas grupy **Dorosłych Dzieci Alkoholików** pracujące również w oparciu o program Dwanastu Kroków.

Kluby abstynenta
Inną formą ruchu samopomocowego alkoholików i ich rodzin są w Polsce **kluby abstynenta**. Powstawać zaczęły w końcu lat 40-tych, kiedy to do Polski dotarły informacje na temat Wspólnoty AA. Niestety nie tylko wówczas, ale również przez kolejne dziesięciolecia, ruch ten nie mógł rozwijać się przede wszystkim ze względu na politycznych. Niemożliwe było bowiem legalne utworzenie jakiegokolwiek, niekontrolowanej przez państwo, organizacji anonimowych osób, a oficjalne używanie takich pojęć jak Siła Wyższa czy Bóg było niedopuszczalne. W tej sytuacji, w niektórych placówkach służby zdrowia, podejmowane były próby pogodzenia założeń Wspólnoty AA z ówczesnymi realiami politycznymi. Efektem tych działań było powstanie, w końcu lat 40-tych, kół i klubów grupujących osoby uzależnione od alkoholu.

Niektóre kluby nazwały się klubami abstynenta, inne klubami wzajemnej pomocy, część pozostała przy nazwie klub AA nie licząc się niestety z tym, że literki AA są na świecie zarezerwowane dla Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Do roku 1970 powstało na terenie Polski 9 tego rodzaju klubów, natomiast prawdziwa eksplozja nastąpiła w latach osiemdziesiątych. W 1986 roku liczba klubów przekroczyła 200, a w 1989 roku wiadomo było o istnieniu 242 klubów. Obecnie jest ich prawdopodobnie około 300.

Działające w Polsce samopomocowe kluby abstynenckie można najogólniej podzielić na cztery kategorie:

1. kluby pacjenta – przy ambulatoryjnych placówkach odwykowych;
2. kluby byłego pacjenta – przy placówkach leczenia odwykowego stacjonarnego;
3. kluby środowiskowe – przy różnych instytucjach, w zakładach pracy, na terenie zakładów karnych, na terenie osiedli itp.;
4. kluby samodzielne, posiadające osobowość prawną, zarejestrowany statut, regulamin, zarząd, sekcje klubowe itp.

Kluby umożliwiają swoim członkom korzystanie z różnych form aktywności organizującej: zajęcia edukacyjno-informacyjne, terapie grupową, terapie w grupach rodzinnych, muzykoterapię, zajęcia sportowe, turystyczne, rozrywki na trzeźwo itp. Część klubów prowadzi również: interwencje w przypadkach przewracania abstynencji, poradnictwo dla rodzin, pogadanki w szkołach, w zakładach pracy, wspieranie w poszukiwaniu pracy, poradnictwo prawne itd.

W 1988 r. zarejestrowana została Federacja Klubów Abstynenckich (FKA) w Polsce, która w swoim Statucie określiła, że jest „dobrowolnym Stowa-

rzyżeniem Klubów Abstynenckich powołanym przez te kluby, ich reprezentantem i obrońcą interesów oraz pełni w stosunku do nich rolę służebną". Swoje cele Federacja określiła następująco:

„1. Praca nad zapewnieniem osobom zagrożonym uzależnieniem i uzależnionym od alkoholu możliwości uzyskania pełnej abstynencyjnej trzeźwości.

2. Działanie w społeczeństwie na rzecz powszechnej trzeźwości.”

Na koniec 1991 r. w FKA zrzeszone były 193 Kluby, z których ponad połowa dysponowała własnym lokalem, a 1/3 spośród nich była dostępna we wszystkie dni tygodnia. W 1996 roku, po zaprzestaniu działalności Federacji Klubów Abstynenckich, powstał Ogólnopolski Ośrodek Koordynacyjno-Informacyjny Stowarzyszeń i Klubów Abstynenckich. Do podstawowych zadań Ośrodka należy m.in. udzielanie konsultacji dla przedstawicieli ruchu abstynenckiego oraz prowadzenie bazy danych stowarzyszeń i klubów abstynenckich działających na terenie Polski.

Współzależnienie

Dosyć często spotykamy się z opinią, że alkoholizm to choroba całej rodziny a nie tylko jednego z jej członków. Większości osób trudno jest zrozumieć skąd bierze się takie właśnie podejście. Wystarczy jednak bliżej przyjrzeć się funkcjonowaniu rodziny z problemem alkoholowym i sprawa natychmiast staje się jasna. Okazuje się bowiem, że jest to rodzina dysfunkcyjna czyli taka, która funkcjonuje w sposób nieprawidłowy.

Czym więc charakteryzuje się rodzina dysfunkcyjna? Jest to taka rodzina, w której nie jest możliwy stały i indywidualny rozwój jej członków, która zaniknięta jest na kontakty z otoczeniem, relacje między członkami nie opierają się w niej na zasadach wzajemnej chociaż szczerości i wzajemności, a role i normy nie są wyraźnie określone oraz zaakceptowane przez poszczególne osoby członków. Ponieważ większość z przytoczonych wyżej nieprawidłowości spotykana jest w rodzinach, gdzie istnieje problem uzależnienia od alkoholu, rodziny te są rodzinami patologicznymi czyli chorymi i z tych właśnie powodów uzależnienie od alkoholu należy traktować jako chorobę całej rodziny, a nie tylko osoby pijącej.

Dysfunkcyjność rodziny z problemem alkoholowym nie pojawia się nagle. Charakteryzuje się natomiast swoistą dynamiką i stąd dość łatwo możemy zaobserwować kolejne stadia tego procesu.

W okresie początkowym rodzina, podobnie jak alkoholik, **zaprzecza istnieniu problemu**. Nikt wówczas nie myśli o szukaniu jakiegokolwiek pomocy. Destrukcyjne zachowania alkoholika są tolerowane a członkowie rodziny solidarnie chronią go przed ponoszeniem konsekwencji picia.

Następny etap to **próby pozbycia się problemu**. Rodzina organizuje samobronę przed społecznym napiętnowaniem, jakie wiąże się z alkoholizmem.

Ogranicza kontakty z otoczeniem i chroni swój zewnętrzny obraz mimo narastających nieporozumień, konfliktów i awantur.

Kolejny etap to **faza chaosu**. Wiąże się ona z utratą nadziei na rozwiązanie problemu i bezwolnym poddaniem się biegowi wydarzeń. U dzieci coraz wyraźniejsze stają się zaburzenia emocjonalne. Nawarstwiające się kryzysy doprowadzają niekiedy do poszukiwania pomocy u specjalistów. Podejmowane są próby **reorganizacji rodziny***. Niepijący współmałżonek przyjmuje odpowiedzialność za całość rodziny, w coraz mniejszym stopniu toleruje picie oraz chroni i kryje pijącego. Ta sytuacja bywa niekiedy impulsem do podejmowania przez alkoholika prób leczenia. Jeżeli alkoholik nie podejmuje leczenia, wówczas rodzina stara uwolnić się od problemu. Ten etap wiąże się z podejmowaniem prób separacji osoby pijącej i definitywnego usunięcia jej z rodziny. Często, dopiero te wydarzenia, skłaniają alkoholika do podjęcia decyzji o zaprzestaniu picia i wówczas może rozpocząć się faza powrotu rodziny do zdrowia.

Jeżeli alkoholik pije nadal – rodzina przeprowadza ostateczną **reorganizację**, ale już bez niego. Następuje nowy podział obowiązków i ról.

Jak z powyższego wynika energia rodziny koncentruje się głównie na próbach wpłynięcia na zachowania alkoholika i na przeciwdziałaniu jego destrukcyjnym zachowaniom. Tym samym zaniedbywane są inne ważne sfery życia rodzinnego, a co jest w tym wszystkim chyba najważniejsze – praktycznie niemożliwe staje się w tej rodzinie prawidłowe wychowywanie dzieci. Taki sposób funkcjonowania jest charakterystyczny dla zjawiska określanego jako **współzależnienie** i jest spotykany w znakomitej większości rodzin, w których istnieje problem uzależnienia i to nie tylko od substancji psychoaktywnych. Współzależnienie jest więc pewną formą przystosowania się do nieprawidłowego układu relacji międzyлюдzkich, która umożliwia zachowanie dotychczasowego układu a jednocześnie odbiera szansę na jego zmianę. Cechą charakterystyczną osoby współzależnionej jest przekonanie o swojej zdolności do wywierania znaczącego wpływu na drugiego człowieka, pomimo powtarzających się niepowodzeń i cierpień z tym związanych.

Za istnieniem współzależnienia przemawiają następujące zachowania:

- poddanie się rytmowi picia alkoholika,
- przejmowanie za niego odpowiedzialności,
- obsesyjne kontrolowanie go,

* Zgodnie ze stwierdzeniem amerykańskiego socjologa C. Wrighta Mills'a: „Jeżeli instytucja lub organizacja nie radzi sobie z rozwiązywaniem problemów, oznacza to, że jest dysfunkcyjna i wkrótce w jej obrębie pojawią się nowe struktury.”

- pomaganie i nadmierne opiekowanie się nim (w tym niedopuszczanie do tego, aby ponosił on pełne konsekwencje swojego picia i swoich zachowań),
- wysoka tolerancja na różnego rodzaju patologiczne zachowania alkoholika z jednoczesnym występowaniem poczucia winy i poczucia małej wartości oraz zaniedbywaniem samego siebie.

Osoby współzależnione są najczęściej nieświadomymi pomocnikami w picciu i w największym chyba stopniu przyczyniają się do odwlekania decyzji o jego zaprzestaniu i zwróceniu się o pomoc.

Pozostaje więc pytanie jak się zachowywać i jak postępować, żeby nie pomagać w picciu. Odpowiedzi i wskazówek jest wiele, jednak znacznie trudniejsza jest ich realizacja. Oto garść propozycji:

- ◆ Nie należy zapominać, że alkoholizm jest chorobą przewlekłą i aby pomóc w wyzdrowieniu trzeba koniecznie zaakceptować ten fakt i przestać się wstydzic.
- ◆ Nie należy również traktować alkoholizmu tak jakby był hańbą dla rodziny. Jest to bowiem jedna z chorób a powrót do zdrowia jest możliwy, podobnie jak w większości innych.
- ◆ Nie należy traktować alkoholika tak jak niegrzeczne dziecko, bo przecież nie postępuje się tak kiedy ktoś cierpi na jakąkolwiek inną chorobę.
- ◆ Wątpliwy sens ma robienie wytrzułów i wdawanie się w kłótnie, szczególnie wówczas, kiedy alkoholik znajduje się pod działaniem alkoholu.
- ◆ Wygłaszanie kazań i robienie wykładow nie ma również większego sensu, ponieważ alkoholik prawdopodobnie wie już to wszystko o czym chcemy mu powiedzieć. Można natomiast spowodować go do dalszych kłamań i wymusić obietnice, których nie będzie w stanie dotrzymać.
- ◆ Nie należy przyjmować obietnic, o których wiadomo, że nie będą możliwe w tym momencie do spełnienia.
- ◆ Dając okłamywać się i udając, że się wierzy można doprowadzić do tego, że alkoholik dojdzie do przekonania, że potrafi przechrztyżyć.
- ◆ Używanie szantażu w formie „gdybys mnie naprawde kochał to bys przestał pić...” niczego nie zmienia, a jedynie zwiększa poczucie winy; nie mówi się przecież „gdybys mnie kochał, nie przechrztybiłbyś się”.
- ◆ Wypowiadanie gróźb, których nie jest się w stanie spełnić pozwala alkoholkowi sądzić, że nie traktuje się poważnie swoich słów.
- ◆ Nie warto sprawdzać ile alkoholik pije, bowiem i tak nie ma szans na to, aby wiedzieć o wszystkim.

- ◆ Szukanie schowanego alkoholu zmusza alkoholika do ciągłego wymyślania nowych kryjówek.
 - ◆ Chowanie i wylewanie alkoholu jedynie skłania alkoholika do bardziej desperackich prób zdobycia go, a przecież wiadomo, że w końcu i tak znajdzie sposób żeby się napić.
 - ◆ Wspólne picie alkoholu nie spowoduje wcale, że alkoholik wypije w sumie mniej natomiast odwlecz to niewątpliwie moment, w którym zdecyduje się on poprosić o pomoc.
 - ◆ Nie należy robić za alkoholika niczego, co mógłby zrobić sam; natomiast usuwanie problemów, chronienie przed ponoszeniem konsekwencji swoich własnych, nieodpowiedzialnych zachowań (np. nieobecności w pracy, zaciągania długów i inne skutki picia) odbierają szansę na to, aby alkoholik zauważył do czego doprowadziło go picie i aby zechciał zmienić swoje dotychczasowe postępowanie.
 - ◆ Nie należy oczekiwać natychmiastowego wyleczenia, bowiem tak jak w każdej przewlekłej chorobie okres leczenia i rekonwalescencji jest długi, a nawroty choroby są możliwe.
 - ◆ **Bardzo potrzebne jest alkoholikowi utrzymanie miłości, wsparcia i zrozumienia podczas podejmowanych prób zaprzestania picia i utrzymywania się w trzeźwości.**
- W tych wszystkich działaniach pomocne jest wsparcie zarówno ze strony grup Al-Anon jak i profesjonalistów.
- Zwracając się po pomoc profesjonalną należy pamiętać, że art. 23 znowelizowanej we wrześniu 1996 roku ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi gwarantuje **bezpłatną pomoc terapeutyczną** członkom rodzin osób uzależnionych od alkoholu*.

* Art. 23. 1. Członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dokonując następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną, uzyskują w publicznych zakładach opieki zdrowotnej bezpłatne świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji wspólnie uzależnienia oraz profilaktyki.

2. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu dokonujące następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców uzyskują bezpłatnie pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i publicznych poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych.

3. Pomoc niesiona dzieciom przez osoby lub instytucje może być udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym.

Dzieci alkoholików

Nie ulega wątpliwości, że najbardziej uszkodzane, w rodzinach z problemem alkoholowym, są dzieci. Sytuacja panująca w dysfunkcyjnej rodzinie zmusza je do odgrywania różnych ról. Role te – to różne sposoby reagowania na świat, które wynikają z postaw obronnych wobec zagrożeń jakie stwarza patologiczna rodzina z problemem alkoholowym.

„*Bohater*” – podpora rodziny. Pełni ją zwykle najstarsze dziecko. Jego zadaniem jest dostarczanie rodzinie poczucia wartości. Stąd nie sprawia żadnych kłopotów, dobrze się uczy, wykonuje część obowiązków pijącego ojca. Jest nad wiek dorosłe oraz nadmiernie obowiązkowe i odpowiedzialne. Często zaniedbuje własne potrzeby. Dzieci te mają zwykle trudności z wypracowaniem i odprężeniem się czego następstwem mogą być schorzenia psychosomatyczne. W przyszłości wybierają często zawody polegające na pomaganiu innym.

„*Kozioł ofiarny*”. Rolę tę pełni na ogół dziecko nieco młodsze od „bohatera”. Nie jest ono w stanie z nim konkurować, czuje się odsunięte i szuka wsparcia poza domem. Stwarza kłopoty w szkole i wiele problemów wychowawczych, bardzo często popada wcześniej w konflikty z prawem, niejednokrotnie uzależnia się od alkoholu czy narkotyków. Nierzadko dzieci te są pierwszymi członkami rodziny alkoholika zgłaszającymi się po pomoc. Często zapadają na schorzenia wymagające pomocy psychiatrycznej.

„*Aniołek*” lub „zagubione dziecko” jest samotne i zamknięte w sobie. Przed chaosem i awanturami w domu ucieka w świat marzeń. Niewiele wy maga od rodziny i minimalnie korzysta z jej wsparcia. Ma trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi. W dorosłym życiu nie potrafi mieć

satisfakcjonujących związków uczuciowych. Często popada w uzależnienie od substancji psychoaktywnych lub staje się nadmiernie otyłe.

Najmłodsze dziecko nazywane „*rodzinną maskotką*” jest w centrum uwagi i zainteresowania rodziny. Po to, aby przetrwać dostarcza jej tematów do zabawy oraz dba o to, aby jak najczęściej było w domu wesoło. Zawsze stara się, aby zwracano na nie uwagę. Ta cecha utrzymuje się na ogół w życiu dorosłym. Dzieci te charakteryzują się małą odpornością na stres a stając przed trudnymi do rozwiązania problemami nierzadko sięgają po alkohol lub narkotyki.

Brak ciepła emocjonalnego i wsparcia poważnie utrudniają właściwe ukształtowanie się u dziecka poczucia własnej wartości, bardzo często dziecko żyje w przekonaniu, że do picia i awantur w rodzinie dochodzi z jego winy. Poza tym stale pamiętać o zachowaniu tajemnicy rodzinnej oraz żyje i postępuje w myśl zasady: „Nie powinienęś myśleć, czuć, pragnąć, wyobrażać sobie, widzieć i słyszeć tak jak to robisz. Powinieneś myśleć, czuć, pragnąć, wyobrażać sobie, widzieć oraz słyszeć w taki sposób jak tego wymaga ideał”;

Claudia Black, charakteryzując rolę społeczne pełnione przez dzieci, w celu porządzenia sobie z alkoholizmem rodziców, wyróżnia trzy typy dzieci:

- *dziecko odpowiedzialne* (przejmujące ster i opiekujące się bezradnymi rodzicami i rodzeństwem);
- *dziecko dostosowujące się* (bacznie obserwujące co się dzieje po to, aby szybko dostosować swój sposób myślenia i zachowania do wymogów danej sytuacji);
- *dziecko łagodzące sytuację* (starające się zadowolić innych lub odwrócić uwagę od tego co się dzieje w rodzinie – w tym *dzieci błaznujące i stwarzające problemy*).

Inni badacze tego problemu zwracają uwagę na to, że każde dziecko funkcjonuje w którejś z ról umożliwiających utrzymanie patologicznego systemu rodzinnego. Najczęściej spotykane są role:

- „*ratownika*” wyciągającego alkoholika z opresji i chroniącego tym samym przed konsekwencjami picia;
- „*provokatora*” konfrontującego alkoholika z rzeczywistością, ale nie jest to na ogół działanie konstruktywne lecz pogłębiające poczucie winy i małej wartości;
- „*ofiary*” przejmującej na siebie coraz większy zakres obowiązków alkoholika.

Observacja jakości życia rodzin z problemem alkoholowym pozwala również na wychylenie trzech zasad, które determinują funkcjonowanie dzieci:

- zasada „*nie mów*” nakazuje zachowanie milczenia na temat tego co dzieje się w rodzinie;
- zasada „*nie ufaj*” nakazuje, aby nie ufać zarówno członkom własnej rodziny jak i obcym, bowiem ufać narazić może na doznanie krzywdy (konsekwencją jest brak poczucia bezpieczeństwa);
- zasada „*nie odczuwaj*” nakazuje, aby nie zagłębiać się we własne emocje (trzeba być „twardym”).

Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, poza podatnością na uzależnienia, przejawiają w życiu dorosłym szereg charakterystycznych cech, z których najczęściej spotykane to:

- trudności w rozumieniu tego co jest normalne a co nie,
- trudności w realizowaniu do samego końca swoich planów życiowych i częste uleganie impulsom,
- krytyczna samoocena i bardzo poważne traktowanie siebie samego,
- reagowanie niepokojem gdy sprawy życiowe wymykają się spod kontroli,
- stałe poszukiwanie aprobaty dla swojej osoby i brak umiejętności cieszenia się życiem,
- poczucie odmienności,
- nadmierna wrażliwość lub nadmierna obojętność.

Dzieci te znajdują sobie bardzo często partnerów, którzy są uzależnieni od substancji psychoaktywnych a jednocześnie gotowe są zrobić wszystko, aby nie dopuścić do rozpadu tego związku. Perspektywa osamotnienia jest dla nich zbyt bolesna, bowiem stanowi powrót do przykrych przeżyć z dzieciństwa.

Badania wykazały, że synowie ojców – alkoholików są czterokrotnie bardziej narazeni na alkoholizm niż inni a córki matek – alkoholiczek trzykrotnie częściej stają się alkoholikami niż inne oraz znacznie częściej wychodzą za mąż za alkoholików.

Uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych

Jak wiadomo człowiek może uzależnić się nie tylko od alkoholu, ale także od wielu innych substancji psychoaktywnych. *Substancje psychoaktywne są to takie środki chemiczne, które poprzez swoje działanie na organizm człowieka powodują zmianę jego samopoczucia i zniechęcenie (zafaszowany) odbiór otaczającej rzeczywistości a przyjmowanie ich wiąże się z możliwością uzależnienia się.* Oprócz alkoholu należą do nich m.in. pochodne makowca, różne środki pobudzające (w tym amfetamina, kokaina oraz kofeina), środki używane w leczeniu, lotne rozpuszczalniki a także tyton (nikotyna). Coraz częściej spotykamy tzw. *uzależnienia mieszane*, gdzie oprócz objawów uzależnienia od alkoholu obecne są objawy uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych.

Zgodnie z podpisanymi przez Polskę konwencjami Organizacji Narodów Zjednoczonych większość z nich podlega kontroli polegającej m.in. na dopuszczeniu do produkcji tylko środków stosowanych w lecznictwie, nadzór nad ich obrotem oraz na zakazie przewożenia przez granicę (oczywiście nie dotyczy to kofeiny, tytoniu i alkoholu).

Pochodne makowca Do najbardziej rozpowszechnionych w Polsce (poza alkoholem, tytoniem i kofeiną) substancji psychoaktywnych należą pochodne makowca czyli opioidy. Działają one przeciwbólowo a poprzez redukcję lęku dają uczucie spokoju a niekiedy euforii.

Przetwory maku znane są od kilku tysięcy lat i były stosowane jako środek przeciwbólowy, uspokajający i przeciwbiegunkowy. Są one otrzymywane z maku ogrodowego, który dotarł do Europy ponad 4 tysiące lat temu.

120

Mak zawiera wiele różnych alkaloidów* (m.in. opium, morfinę, kodeinę, papawerynę itd.). Nazwa opium pochodzi od greckiego słowa „opion”, które oznacza sok roślinny. Sokiem tym jest mleczko uzyskiwane z dojrzewających makówek. Kiedy mleczko jest niedostępne przyrządzany jest wywar ze słomy, makowin lub pędów zwany zupką lub makiwarą.

Wśród polskich narkomanów najbardziej rozpowszechnionymi opioidami są: tzw. kompot (polska heroína), makiwara, „zielone” (substancja uzyskiwana z mleczka makowego w okresie letnim, która po odpowiedniej przeróbce jest przyjmowana dożylnie), morfina a niejednokrotnie różne mieszanki zawierające w sobie pochodne makowca. Uzależnienie może rozwinąć się już po pierwszym lub drugim wstrzyknięciu. Osoby wstrzykujące sobie te środki (przeważnie dożylnie) można rozpoznać po śladach nakłuć na rękach, nogach, czasem na szyi bądź na stopach. W przypadkach niemożności wkłucia się do żyły stosowane są wstrzyknięcia domięśniowe. Ostatnio spotyka się coraz częściej osoby, które palą opium.

Jednorazowe przyjęcie pochodnych makowca powoduje takie objawy jak: euforia i niepokój ruchowy lub spowolnienie z sennością, zmęczenie, osłabienie reakcji na światło, suchosć śluzówek jamy ustnej, obniżone ciśnienie, spadek ciśnienia krwi. Przewlekłe przyjmowanie powoduje wyniszczenie, spadek odporności, bladeść skóry ze zmianami zapalnymi i skłonnością do wyprysków, zanik żył powierzchownych, przewlekłe zaparcia i zaburzenia miesiaczkowania.

Dodatkowym problemem, związanym w znacznym stopniu z dożylnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, jest nosicielstwo wirusa HIV wywołującego chorobę AIDS. W 1996 r. na ogólną liczbę ponad 3500 wykrytych w Polsce przypadków nosicielstwa wirusa HIV ok. 70% to osoby przyjmujące dożylnie substancje psychoaktywne (najczęściej – opiaty).

Dość powszechne jest zjawisko przyjmowania przez narkomanów, obok pochodnych makowca, leków będących pochodnymi benzodwuzepin, kwasu barbiturowego oraz amfetaminy.

Benzodwuzepiny Do grupy pochodnych benzodwuzepiny należą leki o działaniu uspokajającym i przeciwlękowym takie jak m.in.: Diazepam (Relanium), Elenium, Estazolam, Al-

* alkaloidy – związki organiczne przeważnie pochodzenia roślinnego działające trująco na układ nerwowy człowieka i wyższych zwierząt.

Kokainiści przyjmujący kokainę donosowo cierpią dodatkowo z powodu martwicy przegrody nosowej

Kokaina powoduje niewątpliwie uzależnienie psychiczne. Przyjmowana jest najczęściej kilkudniowymi „ciągami”. Zależność fizyczna jest bardzo słaba, a przez niektórych badaczy negowana. Podobnie kontrowersyjne jest występowanie zjawiska tolerancji.

Kofeina i teina

Kawa znana była już w XV wieku i nazywano ją napojem Allacha, w Europie zaczęła rozpowszechniać się w XVI wieku. Herbata trafiła do Europy w XVII wieku z Chin. Ziarna kawy i liście herbaty są podstawowym źródłem kofeiny. W herbacie znajduje się ponadto teina, która ma takie same właściwości jak kofeina oraz teofilina. Substancje te mają właściwości psychostrymulujące, usuwają objawy zmęczenia i fizycznego i psychicznego. Umiarkowane i kontrolowane picie kawy i herbaty nie powoduje na ogół szkodliwych dla zdrowia objawów. Działają one lekko pobudzająco na organizm. Systematyczne spożywanie dużych dawek powoduje natomiast bezsenność, stany niepokoju, lęku, kołatania serca, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego oraz może wpływać niekorzystnie na przebieg ciąży. Picie kawy w ilości ok. 4 filiżanek dziennie (ok. 350 mg kofeiny) prowadzi do rozwiniecia się tolerancji i związanej z nią potrzeby dalszego zwiększania dawki kofeiny. Nagłe odstawienie może spowodować wystąpienie objawów abstynencyjnych (m.in. uczucie zmęczenia, bóle głowy, drażliwość) świadczących o wytworzeniu się zależności fizycznej.

Wypijanie zbyt dużych ilości kawy bądź herbaty powoduje, że organizm nie jest w stanie wydaląć wszytkiego z moczem. Pozostała reszta ulega przemianie do kwasu moczowego, który wytrąca się w postaci kamieni nerkowych bądź kryształków w stawach rąk i nóg powodując obrzęki i bóle stawowe (artretyzm).

Badania naukowe wskazują, na *zwiazek między piciem przez alkoholiczków dużych ilości kawy czy mocnej herbaty („czaj”) a nawrotami chorób („wpadkami”)*. Osoby pijące dużo kawy czy herbaty stają się nadpobudliwe, podenerwowane, przejawiają niepokój i są bardziej podatne na stres. Nie zdają sobie sprawy z prawdziwych przyczyn swojego stanu przypuszczają, że dzieje się z nimi coś poważniejszego. To nasila wspomniane wyżej objawy. Nadpobudliwość narasta, funkcjonowanie ulega coraz większemu zaburzeniu i coraz trudniejsze staje się racjonalne rozwiązywanie problemów. Narasta złość i frustracja a ryzyko nawrotu staje się coraz większe. W końcu następuje sięgnięcie po alkohol lub leki redukujące stan niepokoju.

Z przeprowadzonych w 1994 roku badań ankietowych wynika, że około 50% mężczyzn i prawie 30% kobiet w Polsce, w wieku powyżej 18 lat, to palacze tytoniu. Do regularnego

palenia przynajmniej się 22%, a do okazjonalnego 15% młodożyty w wieku 18-20 lat. Z sondażu Ośrodka Badań Opinii Publicznej wynika, że przeciętny palacz mężczyzna wypala około 19 papierosów dziennie, a kobieta 15.

Palenie tytoniu nie powoduje wprawdzie natychmiastowych i groźnych dla organizmu następstw, jest jednak przyczyną wielu poważnych chorób. Zdaniem niektórych, wypalenie jednego papierosa skraca życie o 5 minut.

Polskie badania wykazują, że co drugi nowotwór złośliwy u mężczyzn w wieku 35-65 lat jest ściśle związany z paleniem tytoniu, zaś osoby palące zapadają na nowotwór płuc 20 razy częściej niż niepalący, mają osłabiony system odpornościowy, częściej zapadają też na choroby układu krążenia, przewodu pokarmowego i dróg moczowych. Osłabienie systemu odpornościowego jest wynikiem upośledzenia syntezy przeciwciał, bowiem nikotyna wpływa uszkadzająco na błony lisosomalne hamujące działanie układów enzymatycznych i syntezę białka. Dość powszechnie spotykane jest pogorszenie apetytu, smaku i węchu. Wśród robotników zatrudnionych w fabrykach tytoniu, obok innych objawów przewlekłego zatrucia nikotyną, stwierdzano pogorszenie ostrości wzroku, zwężenie obwodowe pola widzenia, upośledzenie rozpoznawania barw, zmiany w spojówce, rogówce, naczyniach siatkówki i naczyniówki a także neuropatię nerwu wzrokowego. Ostatnie badania wskazują na to, że palenie tytoniu powoduje krótkotrwały wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych we krwi, hipercholesterolemie, hiperlipkemie a także na zwiększone ryzyko powstawania zmętnień soczewki (zaćmy).

Na wdychanie dymu tytoniowego narażone jest również otoczenie palacza (tzw. palenie bieme). Stwierdzono, że samo przebywanie przez ok. 4-5 godzin w zadymionym pomieszczeniu jest równoznaczne z wypaleniem kilku papierosów.

Udowodniono również niekorzystny wpływ palenia papierosów przez kobiety ciężarne na płód. Częstość palenia przez kobiety ciężarne oceniana jest od 12 do 39%. Z badań wynika, że palenie papierosów przez kobiety ciężarne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia poronienia samistnego, porodu przedwczesnego a także z możliwością wystąpienia wad rozwojowych u dziecka.

Głównym alkaloidem tytoniu jest nikotyna, która działa na organizm pobudzająco. Dawka 5-15 g. nikotyny powoduje objawy ostrego zatrucia

(m.in. nudności, wymioty, pocenie się, ślinotok, tachykardia, przyspieszenie oddechu, wzrost ciśnienia krwi). Ostre zatrucie nikotyną może zakończyć się śmiercią wskutek porażenia ośrodka oddechowego i zaburzeń w układzie krążenia. Śmiertelna dawka nikotyny wynosi 40-100 g, a ilość ta zawarta jest w 2-4 papierosach.

Zdaniem niektórych badaczy za *uzależnieniem od nikotyny przemawia-
ją* m.in. następujące objawy :

- palenie ok. 20 papierosów dziennie,
- wypalenie pierwszego papierosa w ciągu 30 min. po obudzeniu się (niezadko na czczo),
- częste i głębokie zaciąganie się dymem tytoniowym,
- palenie podczas choroby.

Wprawdzie uzależnienie od nikotyny traktowane jest jako uzależnienie psychiczne, jednak po nagłym przerwaniu palenia obserwowano stany przypominające niektóre objawy abstynencyjne np. niepokój i rozdrażnienie oraz dolegliwości ze strony układu krążenia. Obserwowano też związek między wystąpieniem objawów abstynencyjnych a piciem kawy.

Z badań wynika, że tyton jest substancją psychoaktywną inicjującą, bar-
dzo często, inne uzależnienia. Należy również wiedzieć, że palacze tytoniu są narażeni nie tylko na działania nikotyny ale także powstającej podczas palenia tzw. „smółki”, która zawiera wiele substancji rakotwórczych. Szczególnie niekorzystny wpływ na organizm wywiera tlenek węgla (czad), który łącząc się z hemoglobina krwi blokuje oddychanie tkanek. Ponadto, dym tytoniowy zawiera setki innych trujących substancji (m.in. arsen, kadm, fenol, anilina, siarkowodor, cyjanowodor), które przenikają do organizmu w trakcie palenia.

W Stanach Zjednoczonych ok. 1,3 mln. palaczy rocznie rzuca palenie a ok. 15 mln. podejmuje nieudane próby rzucenia palenia.

Pochodne konopi

(*marihuana i haszysz*)

Konopie indyjskie znane również pod nazwa ko-
nopie siewne (*Cannabis indica* albo *Cannabis sa-
tiva*) znane są od ponad 5000 lat, pochodzą z Azji
Środkowej. Przez tysiąclecia były używane, przede wszystkim, do produk-
cji tkanin i powozów. Jednocześnie są one surowcem do produkcji środ-
ków odurzających tj. haszyszu i marihuany. Stan odurzenia uzyskuje się
poprzez wciąganie, głęboko do płuc, dymu powstałego podczas palenia
konopi. Opis działania substancji odurzającej, o której można sądzić, że

była to marihuana można znaleźć, zdaniem niektórych badaczy, już w Starym
Testamencie.

W Indiach, konopie traktowane są jako roślina święta i odgrywają ważną
rolę w kulcie hinduistycznego boga Sziwę.

Program Kontroli Narkotyków ONZ szacował, że w 1990 roku 141 mi-
lionów ludzi (2,45% populacji świata) nadużywało konopi. W Polsce naj-
bardziej rozpowszechnione są papierosy z marihuaną (potoczne nazwy: traw-
ka, maryska, skreń).

Substancjami biologicznie czynnymi w konopiach są tetrahydrokannabin-
ole (THC). Typowy „skreń” zawiera 0,5-1,0 g konopi, które mogą różnić się
zawartością od 5 do 150 mg THC. Około 20 do 70% THC dostaje się do
płuc, reszta ulega rozpadowi w wyniku spalania lub ucieka z dymem. Jeden
„skreń” może wystarczyć do wywołania przyjemnego odczucia (niewielkiej
euforii z odprężeniem) u 2-3 palących. Intensywny palacz może wypalić 5
i więcej „skreń” w ciągu doby.

Konopie indyjskie traktowane są jako „narkotyk rekreacyjny”, bowiem
ich działanie polega na powodowaniu lepszego samopoczucia (m.in. euforii,
przekonania o swoich większych możliwościach, kojeniu bólu itp.). Często
spotykane są zaburzenia poczucia czasu, przeszczeni, zafasoszowany odbiór
barw i dźwięków, uczucie utraty łączności ze światem. Niejednokrotnie za-
burzenia mogą mieć charakter ostrej psychozy toksycznej (z halucynacjami,
iluzjami i urojeniami), stanów lęku i paniki oraz depresji z myślami samo-
bójczymi. U osób palących przetwory konopi wyróżnia się następujące fazy:
faza dobrego samopoczucia i euforii, faza nadwrażliwości zmysłowej, faza
ekstazy i faza snu.

Długotrwałe przyjmowanie marihuany, szczególnie przez osoby młode,
powoduje wystąpienie tzw. zespołu amotywacyjnego („wypalenia się”), któ-
ry polega na stopniowej utracie zainteresowania codziennymi czynnościami
i otaczającym światem. Według badań amerykańskich, objawy te obserwuje
u siebie ok. 40% osób systematycznie palących marihuanę. U osób przyjmu-
jących przewlekle przetwory konopi występuje ponadto bezsenność, bóle
głowy, spadek wagi ciała a często wyniszczenie spowodowane utratą tkanie-
nia, dolegliwościami żołądkowymi i przewlekłą biegunką. Obserwuje się
również negatywny wpływ na procesy pamięciowe oraz spadek sprawności
intelektualnej i psychomotorycznej. W 1985 roku w Kalifornii u 37% ofiar
wypadków drogowych znaleziono we krwi THC. Dość powszechne są zmia-
ny w układzie oddechowym w postaci przewlekłych zapaleń krtani, oskrzeli,
rozedmy płuc a nawet raka płuc. Wynika to m.in. z faktu, że jeden „skreń”

maritany zawierają w sobie tyle substancji toksycznych co 10-20 zwyczajnych papierosów. Obserwuje się także osłabienie ogólnej odporności organizmu. U kobiet dochodzi do zaburzeń owulacji, skrócenia cykliów miesięcznych i zmniejszenia płodności. Dzieci regularnych palaczy maritany wykazują, w wieku lat 4, gorszą pamięć i gorzej mówią. U mężczyzn palaczy Cannabis obniża się ilość i ruchliwość plemników w spermie a także spotykane są części, niż w przeciętnej populacji, przypadki impotencji. W badaniach na zwierzętach stwierdzono zmniejszenie aktywności seksualnej.

Alkaloidy zawarte w konopiach indyjskich bardzo trudno wydalają się z ustroju. Składnik psychoaktywny – tetrahydrokannabinol utrzymuje się w organizmie przez ok. 30 dni (bardzo łatwo rozpuszcza się w tłuszczach i stąd trudno wydalają się). Zależność od kannabinoli jest zależnością psychiczną ale obserwowano również, po zaprzestaniu palenia, słabo wyrażone objawy zespołu odstawienia (abstynencyjnego).

Substancje wziewne (inhalanty)

Już w XIX wieku, w Wielkiej Brytanii i Ameryce Północnej, znane było wężanie tlenku azotu. Na szerszą skalę, wężanie benzyny w celu uzyskania stanu odurzenia, zaczęło rozpowszechniać się, w latach pięćdziesiątych, w Stanach Zjednoczonych. W latach sześćdziesiątych, wężanie klejów, benzyny i rozpuszczalników stało się modne wśród nastolatków zarówno w Stanach Zjednoczonych jak i na Zachodzie Europy. Stopniowo powiększała się ilość substancji, których wdychanie dawało stan odurzenia. Zaczęto wykorzystywać do tego celu kleje, farby, lakiery, detergenty, aerozole, a nawet środki do prania na sucho i gaz propan-butan z butli turystycznych. W latach 70-tych zanotowano w Polsce pierwsze przypadki zatrucia rozpuszczalnikiem organicznym o nazwie TRI oraz proskiem do prania o nazwie IXI, który był podgrzewany i wężany grupowo przez młodzież. Obecnie najczęściej używane są kleje i rozpuszczalniki. Zawarte w nich związki chemiczne (toluen, benzen, trójchloroetan itp.) mają szczególne powinnowactwo do tłuszczów i z tego powodu są bardzo wolno eliminowane z organizmem.

Głównym ryzykiem związanym z wężaniem tych związków są, poza możliwością śmiertelnego zatrucia, poważne uszkodzenia wątroby, nerek, serca oraz ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Stopień uszkodzenia zależy m.in. od „stażu” wężania, czasu ekspozycji oraz intensywności i częstotliwości seansów. W literaturze opisywane były przypadki zespo-

łów mózdkowych (ataksja*, dyzartria**, drżenia), zapalenia wielonerwowego oraz zaników mózgu.

Reasumując – wiele rozpuszczalników organicznych takich jak eter, benzyna, rozcieńczalniki zawarte w klejach itp. wytwarzają opary, których wdychanie powoduje zatrucie organizmu i stan odurzenia.

Wygład i objawy po użyciu: mocno zaczerwienione oczy (zapalenie spojówek), kichanie, katar, kaszel, niewyraźna mowa, czasami krwawienie z nosa. Osoby wdychające te substancje tzw. „wężacze” doznają nieodwracalnych zmian, umiejscowionych najczęściej w układzie nerwowym, oddechowym i krążenia.

Substancje halucynogenne

Do najczęściej przyjmowanych w Polsce substancji halucynogennych należą grzyby z grupy *Psilocybe* (zwanym suszone lub surowe, do kilkunastu sztuk jednorazowo). Znaczenie rzadziej używane są: lulek czarny (*Hyoscyamus niger*), bielun dziedzierzawa (*Datura stramonium*), korzeń kokoryczki pustej (*Corydalis rhisoma*) i LSD (w postaci nasączonych papierków do ssania, kapsułek i tabletek). Do grupy substancji halucynogennych należy jeszcze wiele innych roślin – kilkadziesiąt kaktusów, owoce, grzyby, korzenie i kory drzew. W celu uzyskania „mocnych wrażeń” stosowane są także – mekalina (*peyotl*), harmina, ibogaina i wiele, wiele innych.

Przyjmowanie tych substancji powoduje, w pierwszej fazie wystąpienie objawów fizycznych (nudności, drżenia mięśniowe, wzrost ciepłoty ciała i ciśnienia krwi) a w drugiej – objawów psychicznych (omamy, zwłaszcz wzrostkowe, iluzje, urojenia, zaburzenia percepcji czasu, zaburzenia pamięci, napady paniki i agresji). Osoba będąca pod działaniem halucynogenów ma zafałszowany odbiór wrażeń zmysłowych, doznaje barwnych wizji, uzyskuje zmianę poczucia kształtów i barw, zaostrome widzenie kontrastów i detali, zaostrome wrażeń słuchowych, poczucie derealizacji***. Zaburzeniu ulega także orientacja w czasie i przestrzeni. Objawy psychiczne utrzymują się

* ataksja – niezdolność, upośledzenie zdolności sprawnego i dokładnego wykonywania ruchów.

** dyzartria – zaburzenia mowy polegające na nieodkładnym lub zmienionym wymawianiu wyrazów.

*** derealizacja – objaw chorobowy polegający na tym, że świat wydaje się zmieniony, a ludzie jakby inni.

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Substancja	Objawy po przyjęciu	Zespół absencyjny
opiaty (opium, morfina, heroína)	źrenice – zwężenie oraz „szklane oczy”, osłabienie reakcji na światło, zachowanie – niepokój ruchowy lub spowolnienie i senność, euforia, błogostan, podsychanie śluzówek, spadek ciśnienia krwi;	źrenice – rozszerzenie, „gęsia skórka”, łzawienie, wysięk z nosa, ziewanie, kichanie, nudności, wymioty, sliny „głód” narkotyku;
barbiturany	źrenice – początkowo zwężenie a później rozszerzenie, zachowanie – zamazana mowa, wielomówność, niezdolność ruchowa, spowolnienie, senność, spadek ciśnienia krwi (niewielki), zwolnienie tętna;	niepokój, lęk, drżenie mięśniowe, nudności, jadłowstręt, napady drgawkowe, nadwrażliwość na bodźce zmysłowe, zaburzenia świadomości;
benzodwuzepiny	zachowanie – spowolnienie, czasami spadek ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna, obniżenie napięcia mięśni szkieletowych;	niepokój, lęk, nudności, wymioty, drżenie mięśniowe, napady drgawkowe, nadwrażliwość na bodźce zmysłowe;
amfetamina /kokaina	źrenice – rozszerzenie, zachowanie – zwiększony napęd i euforia, niepokój ruchowy, „gadulstwo”, szybki oddech, czterwony nos pokryty krostkami (kokaina), przyspieszenie tętna, wzrost ciśnienia krwi;	lęk, uczucie zmęczenia, apatii, depresja z niepokojem i myśłami „S”, nadmierna senność, brak objawów fizycznych;
kanabinole – prezwoy konopi indyjskich (haszysz, marihuaną)	zachowanie – zaburzenia koordynacji ruchowej, euforia, „chicho”, „gadulstwo”, ataki kaszlu (czasami), przekrwienie galek ocznych, obrzęk powiek, słodkawą woń oddechu, pocenie się, suchość śluzówek jamy ustnej, przyspieszenie tętna, wzrost ciśnienia krwi.	drażliwość, lęk, spadek tętna, zaburzenia snu, brak objawów fizycznych.

przeważnie przez parę godzin, ale mogą przedłużać się nawet do 12 godzin. Substancje halucynogenne nie powodują zależności fizycznej, natomiast obserwowany jest wzrost tolerancji.

Psychiatrzy i psychologowie, przy pomocy halucynogenów, podejmowali próby dotarcia do świata przeżyć osób chorych psychicznie. Od eksperymentów tych jednak odstąpiono w związku z nieodwracalnymi skutkami dla organizmu, jakie może pozostawić po sobie przyjmowanie tych substancji.

Leczenie osób uzależnionych od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych (z wyłączeniem oczywiście kofeiny, teiny i nikotyny) jest często, z wielu powodów, trudniejsze niż leczenie samego uzależnienia od alkoholu. Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia tylko 4% uzależnionych osiąga 10-letni okres abstynencji. Nie mniej jednak wiele ośrodków na świecie leczy pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, bez względu na rodzaj używanej substancji, w ramach tych samych programów terapeutycznych.

Ponieważ do placówek zajmujących się w Polsce leczeniem uzależnienia od alkoholu trafia coraz więcej osób, które przyjmują inne jeszcze substancje psychoaktywne, należy dobrze znać objawy zatrucia i objawy pojawiające się po odstawieniu tych substancji.

Etyka zawodowa terapeuty uzależnień

W ostatnich latach, w leczeniu odwykowym, podjęto pracę wiele osób, które nigdy wcześniej nie miały do czynienia z udzielaniem pomocy osobom uzależnionym. Nie miały więc one nigdy okazji do bliższego zapoznania się z zasadami etycznymi, jakie obowiązują w tego rodzaju pracy.

Mówiąc o etyce zawodowej mamy na myśli ogół ocen i zasad moralnych obowiązujących członków danej grupy zawodowej. Swoimi, częściowo specyficznymi, zasadami etycznymi musi oczywiście kierować się również grupa terapeutów uzależnień. Niestety nie zawsze tak jest. Zdarza się niekiedy, że terapeuci uzależnień demonstrowają zachowania, które nigdy nie powinny mieć miejsca w relacjach ze swoimi pacjentami. Wynika to na ogół nie ze złej woli terapeuty lecz z niezajomości podstawowych zasad etyki zawodowej. Kiedy postępowanie terapeuty jest sprzeczne z tymi zasadami, odbiera on pacjentowi szansę na odniesienie korzyści z terapii, a tym samym wyrządza mu ogromną krzywdę. Wśród zachowań sprzecznych z zasadami etyki zawodowej są m.in.:

- wykorzystywanie pozycji terapeuty i relacji terapeutycznej do osiągnięcia korzyści osobistych (m.in. materialnych);
- zdeteminowane względami pozaterapeutycznymi różnicowane podejście do pacjenta (np. inne traktowanie pacjenta-inżyniera niż pacjenta-słuszarza, przystojnej brunetki i zaniedbanej blondynki itp.);
- wypowiadanie w obecności pacjenta krytycznych lub będących w nich terapeutów, którzy współczesniczą lub będą uczesniczyć w prowadzeniu terapii tego pacjenta;
- wykorzystywanie relacji terapeutycznej do wchodzenia w nieformalne (a konkretnie tzw. męsko-damskie) związki z pacjentką bądź pacjentem;

- „wczorajszy chuch” bądź nawrót picia u terapeuty.
- Zasygnalizowane wyżej sytuacje wpływają do tego stopnia destrukcyjnie na przebieg procesu leczenia, że osoby które nie potrafią ich wyeliminować **nie powinny być zatrudniane w charakterze terapeutów**, przynajmniej do czasu rozwiązania swoich własnych problemów i nabycia podstawowej wiedzy profesjonalnej.

Aby być w zgodzie z zasadami etyki zawodowej, profesjonalny terapeuta nie powinien:

- oferować i stosować technik, które nie spełniają standardów profesjonalnych;
- przypisywać sobie kwalifikacji, których nie posiada;
- pochwałać prowadzenia praktyk terapeutycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji;
- oferować usług osobie, która korzysta już z terapii prowadzonej przez innego profesjonalistę, chyba że istnieje porozumienie z tym profesjonalistą lub związku klienta z nim zostały zakończone;
- leczyć osób, z którymi wiążą go silne związki emocjonalne.

Powinien natomiast:

- mieć świadomość granic swojej wiedzy i umiejętności i korzystać z pomocy innych specjalistów;
- mieć świadomość, że jego własne problemy osobiste mogą negatywnie wpływać na klientów;
- radzić się innych profesjonalistów czy powinien pracować z danym klientem;
- zwracać uwagę kolegom, którzy przedstawiają swoje kwalifikacje i możliwości niezgodnie z prawdą.

Ponadto powinien stać na straży praw osób, z którymi pracuje, to jest:

- respektować ich prawo do podejmowania decyzji, uczesniczenia w przygotowywaniu planów terapii, odzucania pomocy itp.;
- jeżeli wystąpi konflikt między interesem klienta a pracodawcy terapeuty musi określić zasady lojalności względem obu stron i obie strony o tym poinformować;
- w przypadku konfliktu między profesjonalistami kierować się najpierw dobrem klienta a dopiero później interesem swojej grupy zawodowej;

- przerwać związek terapeutyczny widząc, że klient nie odnosi korzyści;
- uzyskując od klienta informację poufną musi mieć pewność, że klient ma pełną świadomość celu wywiadu i sposobu wykorzystania tej wiadomości;
- odpowiadać za dobro klienta do chwili przekazania go innemu terapeutce.

Bardzo ważne jest przestrzeganie przez terapeutów takich zasad jak: anonimowości klienta, omawianie problemów klienta tylko z osobami, które współuczestniczą w prowadzeniu terapii, zbieranie tylko tych informacji, które są niezbędne do prowadzenia terapii (wykluczona motywacja ciekawością), wyraźne określenie granic dyskrekcji i powiadomienie klienta kto będzie miał dostęp do zebranych informacji (np. zespół terapeutyczny, inna placówka służby zdrowia, sąd, prokuratura), uzgodnienie zakresu i sposobu wykorzystania informacji (jeżeli terapeuta ma narzucone przez przełożonych procedury musi natychmiast poinformować o nich klienta), poinformowanie klienta o trybie swojego postępowania w przypadkach tamana przez niego norm czy zasad kontraktu terapeutycznego (regulaminy).

W przypadkach jednoczesnego realizowania programów dydaktycznych terapeuta powinien postępować tak, aby niemożliwa była identyfikacja klienta, nie powinien używać jego nazwiska, a jeżeli pojawi się obawa, że uczestniczenie w prezentacji przypadku może być dla klienta krzywdzące powinien uzyskać jego pisemną zgodę lub zrezygnować z prezentacji.

Osoba prowadząca terapię w placówce społecznej służby zdrowia nie ma prawa przyjmować honorarium od osób, które posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń lub pobierać prowizji albo innych form wynagrodzenia za przyjęcie, skterowanie do innego specjalisty itp. Pracując w placówce prywatnej powinna natomiast zawsze rozważyć czy klienta stać na proponowane stawki.

Niedopuszczalne jest również wykorzystywanie związków terapeutycznych do osiągania jakichkolwiek korzyści osobistych oraz dyskryminowanie klientów. Należy więc unikać wyróżniania klientów (płeć, wiek, zawód, rasa, wyznanie, orientacja seksualna itp.), bowiem wyróżniając jednych po-mija się innych a tym samym tamana jest zasada obiektywizmu.

Należy też pamiętać, że korzystanie przez terapeutę z używek nie może mieć charakteru destrukcyjnego oraz, że terapeutę uzależnień nie wolno korzystać w żadnym wypadku z używek nielegalnych.

Niepijący alkoholicy jako terapeuti

Przed zaprezentowaniem swoich przemyśleń na ten temat chciałbym przypomnieć, że członkami zespołu terapeutycznego powinni być, moim zdaniem, tylko ci spośród alkoholiców, którzy przeszli własne leczenie, nie piją od kilku lat i nadal dbają o prawidłowy przebieg procesu własnego zdrowienia oraz, co wydaje się być oczywiste, przeszli profesjonalne przeszkolenie. W lecnictwie odwykowym nie powinni być zatrudniani w żadnym przypadku alkoholicy, którzy nie potrafią sobie poradzić z nawrotami choroby. Osoby uzależnione, które leczą innych, a same nie potrafią powstrzymać się od picia alkoholu lub przyjmowania innych substancji psychoaktywnych, powinny **natychmiast zrezygnować z tego rodzaju pracy i poddać się swojej własnej terapii.**

Zagadnienie dotyczące niepijących alkoholiców, którzy pracują jako terapeuci, jest szczególnie ważne ze względu na coraz powszechniejsze zatrudnianie tych osób w placówkach lecznictwa odwykowego. Jestem przekonany, że ilość ich będzie stale rosła, a wkrótce będą stanowili oni większość w tych placówkach. Proponuję więc, abyśmy nieco bliżej przyjrzyli się blaskom i cieniom tego zjawiska, a przy okazji odpowiedzieli sobie na kilka, związanych z tym tematem, pytań.

Co mogą zyskać?

Oczywiście nie tylko sami pacjenci oraz zespół terapeutyczny mogą odnieść korzyść z obecności trzech ośrodku odwykowym. Korzyści odnoszą również sami zatrudniani tam alkoholicy. Do najważniejszych korzyści należą moim zdaniem:

Co jeszcze można przeczytać

- Falewicz Jan Karol, ABC problemów alkoholowych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993
- Habrak Bogusław, Organizm w niebezpieczeństwie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993
- Johnson V.E., Od jutra nie piję, SPP Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1987 lub Instytut Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992
- Mellbruda Jerzy, Tajemnice ETOH czyli alkohol i nasze życie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993
- Osiatyński Wiktor, Grzech czy choroba, IPiN, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 1992
- Ósmy Raport Specjalny dla Kongresu USA, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995
- Prześlanie Nadziei. Przewodnik dla Duszpasterstwa Trzeźwości, Praca zbiorowa pod red. ks. Marka Dziewieckiego, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993
- Raporty z Serii: „Alkohol a zdrowie” (nr 1-22)
- Seria: Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień (cz. 1-3):
- Motywowanie do terapii
 - Przygotowanie do Programu Dwunastu Kroków
 - Uczenie umiejętności praktycznych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995
- Szczepańska Hanna, Żony alkoholików, IPiN, Warszawa 1992
- Sztander Wanda, Poza kontrolą, IPZiT, Warszawa 1992
- Woronowicz Bohdan Tadeusz, Alkoholowe vademecum dla każdego, Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości, Zakroczym 1993

Woydyłło Ewa, Początek drogi, IPiN, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 1990

Zespół uzależnienia od alkoholu, IPiN, Warszawa 1992

Warto również sięgać do pism, które dotyczą problemów związanych z profilaktyką i terapią uzależnienia od alkoholu: „Alkoholizm i narkomania” (kwartalnik wydawany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii), „Świat problemów” (miesięcznik wydawany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), „Arka” (biuletyn Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Batorego), „Trzeźwymi bądźcie” (dwumiesięcznik Ośrodka Apostolstwa Trzeźwości w Zakroczymiu).

DAJ SOBIE SZANSĘ

(Do tych, którzy jeszcze nie wiedzą czy chcą przestać pić)

Usiądź wygodnie, weź do ręki czystą kartkę papieru i ołówek.

Przed udzieleniem sobie odpowiedzi (po cichu i tylko dla siebie) na pytanie „czy nadal mogę bezpiecznie pić alkohol” oraz przed podjęciem decyzji co robić dalej - spróbuj przypomnieć sobie:

- Czy kiedykolwiek osoby z bliskiego otoczenia mówiły, że pijesz zbyt dużo albo zbyt często?
Jeżeli powiedziała tak chociaż jedna osoba, której nie oceniasz jako swojego wroga – postaw na kartce kreskę.
 - Czy kiedykolwiek były w Twoim życiu takie okresy, kiedy rozważałeś/ęś potrzebę ograniczenia swojego picia?
Jeżeli tak – to przypomnij sobie co poprzedziło te rozważania i postaw na kartce kreskę.
 - Czy zdarzyło Ci się kiedykolwiek, że odczuwałeś/ęś wyrzuty sumienia, poczucie winy albo wstyd z powodu swojego picia, jego następstw czy swoich zachowań po wypiciu?
Jeżeli tak – to przypomnij sobie wydarzenia, które poprzedziły te odczucia i postaw na kartce kreskę.
 - Czy zdarzyło Ci się kiedykolwiek, że rano po przebudzeniu, jedną z pierwszych czynności było wypicie alkoholu (także piwa) dla „uspokojenia nerwów” albo w celu zlikwidowania „kaca”?
Jeżeli tak - postaw na kartce kreskę.
 - Czy zdarzyło Ci się kiedykolwiek chować alkohol przed innymi albo pić po kryjomu?
Jeżeli tak – postaw na kartce kreskę.
- Teraz policz wszystkie zapisane na kartce kreski.
- Jeżeli znalazłeś tylko jedną kreskę to nie jest jeszcze źle, ale... zastanów się co może być dalej.
- Jeżeli jest ich dwie lub więcej to oznacza, że picie alkoholu zaczęło stwarzać problemy. Odpowiedz sobie teraz na pytanie czy chcesz mieć tych problemów jeszcze więcej. Zastanów się też czy nie warto porozmawiać na temat Twojego picia ze specjalistą. Myślę, że warto!
- Jeżeli nadal nie wiesz co dalej robić i jaką podjąć decyzję – spójrz na następną stronę i odpowiedz sobie na kolejne pytania, a **po każdej odpowiedzi „tak” – również postaw na kartce kreskę.**

- Czy odczuwałeś kiedykolwiek potrzebę wypicia, a czasami nawet poczucie przymusu picia lub tzw. „głód” alkoholu (występujące zarówno w okresie abstinencji jak i podczas picia)?
- Czy nasunęła Ci się kiedykolwiek myśl, że ostatnio miewasz trudności w kontrolowaniu swojego picia (np. czasami wypijasz więcej alkoholu niż planowałeś/ęś, pijesz częściej niż planowałeś/ęś, miewasz trudność w przetrwaniu rozpoczętego picia, a czasami jest Ci trudno odmówić sobie wypicia alkoholu)?
- Czy kiedykolwiek piłeś/ęś alkohol w celu poprawienia złego samopoczucia po „przepicciu” (wypijałeś/ęś tzw. „kłina”)?
- Czy kiedykolwiek zaobserwowałeś/ęś obecność bardzo przykrych dolegliwości fizycznych i/lub bardzo złego samopoczucia psychicznego, przy próbach przetrwania picia lub następnego dnia po „przepicciu” (np. niektóre spośród takich objawów jak: silne osłabienie, nudności, wymioty, biegunki, nadmierna potliwość, drżenie rąk lub/i całego ciała, drażliwość, niepokój, lęki, niemożność zasnąć, przerywany sen z koszmarami itp.)?
- Czy obecnie reagujesz na alkohol inaczej niż kiedyś (masz na przykład „mocniejszą” lub „słabszą” głowę)?
- Czy w ostatnim okresie Twoje kontakty z alkoholem nie ograniczają się najczęściej do dwóch możliwości (albo całkowita, wielomiesięczna czy nawet wieloletnia abstinencja, albo parodniowe czy wielodniowe picie alkoholu czyli tzw. „ciąg”, który wcale nie musi wiązać się z upijaniem się i opuszczaniem pracy)?
- Czy przypadkiem nie zrezygnowałeś/ęś, na rzecz picia, z niektórych przyjemności i zainteresowań (np. masz mniej czasu dla rodziny, na swoje hobby, natomiast coraz więcej czasu zajmuje Ci „odzyskiwanie formy” po piciu czy też odrabianie zaległości powstałych podczas picia, zdobywanie pieniędzy na picie, poszukiwanie okazji do wypicia czy też samo picie), a może zmieniłeś pracę, albo wykonywany zawód w związku z picciem?
- Czy zdarzało Ci się pić alkohol wbrew zaleceniom lekarza, pomimo kłopotów finansowych czy też problemów rodzinnych, zawodowych, prawnych itp., o których wiadomo, że mogły mieć związek z picciem alkoholu?

Tym razem także policz wszystkie zapisane na kartce kreski. Jeżeli jest ich trzy lub więcej to nie ulega wątpliwości, że powinienś zgłosić się do specjalisty, bo jesteś chora/y tzn. uzależniona/y od alkoholu. Wiem doskonale, że podjęcie takiej decyzji jest niezmiernie trudne. Szczególnie w sytuacji, kiedy niektórzy Twój znajomi łączą alkoholizm z tym wszystkim co jest złe, grzeszne, społecznie nieakceptowane. Czy Ty myślisz podobnie jak oni? Musisz wiedzieć, że prawda jest zupełnie inna, bowiem: **alkoholizm czyli uzależnienie od alkoholu jest to choroba niezamiatana, podobna do wielu innych, choroba, na której przebieg można mieć wpływ i którą można zatrzymać.**

Daj sobie szansę, zadzwoni i umów się na rozmowę! Czekamy na Ciebie

Spis treści

Podstawowe wiadomości o alkoholu	5
Zatrucie alkoholem i jego konsekwencje	7
Nietypowe reakcje na alkohol	8
Alkohol a leki	9
Odpowiedzialność karna	10
Motywy picia alkoholu	13
Czynniki wpływające na rozwój uzależnienia	15
Biologiczne	15
Społeczne	17
Psychologiczne	18
Duchowe	20
Profilaktyka	21
Nadużywanie alkoholu	24
Identyfikacja osób z problemami alkoholowymi	29
Wskaźniki kliniczne	29
Testy diagnostyczne	31
Badania laboratoryjne	34
Problemy zdrowotne	36
Powikłania somatyczne	36
Układ nerwowy	37
Układ pokarmowy	40
Układ krążenia	42
Układ oddechowy	45
Układ moczowy	45
Układ endokryny	45
Zaburzenia funkcji seksualnych	46
Układ odpornościowy	47
Zmiany skórne i choroby przenoszone drogą płciową	47
Nowotwory	48
Ciąża i płód	48

Inne zaburzenia	50
Powikłania psychiatryczne	51
Majaczenia alkoholowe	51
Ostra halucynozja	52
Przewlekła halucynozja	52
Paranoja alkoholowa	52
Psychoza Korsakowa	53
Inne zaburzenia psychiczne	53
Pijaństwo a alkoholizm	54
Od pijaństwa do uzależnienia	55
Objawy ostrzegawcze	58
Fazy alkoholizmu według Jellinka	60
Uzależnienie od alkoholu według Światowej Organizacji Zdrowia	62
Zmiany w zachowaniu	63
Zmiany subiektywne	64
Zmiany psychobiologiczne	65
Kryteria uzależnienia według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego	68
Dwa typy alkoholizmu	71
Wybrane problemy diagnostyczne spotykane u osób uzależnionych	72
Podwójna diagnoza	73
Zaburzenia nastroju	75
Zaburzenia nerwicowe	80
Zaburzenia osobowości	81
Zmiany organiczne	82
Najczęściej spotykane pomyłki diagnostyczne	83
Kilka uwag o leczeniu	86
Okresy w życiu alkoholika	86
Motywy podejmowania leczenia i oczekiwania wobec leczenia	87
Odrucenie – detoksykacja	88
Cele realizowane w trakcie psychoterapii uzależnienia	89
Programy zdrowienia	91
Model Minnesota	92
Dieta	93
Środki farmakologiczne	94
Skuteczność leczenia	95

Czy alkoholik powinien czuć się chorym do końca życia? 97

Leczenie kobiet 98

Oferta dla osób nieuzależnionych 98

Obowiązek leczenia 99

Lecnictwo odwykowe w Polsce 100

Rys historyczny 100

Baza leczenia 101

Lecnictwo w świetle prawa 101

Samopomoc 104

Anonimowi Alkoholicy 105

Al-Anon 110

Alateen 110

Alatot 110

DDA 110

Kluby abstynenta 111

Współuzależnienie 113

Dzieci alkoholików 117

Uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych 120

Pochodne makowca 120

Benzodwuzepiny 121

Pochodne kwasu barbiturowego 122

Amfetamina 122

Kokaina 123

Kofeina i teina 124

Nikotyna 125

Pochodne konopi (marihuana i haszysz) 126

Substancje wzwiewne (inhalanty) 128

Substancje halucynogenne 129

Substancje psychoaktywne 130

Etyka zawodowa terapeuty uzależnień 132

Niepijący alkoholicy jako terapeuci 135

Co mogą zyskać 135

Co mogą stracić 136

W czym mogą być pomocni 137

Co jeszcze można przeczytać 138

DAJ SOBIE SZANSĘ? 140

