

Przeciwdziałanie problemom alkoholowym – przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać

Preventing alcohol-related problems – a review of impacts that may complement each other

MACIEJ FRĄCKOWIAK ^{1/}, MAREK MOTYKA ^{2/}

^{1/} Poradnia Leczenia Uzależnień NZOZ MAFRO-MED w Poznaniu

^{2/} Wydział Socjologiczno-Historyczny, Instytut Socjologii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Występowanie problemów związanych z nadużywaniem alkoholu wpłynęło na podjęcie licznych strategii mających na celu zapobieganie ich występowaniu bądź chociażby częściową ich redukcję. W artykule dokonano przeglądu najbardziej popularnych oddziaływań przeciwalkoholowych. Proces terapeutyczny jest ciężką i żmudną pracą zawierającą w sobie wiele różnorodnych działań, których efektem powinny być głębokie i możliwie trwałe zmiany dotyczące postaw, przekonań, zachowań, przyzwyczajzeń, relacji z innymi, a także sposobów przeżywania, odczuwania, myślenia, reagowania, itp. Przedstawiono polski system rozwiązywania problemów alkoholowych, którego podstawę prawną stanowi Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Omówiono dalej: kierowanie na leczenie przez sądy, terapię uzależnień wzorowaną na Modelu Minnesota, istotę działania Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta, stosowanie strategii mających ograniczyć szkody związane z używaniem alkoholu, farmakoterapię, oddziaływanie środowisk kościelnych a także metody niekonwencjonalne, w tym za pomocą hipnozy. Podsumowanie sprowadza się do stwierdzenia że wiele z zaprezentowanych oddziaływań stanowić może zespół metod wzajemnie się uzupełniających.

Słowa kluczowe: *alkohol, uzależnienie od alkoholu, terapia uzależnienia od alkoholu, przeciwdziałanie alkoholizmowi*

The occurrence of problems associated with alcohol abuse contributed to a number of strategies to prevent their occurrence or bring about at least their partial reduction. This article reviews the most popular anti-alcohol activities. The therapeutic process is a hard and tedious work including a lot of various activities, the effect of which should result in deep and possibly permanent changes in attitudes, beliefs, behaviors, habits, relationships with others, as well as ways of living, feeling, thinking, reacting, etc. The article presents the Polish system of solving alcohol problems, with the legal basis of the Act of 26 October 1982 on upbringing in sobriety and counteracting alcoholism. Discussed were consecutively: referral to treatment by the courts, addiction therapy based on the Minnesota Model, the essence of Alcoholics Anonymous activities and teetotaler clubs, implementing strategies to reduce harm associated with alcohol use, drug therapy, impact of the ecclesial communities as well as unconventional methods, including hypnosis. The summary concludes that a lot of the presented actions may constitute a set of complementary methods.

Key words: *alcohol, alcohol addiction, alcohol addiction treatment, prevention of alcoholism*

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 323-330

www.h-ph.pl

Nadesłano: 31.05.2015

Zakwalifikowano do druku: 20.06.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

lek. med. Maciej Frąckowiak

Poradnia Leczenia Uzależnień NZOZ MAFRO-MED

ul. Strzelecka 49, 61-846 Poznań

tel. 661 305 953, 885 300 880, e-mail: poradnia@mafromed.pl

Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu niemal zawsze implikuje występowanie problemów; wypadki drogowe pod wpływem alkoholu, przemoc i zachowania agresywne oraz postępująca utrata zdrowia to tylko niektóre konsekwencje wynikające z upośledzenia kontroli korzystania z alkoholu. Propozycje wprowadzenia prohibicji alkoholowej nie przyniosły rozwiązania, a raczej przyczyniły się do powstania zorganizowanej przestępczości kierującej produkcją i handlem alkoholem, przez co z czasem odstąpiono od tych

inicjatyw [1, 2]. Wprowadzanie wyższych cen i monopolizacja przemysłu spirytusowego przez państwo, to również niezbyt skuteczne rozwiązania, zwłaszcza na tzw. ścianie wschodniej Polski, na której w handlu popularnością cieszy się tani alkohol przemycany zza wschodniej granicy [3], jak również na południu kraju, gdzie w 2012 roku odnotowano liczne zatrucia alkoholem metylowym przemycanym z Czech [4].

Występowanie problemów związanych z nadużywaniem alkoholu wpłynęło na podjęcie licznych strategii mających na celu zapobieganie ich występowaniu

bądź choćby ich częściową redukcję. W niniejszym artykule zostanie zaprezentowany przegląd najbardziej popularnych oddziaływań przeciwalkoholowych.

Polski system rozwiązywania problemów alkoholowych

Podstawę prawną rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce stanowi Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [5]. Ustawa ta „określa kierunki polityki państwa wobec alkoholu. Reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację, określa również źródła finansowania tych zadań. Reguluje funkcjonowanie rynku napojów alkoholowych, określając zasady kontroli obrotu tymi napojami. Reguluje także dziedzinę promocji i reklamy napojów alkoholowych, a także formułuje przepisy karne dotyczące obrotu i reklamy alkoholu. Ustawa wprowadza regulacje dotyczące postępowania wobec osób nadużywających alkoholu, określa podstawy leczenia odwykowego oraz wskazuje kompetencje i zadania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych” [6].

Podmiotami wyznaczonymi przez Ustawodawcę do realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są organy administracji rządowej, samorządowej, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji oraz organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe. System profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oparty jest na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań realizowanych na różnych poziomach administracji:

1. gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne;
2. wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowane na szczeblu samorządów województw;
3. trzecim filarem polskiego modelu rozwiązywania problemów alkoholowych jest zbiór zadań realizowanych przez organy administracji rządowej i Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która koordynuje realizację Programu, a także integruje wszystkie trzy obszary działań – centralny, wojewódzki i gminny – formułując spójne dla nich kategorie problemów i cele operacyjne [6].

Kluczową rolę w rozwiązywaniu problemów alkoholowych na szczeblu lokalnym została powierzona przez ustawodawcę Gminnym Komisjom Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA). Powo-

ływane są one w każdej gminie na podstawie art. 4 ust. 3 Ustawy przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. Do ustawowych zadań gminnych komisji należy:

1. inicjowanie działań w zakresie realizacji zadań własnych gminy związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych;
2. podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego;
3. opiniowanie wydawania zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych pod względem zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy, o których mowa w art. 12 ust. 1 i 2 Ustawy;
4. kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych.

Gminne komisje stanowią ustawowo powołane grupy doradców w zakresie lokalnej polityki rozwiązywania problemów alkoholowych [7]. Niektóre z prac wykonywanych przez GKRPA ukazują poniższe zestawienia dotyczące ilości ich interwencji w ramach pomocy osobom z problemem alkoholowym oraz ich rodzinom, w Polsce, w latach 2009-2013 [8].

Skierowanie na leczenie przez Sąd

W powojennej Polsce leczenie alkoholików miało charakter przymusu. Osoby nadużywające alkohol – na bazie aktów prawnych z lat 50. XX wieku – umieszczano w szpitalach psychiatrycznych w celu zainicjowania leczenia i wzbudzenia motywacji do zmiany [9]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1961 r. zezwoliło na leczenie osób dobrowolnie pragnących się poddać leczeniu, jednakże wielu badaczy uważało leczenie tego typu za fikcję; osoba uzależniona poddawała się terapii zazwyczaj w wyniku jakiejś presji [9]. Aktu-

Tabela 1. Liczba członków rodzin osób z problemami alkoholowymi, z którymi członkowie GKRPA przeprowadzili roku rozmowy w latach 2009-2013
Table 1. Number of family members with alcohol problems contacted by GKRPA committee between 2009-2013

| | | Rok | | | | |
|--|--|---------|---------|---------|--------|--------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| | | 116 924 | 116 290 | 106 843 | 99 723 | 97 675 |

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Tabela 2. Liczba osób uzależnionych od alkoholu, wobec których GKRPA wystąpiły do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego
Table 2. Number of alcohol addicts with GKRPA court application for drug addiction treatment

| | | Rok | | | | |
|--|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| | | 34 553 | 28 361 | 28 870 | 29 584 | 28 749 |

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

alnie leczenie w Polsce ma charakter dobrowolny, jednakże od 1982 r. wprowadzono wyjątek od tej zasady, którym do chwili obecnej jest sądowe zobowiązanie do leczenia. Procedurę tą wdraża się w stosunku do osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują demoralizację nieletnich, rozkład życia rodzinnego, zakłócają spokój publiczny i uchylają się od podjęcia zatrudnienia. Obowiązek poddania leczeniu może trwać maksymalnie dwa lata, przy czym sąd może zmienić postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego (leczenie w trybie stacjonarnym bądź niestacjonarnym). Sąd może również postanowić o ustanowieniu kuratora na czas trwania leczenia [10]. Aktualnie, jak wskazuje Joanna Studzińska: „przeprowadzone m.in. przez Ministerstwo Zdrowia badania wskazują, że uregulowanie postępowania o przymusowym leczeniu jest nieefektywne”, a przy tym bardzo kosztowne [11].

Terapia uzależnień wzorowana na Modelu Minnesota

Nowoczesne podejście do leczenia osób uzależnionych od alkoholu sięga lat 50. XX wieku i jest związane w dużym stopniu z doświadczeniami w zakresie leczenia alkoholizmu w szpitalu psychiatrycznym w Willmar w amerykańskim stanie Minnesota, w którym w 1949 r. wprowadzono eksperymentalny program terapii. Jego autorzy przyjęli następujące założenia:

- alkoholizm jest chorobą polegającą na utracie kontroli nad piciem, która powinna być leczona jako choroba niezawiniona, nie podlegająca karze;
- jest chorobą chroniczną, postępującą;
- jej leczenie ma charakter wielospecjalistyczny z przeważającą rolą metod psychologicznych oraz uczestnictwem pacjentów w spotkaniach wspólnoty Anonimowych Alkoholików;
- w chorobie tej może występować zaprzeczanie uznane za symptom choroby, jak również nie zawsze będzie występować motywacja do leczenia u osób z rozpoznaniem uzależnieniem;
- pacjent powinien być traktowany z szacunkiem i poszanowaniem jego osobistej godności [12-15].

Jak wskazuje Jerzy Mellibruda, „za główne cele terapii uznano: przyznanie się pacjenta do bezsilności wobec alkoholu i przyjęcie tożsamości alkoholika, zaakceptowanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia, uzyskanie lepszego wglądu, nabycie umiejętności komunikowania się z innymi ludźmi oraz konstruktywnego wyrażania emocji, a także rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych nawrotów choroby alkoholowej i asertywnego odmawiania picia” [13]. Cele te winny być realizowane podczas psychoterapii grupowej, indywidualnej oraz w ramach poradnictwa rodzinnego.

Według badaczy, czynnikami sprzyjającymi efektywności terapii są: silna motywacja do zmiany, otwarta postawa wobec leczenia, uczestnictwo w spotkaniach AA, wsparcie od rodziny i pracodawców, objęcie terapią współuzależnienia rodziny pacjenta [12].

Terapia uzależnienia od alkoholu odbywa się w placówkach ambulatoryjnych (poradniach i przychodniach) oraz stacjonarnych zakładach leczenia odwykowego. W zakładach stacjonarnych (szpitalach, ośrodkach) programy terapii trwają sześć-osiem tygodni, w systemie ambulatoryjnym realizacja programu trwa zazwyczaj około roku i obejmuje około 150 godzin terapii grupowej i około 10 godzin indywidualnej. W zakładach stacjonarnych proces terapii powinny rozpocząć te osoby, dla których utrzymanie abstynencji stanowi poważny problem. Następnie terapia powinna być kontynuowana w zakładach ambulatoryjnych, w przeciwnym razie szanse na utrwalenie zmian rozpoczętych w procesie terapii stacjonarnej są niewielkie [6]. Najistotniejszym elementem i zarazem celem terapii uzależnienia jest utrzymywanie abstynencji, uznawane przez specjalistów za adekwatne kryterium zdrowienia [15].

Anonimowi Alkoholicy

Istotną rolę w zdrowieniu w chorobie alkoholowej przypisuje się wspólnocie Anonimowych Alkoholików. Jest to ruch samopomocowy powołany w pierwszej połowie XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Za datę powstania wspólnoty uznaje się dzień 10 czerwca 1935 roku, kiedy w Akron (Ohio w Stanach Zjednoczonych) spotkało się dwóch alkoholików, którzy swoje dotychczasowe dążenia w utrzymaniu trwałej abstynencji uznawali za bezskuteczne [16, 17]. Znaczącą rolę w powstaniu Wspólnoty odegrał dr Wiliam D. Silkworth, a wpływ na kształtowanie się programu wywarły poglądy Wiliama Jamesa oraz Karola Gustawa Junga. Pierwowzorem Wspólnoty była tzw. Grupa Oxfordzka, która zawiązała się w 1921 r. i postawiła sobie za cel odnowę wartości pierwszych chrześcijan [16]. O sile wspólnoty Anonimowych Alkoholików stanowi wzajemność członków oraz przeświadczenie budowane na wspólnych doświadczeniach, że przemiana w życiu alkoholika jest możliwa i dokonuje się ona w ramach realizacji Programu Dwunastu Kroków [18]. Charakterystyczne cechy oddziaływań grup samopomocowych, takich jak Anonimowi Alkoholicy, to: 1. jednorodność osób z podobnymi problemami i podobnym doświadczeniem; 2. dążenie do wspólnego celu, jakim jest zapewnienie wsparcia i pomocy dla wszystkich uczestników; 3. oparcie na członkach grupy a nie na zewnętrznych autorytetach [19].

Robert Modrzyński wskazuje również na cztery czynniki zapobiegające powrotom do picia zaobserwowane wśród osób korzystających ze wsparcia wspól-

noty AA. Należą do nich: 1. zewnętrzna superwizja polegająca na znalezieniu przez osobę uzależnioną wśród innych członków wspólnoty tzw. sponsora, stałego kontaktu z nim i wspólnej pracy nad utrzymaniem abstynencji; 2. zachowania alternatywne; wprowadzenie aktywności w „pustkę” pozostawioną po koncentracji życia na spożywaniu alkoholu, m.in. wspólne wyjazdy na pikniki i okolicznościowe spotkania, wspólna aktywność rekreacyjna itp.; 3. nawiązywanie i utrwalanie relacji z innymi osobami zdrowiejącymi; 4. pogłębianie duchowości poprzez włączenie do leczenia praktyk religijnych [20].

Rola wspólnoty AA w zdrowieniu osób uzależnionych wydaje się niepodważalna, jednakże pojawiają się czasami wysoce krytyczne opinie na temat wartości jej oddziaływań, wynikające – jak można wnioskować – z niewielkiej wiedzy na temat oddziaływań tego typu grup. Niezrozumiałe jest stanowisko Bartosza Mikołajczyka określającego tenże Program mianem „nieracjonalnych przekonań” [21], z kolei Janusz Lewicki uznaje wspólnotę AA za „narzędzie do walki z Kościołem i do przejmowania kontroli nad kolejnymi grupami ludzi przez szatana”, a systematyczne uczestnictwo w mitingach według autora „odciąga kolejne grupy ludzi od Boga” [22]. Jednakże stanowiska tego rodzaju, to jedynie marginalne, rzadko kiedy pojawiające się opinie.

Kluby Abstynenta

W wielu miejscowościach powstają Kluby Abstynenta zrzeszające nie tylko osoby uzależnione, ale również tych, dla których idea życia bez środków psychoaktywnych, jak i jej popularyzacja, stanowią znaczącą wartość. Jak podaje Bohdan Woronowicz, pierwowzorem tej formy wsparcia były: Koło Samopomocy Chorych Poradni Przeciwalkoholowej, powstałe w Warszawie pod koniec lat 40. XX wieku oraz Koło Samopomocy Pacjentów z Poznania, które powstało na początku lat 50. XX wieku [23]. Pierwsze kluby Abstynenta powstawały z inicjatywy pracowników lecznictwa odwykowego i nazywane były pierwotnie Klubami Pacjenta. Grupy pacjentów spotykały się w pomieszczeniach wyznaczonych do tego typu spotkań, aby pomiędzy zajęciami, w bezpiecznym dla siebie miejscu, porozmawiać, wypić wspólnie kawę itp. [9]. Spotkania te stanowiły dla uczestników terapii dodatkowe wsparcie w procesie leczenia.

Kluby Abstynenta są również miejscem spotkań osób nieuzależnionych, podejmujących abstynencję, jak też pragnących swoją postawą rozpowszechniać trzeźwy styl życia [24]. Ponadto w Klubach prowadzone są zajęcia edukacyjno-informacyjne, terapia w grupach rodzinnych, muzykoterapia, zajęcia sportowe, turystyczne i rozrywkowe, np. pikniki trzeźwościowe, ogniska, pielgrzymki. Niektóre Kluby prowadzą

interwencje w sytuacjach przerwania abstynencji, poradnictwo dla rodzin, pogadanki w zakładach pracy, szkołach, wsparcie przy poszukiwaniu pracy, poradnictwo prawne, itp. Szacowana liczba Klubów Abstynenta na terenie Polski w 2000 roku, to około 320 tego typu placówek [23].

Redukcja szkód / picie kontrolowane

Stosowanie strategii mających ograniczyć szkody związane z używaniem alkoholu ma długą historię. Już w XVI wieku, w celu zapobiegania tragicznym efektom bójek wywoływanych po alkoholu, zadaniem karczmarzy w Polsce było dopilnowanie, aby nie wnoszono do karczmy ostrych narzędzi. Współcześnie redukcją szkód w uzależnieniach określa się wszelkie strategie ograniczające negatywne następstwa związane ze spożywaniem danej substancji psychoaktywnej, w tym przypadku alkoholu [25]. Popularne i znane wszystkim strategii to m.in. zamiana opakowań szklanych na plastikowe w celu ograniczenia urazów związanych z aktami przemocy po alkoholu, wzbogacanie piwa tiaminą zapobiegające encefalopatii Wernickego i psychozie Korsakowa, wyposażenie pojazdów w poduszki powietrzne ograniczające ryzyko urazów spowodowanych wypadkami po alkoholu, działalność izb wytrzeźwień, nocna komunikacja miejska zapewniająca bezpieczny powrót do domu itp. oddziaływania [25].

Już od kilkunastu lat, w ramach redukcji szkód, uwaga badaczy zwrócona została na podejmowanie działań, których celem jest kontrolowanie spożycia alkoholu przez osoby, u których wystąpiły problemy związane z nadużywaniem alkoholu. Jak wskazują Andrzej Jakubczyk i Marcin Wojnar, abstynencja w dalszym ciągu jest zasadniczym celem terapii, jednakże w przypadku niepowodzeń tego typu oddziaływań, braku zgody ze strony pacjenta na całkowite odstawienie alkoholu bądź występowaniu uzależnienia w mniej spektakularnych formach, dopuszcza się możliwość pracy z pacjentem nad zmniejszeniem szkód związanych z używaniem alkoholu. W wielu przypadkach rozwiązanie to stanowi etap przejściowy umożliwiający rozpoczęcie terapii, a w jej trakcie stopniową zmianę wstępnych założeń [26]. Wprowadzenie do przeciwalkoholowych oddziaływań strategii kontrolowania picia zostało zaproponowane już pod koniec lat 80. XX wieku. Celem kursu „Picie kontrolowane” było nauczenie osób z problemami alkoholowymi tzw. zarządzania spożywaniem alkoholu. Program proponował cztery etapy terapeutyczne:

1. zebranie danych wyjściowych;
2. określenie ilości dozwolonego alkoholu;
3. 12-tygodniowy program samokontroli;
4. odniesienie sukcesu przez zachowanie kontroli [27].

Od 1999 r. w Niemczech jest realizowany program przekazywania kompetencji do samokontroli picia. Jego części składowe to: 1. przyswojenie podstawowych informacji o alkoholu; 2. obserwowanie i analiza zachowań wobec alkoholu; 3. określenie celu spożycia; 4. dokonanie wyboru strategii ograniczenia spożycia; 5. ustalenie systemu nagród; 6. nauka spędzania czasu wolnego bez alkoholu; 7. nabywanie umiejętności radzenia sobie z problemami bez alkoholu; 8. przygotowanie planu awaryjnego na wypadek wystąpienia nawrotów [27].

Harold Rosenberg wskazuje na możliwość zastosowania farmakoterapii w celu ograniczenia głodu alkoholowego, jak i nadmiernego picia wśród niektórych osób uzależnionych od alkoholu, a w rezultacie utrzymywaniu kontroli picia [28].

Wprowadzenie do oddziaływań przeciwalkoholowych strategii picia kontrolowanego jest aktualnie przedmiotem licznych dyskusji i kontrowersji, jednakże kierunek ten również przynosi oczekiwane rezultaty, do których zaliczyć należy redukcję szkód związanych z nadużywaniem alkoholu [29-32].

Farmakoterapia

Ważną formę oddziaływań mających zapobiegać nadużywaniu alkoholu bądź powrotom do picia po okresach abstynencji pełni farmakoterapia. Podejmowane w I połowie XX wieku próby leczenia alkoholików barbituranami i preparatami zawierającymi opium były zazwyczaj nieudane i prowadziły do rozwinięcia się kolejnej zależności u osób już uzależnionych [24]. Pod koniec lat 40. XX wieku przypadkowo odkryto reakcję zachodzącą pomiędzy disulfiramem i alkoholem, po czym wkrótce wprowadzono ten medykament jako alternatywę wobec zarówno oddziaływań psychologicznych, jak i dotychczasowych farmakoterapii o niskiej skuteczności [33]. Działanie disulfiramu polega na zahamowaniu metabolizmu alkoholu poprzez blokowanie wydzielania się enzymu – dehydrogenazy alkoholowej, a przy tym na kumulowaniu się w organizmie aldehydu octowego, około 30 razy bardziej toksycznego od alkoholu, powodującego przykre doznania (m.in. bóle i zawroty głowy, wymioty, zaczerwienienie skóry, duszności, tachykardia, lęk) mające działać awersyjnie na osobę spożywającą alkohol [33, 34]. Lek stosowany był doustnie (Anticol) bądź w formie implantu wszywanego pod skórę (Esperal) W związku z licznymi kontrowersjami wobec terapeutycznych zastosowań disulfiramu [24, 35] lek produkowany w Polsce przez Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne został wycofany w 2008 roku, jednakże już dwa lata później jego produkcja została wznowiona [36]. Pomimo wycofania leku w wielu krajach, m.in. w Stanach Zjednoczonych, Europie Zachodniej, w krajach Europy Środkowej oraz w Rosji korzystanie z disulfiramu ma ciągle wielu zwolenników [34].

W 1994 r. we Francji zarejestrowano Akamprozat (Campral). Jego głównym działaniem jest zmniejszanie głodu alkoholowego [37]. Przegląd badań potwierdza, że u osób podejmujących terapię leczenia uzależnień lek ten stanowi dodatkowe wsparcie w leczeniu, a u osób przerywających proces terapii zmniejsza spożycie alkoholu. Poza tym nie powoduje spektakularnych objawów niepożądanych [24, 37-39]. Połączenie Akamprozatu z Naltreksonem, omówionym poniżej, uznawane jest za bardziej skuteczną farmakoterapię uzależnienia od alkoholu niż stosowanie wyłącznie samego Campralu [40].

Kolejny specyfik używany w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu to Naltrekson stosowany od 1994 r. w USA. Jego działanie polega na blokowaniu endorfin wydzielających się po spożyciu alkoholu, dających uczucie euforii [24, 36, 41]. Jak wskazuje Łukasz Szczygieł: „W kombinacji z różnymi programami leczenia, naltrekson zmniejsza częstotliwość picia, wydłuża abstynencję i utrudnia nawrót niekontrolowanego picia wśród leczących się alkoholików, którzy próbowali alkoholu podczas leczenia” [42].

W farmakoterapii stosowano również leki przeciwdepresyjne, m.in. Prozac, Bioksetynę, Seronil, Fevarin, Cipramil, Zoloft, Seroxat. Okazało się jednak, że są to środki mało skuteczne. Aktualnie duże nadzieje wiąże się z nowym antydepresantem – Coaxilem. Przy jego stosowaniu zaobserwowano zmniejszone spożycie alkoholu u pacjentów ze stanami depresyjnymi, prawdopodobnie na skutek poprawy nastroju [24].

Lekiem wspomagającym abstynencję, zmniejszającym uczucie głodu alkoholowego i zapobiegającym występowaniu nawrotów w chorobie alkoholowej, jest topiramate. Jest on lekiem stosowanym w terapii padaczki, jednak wiele badań klinicznych potwierdziło jego skuteczność w farmakoterapii uzależnienia od alkoholu [42]. Pojawiają się również doniesienia o korzystnym działaniu leków stosowanych w innych dolegliwościach, m.in. baclofenu, kwetiapiny i nalmefenu [42].

Sprawdzano również możliwość wykorzystania w farmakoterapii uzależnienia od alkoholu leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (SSRI) stosowanych w lecznictwie psychiatrycznym: fluoksetyny, fluoksaminy, paroksetyny i sertraliny oraz substancji GHB (wykorzystywanej jako tzw. pigułka gwałtu). Jak się okazało, leki przeciwdepresyjne nie miały wpływu na leczenie uzależnienia od alkoholu, natomiast aplikowanie GHB – mimo pozytywnych badań – budziło zastrzeżenia natury etycznej wobec stosowania specyfiku [43, 44].

Oddziaływania środowisk kościelnych

Znaczącą rolę w rozwiązywaniu problemów związanych z nadużywaniem alkoholu pełnią rów-

niez środowiska kościelne, wokół których od wielu lat skupione są grupy bądź stowarzyszenia podejmujące inicjatywy zarówno zachęcające do życia bez alkoholu, jak również organizujące wesela bezalkoholowe, rekolekcje i pielgrzymki trzeźwościowe, prowadzące punkty informacyjno-konsultacyjne itp. oddziaływania w społecznościach lokalnych.

Kościół katolicki już w XIX wieku włączył się w krzewienie abstynencji i walkę z pijaństwem. Inicjatywą do powołania polskiego ruchu trzeźwościowego było – obserwowane pomiędzy 1815 a 1863 rokiem – nadmierne używanie alkoholu wśród Polaków mieszkających pod okupacją zaborców [45]. W parafiach Wielkiego Księstwa Poznańskiego od połowy 1844 r. powstawały liczne kościelne bractwa trzeźwościowe. Jak podaje Izabela Krasieńska: „bractwa wstrzeźliwości pod Opieką Niepokalanego Serca Najświętszej Maryi Panny skupiały ok. 100 tys. osób wszystkich stanów, księża natomiast popierali wszelkie inicjatywy abstynenckie identyfikowane wówczas na terenie Księstwa” [46]. Po II Wojnie Światowej niekorzystne dla Kościoła czynniki polityczne drastycznie ograniczyły tę działalność, co doprowadziło do rozwiązania Bractw Trzeźwości. W ich miejsce jednakże Kościół katolicki zawiązał duszpasterstwa trzeźwości [47]. Na początku drugiej połowy XX wieku, podczas Jasnogórskich Słubów Narodu złożonych w 1956 roku, Episkopat Polski nawołując o trzeźwość narodu podjął zobowiązania wobec walki z pijaństwem. W 1970 roku powołano Komisję Episkopatu Polski do Spraw Trzeźwości, która miała za zadanie koordynację działań trzeźwościowych na terenie całego kraju [45]. W 1982 roku na Jasnej Górze proklamowano reaktywację dawnych Bractw, pod nazwą „Ruch Trzeźwości im. Maksymiliana Kolbego” [47]. Obecnie obserwować można szeroko zakrojone działania instytucji kościelnych, mniej bądź bardziej zaangażowanych w działalność trzeźwościową [48-51].

Na szczególną uwagę zasługuje działalność księdza z Kamesznicy k/Żywca, który od ponad dwudziestu lat organizuje – nie tylko wśród swoich parafian – bezalkoholowe wesela. Ksiądz Władysław Zązel odwołując się do wartości chrześcijańskich zmienia – jak wskazują Chmielewscy – jedną „z trwałych instytucji społecznych, jaką jest obyczaj – obyczaj picia alkoholu” [49]. Dając przykład mieszkańcom Kamesznicy w 1979 roku ks. Zązel złożył przyrzeczenie abstynencji, czym zdobył szacunek, zaufanie i wiarygodność w swoich przeciwalkoholowych działaniach [47]. Już w 2001 roku 20 tysięcy par potwierdziło urządzenie wesela bezalkoholowego. Działalność księdza Zązela znana jest obecnie w całej Polsce, czego potwierdzeniem są Ogólnopolskie Spotkania Małżeństw, które poddały się propozycji wprowadzania nowego obyczaju [52].

Oddziaływania Kościoła katolickiego, to również Krucjata Wyzwolenia Człowieka (KWC). Jej działanie „bazuje na strukturze terenowej Kościoła katolickiego i tradycyjnych oraz nowych, posoborowych formach jego działalności pastoralnej, [...] jest akcją o charakterze religijnym i moralnym. Wyzwolenie człowieka nie jest pojmowane jako wyzwolenie w sensie politycznym, społecznym lub ekonomicznym, ale jako wewnętrzne wyzwolenie człowieka w sensie Ewangelii, które oczywiście będzie wywierało swój dobroczynny wpływ na wszystkie wymienione dziedziny życia ludzkiego” [48]. Członkostwo w Krucjacie zobowiązuje do podjęcia całkowitej abstynencji od alkoholu, jak również zaniechania kupowania bądź częstowania nim kogokolwiek [48]. Do KWC przystępują zarówno osoby zdrowe, jak i podejmujące abstynencję osoby uzależnione, traktujące Krucjatę jako dodatkowe wsparcie w zdrowieniu. Rekolekcje trzeźwościowe organizowane są cyklicznie we wszystkich regionach Polski, o czym informuje m.in. prasa katolicka [53-55].

Jacek Pawłowicz wskazuje całokształt trzeźwościowych oddziaływań Kościoła katolickiego, których celem jest propagowanie abstynencji oraz pomoc osobom uzależnionym. Według badacza wśród tych oddziaływań „należy wymienić:

- Bractwa Trzeźwości;
- Indywidualną działalność księży w parafiach; Krucjata Wyzwolenia Człowieka – program wyzwolenia zainicjowany przez Sługę Bożego ks. Franciszka Blachnickiego i Ruch Światło-Życie proklamowany 8 czerwca 1979 roku w Nowym Targu;
- Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości Warszawskiej Prowincji Braci Mniejszych Kapucynów w Zakroczymiu (powstał w 1968 r.);
- Czasopisma zawierające treści antyalkoholowe – „Trzeźwymi Bądźcie” – dwumiesięcznik, „Rycerz Niepokalanej” – miesięcznik;
- Obwołanie miesiąca sierpnia „miesiącem trzeźwości”;
- Zachęty do organizowania wesel i innych uroczystości rodzinnych bez alkoholu i wiele innych” [45].

Poza Kościołem katolickim, również inne wspólnoty wyznaniowe podejmują oddziaływania w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym. Pod egidą Kościoła zielonoświątkowego działa „Misja Nowa Nadzieja” prowadząca w wielu regionach Polski ośrodki dla osób uzależnionych [47]. Przedstawiciele Cerkwi Prawosławnej podczas Światowego Rosyjskiego Soboru Ludowego wystosowali odezwę do władz Rosji, Ukrainy, Białorusi, Kazachstanu i Mołdawii, w których zwrócili się z apelem do rządzących o podjęcie radykalnych kroków w walce z alkoholizmem [56].

Świadkowie Jehowy w oparciu o wersety zaczerpnięte z Biblii zachęcają do trzeźwego życia. Jeden z numerów ich czasopisma – „Przebudźcie Się!”, z czerwca 1992 roku, został w całości poświęcony omawianiu problemów alkoholowych [47].

Metody niekonwencjonalne

Od ponad trzech dekad podejmowane są próby leczenia osób uzależnionych od alkoholu za pomocą hipnozy, stosowanej jako samodzielna technika bądź jako element terapii. Skuteczność tej metody zależy jednakże w dużej mierze od czynników niehipnotycznych: motywacji do leczenia, oddziaływania środowiskowego na osobę uzależnioną, stopnia uzależnienia, wiary w skuteczność hipnozy oraz predyspozycji osobowościowych [24].

Terapia internetowa natomiast polega w dużej mierze na działalności motywującej do zmiany. Na przykład praca w aplikacji *Drinker's Check-up* polega na przechodzeniu przez kolejne etapy: 1. analiza spożycia alkoholu; 2. otrzymanie informacji zwrotnych; 3. wybór proponowanych możliwych rozwiązań.

Oddziaływania te jednak, pomimo wskazywanych zalet – niskich kosztów, dostępności i większej anonimowości – budzą obawy o bezpieczeństwo zdrowia psychicznego pacjenta [57].

Podsumowanie

Wiele z zaprezentowanych oddziaływań stanowić może zespół metod wzajemnie się uzupełniających.

Piśmiennictwo / References

- Jasiński J. Ruch Trzeźwościowy w Stanach Zjednoczonych. Korzenie amerykańskiej prohibicji. *Alkohol Narkom* 2008, 1(21): 65-94.
- Duski F. Prawo w służbie utopii – problematyka uzasadnienia prohibicji narkotykowej. *Prz Praw Ekonom Społecz* 2014, 3: 72-85.
- Król MJ, Król P. Scenariusze rozwoju współpracy transgranicznej po akcesji Polski do Unii Europejskiej. Przypadek podkarpackiego pogranicza polsko-ukraińskiego [w:] *Spójność społeczno-ekonomiczna a modernizacja regionów transgranicznych*. Woźniak MG (red). Wyd UR, Rzeszów 2008: 42-57.
- Ziemkowski D. Zwalczanie przestępczości alkoholowej. *Wyroby alkoholowe*. *Wiad Celne* 2013, 1(2): 7-8.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. *Dz.U.* 1982 nr 35 poz. 230.
- PARPA. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015. http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf (dostęp 22.05.2015).
- Łukowska K, Okulicz-Kozaryn K. Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w poszukiwaniu optymalnego modelu [w:] *Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Praktyczne wskazówki dla samorządów*. Zdziarski M (red). Fundacja ETOH, Warszawa 2009: 5-70.
- PARPA. Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia-31 grudnia 2003 roku. Warszawa 2004. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sprawoz_wych_w_trzezwosci_19112004.pdf (dostęp 25.05.2015).
- Klingemann JI. *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*. UW, Warszawa 2010.
- Jagielska-Burduk A i wsp. Zjawisko alkoholizmu w Polsce jako zagadnienie prawne. *Prz Lek* 2012, 10(69): 1115-1117.
- Studzińska J. Praktyczne aspekty regulacji postępowania dotyczącego przymusowego leczenia alkoholików w świetle proponowanych zmian. *Teka Kom Praw OL PAN* 2013, 6: 169-183.
- Bukowski S, Bukowska B, Ilnicki S. Ocena efektywności ambulatoryjnej terapii alkoholików wzorowanej na modelu Minnesota. *Alkohol Narkom* 1999, 2(35): 237-245.
- Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. IPZ, Warszawa 2006.
- Rachowska E. Model Minnesota [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Jabłoński P, Bukowska B, Czałaba JC (red). KBdSPN, Warszawa 2012: 199-206.
- Wnuk M, Marcinkowski JT. Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia. *Hygeia Public Health* 2012, 1(47): 49-55.
- Woronowicz BT. Historia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i terapeutyczne walory Programu Dwunastu Kroków. *Post Psychiatr Neurol* 1992, 1: 191-198.
- Wnuk M, Marcinkowski JT, Hędzulek M. Relacje pomiędzy zmiennymi związanymi z pobytem we wspólnocie Anonimowych Alkoholików. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 3(90): 378-383.
- Kaczmarczyk I. Terapeutyczne oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików [w:] *Psychoterapia. Pogranicza*. Grzebiak L, Suszek H (red). Wyd Eneteia, Warszawa 2012: 519-546.
- Hędzulek M, Wnuk M, Marcinkowski JT. Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 3(90): 309-315.
- Modrzyński R. Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 2012, 4(25): 417-426.
- Mikołajczyk B. Dwanaście anonimowych kroków donikąd. *Zesz Nauk URD UKW* 2013, 1: 27-42.
- Lewicki JA. Korzenie organizacji Anonimowych Alkoholików. *Michael* 2012, 68: 14-18.
- Woronowicz BT. Pomoc uzależnionym i ich rodzinom – rola ruchów samopomocowych. *Służ Zdr* 2002, 51-56: 28-30.
- Augustynek A. Jak walczyć z uzależnieniami? Wyd Difin, Warszawa 2011.
- Klingemann J. Picie kontrolowane a strategie redukcji szkód w odniesieniu do alkoholu. *Ter Uzależ Współuzależ* 2013, 3: 5-8.

26. Jakubczyk A, Wojnar M. Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń. *Psychiatr Pol* 2012, 3(46): 373-386.
27. Klingemann H. Picie kontrolowane. Badania naukowe, doświadczenia płynące z praktyki oraz debata publiczna w Szwajcarii i Niemczech. *Alkohol Narkom* 2006, 3(19): 259-283.
28. Rosenberg H. Teoretyczne wyjaśnienia picia kontrolowanego. *Alkohol Narkom* 2009, 22(nr specjalny): 105-114.
29. Room R. Picie kontrolowane jako sukces moralny i cel społecznych oddziaływań. *Alkohol Narkom* 2006, 4(19): 369-378.
30. Psychoterapia zorientowana na redukcję szkód. Skrócony zapis wykładu wygłoszonego przez Andrew Tatarsky'ego w trakcie konferencji pt. „Różne nurty w psychoterapii osób uzależnionych” w Krakowie w maju 2009. *Ter Uzależ Współuzależ* 2009, 5: 4-7.
31. Napierała M. Redukcja szkód i strategia picia kontrolowanego – nowy paradygmat w leczeniu uzależnień od alkoholu. *Hygeia Public Health* 2013, 49(2): 225-228.
32. Szczukiewicz P. Abstynencja i picie kontrolowane jako cele terapii. *Ter Uzależ Współuzależ* 2014, 1/2: 10-14.
33. Habrat B. Kontrowersje dotyczące leczenia disulfiramem. *Alkohol Narkom* 1994, 1(15): 7-14.
34. Kroc K. Wszywki alkoholowe. <https://portal.abczdrowie.pl/wszywki-alkoholow> (dostęp 22.05.2015).
35. Szajewski J. Wszczepianie tabletek disulfiramu – nieskuteczne leczenie odwykowe. *Alkohol Narkom* 2008, 2(21): 207-208.
36. Vetulani J. Alkoholizm i neurobiologia farmakoterapii alkoholizmu. *Wszechświat* 2013, 1-3: 24-30.
37. Habrat B. Akamprozat w zapobieganiu nawrotom picia i zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu przez osoby uzależnione. Przegląd badań klinicznych. *Alkohol Narkom* 1998, 2(31): 147-159.
38. Wasilewski D, Wojnar M, Fudalej S. Akamprozat w leczeniu uzależnienia od alkoholu – doświadczenia własne. *Wiad Psychiatr* 2006, 3(9): 163-168.
39. Łukasik K, Piątkowska K, Pietrzak B. Rola układu glutaminianergicznego w patogenezie oraz terapii zespołu zależności alkoholowej. *Postepy Hig Med Dosw* 2010, 64: 534-543.
40. Boothby LA, Doering PL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. *Clin Ther* 2005, 27(6): 695-714.
41. Bieńkowski P. Zastosowanie naltreksonu w terapii uzależnienia od alkoholu – aspekty farmakologiczne. *Psychiatr Pol* 2013, 1: 117-126.
42. Szczygieł Ł. Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Gaz Farm* 2008, 8: 24-27.
43. Ziółkowski M, Rybakowski J. Farmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1998, 4(33): 411-423.
44. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Samochowiec A. Uzależnienie od alkoholu: od neurobiologii do nowoczesnej terapii. *Alkohol Narkom* 2011, 2(24): 117-123.
45. Pawłowicz JJ. Kościół rzymskokatolicki po 1945 r. – Jego rola na tle zachodzących przemian społeczno-politycznych. *Kwestie moralno-społeczne [w:] Mazowsze Północne. W poszukiwaniu tożsamości narodowej, społecznej i religijnej.* Gołota J, Truszczyński M (red). OTN im. A. Chętnika, Ostrołęka 2012: 111-140.
46. Krasieńska I. Prasa abstynencka w Wielkopolsce: „Pismo Centralne dla Sprawy Wstrzemięźliwości w Wielkim Księstwie Poznańskim” (1843–1845). *Alkohol Narkom* 2014, 27: 255-263.
47. Bętkowski S. Organizacje pozarządowe wobec problemu alkoholizmu w Polsce. <http://www.koszalin.ofmconv.opoka.org.pl/grupy/aa/t04.pdf> (dostęp 21.05.2015).
48. Kupny J. Eklezjalność Ruchu Światło-Życie. *SSHT* 2005, 1(38): 105-117.
49. Chmielewski P, Chmielewska E. Wesela alkoholowe czyli zmiana reguł instytucjonalnych w społeczności lokalnej (przyczynek do teorii transformacji [w:] *Oswajanie wielkie zmiany.* Instytut Socjologii UW o polskiej transformacji. Krzemiński I, Raciborski J (red). Wyd IfiS PAN, Warszawa 2007: 497-517.
50. Kamiński R. Troska Duszpasterstwa Rodzin o małżeństwo i rodzinę. *Rocz Pastoralno-Katech* 2010, 2(57): 5-24.
51. Sadłoń W. „Bardziej ubogo, ale przyzwoiciej”. Oddziaływanie religijnego kapitału społecznego w Polsce. *Zesz Nauk KUL* 2014, 1(225): 11-29.
52. Dodziuk A. Na to trzeba śmiałych i odważnych. Rozmowa z ks. Władysławem Zązelem. *Świat Problemów* 2001, 1. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/589-na-to-trzeba-smialych-i-odwaznych.html> (dostęp 21.05.2015).
53. Kozieł M. Tu jest ich stolica. *Gość Zielonogórsko-Gorzowski* 2009, 10(150): VI-VII.
54. Janaczyk U. Siebie na chwilę komuś pożyczyc. *Pielgrzym Licheński*, 13: 14-17.
55. Węclawski M. Przeciw nieszczęściu. *Maryjna Wspólnota* 2014, 1(165): 6.
56. Pawłowicz JJ. Implikacje moralne teologii wspólnoty małżeńsko-rodzinnej w nauczaniu Cerkwi prawosławnej i Kościoła rzymskokatolickiego. *Studium porównawcze.* Mała Poligrafia WSD, Tuchów 2011.
57. Modrzyński R, Malinowska J. Nowe wyzwanie dla systemu lecznictwa uzależnień. Zastosowanie Internetu do pomocy osobom z problemem alkoholowym. *Alkohol Narkom* 2014, 1(27): 67-75.