

Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia

Alcoholism – review of conceptions and methods of treatment

MARCIN WNUK, JERZY T. MARCINKOWSKI

Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Alkoholizm stanowi poważny problem społeczny, wpływając na wszystkie sfery życia osoby uzależnionej: psychiczną, duchową, fizyczną oraz społeczną. W artykule przedstawiono zarówno historyczne, jak współczesne koncepcje alkoholizmu oraz najważniejsze metody jego leczenia.

Słowa kluczowe: alkoholizm, symptomy, leczenie

Alcoholism is a serious social problem, negatively influencing all spheres of life of an addicted person: mental, spiritual, physical and social. The paper presents both historical and actual conceptions of alcoholism and main methods of treatment.

Key words: alcoholism, symptoms, treatment

© Hygeia Public Health 2012, 47(1): 49-55

www.h-ph.pl

Nadesłano: 07.01.2012

Zakwalifikowano do druku: 10.02.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr Marcin Wnuk

ul. Mateckiego 24/71, 60-689 Poznań

tel. 664934268, e-mail: marwnuk@wp.pl

Wprowadzenie

Problemy związane z alkoholizmem sięgają początków istnienia alkoholu. Nie od początku jednak alkoholizm był traktowany jako choroba, choć skutki ostrego zatrucia alkoholem i następstwa, jakie towarzyszą przewlekłemu nadużywaniu alkoholu, były znane już filozofom i lekarzom starożytnym, takim jak Platon, Hipokrates, czy Gallen. Już od najdawniejszych czasów starano się wywołać wstręt do napojów alkoholowych przez próby stosowania odpowiednich substancji. Jednym z takich specyfików, był amethyst. Sama nazwa (amethystos od greckiego *methiein* = upijać się, przedrostek *a* = zaprzeczenie) sugeruje lecznicze właściwości tej substancji, to znaczy przeciwdziałającej upijaniu się [1]. Alkoholizm był najczęściej traktowany jako zły obyczaj, skaza moralna, grzech lub dysfunkcyjny nawyk [2,3]. Próbowano stosować perswazję wobec osoby pijącej, odwoływać się do jej rozsądku oraz utrzymywać przekonanie, że popełnia błąd i tylko poprzez wzmocnienie wolnej woli może przeciwstawić się przymusowi picia. Jednak tego typu oddziaływania nie przynosiły efektów [1].

Historyczne ujęcia alkoholizmu

Fundamenty koncepcji alkoholizmu jako choroby zostały położone przez dwóch lekarzy – Amerykanina Benjamina Rusha (1743-1813), oraz Szkota lekarza Thomasa Trottera (1760-1832). Ich psychologiczna

koncepcja alkoholizmu, którego istotą były według nich wyuczone zachowania ukształtowane przez bodźce środowiskowe, nie spotkała się z pozytywnym odzewem przedstawicieli świata medycznego. Zamiast tego alkoholików zaczęto zamykać w szpitalach dla obłąkanych i przytułkach. W 1870 roku grupa lekarzy spotkała się w Nowym Jorku, aby powołać Amerykańskie Stowarzyszenie Badania i Leczenia Nietrzeźwości. Jej członkowie zabiegali o wprowadzenie ustawodawstwa, które pozwalałoby na przymusowe odosobnienie alkoholików i możliwość stosowania drastycznych środków przeciwdziałania. Według nich pijaństwo to choroba, która była uleczalna podobnie jak inne choroby. Ze względu na nieskuteczność dotychczasowych metod w leczeniu pijaństwa należało zakładać szpitale, a ponieważ leczenie odwykowe dawało efekty, to w każdym mieście powinien się znajdować szpital, który by przyjmował i leczył nałogowych pijaków. W Anglii kampania na rzecz modelu zinstytucjonalizowanego była prowadzona przez Brytyjskie Towarzystwo do spraw Badań i Leczenia Nietrzeźwości założone w 1884 roku. Na początku XX wieku zaufanie władz i ich poparcie dla zinstytucjonalizowanego modelu leczenia zanikło zarówno w Stanach Zjednoczonych jak i w Anglii. Sposób ten okazał się zbyt kosztowny oraz mało skuteczny. Niestety, w ciągu najbliższych 50 lat nie pojawiło się żadne panaceum na nietrzeźwość. Próbowano stosować różnorodne specyfiki, ale działania te nie przynosiły spodziewanych efektów.

Początkowo podawano pacjentom apomorfine, narkotyki z grupy opioidów, który miał wzbudzać odruch wymiotny u pijaków i na tej bazie powodować wstręt do alkoholu. Od tamtej pory w leczeniu alkoholizmu stosowano również siarczan amfetaminy, zastrzyki z własnej surowicy pacjenta zmieszanej z whisky, wapń, zastrzyki podskórne z dwutlenku węgla, antyhistaminę, LSD (dietyloamid kwasu lizergowego), witaminę B, diazepam oraz konopie indyjskie [4].

Prawdziwą rewelacją w leczeniu farmakologicznym alkoholizmu okazał się disulfiram. W 1947 roku dwóch badaczy z pewnego duńskiego instytutu: J. Hald i E. Jacobsen przeprowadzało w swoim laboratorium doświadczenia na środkach przeciw pasożytom jelit. Ich uwagę przyciągnął dwusiarczek czteroetyliotiuamu (disulfiram). Wiedząc, że jest on nieszkodliwy dla ludzi, postanowili go skosztować. Po paru godzinach poszli na przyjęcie, gdzie wypili kilka kieliszków wódki. Odczuli duszności, przyspieszenie akcji serca oraz zauważyli zaczerwienienie twarzy. Wkrótce zorientowali się, że disulfiram jest silnym środkiem powodującym zaburzenia wchłaniania alkoholu przez organizm. Wiadomość ta szybko dostała się do prasy, a środek zyskał ogromną popularność w leczeniu alkoholików. Handel światowy zaczął go rozpowszechniać, nadając mu szereg nowych nazw: Antabus, Abstinil, Aversol, Refusal, Aversan. We Francji nazwano go Esperal (fr. *esperance* – nadzieja) [2]. W Polsce specyfik ten funkcjonował pod taką samą nazwą jak we Francji i miał postać tabletek, które były wszywane pod skórę pacjenta, lub pigułek używanych doustnie (Antikol). W dzisiejszych czasach metoda iniekcji podskórnej Esperalu ze względu na znikomą skuteczność jest stosowana nader rzadko. Używanie tego środka opiera się na wzbudzeniu lęku u pacjenta przed wypiciem pierwszego kieliszka alkoholu. Dostarczenie organizmowi najmniejszej choćby dawki alkoholu po zastosowaniu Esperalu powoduje wystąpienie nieprzyjemnych objawów i może prowadzić nawet do śmierci. Innym negatywnym skutkiem stosowania Esperalu jest utwierdzenie pacjenta w przekonaniu o powstrzymaniu rozwoju choroby alkoholowej oraz redukcja motywacji do wprowadzenia zmian na poziomie psychologicznym, duchowym i społecznym, które są koniecznym elementem zdrowienia.

Do początku XX wieku próby radzenia sobie z chorobą alkoholową koncentrowały się na fizycznej sferze funkcjonowania i objawach spowodowanych nadmiernym upijaniem się. Typowym środkiem leczenia alkoholizmu było stosowanie różnych farmakologicznych specyfików oraz izolacja pacjentów. Lekarze byli przekonani, że jest to choroba ciała. Mało kto dostrzegał, że może to być również dysfunkcja w sferze psychicznej człowieka.

Autorem pierwszej kompleksowej koncepcji alkoholizmu jako choroby był dr William Silkworth,

niezależny lekarz, który współpracował z Ruchem AA (*Alcoholics Anonymous* – Anonimowych Alkoholików) w Stanach Zjednoczonych i zajmował się tą tematyką na początku XX wieku. Według niego alkoholizm to rodzaj alergii organizmu na alkohol, skojarzonej z obsesją umysłową. Wyjaśnienie to traktowało chorobę alkoholową w sposób pełniejszy niż dotychczas, ponieważ uwzględniało zarówno jej aspekt psychiczny, jak i cielesny, traktując człowieka w sposób integralny, jako jedność psychosomatyczną [4]. Jego teoria alkoholizmu, jako choroby psychosomatycznej, została rozwinięta i uzupełniona przez przedstawicieli Wspólnoty AA. Ich zdaniem oprócz somatycznego (fizycznego) i psychicznego wymiaru choroby można mówić dodatkowo o jej aspekcie duchowym i społecznym. Wszelka próba jej objaśnienia z pominięciem któregośkolwiek z nich daje niepełny obraz alkoholizmu. Każdy alkoholik posiada przeciw ciału i umysł, jest uwikłany w liczne relacje społeczne, szuka sensu i celu swojego życia oraz opiera się o pewien zestaw wartości, które stara się realizować [5]. Niewątpliwą zasługą Anonimowych Alkoholików był impuls dla stworzenia holistycznej koncepcji choroby alkoholowej, która – za pośrednictwem modelu alkoholizmu Jellinka – znalazła swój wyraz we włączeniu przez Światową Organizację Zdrowia alkoholizmu, pod nazwą zespołu uzależnienia od alkoholu, na listę chorób. Problem alkoholizmu został ostatecznie uregulowany. Był to pierwszy sygnał dla zmiany świadomości społecznej dotyczącej kwestii alkoholizmu. Postawa stygmatyzacji, potępienia i pogardy wobec alkoholików została zastąpiona uczuciem współczucia, empatii i troski. Alkoholizm zaczął być spostrzegany jako choroba niezawiniona.

Współczesne ujęcia alkoholizmu

Choroba alkoholowa współcześnie jest traktowana jako najbardziej demokratyczna jednostka nozologiczna, niezależna od zmiennych socjodemograficznych: wykształcenia, wieku, płci, stanu cywilnego, itp. [6,7]. Ustrój socjalistyczny w Polsce wpływał na kreowanie stereotypu alkoholika jako mężczyzny z podstawowym lub zawodowym wykształceniem, posiadającego wieloletnią rodzinę i niski status społeczny, umacniając w społeczeństwie błędne przekonanie, że alkoholizm to domena tylko i wyłącznie tego typu osób [8]. Ponadto wizja idealnego państwa socjalistycznego – przedstawiana przez nomenklaturę partyjną – sprawiała, że problem alkoholizmu był ignorowany lub traktowany marginalnie, jako dotyczący niewielkiej części wykolejonej i zdemoralizowanej społeczności pochodzącej z marginesu społecznego.

Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie ujmuje alkoholizm jako: „chorobę charakteryzującą się istotnym upośledzeniem związanym bezpośrednio ze

stałym i nadmiernym spożywaniem alkoholu. Upośledzenie to może mieć postać zaburzeń fizjologicznych, psychicznych lub społecznych” [2]. Według Woronowicza [9] uzależnienie od alkoholu jest chorobą, ponieważ spełnia trzy podstawowe kryteria choroby: narusza stan równowagi między zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią, a wśród przyczyn zmian patologicznych obecny jest czynnik fizyczny.

Trzy najbardziej charakterystyczne i dyskusyjne cechy choroby alkoholowej, to jej postępujący charakter, chroniczność i śmiertelność [2,6, 10-12]. Picie alkoholu prowadzi do coraz większych szkód fizycznych, psychicznych i społecznych, które ulegają pogłębieniu, mimo podejmowanych krótkich prób abstynencji. Innym aspektem postępującego charakteru alkoholizmu u osoby uzależnionej jest wzrost tolerancji na alkohol przejawiający się w konsumowaniu coraz większych jego ilości dla osiągnięcia pożądanego efektu, który wcześniej był możliwy przy używaniu mniejszych dawek [13]. Chroniczność w chorobie alkoholowej, podobnie jak w innych schorzeniach o charakterze przewlekłym, implikuje jej nieuleczalność, możliwości zahamowania lub spowolnienia jej rozwoju, zredukowania najdotkliwszych objawów oraz przystosowania się do jej symptomów w codziennym życiu [2,6, 14]. Rozwój choroby alkoholowej prowadzi alkoholika do śmierci – chyba, że uda się powstrzymać proces chorobowy [6,11,14]. Najskuteczniejszym, choć nie jedynym sposobem na zahamowanie rozwoju alkoholizmu, jest abstynencja [13]. Niektórzy chorzy zdrowieją samoistnie, a niewielu udaje się nauczyć pić kontrolowanie (od 5% do 15%) [12]. Postulatem picia kontrolowanego jest pogląd, że alkoholizm jest wynikiem wyuczzonego i nieadaptacyjnego nawyku, który może ulec zmianie w procesie przewarunkowania [15]. Badania przeprowadzone przez Sobel i Sobel, w których stwierdzili oni, że w wyniku oddziaływań terapeutycznych większość leczonych wróciła do picia kontrolowanego, zostały zakwestionowane, ponieważ okazało się, że przeprowadzone po pół roku i po dwóch latach badania kontrolne udowodniły, że prawie wszyscy pacjenci wrócili do niekontrolowanego spożycia alkoholu [15]. Ci, którym udaje się zdobyć umiejętności picia kontrolowanego i wrócić do towarzyskiego spożycia alkoholu, rekrutują się głównie z populacji ludzi młodych, nadużywających alkoholu lub osobników, u których proces rozwoju choroby nie osiągnął aż tak bardzo zaawansowanych stadiów. Natomiast osoby będące w zaawansowanej fazie alkoholizmu, u których diagnozuje się najcięższą postać alkoholizmu, mogą wrócić do zdrowia tylko dzięki całkowitej abstynencji [13].

Przyjęcie koncepcji, że utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, której towarzyszą zmiany o charakterze biochemicznym w ośrodkowym układzie

nerwowym, potwierdziły wcześniejsze opinie Ruchu Anonimowych Alkoholików o przewlekłym charakterze tej choroby oraz abstynencji jako niezbędnym warunkiem trzeźwienia [15]. Promowanie przez AA wizji alkoholizmu jako choroby spowodowało bardzo istotne i pozytywne następstwa – zarówno dla osób uzależnionych jak i dla ludzi zajmujących się profesjonalnie leczeniem alkoholizmu. Przede wszystkim zredukowało poczucie winy związane z pijackimi ekscesami oraz niemoralnymi i destrukcyjnymi zachowaniami podejmowanymi w czasie picia. Były one w oczach osób pijących już nie grzechem, złym obyczajem, czy wadą charakteru, ale konsekwencją procesów chorobowych. Poza tym przyjęcie alkoholizmu jako choroby umożliwiło wszystkim uzależnionym dostęp do leczenia medycznego [13]. Alkoholik przestał być obiektem odrazy, a stał się osobą wymagającą opieki. Do pracy z alkoholikami włączeni zostali lekarze i pielęgniarki, pracownicy socjalni i psychologowie. Redukcji uległo piętno alkoholizmu oraz pogarda wobec alkoholików, co z kolei spowodowało wzrost liczb ujawniających się osób uzależnionych poszukujących pomocy [2].

Przyczyny i konsekwencje alkoholizmu

Żadna pojedyncza przyczyna choroby alkoholowej nie została jednoznacznie ustalona. Najprawdopodobniej o jej powstaniu decyduje cały szereg czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych [1,15-17]. Cechą charakterystyczną alkoholizmu jest powolny przebieg choroby, indywidualna historia picia każdego alkoholika, zmiana formy, siły i kierunku upośledzeń wywołanych alkoholem w dłuższej perspektywie czasu oraz brak skutecznego lekarstwa zapewniającego powrót do zdrowia [12].

Odpowiedź na pytanie, czy alkoholizm jest niezależną jednostką chorobową, czy może objawem i konsekwencją innego zaburzenia psychicznego, nastęrcza wiele trudności. Na podstawie współczesnej wiedzy na ten temat można z większym prawdopodobieństwem opowiedzieć się za hipotezą pierwszą. Najczęściej badanym zaburzeniem współwystępującym z alkoholizmem jest depresja. Wyniki tych badań wskazują raczej na alkoholizm jako zaburzenie pierwotne wobec depresji, choć w niektórych przypadkach alkoholizm pojawia się jako konsekwencja radzenia sobie z jej objawami za pomocą alkoholu [18]. Za hipotezą pierwszą przemawia fakt, iż objawy depresji ulegają znaczącej redukcji u większości pacjentów zachowujących abstynencję [19,20]. Inną jednostką nozologiczną, współwystępującą z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, są zaburzenia osobowości, a szczególnie narcystyczne zaburzenie osobowości i osobowość antyspołeczna [21,22]. Antyspołeczne zaburzenia osobowości są powiązane z nadużywaniem alkoholu nie tylko na poziomie symptomatologii, ale

również etiologii i patomechanizmu. Potrzeba przeprowadzenia dalszych badań w celu ustalenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nadużywaniem alkoholu a antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zweryfikowania hipotezy, czy są to dwie oddzielne jednostki nozologiczne, czy może dwie diagnozy jednego zaburzenia, wydaje się być postulatem koniecznym [21].

Picie w nadmiarze ma swoje negatywne konsekwencje dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego alkoholika. Alkoholizm i nadużywanie alkoholu są przyczyną ogromnej ilości dolegliwości somatycznych i psychicznych [23,24]. Rozwój choroby alkoholowej, któremu towarzyszy znaczne zredukowanie aktywności zawodowej i społecznej oraz przeznaczanie coraz większej ilości czasu na zdobywanie alkoholu, intoksykację alkoholową i powrót do siebie, powoduje znaczne upośledzenie w pełnieniu ról społecznych: pracownika, ojca rodziny, kolegi, itp. Alkoholizm zaburza spełnianie wszystkich elementarnych funkcji rodziny: prokreacyjnych, bytowo-opiekuńczych i socjalizacyjnych [16]. W rodzinie z problemem alkoholowym wszelka aktywność innych członków rodziny jest skoncentrowana wokół umożliwienia alkoholikowi dalszego, w miarę wolnego od problemów, spożywania alkoholu. Alkoholik staje się najważniejszym i centralnym elementem rodziny. Rodzina alkoholowa staje się hermetycznym i nie podlegającym ewolucji systemem o zamkniętych i nieelastycznych granicach zewnętrznych, dążącym za wszelką cenę do utrzymania status quo, co sprawia, że rozwój każdego z jej członków, nie tylko na poziomie poszczególnych podsystemów rodzinnych, zostaje w jakimś stopniu zaburzony [25-29].

Współczesne metody leczenia alkoholizmu

Oprócz leczenia alkoholizmu za pomocą psychoterapii – prowadzonej w placówkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych – oraz prób stosowania farmakoterapii [30-37], istnieją w Polsce trzy inne formy samopomocy: Ruch Anonimowych Alkoholików, Stowarzyszenia Abstynentów i Kluby Pacjenta [38-41].

Najbardziej popularny model leczenia alkoholizmu powstał w 1946 roku w Minnesocie (*Model Minnesota*) z połączenia doświadczeń Wspólnoty AA i wiedzy profesjonalistów. Pierwszy ośrodek działający według założeń Programu Minnesota został założony przez Hazelden Foundation [17]. W Polsce pewne aspekty tego modelu zostały po raz pierwszy wykorzystane w połowie lat 80. XX wieku w Oddziale Odwykowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Podstawowymi założeniami tego modelu są: traktowanie alkoholizmu jako choroby podstawowej nie będącej przejawem ani konsekwencją innej choroby; traktowanie alkoholizmu jako choroby przewlekłe

postępującej, śmiertelnej i niezawinionej; przekonanie o wstępnej motywacji jako niekoniecznym elemencie dla przebiegu i wyników zdrowienia; uznanie zaprzeczenia jako jednego z najistotniejszych czynników choroby; traktowanie pacjentów z należyтым szacunkiem i zrozumieniem; dożywotnia abstynencja od wszelkich środków psychoaktywnych; prowadzenie terapii w małych grupach oraz indywidualne podejście do każdego pacjenta; aktywny udział osób najbliższych w procesie terapeutycznym; wykorzystywanie w terapii elementów Programu Dwunastu Kroków i udział w mityngach AA [9].

W polskim leczeniu wobec alkoholików są stosowane oddziaływania terapeutyczne oparte na stworzonym przez Mellibrudę [42] modelu psychoterapii strategiczno-strukturalnej. Model ten jest konsekwencją przyjęcia zasad zawartych w bio-psycho-społecznej koncepcji uzależnienia, w której elementem centralnym są trzy podstawowe mechanizmy psychologiczne będące wynikiem działania czynników mających swe źródła w sferze biologicznej, psychicznej lub społecznej w postaci: mechanizmu nałogowej regulacji emocji, mechanizmu iluzji i zaprzeczania, mechanizmu rozproszenia i rozdwojenia „Ja” [43]. Zadania terapeutyczne przyjęte w modelu psychoterapii strategiczno-strukturalnej określone są w sposób dostosowany do etapów i tematów pracy terapeutycznej. Etap pierwszy obejmuje pracę nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymaniem się od picia i dotyczy zrozumienia uzależnienia i zasad terapii, rozpoznania własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu, wspierania wczesnej abstynencji, zmiany tożsamości alkoholowej pacjenta. Etap drugi dotyczy pracy nad rozbieraniem mechanizmów uzależnienia i zapobieganiem nawrotom w odniesieniu do mechanizmu nałogowej regulacji emocji, mechanizmu iluzji i zaprzeczania oraz mechanizmu rozpraszenia i rozdwojania „Ja”. Etap trzeci opiera się na pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznej pacjenta w postaci wycofania się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawiania szkód spowodowanych przez picie oraz uczenia się umiejętności zapobiegania nawrotom. Etap czwarty dotyczy pracy nad rozwiązywaniem problemów osobistych związanych z naprawianiem szkód spowodowanych przez picie, zmian tendencji autodestrukcyjnych, zmian destrukcyjnych form relacji z otoczeniem oraz budowania pozytywnej wizji własnej osoby i życia [43].

Najistotniejszym elementem leczenia alkoholizmu jest utrzymywanie przez pacjenta abstynencji traktowanej przez większość znawców tematu jako kryterium zdrowienia. Trudno zgodzić się z takim ujmowaniem tego zagadnienia, gdyż zakłada ono, że abstynencja i trzeźwienie są ze sobą tożsame, zapominając o znaczącej różnicy jakościowej odnoszącej się do

tych dwu stanów. Długość abstynencji niekoniecznie idzie w parze z jakością zdrowienia, mimo, że wstrzeźliwość od substancji psychoaktywnych jest jego warunkiem koniecznym. Liczne kontrowersje dotyczą skuteczności metod prowadzących do tego celu. W badaniach przeprowadzonych w ramach projektu MATCH (*Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity*) przez *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) na 1726 alkoholikach przydzielonych losowo do trzech sposobów leczenia terapii opartej na programie Dwunastu Kroków (TSF), terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) lub terapii ukierunkowanej na wzmacnianie motywacji (MET) dowiedziono, że wynik leczenia jest niezależny od rodzaju stosowanej terapii [44]. Jedynie u pacjentów najmniej zaburzonych pierwszy rodzaj terapii okazał się efektywniejszy od terapii poznawczo-behawioralnej i ukierunkowanej na wzmacnianie motywacji. Oczywiście terapia oparta na programie Dwunastu Kroków jest formą oddziaływań terapeutycznych odrębnych od udziału w spotkaniach grup samopomocy AA. Anonimowi Alkoholicy nie prowadzą statystyk trzeźwienia i długości abstynencji swoich członków, jednak ich metoda wydaje się być najskuteczniejsza. W badaniach przeprowadzonych przez Bronowskiego [45] udział we wspólnocie AA okazał się jedynym predyktorem utrzymywania abstynencji. Wyniki badań przeprowadzonych przez Vaillant i Hiller-Strurmhöfel [12] wskazują, że najistotniejszy wpływ na utrzymywanie stabilnej abstynencji ma wykształcenie przez alkoholików uzależnienia zastępczego (pracoholizm, przejadanie się, udział w organizacjach religijnych), zwiększenie nadziei na przyszłość oraz poczucie szacunku do samego siebie i nawiązanie nowego związku emocjonalnego. Wszystkie wymienione powyżej elementy mogą być realizowane poprzez udział w grupach AA. Konstatacja ta koresponduje z przytoczonymi wynikami badań Bronowskiego [46], potwierdzając szczególną rolę ruchu AA w osiągnięciu abstynencji. Innym czynnikiem, który wydaje się mieć istotny wpływ na długość abstynencji, jest wsparcie społeczne. Z badań przeprowadzonych przez Jakubika i Kowaluka [47] wynika, że czas abstynencji jest pozytywnie skorelowany z wsparciem społecznym, wtedy, gdy: udziela go większa liczba osób, jest ono bardziej zróżnicowane, osoba uzależniona docenia wartość wsparcia społecznego, więcej osób spełnia poszczególne funkcje wspierające oraz wsparcia udzielają osoby z różnych obszarów systemu wspierania. Uczestnicy mityngów AA posiadają – w porównaniu z alkoholikami nie uczęszczającymi na spotkania AA – w swojej strukturze wsparcia średnio 4 osoby więcej (innych członków wspólnoty), a wsparcie to dotyczy następujących funkcji wspierania: doradzania, po-

wiernictwa oraz pocieszania [46]. Innym czynnikiem sprzyjającym abstynencji jest rola zasobów wewnętrznych i zewnętrznych [48]. Natomiast głównymi predyktorami nawrotu do picia są przebyte choroby somatyczne, urazy głowy, zaburzenia snu, bóle, objawy depresyjne i zaburzenia osobowości [49,50].

W ostatnim czasie dużą popularność w leczeniu alkoholizmu, utrzymywaniu abstynencji i ograniczeniu picia zyskuje farmakoterapia. Oprócz najczęściej testowanych specyfików, takich jak akamprozat i naltrekson, prowadzi się również badania nad skutecznością litu stosowanego w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej, wykorzystywanych w farmakoterapii depresji inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (fluoksetyna, fluwoksamina, citalopram, sertralina) oraz atypowego leku przeciwdepresyjnego o nazwie tianeptyna [35]. Akamprozat, zarejestrowany we Francji w 1993 roku, jest pierwszym farmaceutykiem zmniejszającym spożycie alkoholu i wydłużającym abstynencję. Jego działanie powoduje zmniejszenie głodu alkoholowego, a osoby regularnie go przyjmujące utrzymują abstynencję dwa razy częściej i dłużej w stosunku do zażywających placebo. Jego zaletą jest mała toksyczność, rzadkie, przemijające i słabo nasilone objawy niepożądane oraz fakt, iż nie wywołuje uzależnienia [34]. Naltrekson używany w terapii uzależnień jest głównym antagonistą receptorów opioidowych, a blokując do nich dostęp endorfinom znosi euforyzujące działanie alkoholu. Osoby przyjmujące Naltrekson nie odczuwają już euforyzującego efektu alkoholu, którego dalsze przyjmowanie wydaje się być dla nich bezcelowe. Naltrekson powoduje wydłużenie okresów abstynencji, zwiększenie liczby osób utrzymujących abstynencję w stosunku do przyjmujących placebo oraz zmniejszenie o około 50% wcześniejszej dawki wypijanego alkoholu przez pacjentów, którzy przerwali abstynencję [51]. Połączenie psychoterapii z farmakoterapią oraz udziałem w grupach AA w integralny system oddziaływań leczniczych w stosunku do uzależnionych, mogłoby przynieść lepsze efekty niż wpływ każdej z tej metody oddzielnie. Należy pamiętać, że stosowanie farmakoterapii powinno być raczej dodatkowym niż wiodącym elementem leczenia, aby nie stwarzać pozorów, że leczenie choroby alkoholowej ogranicza się do stosowania farmaceutyków, zmniejszając przez to u pacjentów motywację do zmian na poziomie psychiczno-duchowym, a wzmacniając równocześnie ich bierność. Dopiero oddziaływania w wymiarze fizyczno-psychiczno-duchowym zgodne z holistyczną koncepcją człowieka mogą stać się solidną podstawą trzeźwienia i przyczynić się do dalszego i pełniejszego rozwoju jednostki.

Piśmiennictwo / References

1. Kulisiewicz T. Uzależnienie alkoholowe. PZWL, Warszawa 1982.
2. Kinney J, Leaton G. Zrozumieć alkohol. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1996.
3. Fouquet P, De Borde M. Podwójny agent. Wyd Łódzkie, Łódź 1990.
4. Griffith E. Alkohol. Tajemnicza substancja. Klub dla Ciebie, Warszawa 2001.
5. Wallace J. Alkoholizm. Nowe spojrzenie na chorobę. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Studium Pomocy Psychologicznej, Warszawa 1989.
6. Johnson EV. Od jutra nie piję: praktyczne uwagi na temat leczenia uzależnień. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1992.
7. Skrzyński W. Zaburzenia psychiczne. Medium, Warszawa 2004.
8. Jarosz M. Samozniszczenie: samobójstwo, alkoholizm, narkomania. Ossolineum, Wrocław 1980.
9. Woronowicz BT. Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
10. Woronowicz BT. Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. IPiN, Warszawa 2001.
11. Olszewska E. Niepewność w pojmowaniu siebie. Terapia na gruncie ruchu Anonimowych Alkoholików jako szansa zmiany w obszarze samowiedzy człowieka. Prace Nauk Ekonom-Społ Polit Wrocławskiej 1994, 1: 73-88.
12. Vaillant GE, Hiller-Strumhöfel S. Picie alkoholu w różnych okresach życia. [w:] Alkohol a zdrowie. Durda R (red). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000, 35-50.
13. Seligman MEP. Co możesz zmienić a czego nie możesz: poradnik skutecznego samodoskonalenia. Media Rodzina of Poznań, Poznań 1995.
14. Woydyło E. Początek drogi: wykłady psychologa na Oddziale Odwykowym. IPiN, Warszawa 1990.
15. Cierpiałkowska L. Alkoholizm. Przyczyny – Leczenie – Profilaktyka. UAM, Poznań 2000.
16. Chlebio-Abied D. Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Śląsk, Katowice 2001.
17. Mellibruda J. Leczenie alkoholików w stanie Minnesota. Terapia Uzależnienia Współuzależnienia 1998, 1. www.psychologia.edu.pl
18. Plichtowski M. Depresje a alkohol. Terapia Uzależnienia Współuzależnienia 2001, 6. www.psychologia.edu.pl
19. Araszkiwicz A, Kosmowski J, Rybakowski J, Ziółkowski M. Zespoły depresyjne u mężczyzn uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale leczenia uzależnień w Bydgoszczy. Alkoholizm Narkomania 1997, 4: 609-617.
20. Stach R. Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia. UJ, Kraków 1991.
21. Cierpiałkowska L. Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologicznych [w:] Psychologia zaburzeń osobowości. Cierpiałkowska L (red). UAM, Poznań 2004.
22. Smelkowska-Zdziabek A. Narcystyczne zaburzenia osobowości [w:] Psychologia zaburzeń osobowości. Cierpiałkowska L (red). UAM, Poznań 2004: 189-207.
23. Ślósarska M. Alkoholizm i choroby współwystępujące. Alkohol i Nauka 2000, 8. www.psychologia.edu.pl
24. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Zaburzenia związane z piciem alkoholu. [w:] Psychiatria kliniczna. Sidorowicz SK (red). Urban&Partner, Wrocław 2004: 79-92.
25. Anuszkiewicz J. Sytuacja dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym. Probl Rodzin 2000, 4: 24-26.
26. Cierpiałkowska L. Funkcjonowanie rodzin z problemem alkoholowym a rozwój możliwości jednostki. Człowiek a Społeczeństwo 1995, 13: 55-17.
27. Margasiński A. Analiza systemów rodzinnych z chorobą alkoholową. WSP, Częstochowa 1996.
28. Rybka I. Problemy alkoholowe w rodzinie. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 1999, 1. www.psychologia.edu.pl
29. Ryś M. Rodzina z problemem alkoholowym jako rodzina dysfunkcyjna. Studia Nad Rodziną 1998, 2: 65-74.
30. Habrat B. Selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SI-5HT) w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Leki Psychotropowe 1993, 1: 49-58.
31. Habrat B. Fluwoksamina jako lek zapobiegający nawrotom picia u osób uzależnionych. Alkoholizm Narkomania 1994, 2: 151-168.
32. Habrat B. Strategie i leki stosowane w farmakologicznym zapobieganiu nawrotom picia i zmniejszania ilości wypijanego alkoholu. Alkoholizm Narkomania 1996, 1: 147-159.
33. Habrat B. Akamprozat w zapobieganiu nawrotom picia i zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu. Przegląd badań klinicznych. Alkoholizm Narkomania 1998, 2: 147-159.
34. Habrat B. Farmakologia a terapia uzależnień. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 1999, 1. www.psychologia.edu.pl
35. Habrat B. Leki stosowane w terapii uzależnień. Alkoholizm i Narkomania 2001: 137-149.
36. Habrat B, Baran H, Steinbarth-Chmielewska K, Woronowicz BT. Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Alkoholizm Narkomania 2000, 2: 323-335.
37. Hauser J, Głodowska A, Rybakowski J. Fluoksetyna versus placebo w leczeniu mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Alkoholizm Narkomania 1996, 1: 117-129.
38. Mazurkiewicz R. Kluby abstynentów. Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy. Oddział Wojewódzki, Kraków 1998.
39. Moczuk E. Idea grup AA w Polsce. Probl Alkohol 1994, 4: 10-12.
40. Szydłowska T. Od zależności do niezależności. Probl Alkohol 1988, 3: 9-10.
41. Zaworska-Nikoniuk D. Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach. Akapit, Toruń 2001.
42. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. Alkoholizm Narkomania 1997, 3: 277-306.
43. Mellibruda J. Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia. Alkoholizm Narkomania 1997, 3: 307-324.

44. Kurza K. Dostosowanie sposobu leczenia do pacjenta. *Alkohol Nauka* 2000, 10: 11-19.
45. Bronowski P. Czynniki związane z utrzymywaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym, 3-letnia katamneza. *Alkoholizm Narkomania* 1997, 1: 47-60.
46. Bronowski P. Wsparcie społeczne u członków Anonimowych Alkoholików. *Alkoholizm Narkomania* 2000, 3: 337-346.
47. Jakubik A, Kowaluk B. Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm Narkomania* 1997, 1: 89-103.
48. Chodkiewicz J. Rola zasobów osobistych w utrzymywaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm Narkomania* 2001, 2: 277-287.
49. Kulka Z, Świątkiewicz G, Zieliński A. Psychiczne i somatyczne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm Narkomania* 1998, 3: 321-329.
50. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Qual Life Res* 1999, 8: 255-261.
51. Ziółkowski M, Rybakowski J. Naltrekson w leczeniu uzależnienia alkoholowego. *Alkoholizm Narkomania* 1996, 1: 105-116.