

Trudności w terapii uzależnienia od alkoholu z praktyki lekarza rodzinnego na wsi

Difficulties in treatment of alcohol dependence in general practice in rural areas

BOGUMIŁA KABATA

NZOZ „Ośrodek Zdrowia”, Wójcin (gmina Jeziora Wielkie, województwo kujawsko-pomorskie)

Artykuł jest wynikiem wieloletniej obserwacji pacjentów uzależnionych od alkoholu i rodzin współuzależnionych, przez lekarza rodzinnego pracującego na wsi. Mimo iż sposób leczenia osób uzależnionych zmienił się, pracuje wielu specjalistów terapii, powstało szereg placówek leczenia osób uzależnionych od alkoholu, to na wsi niewiele się zmieniło. Na wsi model osoby uzależnionej od alkoholu jest ten sam co 30-40 lat temu; możliwość leczenia, w świadomości rodzin współuzależnionych, nadal bazuje na lekach farmakologicznych, w ostateczności leczeniu zamkniętym. Ponadto organizacja leczenia osób uzależnionych od alkoholu w bardzo małym stopniu przystaje do potrzeb mieszkańców wsi.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, alkohol, lekarz rodzinny, wieś

The article is the result of long-term observation of patients with alcohol dependence and co-addicted families by the family physician working in the country. Although the treatment of addicts has changed, with therapy experts and numerous institutions treating alcohol-addicted people, little has changed in the country. In a village a model drinker is the same as 30-40 years ago; the possibility of treatment, in the awareness of co-addicted families, is still based on pharmacological drugs, with hospitalization as the treatment of last resort. In addition, the organization of treatment of alcohol-addicted persons is incongruent with the needs of the rural population.

Keywords: alcohol dependence, alcohol, family doctor, village

© Hygeia Public Health 2011, 46(3): 385-389

www.h-ph.pl

Nadestano: 30.06.2011

Zakwalifikowano do druku: 25.07.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Lek. med. Bogumiła Kabata
NZOZ „Ośrodek Zdrowia”
Wójcin 63, 88-324 Jeziora Wielkie
tel. 601-575-528, e-mail: bgabinet@op.pl

Wprowadzenie

Definicja alkoholizmu na przestrzeni lat podlegała przemianom nie tylko w zakresie terminologii ale postrzegania tego zjawiska w naukach medycznych i psychologii.

Definicja z 1951 r. podana przez WHO określała alkoholika jako: „osobę, która spożywa duże ilości alkoholu i u której uzależnienie od alkoholu jest tak nasilone, że występują poważne zaburzenia psychiczne lub pogorszenie stanu zdrowia psychicznego i somatycznego, a także zaburzenia stosunków interpersonalnych, funkcjonowania społecznego i ekonomicznego; odnosi się to także do osób, u których zaburzenia te zaczynają się dopiero pojawiać” [1,2].

Za sprawą E.M.Jelinka i jego pozycji „Koncepcja alkoholizmu jako choroby” [3], całe zjawisko zaczęto traktować jako przypadek czysto medyczny, w którym schodzą się problemy zdrowotne (somatyczne i psychiczne), a na marginesie mówiono o problemach społecznych, wynikających z nadużywania alkoholu.

Jeszcze w latach siedemdziesiątych XX wieku Amerykańska Rada ds. Alkoholizmu definiowała go jako „zaburzenie przewlekłe, postępujące i potencjalnie zagrażające życiu, charakteryzujące się wzrostem tolerancji, uzależnieniem fizycznym lub patologicznymi zmianami narządowymi, będącymi bezpośrednio lub pośrednio skutkiem picia alkoholu” [4]. Kolejne Rewizje Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów dokonały jednak pewnych istotnych zmian. Za X Rewizją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) należałoby przyjąć następujące terminy odnośnie tego zagadnienia [5]:

- ostre zatrucie alkoholowe (intoksykacja alkoholowa) – to stan po zażyciu większej ilości alkoholu, zwane też upojeniem alkoholowym; jest to stan przemijający
- używanie szkodliwe alkoholu – to stan powstający po zażyciu alkoholu, cechujący się szkodliwymi następstwami somatycznymi i psychicznymi, ale bez stwierdzenia objawów uzależnienia

- zespół uzależnienia alkoholowego, zwany też ogólnie uzależnieniem od alkoholu – zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych, poznawczych, powstający wówczas, gdy przyjmowanie alkoholu dominuje nad zachowaniem sprzed uzależnienia.

Jeszcze do niedawna alkoholizm traktowano jako rodzaj socjopatii. Obecnie wiadomo, że zachowanie osoby uzależnionej od alkoholu powstaje na skutek intoksykacji alkoholowej, gdy dochodzi do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W literaturze medycznej spotykamy się z określeniem „choroba alkoholowa” jako terminem określającym problemy zdrowotne wywołane okresową lub przewlekłą intoksykacją alkoholową. Rozumiemy przez to, używając tego określenia, że jest to choroba pierwotna (tzn. że jest przyczyną powstania wielu innych chorób) i że nie leczona prowadzi do śmierci. Rzadko jednak, w przypadku zgonu, rozpoznaje się jako przyczynę chorobę alkoholową. Częściej podaje się następstwa, jak: marskość wątroby, niewydolność krążenia, zaburzenia odżywiania.

W aspekcie psychologicznym mówimy o uzależnieniu alkoholowym definiowanym jako zależność fizyczna i psychiczna od alkoholu. W zależności fizycznej głównym zjawiskiem jest „głód alkoholowy”. Jest to trudna do odparcia chęć spożycia alkoholu z utratą kontroli nad wypijaną jego ilością. Z powodu neuroadaptacji alkoholu przez organizm, brak alkoholu oznacza powstanie zespołu abstynencyjnego. Dostarczenie alkoholu wycisza przykre objawy „głodu” na krótki okres czasu, po czym ponownie organizm, którego przemiany biochemiczne podporządkowane są alkoholowi, domaga się nowej porcji. To błędne koło przerwać można jedynie odtruciem organizmu.

Zależność psychiczna związana z alkoholem powstaje początkowo najczęściej jako nawyk łatwego regulowania stanu emocjonalnego. Alkohol przyjmowany jest celem złagodzenia przykrych doznań i wprowadzania się w stan psychicznego odprężenia. Z czasem, w miarę rozwoju zależności fizycznej, przyjemność jaką daje spożywanie napojów alkoholowych zostaje wyparta przez doznania negatywne. Narasta napięcie i niepokój psychiczny, rozdrażnienie i przymus przyjmowania alkoholu. U osób w zaawansowanym stadium uzależnienia, zależność fizyczna i psychiczna występują łącznie [6,7].

Psychologia, próbując definiować alkoholizm jako uzależnienie od alkoholu lub zespół zależności alkoholowej, wskazuje też na pewne mechanizmy nim kierujące [6]:

- mechanizm nałogowego regulowania uczuć – alkohol staje się głównym źródłem dostarczającym pożądanych stanów emocjonalnych lub pomaga uniknąć tych niechcianych

- mechanizm zniekształcenia procesów poznawczych – oznacza powstanie tzw. koła iluzji i zaprzeczeń; jest to mechanizm obronny, który oddziela osobę uzależnioną od nieakceptowanej przez nią rzeczywistości – prowadzi to do zaprzeczania, że jest się uzależnionym, minimalizowania strat jakie uzależnienie przynosi
- mechanizm dezintegracji „Ja”, które pozwala swe działania traktować jako nie swoje; osoba uzależniona nie chce podjąć odpowiedzialności za swe szkodliwe czyny, nie uznaje ich jako swoich; uszkodzona też zostaje zdolność do realizacji postanowień o abstynencji.

Według klasyfikacji ICD-10 kryteria stosowane do określenia uzależnienia odnoszą się także do diagnozowania zespołu alkoholowego. O występowaniu uzależnienia od alkoholu możemy więc mówić, gdy trzy lub więcej z następujących przejawów występują łącznie przez co najmniej miesiąc lub jeśli utrzymywały się krócej niż miesiąc, to występowały w sposób powtarzający się w okresie 12 miesięcy [8]:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania alkoholu
- upośledzona zdolność kontrolowania ilości spożytego alkoholu
- fizjologiczne, a więc przejawiające się w zaburzeniu mechanizmów fizjologicznych, a nie tylko psychiczne objawy abstynencji
- występowanie zjawiska wzrostu tolerancji na alkohol
- silne pochłonięcie sprawą przyjmowania alkoholu lub jego zdobycia
- uporczywe przyjmowanie alkoholu pomimo oczywistych dowodów jego szkodliwych następstw.

Etapy rozwoju uzależnienia od alkoholu są następujące:

- umiarkowane spożywanie alkoholu – w przyjętych towarzystwo okolicznościach; nie ma szkodliwych następstw fizycznych ani psychicznych
- epizodyczne picie nadmierne – krótkie okresy picia, potem długie przerwy; nie występuje jeszcze uzależnienie; pod wpływem odurzenia alkoholowego może dojść do wybryków obyczajowych, moralnych, drobnych przestępstw
- ciągłe picie nadmierne
- toksykomania alkoholowa – rozpoczyna się zwiększoną tolerancją na ilość wypitego alkoholu; jest to już mocne uzależnienie psychiczne i fizyczne; pojawia się również zespół abstynencyjny po odstawieniu alkoholu
- faza zaawansowanego alkoholizmu chronicznego.

Kessel i Walton wyróżnili 3 stadia [9]:

- stadium nadmiernego picia
- stadium nałogu alkoholowego – pijący traci kontrolę nad swym zachowaniem; obniża zainteresowanie

i wydajność w pracy; wzrasta konfliktowość ze środowiskiem rodzinnym i pracowniczym, przez co zaczyna wzrastać jego izolacja społeczna; wyrzuty sumienia zagłusza przechwałkami, hojnością, rozrzutnością; w stosunku do siebie przyjmuje postawę roztkliwiania się, usprawiedliwiania, błędnego interpretowania swej sytuacji; występują myśli samobójcze

- stadium alkoholizmu przewlekłego – pojawia się coraz częściej majaczenie alkoholowe, a także inne ciężkie zaburzenia psychiczne.

Najbardziej jednak przejrzystą i przydatną klasyfikację z punktu widzenia diagnozowania i terapii podał E.M. Jelinek [3], który podzielił proces uzależnienia na 4 fazy:

- faza pierwsza – wstępna. Trwa od kilku miesięcy do kilku lat. W fazie tej dochodzi do uzależnienia psychicznego. Picie towarzyskie przeradza się w miarę czasu w picie celem rozładowania napięć, stresów. Stopniowo zwiększa się jednak tolerancja na alkohol.
- faza druga – ostrzegawcza (zwiastunowa) – trwa od pół roku do 5 lat. Zmienia się tolerancja na alkohol w przeciwną stronę – upija się po wypiciu małej ilości alkoholu. Pojawiają się luki w pamięci. Osoba nie może odmówić sobie spożywania alkoholu aż do stanu upojenia.
- faza krytyczna (ostra) – rozpoczyna ona uzależnienie (toksykomanie alkoholową) w ścisłym znaczeniu. Jeden kieliszek wyzwala „reakcję łańcuchową” i prowadzi zawsze do nadużycia alkoholu i głębokiego upojenia, a nawet utraty przytomności. Pojawiają się nietypowe zachowania (jak porzucenie pracy, ucieczki z domu, zerwanie kontaktów towarzyskich). Zauważalne stają się zaniedbania dotychczasowych obowiązków rodzinnych, zawodowych i społecznych. Czasami wskutek nacisku społeczeństwa podejmuje on abstynencję (tydzień, miesiąc, nawet 6 i 9 miesięcy), jednak okresowo powraca do picia. Stopniowo wydłużają się też ciągi picia. Zauważalny staje się brak regularnego odżywiania się. Dochodzi do poważnych schorzeń somatycznych (układu pokarmowego, wątroby).
- faza chroniczna, przewlekła – objawia się przede wszystkim ciągami pijackimi trwającymi kilka dni, a czasami upijaniem się kilka razy w ciągu dnia. Przełomowym momentem jest tu regularne picie ranne, połączone z brakiem kontroli i upijaniem się. Pojawiają się bardzo wyraźne objawy zespołu abstynencyjnego (ból głowy, osłabienie, drżenie, nudności, wymioty zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, jądłowstręt, biegunki, kołatanie serca, poty, lęki). Przykre objawy abstynencyjne ustępują po wypiciu kolejnej dawki alkoholu. Występują też drżenia kończyn, utrudniające wykonanie najprostszyc czynności.

Leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce

Ponieważ efekty leczenia przymusowego były niezadowolające (pacjenci rzadko zgłaszali się dobrowolnie), w latach 70. XX wieku lekarze zatrudnieni w lecznictwie odwykowym i psycholodzy poczynili próby rozszerzenia oferty terapeutycznej o formy pracy indywidualnej, grupowej i rodzinnej. Celem było zmotywowanie pacjenta uzależnionego do świadomego leczenia. Działania tego typu podejmowane były jednak głównie w miastach i większych aglomeracjach z powodu łatwiejszego pozyskania specjalistycznej kadry. W połowie lat 70. XX wieku powstała w Poznaniu pierwsza w Polsce grupa AA. W 1986 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie zaczęto w psychoterapii osób uzależnionych wykorzystywać doświadczenia ośrodków amerykańskich, wypracowując polską wersję tzw. modelu Minnesota. Od lat 90. XX wieku terapia uzależnienia obejmowała psychoterapię, świadczenia medyczne oraz pomoc dla rodziny. Istotą terapii było uczenie się nowych i konstruktywnych modeli zachowań oraz stosowanie się do zaleceń, które miały ułatwić trwanie w abstynencji. Podstawowymi metodami leczenia były psychoedukacja, terapia grupowa oraz treningi zapobiegania nawrotom.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 147 poz. 1231) jest obowiązująca do dnia dzisiejszego i jest głównym aktem prawnym regulującym politykę społeczną kraju w tym zakresie. Wprowadziła ona zasadę dobrowolnego leczenia oraz nakłada na państwo obowiązek realizowania spójnej polityki systematycznego ograniczania spożycia alkoholu w Polsce. Pierwsze istotne zmiany do tej Ustawy wprowadziła nowelizacja z września 1996 r. Zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych powierza się gminom. Rady gmin miały obowiązek powoływania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Jednak niezwykle istotny był zapis dotyczący objęcia bezpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi członków rodziny osoby uzależnionej. Zagwarantowano tej grupie osób darmowe świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia i profilaktyki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Nowelizacja ta gwarantuje dzieciom osób uzależnionych bezpłatną pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną. Nowelizacja z 1998 r. powołała wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia (WOTUW), które wykonywały zadania przychodni terapii uzależnień i koordynowały zadania pozostałych zakładów leczenia odwykowego. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 1999 r. zostały określone zasady kwalifikacji personelu sprawującego opiekę nad osobami uzależnionymi. Osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, powinny mieć

kwalifikacje zawodowe, poświadczane certyfikatem specjalisty terapii uzależnień. Zasady organizacji tych programów szkoleniowych oraz system wydawania certyfikatów opracowuje Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii (IPiN).

Do zakładów leczenia odwykowego wlicza się wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, przychodnie terapii uzależnienia od alkoholu, poradnie dla osób z problemami uzależnienia, oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, dzienne oddziały terapii uzależnienia oraz ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu. Przez PARPA i IPiN zostały opracowane standardy świadczeń usług zdrowotnych w leczeniu odwykowym.

Standardy określają, że postępowanie diagnostyczno-medyczne w stosunku do osoby uzależnionej powinno trwać 4 godziny. W ramach badania następuje rozpoznanie fazy uzależnienia, podstawowych problemów życiowych pacjenta.

Podstawowy Program Terapii Uzależnienia (PPTU) trwa średnio w warunkach ambulatoryjnych 6 miesięcy a pogłębiona psychoterapia – 12 miesięcy. Dominującą formą psychoterapii jest terapia grupowa. Zgodnie z obowiązującymi standardami powinna trwać 150 godzin.

Doświadczenia własne z wiejskiego ośrodka zdrowia

Na terenie mojego powiatu znajduje się poradnia leczenia uzależnień odległa 25 km od mojej wsi, gdzie pracuje specjalista terapii uzależnień i psycholog a w innej miejscowości powiatu – 12 km od mojej wsi – jest tylko poradnia zdrowia psychicznego z lekarzem psychiatrą i psychologiem, czynna dwa razy w tygodniu. Mój ośrodek zdrowia obejmuje opieką lekarską i pielęgniarską około 2000 mieszkańców. Na liczbę tę składają się mieszkańcy kilku okolicznych wsi. Jest to ludność związana w 90% z rolnictwem lub bez pracy, będąca na zasiłkach (głównie grupa związana z państwowymi gospodarstwami rolnymi, które uległy rozwiązaniu).

Ponieważ szacuje się, że nawet 20% Polaków może być uzależnionych, należałoby przyjąć, że na terenie mojego ośrodka zdrowia jest około 400 osób mających problemy z alkoholem.

Model pijącego mieszkańca wsi jest zupełnie inny niż ten, który prześledziliśmy w poprzednim rozdziale. Przede wszystkim alkoholizm dotyczy głównie mężczyzn. Długo ten problem nie wychodzi poza ściany domu i jest tolerowany przez żony i dzieci. Praktycznie, dopóki zaburzenia psychiczne pod postacią

agresji, bójek, urojonych podejrzeń nie mają miejsca, dopóty nie jest to choroba ujawniana. Uzależnieni od alkoholu rolnicy bardzo długo potrafią prawidłowo funkcjonować w swoim życiu zawodowym. Pod wpływem alkoholu prowadzą ciągnik, obsługują maszyny rolnicze. Znają swoją pracę od dziecka, na pamięć i nawet stan upojenia alkoholowego nie przeszkadza im w pracach rolnych ani w pracach związanych z hodowlą zwierząt. Dopóki wykonują swoje obowiązki, życie rodzinne też toczy się bez specjalnych problemów.

Do mnie, jako lekarza, zgłaszają się najczęściej pacjenci, którzy – z powodu latami trwającego uzależnienia – mają powikłania narządowe pod postacią marskości wątroby, nadciśnienia tętniczego lub zaburzenia ze strony układu nerwowego (neuropatie, padaczka). Zgłaszają się też rodziny osób uzależnionych od alkoholu, skarżąc się, że mąż lub syn od miesiąca codziennie od rana pije i domagają się, aby przepisać jakieś tabletki lub uwolnić ich od uzależnionych, zabierając na przymusowe, zamknięte leczenie. Tylko kilka razy, przez 36 lat mojej pracy, zdarzyło się, że przyszedł pacjent i sam stwierdził, że ma problem z alkoholem, że pije w nadmiarze i chciałby coś z tym zrobić.

O rozmiarze uzależnienia od alkoholu niech świadczą badania ankietowe przeprowadzone przeze mnie wśród młodzieży między 11 a 16 rokiem życia. Byli to uczniowie pozostający pod opieką mojego ośrodka zdrowia, z ostatnich klas szkoły podstawowej i gimnazjum. Ich wiek dawał szansę otrzymania poważnej, szczerzej odpowiedzi, bazującej na własnych obserwacjach i przemyśleniach. Ankietę rozdawałam osobiście – i natychmiast po wypełnieniu zbierałam. W ten sposób wyeliminowałam obawy uczniów o wgląd w ankietę przez ich nauczycieli. Ponadto odpowiedzi na proste pytania trzeba było tylko zaznaczyć krzyżykiem, co dawało ankietowanym dodatkową gwarancję anonimowości ich odpowiedzi. W ankiecie wzięło udział 98 osób (tab. I).

Największym dla mnie zdziwieniem był fakt, że prawie 50% młodzieży uznało, że w najbliższej rodzinie więcej niż 2 osoby nadużywają alkoholu. Zdumiewająca więc, przy tak dużej ilości osób nadużywających alkoholu na wsi, jest niewiedza mieszkańców na temat możliwości podjęcia terapii, sposobów leczenia (co też wynika z tej ankiety). Charakterystyczne dla współuzależnionych jest chowanie problemu w obrębie rodziny i obarczanie głównie rodziny leczeniem uzależnionego. Jak niewiele dzieci widzi możliwość pomocy w takich instytucjach, jak służba zdrowia czy Kościół. A autorytet – zarówno lekarza, który zna bardzo dobrze swoich pacjentów, pozyskał ich zaufanie przez 36 lat pracy, opiekuje się nimi od dziecka, jak i Kościoła – jest na wsi bardzo duży.

Tabela I. Odpowiedzi młodzieży wiejskiej w wieku 11-16 lat na pytania dotyczące problemów alkoholowych
 Table I. Responses of rural youth aged 11-16 years to questions concerning alcohol-related problems

Pytania	Odpowiedzi:	n	%
Czy próbowałeś już alkoholu (wódka, piwo, wino)?	tak	79	80,6
	nie	19	19,4
Czy alkoholizm to choroba czy styl życia?	choroba	79	80,6
	styl życia	19	19,4
Czy alkoholizm można leczyć?	tak	86	87,7
	nie	12	12,3
Kto powinien brać udział w leczeniu alkoholika?	rodzina	41	41,8
	kościół	4	4,2
	służba zdrowia	13	13,2
	wszyscy	40	40,8
Ile osób w Twoim najbliższym otoczeniu nadużywa alkoholu?	jedna	35	35,7
	dwie	5	5,1
	więcej	45	45,9
	nikt	13	13,3

Problemem jednak dla uzależnionego nie jest przyjsie do lekarza rodzinnego i wyrażenie chęci podjęcia terapii. Problemem jest to, że nie ja ani nikt kogo bym poleciła, nie może mu pomóc, bo ten ktoś musiałby być na miejscu, za ścianą, żebym mogła zaraz skierować uzależnionego do terapeuty, który poświęciłby mu należny czas. W naszych warunkach, aby podjąć stosowną terapię, trzeba mieć pieniądze na bilet autobusowy w obie strony, i to przez dłuższy czas (ilość godzin terapii wykazałam wcześniej). Przy ilości kursujących autobusów w Polsce, między wsią a miastem powiatowym odległym o 25 km, robi się to strata całego dnia, aby złożyć wizytę u terapeuty, a często jest tak, że nie ma możliwości powrotu, z braku stosownego połączenia. Wszystko to powoduje, że nie mam właściwie żadnych możliwości, aby zmotywować pacjentów do podjęcia terapii. Pozostaje mi tylko leczyć objawowo powikłania w postaci marskości wątroby czy neuropatii.

Wiem, że nie jest to realne, ale marzyłoby mi się, abym w swoim ośrodku, choć raz w tygodniu miała specjalistę terapii uzależnień, do którego mogłabym skierować uzależnionych oraz współuzależnionych pacjentów.

Piśmiennictwo / References

1. Żurek T. Medyczo-psychologiczne aspekty alkoholizmu. *Perspectiva* 2004, 1: 159-174.
2. Haslam MT. *Psychiatria*. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
3. Jelinek EM. *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press, New Haven 1962.
4. Habrat B. *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Poradnik lekarza praktyka*. PWN, Warszawa 1996.
5. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta – ICD-10. Vesalius, Kraków 1994.
6. Mellibruda J. Psychologiczne mechanizmy uzależnienia i program terapii. *Świat Problemów* 1996, (11): 4.
7. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1997, 1: 279-280.
8. Pużyński S, Wciórka J (red). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Badawcze kryteria diagnostyczne*. Vesalius, Kraków 2000.
9. Kessel N, Walton H. *Alkoholizm*. PWN, Warszawa 1967.