



Wybrane zagadnienia diagnozy i leczenia zespołu uzależnienia od alkoholu

Selected issues of the alcohol dependence syndrome diagnosis and treatment

BOHDAN T. WORONOWICZ

Z Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *W artykule przedstawiono ewolucję nazwy i rozumienia istoty pojęcia wieloczynnikowo uwarunkowanego zaburzenia, które określamy obecnie jako „zespół uzależnienia od alkoholu”. Podano charakterystyczne cechy tego zaburzenia: uzależnienie psychiczne, fizyczne i zmienną tolerancję alkoholu oraz wymieniono kryteria rozpoznawania uzależnienia wg międzynarodowej klasyfikacji chorób. Zwrócono uwagę na szczególne cechy zachowania się osób uzależnionych w czasie zbierania wywiadu i na ich najczęstsze dolegliwości. Poruszono sprawę napadów padaczkowych w tych przypadkach. Przy omawianiu leczenia przypomniano zasadnicze warunki prowadzenia psychoterapii, efekty osiągane przy pomocy grup AA oraz metodę „dwunastu kroków”.*

SUMMARY. *The paper presents an evolution of the terminology and meaning of the notion of a disorder determined by many factors and currently known as the "alcohol dependence syndrome". Characteristic features of the syndrome include psychological and physical dependence, as well as changed alcohol tolerance. Diagnostic criteria of alcohol dependence according to the international classification of diseases are listed. Specific traits of alcohol dependent persons' behavior during the medical interview and their most frequent ailments are outlined. The issue of epileptic fits in such cases is mentioned. As regards alcohol treatment, essential requirements for conducting psychotherapy are reminded. Results attained by AA groups participation and the 12 Steps approach are highlighted.*

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu / diagnostyka / terapia

Key words: alcohol dependence / diagnostics / therapy

Niniejszy artykuł przeznaczony jest dla neurologów. Ma on charakter praktyczny, a jego celem jest przypomnienie podstawowych wiadomości na temat uzależnienia od alkoholu i jego leczenia oraz zwrócenie uwagi na niektóre stany, z którymi neurolog się spotyka. Mam nadzieję, że pomoże on lepiej zrozumieć pacjentów uzależnionych od alkoholu, a tym samym ułatwi udzielenie im fachowej pomocy.

Wzmianki na temat niekorzystnego wpływu alkoholu na organizm człowieka można spotkać już w starożytnych przekazach (Biblia, Talmud, pisma Seneki itp.) [3].

W czasach nowożytnych, nieumiarkowane picie alkoholu określane było jako pijaństwo, alkoholomania, oinomania (gr. *oinos* = wino) czy dipsomania (gr. *dipsa* = pragnienie). Dopiero w 1849 r., szwedzki psychiatra Magnus Huss w pracy *Alkoholizm przewlekły czyli przewlekła choroba alkoholowa* jako pierwszy użył terminu alkoholizm zwracając uwagę na „specyficzne objawy nieprawidłowego funkcjonowania organizmu” będące efektem zmian spowodowanych przez alkohol.

Istotny wpływ na współczesne podejście do alkoholizmu wywarły przeprowadzone,

w latach pięćdziesiątych obecnego stulecia, badania Jellinka. Stwierdził on, że „alkoholizm przewlekły to każde używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkodę dla osoby pijącej, społeczeństwa lub obojga” [2]. Zwrócił także uwagę na fakt, że alkoholizm powstaje na skutek nałożenia się na siebie trzech czynników, tj. podatności biologicznej oraz warunków psychologicznych i społecznych. Alkoholizm podzielił na 5 postaci oznaczając je kolejnymi literami alfabety greckiego.

Na przestrzeni lat powstało wiele definicji alkoholizmu, które nie były jednak oparte na jednolitych kryteriach, bardzo często uwzględniały jedynie część objawów, bądź opierały się na wycinkowym obrazie choroby. Niektóre z nich zawierały nawet oceny moralne. Z tych właśnie względów, w latach siedemdziesiątych, problemem szkodliwych następstw spożywania alkoholu zajęli się eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Podjęli oni pracę nad ujednoczeniem kryteriów rozpoznawczych alkoholizmu oraz nad wyraźnym odgraniczeniem go od grupy zjawisk wiążących się z używaniem alkoholu w ogóle. W efekcie zaproponowano, aby zrezygnować z używania terminu „alkoholizm”, bowiem nie jest on jednoznaczny i może obejmować zarówno chorobę alkoholową jak i picie wykraczające poza normy kulturowe (może bowiem oznaczać również patologię społeczną związaną z piciem alkoholu). Zaproponowano również wycofanie terminu „nadużywanie” alkoholu, bowiem nie określał on ani ilości, ani częstotliwości spożywania alkoholu. W roku 1978 r. nastąpiło odejście od medycznej koncepcji choroby (ang. *disease*) na rzecz koncepcji wieloczynnikowo uwarunkowanego zaburzenia (ang. *disorder*). Do IX wydania Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów wprowadzono termin *zespół uzależnienia od alkoholu* („zespół zależności alkoholowej”), w miejsce stosowanych dotychczas określeń, takich jak alkoholizm nałogowy, czy alkoholizm przewlekły. Eksperci WHO zapro-

ponowali jednocześnie, aby uzależnienie od alkoholu rozpatrywać w tych samych kategoriach, co inne uzależnienia. Zaproponowano też, aby szeroko rozumiane pojęcie „alkoholizm” zastąpić terminami – „problemy alkoholowe” lub „stany ograniczonej sprawności spowodowanej alkoholem”.

ROZPOZNANIE

Według Światowej Organizacji Zdrowia [9] uzależnienie od alkoholu jest to stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu, który charakteryzuje się występowaniem zmian w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem (nieodpartą chęcią) ciągłego lub okresowego używania alkoholu, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć objawów wynikających z jego braku (złego samopoczucia, dyskomfortu). Temu zjawisku może, ale nie musi, towarzyszyć zmiana tolerancji. Człowiek może uzależnić się równolegle od alkoholu i od innych środków (spożywanych, wdychanych, przyjmowanych w formie iniekcji).

Zależność psychiczna polega na potrzebie częstego lub stałego picia alkoholu, celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z jego działaniem. *Zależność fizyczna* jest stanem biologicznej adaptacji wobec alkoholu, bez którego organizm nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować; zaprzestanie lub ograniczenie picia alkoholu pociąga za sobą występowanie zaburzeń czynności organizmu, określanych mianem zespołu odstawienia (zespołu abstynencyjnego). Tolerancja jest to stan, w którym wypijanie tej samej ilości alkoholu powoduje coraz słabszą reakcję, a dla uzyskania tego samego efektu konieczne jest zwiększenie ilości wypijanego alkoholu.

Przyjmuje się, że na powstawanie uzależnienia wpływają czynniki:

- biologiczne (biochemiczne) warunkujące reakcję organizmu na spożycie alkoholu,

- psychologiczne (wrodzone i nabyte cechy temperamentu¹) związane ze zwiększonym zapotrzebowaniem na pobudzenie bądź skłonnością do przeżywania stanów nieprzyjemnych, które alkohol uśmierza,
- duchowe²,
- społeczne, związane m.in. ze środowiskiem rodzinnym, obyczajowością i postawami społecznymi wobec picia alkoholu, dostępnością napojów alkoholowych (ceny, gęstość punktów sprzedaży i godziny ich otwarcia, zawartość alkoholu w napojach), a także obecnością różnorodnych problemów (rodziny, zawodowych, prawnych, materialnych, zdrowotnych itp.).

Obowiązująca obecnie dziesiąta wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) [8] proponuje używanie terminu – uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Wyróżnia ona zaburzenia spowodowane przyjmowaniem: alkoholu, opioidów, przetworów konopi indyjskich (haszysz, marihuana), substancji uspokajających i nasennych (np. barbiturany), kokainy, substancji pobudzających (np. pochodne amfetaminy), substancji halu-

cynogennych (np. LSD, grzyby psylocybe), tytoniu, lotnych rozpuszczalników (np. kleje, aceton, „Tri”) oraz wielorakich substancji lub substancji innych niż już wymienione. Wg tej klasyfikacji, do rozpoznania uzależnienia od alkoholu upoważnia stwierdzenie, że kiedykolwiek przez okres jednego miesiąca, lub przez jakiś czas w ciągu ostatniego roku, występowały co najmniej trzy spośród poniższych objawów:

1. silna potrzeba („głód”) lub poczucie przymusu picia alkoholu,
2. trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem, tj. upośledzenie kontroli nad:
 - powstrzymaniem się od picia,
 - długością trwania picia,
 - ilością wypijanego alkoholu,
3. występowanie, przy próbach przerwania lub ograniczenia picia, stanu przejawiającego się charakterystycznym zespołem abstynencyjnym lub piciem alkoholu albo przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych,
4. występowanie zjawiska tolerancji polegającego na konieczności przyjmowania większych dawek w celu uzyskania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami,
5. postępujące zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz picia,
6. picie alkoholu pomimo szkód, o których wiadomo, że mają niewątpliwy związek z piciem alkoholu.

¹ Temperament – ogół biologicznych i psychicznych czynników współtworzących osobowość, podłoże biotypologiczne służące za podstawę charakteru. Typowy dla danej jednostki zespół, względnie stałych cech zachowania i procesów psychicznych uwarunkowanych głównie przez jej właściwości biologiczne, a przejawiających się w różnych formach działania.

² 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.

Pomocne w wykryciu problemowego picia alkoholu, bądź uzależnienia od alkoholu, mogą okazać się badania przesiewowe. Czteropytaniowy test CAGE stosunkowo łatwo wychwytuje występowanie problemów alkoholowych, jednak jego czułość jest zbyt mała do wykrycia picia ryzykownego oraz do postawienia diagnozy uzależnienia. Dlatego też powinien być uzupełniany

pytaniami dotyczącymi ilości wypijanego alkoholu, problemów z kontrolowaniem ilości, czy częstotliwości picia, zjawiska tolerancji oraz ewentualnego występowania objawów abstynencyjnych po odstawieniu alkoholu. Bardzo przydatny jest także test AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*), który został zaprojektowany do wykrywania wczesnych stadiów problemów alkoholowych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej [7].

IDENTYFIKACJA OSÓB Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM

Zanim skorzystamy z testów i zanim przystąpimy do stawiania diagnozy uzależnienia warto zwrócić uwagę na fakty przemawiające za istnieniem problemu alkoholowego.

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

Podczas rozmowy osoba pijąca alkohol problemowo jest często rozdrażniona i podenerwowana, a kiedy rozmowa schodzi na 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 powinna być traktowana jako jeden z objawów choroby, a nie jako wyraz złej woli pacjenta.*

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

W wywiadzie od osób z problemem alkoholowym dość powszechnie spotykane są:

-
- skargi na osłabienie i nadmierną męczliwość,
 - skargi na przewlekłe bóle głowy (często związane z nadciśnieniem),
 - częste infekcje górnych dróg oddechowych,
 - 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,
 - podatność na urazy oraz częste uleganie wypadkom,
 - konflikty z prawem,
 - 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).
-

Niejednokrotnie pacjent zgłasza jeszcze 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). Te ostatnie mogą być wynikiem polineuropatii alkoholowej.

Podczas *badania lekarskiego* stwierdza się najczęściej: zapach świeżego lub przetrawionego alkoholu, zły stan higieniczny jamy ustnej, rozpułchnione dżiąsła, ciepłą i wilgotną skórę, blizny i sińce, czasami trądzik, powiększoną i bolesną na ucisk wątrobę, 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).

„PADACZKA ALKOHOLOWA”

Lekarz neurolog powinien być szczególnie wyczulony na osoby, które zgłaszają się do niego w związku z wystąpieniem napadów drgawkowych. Bardzo często są to drgawkowe napady abstynencyjne (nazywane niesłusznie padaczką alkoholową), które występują u osób uzależnionych od alkoholu najczęściej w okresie pierwszych 72 godzin od chwili odstawienia alkoholu, ale mogą także wystąpić w trakcie odstawiania alkoholu (ograniczenia picia) bądź w ciągu tygodnia po jego odstawieniu. Mają one najczęściej charakter pierwotnie uogólnionych dużych napadów padaczkowych (*grand mal*) oraz, co znacznie ułatwia diagnozę różnicową, występują wraz z innymi objawami abstynencyjnymi. Rzadko obserwowane jest pojawienie się aury lub innych objawów poprzedzających.

Z piśmiennictwa wynika, że napady drgawkowe miewa 5–25% osób uzależnionych od alkoholu [6]. Stwierdzono również, że alkohol odpowiedzialny jest za 25% wszystkich przypadków późnej padaczki [4]. Patogeneza napadów abstynencyjnych nie jest jeszcze wystarczająco poznana. Przypuszcza się, że może to być efekt nagłego spadku poziomu alkoholu we krwi, zaburzeń elektrolitowych (m.in. spadek poziomu Mg), zaburzeń neurotransmiterów (m.in. spadek GABA, który najbardziej „hamuje”), zaburzenia funkcji kanałów wapniowych, nadmiernego nawodnienia mózgu, deprywacji snu lub organicznego uszkodzenia mózgu spowodowanego alkoholem i produktami jego rozkładu. W okresie międzypadkowym nie stwierdza się zmian w EEG. Charakterystyczny jest także brak napadów w okresie dłuższego powstrzymywania się od alkoholu (konieczne jest jednak uzyskanie wywiadu obiektywnego).

Podczas różnicowania napadów drgawkowych należy najczęściej brać pod uwagę etiologię urazową, bowiem u osób pijących duże ilości alkoholu bardzo często dochodzi do urazów czaszki.

Zalecenie przewlekłego przyjmowania leków przeciwpadaczkowych (szczególnie po-

chodnych benzodiazepin i barbituranów) powinno być poprzedzone bardzo szczegółową analizą konkretnego przypadku. Z jednej strony dlatego, że leki te mogą spowodować kolejne uzależnienie, z drugiej zaś należy ocenić prawdopodobieństwo kontynuacji picia, przy którym stosowanie tych leków jest niebezpieczne i niewskazane.

PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIENIA

Osoby zgłaszające się po pomoc do placówek leczenia odwykowego na ogół nie czynią tego z własnej woli. Decyzja o podjęciu leczenia bywa najczęściej wymuszona stanem zdrowia, reakcjami najbliższych, presją przełożonych itp. Osoby decydujące się na podjęcie leczenia liczą głównie na pozbycie się przykrych i uciążliwych dolegliwości spowodowanych intensywnym pićm alkoholu oraz na uzyskanie recepty umożliwiającej powrót do normalnego, czyli kontrolowanego picia. Terapeuci, poza poprawieniem stanu fizycznego oraz ograniczeniem przez pacjenta konsumpcji alkoholu, usiłują pomóc w dokonaniu zmiany myślenia, odczuwania, reagowania itp. Proces ten trwa długo i nie zawsze kończy się sukcesem. Ponieważ choroba rozwija się na wielu płaszczyznach, należy dążyć do przekazania pacjentowi wiedzy dotyczącej używania substancji psychoaktywnych, 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. Konieczne jest również, aby pacjent zobaczył m.in., w jaki sposób alkohol zaburzył przebieg procesów myślenia i spowodował wyciąganie niewłaściwych wniosków oraz podejmowanie niekorzystnych dla siebie decyzji. Pacjent musi równocześnie zostać przekonany co do konieczności przyjęcia osobistej odpowiedzialności za przebieg procesu zdrowienia jako warunku skuteczności tego procesu. W zakresie życia uczuciowego – pacjent uczy się rozpoznawania, nazywania i adekwatnego

wyrażania własnych uczuć, uzyskuje m.in. świadomość, że niektóre stany emocjonalne (np. wstyd, poczucie winy, złość, samotność, brak zaufania) pogarszają samopoczucie i mogą pociągać za sobą picie alkoholu. W sferze życia duchowego konieczna jest pomoc w zrozumieniu, czym jest duchowość oraz odróżnienie jej od religijności, weryfikacja systemu wartości, budowa pozytywnej wizji siebie samego oraz swojego dalszego życia, znalezienie kogoś lub czegoś silniejszego, co pomoże w zatrzymaniu choroby, będzie wspomagać proces zdrowienia oraz dalszą dbałość o zdrowie. Istotną składową procesu terapeutycznego jest także weryfikacja zachowań, która możliwa jest dopiero po uświadomieniu sobie zależności między pićm alkoholu a własnymi zachowaniami, tj. uzyskaniu świadomości, że niektóre zachowania pociągają za sobą picie alkoholu, że do zaprzestania picia konieczna jest modyfikacja niektórych zachowań oraz nauka nowych. Proces zdrowienia wymaga również „uporządkowania” relacji społecznych, tj. nabycia umiejętności niezbędnych do lepszego rozumienia samego siebie i swojego funkcjonowania oraz lepszego komunikowania się i współbrzmienia z innymi ludźmi, nabycia umiejętności umożliwiających rozpoznawanie sytuacji zagrażających powrotem do picia, przebudowy dotychczasowych relacji z otoczeniem (bliskim i dalszym), budowy nowych związków z osobami, które nie używają alkoholu w sposób destrukcyjny, nabycia umiejętności korzystania, w procesie zdrowienia, z pomocy innych ludzi, tj. profesjonalistów i trzeźwiejących alkoholików. Realizując program psychoterapii nie wolno zaniedbywać leczenia ewentualnych zaburzeń somatycznych.

Zdaniem badaczy i praktyków, stosowanie środków farmakologicznych może, w ściśle określonych i indywidualnych przypadkach, stanowić jedynie wsparcie dla psychoterapii uzależnienia.

Skuteczność leczenia oceniana jest najczęściej poprzez kryterium długości abstynencji, a w dalszej kolejności uwzględniany jest stan

zdrowia fizycznego i psychicznego, funkcjonowanie rodzinne i zawodowe oraz stabilizacja materialna. Bardzo często spotykana jest opinia, że mniej więcej 1/3 pacjentów osiąga po leczeniu trwałą abstynencję, a 1/3 widoczną poprawę funkcjonowania zdrowotnego i społecznego, bez zachowywania całkowitej abstynencji [5]. Jednocześnie szacuje się, że około 10–20% osób pijących w sposób problemowy zaprzestaje picia bez leczenia profesjonalnego (względnie religijne, udział w ruchach samopomocy itp.). Wielu badaczy podkreśla ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy zaprzestaniem picia a uczestnictwem w ruchu Anonimowych Alkoholików.

Badania porównawcze rodzajów i warunków leczenia wykazują brak istotnych różnic w osiągniętych efektach. Zdaniem wielu badaczy najsilniejsza zależność zachodzi między pozytywnym efektem leczenia oraz terapią dostosowaną do indywidualnych cech i potrzeb pacjenta, a także korzystaniem z opieki szpitalnej. Nie bez znaczenia jest również ilość (intensywność) i jakość oddziaływań terapeutycznych, w jakich uczestniczył pacjent.

Programy zdrowienia planowane są na okres wielu miesięcy, a nawet lat. Początek ich stanowią najczęściej parolubkilkutygodniowe, intensywne i ustrukturalizowane oddziaływania, prowadzone w warunkach stacjonarnych, bądź intensywne, obejmujące 16–20 godzin tygodniowo, programy ambulatoryjne. 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 szpitalnej, czyli terapia uzupełniająca, bądź podtrzymująca prowadzona w warunkach ambulatoryjnych.

Dużą popularność zyskało sobie na świecie, a także i w Polsce, podejście do uzależ-

nienia od alkoholu i jego leczenia wg tzw. modelu Minnesota, a więc:

-
- traktowanie uzależnienia od alkoholu jako choroby niezawinionej, pierwotnej (w tym sensie, że nie jest to przejaw innych zaburzeń, po których rozwiązaniu przestanie ona istnieć), postępującej, przewlekłej i śmiertelnej, na której powstanie złożyło się wiele czynników,
 - uznawanie, że jednym z objawów choroby jest zaprzeczanie (również otoczenie zaprzecza istnieniu tej choroby),
 - włączenie do procesu terapeutycznego osób najbliższych, które również cierpią,
 - przekonanie, że wstępna motywacja nie decyduje o przebiegu i wynikach leczenia,
 - dążenie do umożliwienia pacjentowi identyfikacji z objawami choroby oraz sprowokowanie pojawienia się potrzeby dokonania zmian w swoim życiu,
 - stawianie jako cel długofalowy dożywotniej abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych,
 - wielodyscyplinarny zespół terapeutów, a w nim odpowiednio przeszkoleni trzejwicy alkoholicy,
 - wykorzystywanie filozofii Wspólnoty Anonimowych Alkoholiców oraz Programu Dwunastu Kroków.
-

Niezmiernie cennym uzupełnieniem zarówno stacjonarnych jak i ambulatoryjnych programów psychoterapii uzależnienia jest uczestniczenie pacjentów w spotkaniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholiców (AA), a ich bliskich w spotkaniach grup rodzinnych Al-Anon i Alateen [11].

PROGRAM DWUNASTU KROKÓW AA

Początek Wspólnocie AA dało spotkanie, w 1935 r., dwóch „beznadziejnych” alkoholiców – maklera giełdowego Billa W. (William Griffith Wilson 1895–1971) oraz chirurga dr Boba (Robert Halbrook Smith

1879–1950). Bill miał za sobą dziesiątki pobytów w zakładach odwykowych, a dr Bob nie był już w stanie operować.

Dwie, pierwsze w Polsce grupy AA powstały w Poznaniu w połowie lat siedemdziesiątych, trzecia w Będzinie, a czwarta w Warszawie w 1980 r. Obecnie spotyka się, na terenie całego niemal kraju, około 1500 grup Anonimowych Alkoholiców³.

Proponowany przez Wspólnotę AA program zdrowienia wyłożony jest w *Dwunastu Krokach*. Zachowaniu jedności wspólnoty służy *Dwanaście Tradycji*. Podstawowe informacje na temat Wspólnoty zawiera preambuła programu:

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.

Jedynym warunkiem uczestnictwa jest chęć zaprzestania picia. W AA nie ma żadnych składek ani opłat. Jesteśmy samowystarczalni poprzez własne, dobrowolne datki. 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 pozostać trzeźwym i pomagać innym alkoholikom w osiągnięciu trzeźwości.

Po powierzchownym zapoznaniu się z treścią *Dwunastu Kroków* mogą nasuwać się różne wątpliwości i podejrzenia dotyczące religijnego charakteru Wspólnoty. Należy jednak wiedzieć, że od jej uczestników nie jest wymagana akceptacja jakiegokolwiek koncepcji Boga („Siły Większej od nas samych”). Każdy może dokonać wyboru

³ Adres najbliższej grupy można uzyskać w poradni dla osób z problemem alkoholowym lub w przychodni terapii uzależnienia i współuzależnienia (nazwy zakładów lecznictwa odwykowego zgodnie z nowym Rozporządzeniem MZiOs z dn. 5 marca 1998 r.).

Boga „jakkolwiek Go pojmuje” i nikt spośród pozostałych uczestników Wspólnoty nie ma prawa niczego w tej kwestii narzucić. Wspomniany wcześniej współzałożyciel AA – Bill – wyjaśnił tę kwestię pisząc:

...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... [1].

Znajomość *Programu Dwunastu Kroków*, związanej z nim literatury, a szczególnie osobisty udział w otwartych, bądź zamkniętych spotkaniach (mityngach) 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, zachowania, odczuwania siebie i innych oraz dojrzałe, a więc „trzeźwe” funkcjonowanie w życiu.

Cele sformułowane w *Dwunastu Krokach* realizowane są przez poszczególnych członków grup w sposób indywidualny i często odmienny, a same Kroki proponują jedynie kolejność przeprowadzania analizy własnych doświadczeń i dokonywania zmian [10]. 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 piciem 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 gruntowny 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 – *Wyznaliśmy Bogu i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów*). Po odpowiednim przygotowaniu (Krok Szósty – *Staliśmy 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 – *Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki*). Przygotowanie listy skrzywdzonych osób (Krok Ósmy – *Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim*) umożliwia naprawianie i wymazywanie wyrządzonych krzywd (Krok Dziewiąty – *Zadośćuczyniliśmy osobście wszystkim, wobec których było to możliwe za wyjątkiem przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych*). Krok Dziesiąty (*Prowadziliśmy nadal rachunek sumienia, z miejsca przyznając się do popełnionych błędów*), to zalecenie systematycznego powtarzania Kroków Czwartego i Piątego w celu zachowania równowagi emocjonalnej zabezpieczającej kontynuację procesu zdrowienia. Podczas przerażania Jedenastego Kroku (*Dążyliśmy, 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

wanie, zapoczątkowanego w Trzecim Kroku, postanowienia o korzystaniu z pomocy Siły Wyższej. Krok Dwunasty (*Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, staraliśmy się nieść posłanie 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 procesu psychoterapii i podobnie jak ona umożliwia usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia i funkcjonowaniu społecznym.

ZAKOŃCZENIE

Kończąc powyższe rozważania chciałbym zaproponować krótkie spojrzenie na kolejne okresy życia osoby uzależnionej od alkoholu. Początkowo, u wielu potencjalnych alkoholików daje się zauważyć, spowodowane brakiem umiejętności „życia w zgodzie” z samym sobą i z otoczeniem – cierpienie i dyskomfort. Próby radzenia sobie z tymi stanami są przeważnie nieudane. W pewnym momencie następuje odkrycie, że alkohol może w tych stanach pomóc. Za tym stwierdzeniem idą próby radzenia sobie z cierpieniem i złym samopoczuciem, ale już przy pomocy alkoholu (okres „nadużywania”). Jest to okres regulowania samopoczucia przy pomocy alkoholu. Dzięki alkoholowi, pojawia się możliwość osiągnięcia przyjemności i zadowolenia, ulgi w cierpieniu, unikania stanów napięcia, niepokoju, lęku, poczucia małej wartości, poczucia winy, smutku itp. Powoli i niezauważalnie zbliża się kolejny okres – okres picia niekontrolowanego (uzależnienia). Coraz częściej, następuje regulowanie samopoczucia przy pomocy alkoholu, który staje się źródłem stanów dobrego samopoczucia i zaczyna stopniowo wypierać dotychczasowe źródła tych stanów. W tym okresie łatwo zaobserwować narastającą dezorga-

nizację życia. Alkoholik jej jednak nie dostrzega, bowiem system zaprzeczeń (zakłamania) utrudnia, a często nawet uniemożliwia, dostrzeżenie zagrożeń, z powodu wykorzystywaniu psychologicznych mechanizmów obronnych⁴. Stan ten pogłębia się i po pewnym czasie nadchodzi moment, kiedy konieczne staje się dokonanie wyboru między zaprzestaniem picia (i podjęciem leczenia) a śmiercią. Leczenie polega na realizacji programu zdrowienia uwzględniającego m.in. nabywanie wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, uzależnienia od nich oraz metod leczenia; „porządkowanie” sfery uczuć i duchowej; zmianę zachowań oraz naukę nowych umiejętności życiowych: interpersonalnych (w zakresie komunikowania się i bycia z innymi ludźmi), interpersonalnych (w zakresie lepszego rozumienia siebie) oraz zadaniowych (dotyczących m.in. zwiększenia odporności na cierpienie, nabycie umiejętności rozpoznawania sytuacji zwiększonego ryzyka zagrażającego powrotem do picia), a także nauce sposobów zapobiegania powrotowi do picia („potkniję się”). Po odbyciu podstawowego programu psychoterapii uzależnienia powinien nastąpić okres utrwalania efektów leczenia, tj. utrwalania uzyskanej zmiany, ze szczególnym uwzględnieniem nabywania umiejętności zapobiegania nawrotowi choroby. Po pomyślnej realizacji tych etapów następuje okres dbałości o zdrowie (fizyczne, psychiczne, duchowe). Dbałość o stan zdrowia jest czynnością powszechną (myjemy zęby, wkładamy ciepłe

⁴ Mechanizmy obronne – sposoby umożliwiające 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.

ubranie, żeby się nie przeziębnić, czy przestrzegamy diety). Natomiast alkoholik, który osiągnął ten etap nie potrzebuje już alkoholu, ponieważ potrafi już żyć we względnej zgodzie z sobą i z otoczeniem, radzić sobie z problemami życia codziennego, nie chce też cierpieć tak jak poprzednio i chce nadal czuć się zdrowo.

Obowiązkiem lekarza jest udzielanie pomocy pacjentom (w tym także tym uzależnionym od alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych) w każdym etapie choroby i w każdym okresie zdrowienia, bez względu na osobisty stosunek do tych osób. Powinniśmy zdawać sobie sprawę z tego, że niejednokrotnie nasz punkt widzenia może być podbarwiony negatywnymi emocjami wynikającymi zarówno ze złych osobistych doświadczeń, jak i ze zbyt małej znajomości specyfiki uzależnień. Należy też pamiętać, że nakłonienie do podjęcia leczenia osoby, która wyczuwa negatywny stosunek lekarza do siebie, jest praktycznie mało prawdopodobne a być może – niemożliwe.

PIŚMIENNICTWO

1. Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość. Fundacja Biuro Służby Krajowej AA w Polsce, Warszawa 1998.
2. Jellinek E.M.: The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick 1960.
3. Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe. PZWL, Warszawa 1982.
4. Meyer J.G., Holzinger H., Urban K.: Epileptische Anfälle im alkoholischen Pradelir. Nervenarzt 1976, 47, 375–379.
5. Miller W.R., Hester R.K.: Treating the problem drinkers: Modern Approaches. W: Miller W.R. (red.): The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity. Pergamon Press, Oxford 1980.
6. Scollo-Lavizzari G.: Padaczka u alkoholików. Hexagon Roche 1983, 10, 4, 20–24.
7. Test rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu – AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994.
8. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva 1992.
9. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Sixteenth Report. Geneva 1969.
10. Woronowicz B.: Historia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i terapeutyczne walory Programu Dwunastu Kroków. Post. Psychiatr. Neurol. 1992, 1, 2, 191–198.
11. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.

*Adres: Dr Bohdan T. Woronowicz, Ośrodek Terapii Uzależnień ZPiLU IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*