

## Kliniczne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu\*

Bohdan Woronowicz

### WPROWADZENIE

Pierwsze napoje alkoholowe powstały, w sposób niezamierzony i przypadkowy, w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo). Od wieków wiadomo, że alkohol etylowy należy do grupy substancji chemicznych, których systematyczne i długotrwałe picie prowadzi do wystąpienia niekorzystnych dla organizmu zmian oraz do powstawania różnorodnych problemów społecznych. Wzmianki na ten temat można znaleźć m.in. w Biblii, Talmudzie czy pismach Seneki.

Trudno jednoznacznie ustalić, kto i kiedy otrzymał po raz pierwszy czysty alkohol (destylat). Proces destylacji odkrył, prawdopodobnie jeszcze przed narodzeniem Chrystusa, arabski lekarz Phazes, jednak nie można wykluczyć, że znali go już kapłani w starożytnym Egipcie, którzy podczas religijnych obrzędów zmoczone wodą okrycia głowy polewali alkoholem i podpalali je. Płonący alkohol otaczał głowę ognistą aureolą, a widok ten skłaniał ludzi do oddawania kapłanom czci boskiej. Z przekazów pisemnych wiadomo też, że Arystoteles (384–322 p. Chr.) znał prawdopodobnie czysty alkohol, uzyskując go poprzez gotowanie wysokoprocentowego wina greckiego („wino palone” – *vinum ustum*). Destylacja upowszechniła się dopiero w wieku XV, a mocne napoje alkoholowe trafiły do Polski prawdopodobnie z Czech lub z Prus.

W miarę upływu lat zaczęły narastać różnorodne problemy wynikające z nieumiarkowanego spożywania zarówno wysoko- jak i niskoprocentowych napojów alkoholowych.

Prawidłowe rozwiązywanie tych problemów wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności.

---

\* 13. Cykliczna Konferencja Naukowa.

## CEL

Celem artykułu jest: a) przedstawienie aktualnego stanu problemów alkoholowych w Polsce na tle innych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem medycznych i społecznych skutków nieumiarkowanego spożywania napojów alkoholowych; b) próba przekonania o konieczności uwzględnienia tej wiedzy w programach kształcenia studentów na wydziałach lekarskich i kształcenia podyplomowego w CMKP.

## OMÓWIENIE

### Rodzaj, rozpowszechnienie, skutki i koszty picia alkoholu

Nieumiarkowane (szkodliwe) spożywanie alkoholu skutkuje występowaniem wielu różnorodnych problemów. Problemy te dotyczą:

- Pijącej jednostki (m.in. stan zdrowia fizycznego i psychicznego, skrócenie długości życia osób uzależnionych o 10–20 lat, samobójstwa, zaburzenia rozwoju psychofizycznego i kariery edukacyjnej nastolatków, bezrobocie, bezdomność i włóczęgostwo).
- Życia rodzinnego (m.in. kłótnie, awantury, przemoc, niechciane ciąży, demoralizacja, dewiacje seksualne, zubożenie, rozkład rodziny, zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne u dzieci i innych członków rodziny itp.),
- Środowiska pracy (m.in. absencja – większa o ok. 30%, 30–70% spadek wydajności, pogorszenie jakości, 2–3 krotnie większa wypadkowość), naruszenia prawa i porządku publicznego przez osoby nietrzeźwe (przestępczość – ok. 25% ogólnej liczby, prowadzenie pojazdów – ok. 20% wypadków).
- Zachowań w miejscach publicznych (m.in. agresji, wybryków pseudokibiców itp.).
- Przestępstw i wykroczeń związanych z obrotem alkoholem (nielegalna produkcja, sprzedaż alkoholu nieletnim i nietrzeźwym, zabroniona prawem reklama, kryptoreklama itd.).

Z badań wynika, że rozpowszechnienie problemów zdrowotnych związanych z alkoholem jest wyższe w populacji pacjentów niż w populacji ogólnej (Barker i wsp., 1991). Około 20% pacjentów leczonych w niespecjalistycznych placówkach służby zdrowia pije na poziomie określanym jako „ryzykowny” lub „niebezpieczny” (Fleming i wsp., 1997, 1998). W warunkach szpitalnych, problemy alkoholowe występują u 42% mężczyzn i 35% kobiet (Lewis, Gordon, 1984). W niektórych oddziałach szpitalnych osoby, których problemy zdrowotne mają związek z piciem alkoholu, stanowią okresowo nawet ponad 50% hospitalizowanych (np. w od-

działach chirurgicznych po „ostрым” dyżurze). Praktycznie każdy lekarz spotyka w swojej pracy zawodowej osoby, których problemy zdrowotne można, w mniejszym lub w większym stopniu, powiązać z piciem alkoholu.

### Rys historyczny i terminologia

W czasach nowożytnych, na konsekwencje zdrowotne spożywania alkoholu zwrócił jako pierwszy uwagę ojciec amerykańskiej psychiatrii, dr Benjamin Rush, pisząc w 1785 r.: *nieumiarkowane używanie spirytualiów (...) przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakaźne, a przyczynami mogą być m.in. (...) rozczarowanie światowymi dążeniami i poczucie winy*. Pierwszym lekarzem, który w sposób naukowy powiązał spożywanie alkoholu z powstawaniem zmian chorobowych był angielski internista Thomas Trotter. W wydany w 1804 r. dziele *O pijaństwie i jego skutkach w organizmie ludzkim* stwierdził, że pijaństwo jest chorobą *wywolaną przez odległą przyczynę, powodującą takie czynności i ruchy w żywym organizmie, które zakłócają czynności zdrowotne*. Warto w tym momencie wspomnieć, że wydane w Wilnie w 1818 r. *Dzieło o pijaństwie przez Jakóba Szymkiewicza Nauk Wyzwolonych Filozofii, Medycyny i Chirurgii Doktora, Nadwornego Konsyliarza Jego Imperatorskiej Mości* było jedną z pierwszych tego typu pozycji w Europie, a jego autor, dr Jakub Szymkiewicz, został uznany za ojca alkoholologii polskiej.

Przez wiele lat, poza słowem *pijaństwo*, dla nazwania zjawiska nadmiernego spożywania alkoholu, używano takich określeń jak, *alkoholomania* (termin pojawił się w 1902 r. we Francji), *oinomania* (gr. *oinos* – wino) i *dipsomania* (gr. *dipsa* – pragnienie). Dopiero kiedy w 1849 r. Magnus Huss, lekarz nadworny króla szwedzkiego Karola XIV, opublikował pracę pt. *Alkoholizm przewlekły czyli przewlekła choroba alkoholowa* zaczęto używać terminów „alkoholizm” i „choroba alkoholowa”. Huss zwrócił uwagę na „specyficzne objawy nieprawidłowego funkcjonowania organizmu”, będące efektem zmian spowodowanych przez alkohol.

Szacuje się, że aktualnie ponad 2 miliardy ludzi na świecie pije alkohol w sposób patologiczny (Mason, 2015).

### Skutki uzależnienia i ich rozpowszechnienie

Stwierdzono, że około 200 rodzajów chorób i urazów wg ICD-10 wiąże się ze spożywaniem alkoholu. Choroby występujące na tle używania alkoholu to przede wszystkim wypadki i utonięcia, zaburzenia psychiczne (w tym uzależnienia, depresje i samobójstwa), zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nowotwory, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu, zaburzenia immunologiczne, choroby układu kostno-szkieletowego,

dysfunkcje układu rozrodczego i szkody prenatalne (alkoholowy zespół płodowy, wady wrodzone, niska masa urodzeniowa – FAS i FASD).

### Koszty bezpośrednie i społeczne skutki picia alkoholu

W krajach rozwiniętych koszty związane ze szkodami poniesionymi na skutek picia alkoholu przekraczają 1% produktu krajowego brutto. Wartości te są prawdopodobnie niedoszacowane, bo nie uwzględniają nierejestrowanego spożycia alkoholu. Problemy społeczne wynikające z używania alkoholu generują wysokie koszty, w tym:

- koszty leczenia (osob uzależnionych i ich bliskich, urazów doznanych w stanie nietrzeźwości, wypadków drogowych, ofiar agresji itp.),
- koszty związane z zasiłkami dla osób z problemem alkoholowymi i ich rodzin,
- koszty uszkodzeń mienia,
- koszty interwencji policji i procesów sądowych,
- koszty związane z absencją pracowników i niższą wydajnością,
- koszty wypadków przy pracy i wiele, wiele innych.

Koszty społeczne przypisywane bezpośrednio lub pośrednio nadużywaniu alkoholu w Europie w roku 2010 zostały oszacowane na kwotę 155,8 mld euro (Rezolucja PE, 2015). Uważa się, że globalne koszty zdrowotne związane z używaniem alkoholu są o wiele poważniejsze niż te, które są konsekwencją palenia papierosów. Szacunki całościowych kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w 2011 roku w Polsce wynoszą około 45 mld złotych (Bogucki i wsp., 2013). Tymczasem roczne dochody państwa ze sprzedaży alkoholu wyniosły 16–18 mld złotych, w tym z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych około 10 mld złotych rocznie. W rachunku zysków i strat polskie społeczeństwo ponosi ponad dwukrotnie wyższe koszty z tytułu picia i uzależnienia od alkoholu w porównaniu z dochodami ze sprzedaży wyrobów alkoholowych. Wobec takiej sytuacji należałoby inwestować we wszystkie metody o udowodnionej skuteczności, które wpływają na redukcję szkód spowodowanych piciem i uzależnieniem od alkoholu.

Średnie rejestrowane spożycie alkoholu przez osoby powyżej 15. rż. na świecie wynosiło w 2010 r. 6,2 litra na osobę, ale do tego należy jeszcze doliczyć ok. 25% spożycia nierejestrowanego, a konsumpcja alkoholu w Regionie Europejskim jest najwyższa w porównaniu z innymi regionami świata (Raport WHO, 2014). W krajach rozwiniętych, do których zalicza się również Polska, alkohol jest trze-

cim najważniejszym czynnikiem ryzyka dla zdrowia populacji (po paleniu tytoniu i nadciśnieniu tętniczym krwi), powodującym ponad 9% całkowitego obciążenia chorobami i urazami.

Jednocześnie 3,3 mln zgonów na świecie w każdym roku jest wynikiem nadużywania alkoholu i stanowi 5,9% wszystkich zgonów (Raport WHO, 2014). Szacuje się, że 15% zgonów mężczyzn oraz 6% zgonów kobiet w Polsce można przypisać schorzeniom powstałym w skutek konsumpcji alkoholu. W porównaniu ze średnim spożyciem alkoholu w Regionie Europejskim Polska znajduje się obecnie w grupie krajów o wysokim poziomie konsumpcji (9,4 litra 100% alkoholu na osobę w 2014 roku).

### Mity i fakty na temat rozwoju pijaństwa w Polsce

Patrząc z perspektywy historycznej na zjawisko nadmiernej konsumpcji alkoholu w Polsce i jego negatywne konsekwencje, warto odnieść się do powtarzanych często bezpodstawnie stwierdzeń o tradycyjnym pijaństwie w Polsce, już od czasów piastowskich. Wypowiadanie tego rodzaju opinii świadczy o braku rzetelnej wiedzy lub o złej woli osób rozpowszechniających takie informacje. W czasach piastowskich piło się rzeczywiście dużo piwa, ale w owych czasach piwo było traktowane jako składnik codziennego posiłku (tak jak dzisiaj kawa zbożowa czy herbata), a nie jako używka. Dopiero w XVI w. alkohol został uznany za napój „wyskokowy”, a problem pijaństwa pojawił się w Polsce na przełomie XVI i XVII w., kiedy to nasi przodkowie wpadli na „genialny” pomysł, żeby zamiast sprzedawać zboże do Europy przerabiać je w kraju na alkohol (okowite). W XVII w. wprowadzono ponadto przymus propinacyjny, tj. obowiązek kupowania we dworze określonej ilości piwa czy wódki, a także zwyczaj płacenia asygnatami do karczmy za wykonane przez chłopów świadczenia. Był to początek wyraźnego wzrostu spożycia alkoholu na ziemiach polskich, we wszystkich warstwach społecznych. W efekcie powszechne pijaństwo stało się jednym z czynników, które przyczyniły się do upadku Polski i do trzech rozbiorów w latach 1772–1795. W okresie rozbiorów, w XIX w., szczególnie dużo alkoholu („gorzałki”) wypijano w zaborze rosyjskim i w Galicji. W okresie tzw. „szafu gorzelnianego” szacowano, że spożycie alkoholu na terenie zaboru rosyjskiego wahało się od 9,6 do 38 litrów spirytusu na 1 mieszkańca rocznie. Wprawdzie fala pijaństwa osiągnęła swój szczyt w latach 40. XIX stulecia, to jednak organizowanie towarzystw wstrzeźliwości i bractw trzeźwości, będące reakcją obronną społeczeństwa polskiego na rozpijanie narodu przez zaborców, nastąpiło nieco wcześniej, tj. wkrótce po upadku Powstania Listopadowego w 1831 roku. Wysokie spożycie alkoholu tak bardzo zaniepokoiło zaborców, że obserwując pogarszający się stan rekruta z Królestwa, wydany został

w 1844 r. carski ukaz ograniczający liczbę gorzelni. Wprowadził on jednocześnie wysoką akcyzę na wódkę, koncesje na jej sprzedaż oraz ograniczenie czasu otwarcia karczm. W tym samym roku, carski namiestnik Królestwa Polskiego feldmarszałek Iwan Paskiewicz, zabronił zawiązywania nowych bractw trzeźwości obawiając się, że powszechnie wstępowanie do nich chłopów może stanowić zagrożenie dla zaborcy.

### Działalność bractw trzeźwości

Działalność bractw trzeźwości, a później odzyskanie niepodległości i polityka Polski okresu międzywojennego doprowadziły do bardzo wyraźnego spadku picia alkoholu. W 1913 r. wynosiło ono 3,7 litra, ale już w 1931 – 1,1 litra. W latach międzywojennych spożycie nie przekroczyło 1,8 litra 100% alkoholu na mieszkańca rocznie. Około 90% alkoholu pito w postaci wódki lub spirytusu. Najniższe spożycie odnotowano w 1933 roku (0,9 litra), a najwyższe w 1938 roku (1,5 litra).

Wprawdzie tuż po wojnie odnotowano spożycie w wysokości 1,5 litra (1946 r.), jednak bardzo szybko nastąpił jego gwałtowny wzrost (wg GUS wynosił on w 1950 r. – 2,8 litra, 1955 – 3,1 litra, 1960 – 3,8 litra, 1965 r. – 4,1 litra, 1975 r. – 6,9 litra, a w 1980 r. – 8,4 litra). W 1948 r. decyzją ówczesnych władz państwowych zostały rozwiązane organizacje trzeźwościowe, nad którymi władze nie miały pełnej kontroli. Powołano jedną, ściśle kontrolowaną przez władze, organizację pod nazwą Społeczny Komitet do Walki z Alkoholizmem, przemianowany wkrótce na Główny Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy (GSKP), który zmonopolizował wszelkie działania trzeźwościowe. Uznano też, że zgodnie z tym, co podobno mówił Włodzimierz Lenin, alkohol ma wkrótce zniknąć wraz z przyżytkami ustroju burżuazyjnego. Tymczasem spożycie alkoholu oraz problemy spowodowane alkoholem systematycznie narastały i na przełomie lat 70. i 80. XX w. można było nawet usłyszeć opinie, że zagraża to naszemu bytowi narodowemu. Dopiero rok 1980 wyzwolił po raz kolejny w naszej historii siły społeczne, które podjęły próbę powstrzymania tego procesu. Już podczas pierwszych strajków nie zezwalano na picie i wnoszenie alkoholu na teren strajkujących zakładów. Wkrótce, na fali ruchów społecznych, zaczęły masowo odradzać się apostolaty i bractwa trzeźwości. Nastąpił też spadek spożycia alkoholu. Jednak nie trwało to długo, bowiem już w połowie lat 90. XX w., po krótkotrwałym okresie spadku, wielkość spożycia alkoholu w Polsce zaczęła wyraźnie rosnąć i w ostatnich latach przekroczyła znacznie poziom z roku 1980 (tabela 1). Jednocześnie przez wiele lat utrzymywała się niekorzystna struktura spożycia alkoholu (tabela 2).

**Tabela 1.** Spożycie alkoholu na jednego mieszkańca (litry w przeliczeniu na 100% alkohol)

1913	1931	1933	1938	1946	1950	1955	1960
3,70	1,11	0,90	1,50	1,50	2,81	3,11	3,80
1965	1975	1980	1990	1995	2005	2010	2014
4,11	6,90	8,41	6,20	6,47	7,97	9,02	9,40

Na podstawie: Świącicki A.: *Alkohol, zagadnienia polityki społecznej*, SKP, Warszawa 1968; Falewicz J.K.: *Walka o trzeźwość narodu*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1982. [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)

**Tabela 2.** Struktura spożycia alkoholu (w %) w przeliczeniu na 100% alkohol

	1933–1937	1947	1965	1980	1990	2005	2014
Wyroby spiryt.	90,00	92,00	63,40	70,60	60,00	31,40	34,10
Wina i miody	b.d.	1,00	14,60	15,00	14,00	12,90	8,00
Piwo	10,00	7,00	22,00	14,40	26,00	55,70	57,90

W obliczeniach PARPA na podstawie danych GUS przyjęto, że litr piwa zawiera 5,5% alkoholu, a litr wina (miodu pitnego) 12% alkoholu.

### Struktura spożycia alkoholu – rola administracji i reklamy

Wśród przyczyn wzrostu spożycia alkoholu w Polsce wymienia się rosnącą dostępność ekonomiczną (np. w 2010 r. za średnią pensję można było kupić 1108 butelek piwa, a trzy lata później już 1263 butelki), nadmierną liczbę punktów sprzedaży alkoholu (jeden punkt przypada na 250–300 mieszkańców, chociaż zgodnie ze wskazówkami WHO jeden punkt sprzedaży alkoholu powinien przypadać na 1–1,5 tys. mieszkańców) oraz szeroką reklamę napojów alkoholowych (np. w roku 2013 w porównaniu z rokiem 2012 czas antenowy na reklamę piwa w stacjach komercyjnych wzrósł dwukrotnie a w publicznych trzykrotnie).

Spożycie alkoholu w Polsce nie rozkłada się równomiernie, bowiem ponad połowę alkoholu (53,9%) wypija 7,3% konsumentów (osoby pijące ryzykownie, szkodliwie oraz osoby uzależnione), a pozostałe 46,3% wypija reszta czyli 92,7% konsumentów. Dane PARPA z 2007 r. mówiły, że 9% konsumentów napojów alkoholowych spożywało 43% całego alkoholu wypijając powyżej 12 litrów czystego alkoholu etylowego na jedną osobę.

Z badań wynika, że Polacy przeznaczają ponad 53 mld złotych rocznie na 10 najpopularniejszych produktów spożywczych. Prawie 14,5 mld złotych wydali na piwo od grudnia 2013 r. do listopada 2014 r. Drugie miejsce zajęła wódka, której sprzedaż w 2014 r. osiągnęła 10,3 mld zł (The Nielsen Company, 2015). Z kolei w okresie od kwietnia 2014 do marca 2015 r. napoje alkoholowe zajmowały w naszym kraju, pod względem sprzedaży, pierwsze miejsce wśród produktów spożywczych i napojów, przed papierosami, napojami niealkoholowymi, sokami, margażyną, kawą i wodą mineralną ([www.ambra.com.pl](http://www.ambra.com.pl)).

## Rodzaje problemów alkoholowych

Ocenia się, że 23 miliony Europejczyków jest uzależnionych od alkoholu (Anderson, Baumberg, 2006), a od 5 do 9 mln dzieci wychowuje się w rodzinach dotkniętych negatywnymi skutkami picia alkoholu (Rezolucja PE, 2015). Dane Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych mówią, że alkohol spożywa ponad 80% dorosłych Polaków, a postawy abstynenckie są częstsze wśród kobiet (25,5%) niż wśród mężczyzn (10,9%). Ponad 11% dorosłych Polaków pije alkohol w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Jednocześnie wiadomo, że problemy zdrowotne związane z alkoholem występują 3–4 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, u natomiast kobiet – w nieco późniejszym wieku. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacuje liczbę osób uzależnionych od alkoholu w Polsce na ok. 800 tys. (2% populacji). Grupa ludzi pijących szkodliwie, a więc potencjalnie narażonych na rozwój uzależnienia, liczy aktualnie 2–2,5 mln. osób, tj. ok. 5–7% populacji. Problem nadmiernego spożywania alkoholu dotyczy zatem ok. 9% populacji mieszkańców Polski i prowadzi do co najmniej 10 tys. zgonów rocznie.

Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu są w Polsce najczęstszą przyczyną leczenia psychiatrycznego. Z badań wynika, że osoby uzależnione od alkoholu są dwu- i trzykrotnie bardziej podatne na depresję (Andersen i Baumberg, 2006). Raport z pierwszych w Polsce badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej” (EZOP – Polska 2012), które zostały przeprowadzone na liczącej ponad 10 tys. respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata wykazał, że:

**Tabela 3.** Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe)

		Polska ~ 38 mln	Miasto 100 tys.	Miejscowość 25 tys.	Gmina 10 tys.
Pijący szkodliwie	5–7%	2–2,5 mln	5–7 tys. osób	1500 osób	500–700 osób
Uzależnieni	~ 2%	800 tys.	~ 2 tys. osób	~ 500 osób	~ 200 osób
Otoczenie osoby uzależnionej	~ 4%	1,5 mln	~ 4 tys. osób	~ 1000 osób	~ 400 osób
Dzieci z rodzin „alkoholowych”	~ 4%	1,5 mln	~ 4 tys. osób	~ 1000 osób	~ 400 osób
Ofiary przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 dorosłych i dzieci	~ 2 mln dorosłych i dzieci	~ 5300 dorosłych i dzieci	~ 1330 dorosłych i dzieci	~ 530 dorosłych i dzieci

Źródło: [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=155&Itemid=16](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16), data pobrania 10 stycznia 2013 r.



- Liczbę osób nadużywających alkoholu należy szacować na ponad 3 miliony, a wśród nich ponad 600 tys. to osoby z zespołem uzależnienia.
- W grupie nadużywających zdecydowanie dominują mężczyźni, wśród których zidentyfikowano 20,5% nadużywających alkoholu i 4,4% uzależnionych. Wśród kobiet proporcja nadużywających jest znacznie mniejsza i wynosi 3,4%.
- Jedna czwarta populacji polskiej w wieku 18–64 lat sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu. Wśród mężczyzn odsetek ten wynosi 38%, a wśród kobiet ponad 10%.
- 11,9% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym nadużywa alkoholu, w tym 2,4 % osób spełnia kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu.

### **Diagnostyka, patofizjologia i leczenie uzależnienia od alkoholu**

W 1951 roku Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że alkoholizm jest problemem medycznym. Dzisiaj nie ulega już wątpliwości, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą, ponieważ narusza stan równowagi między zdrowiem a patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią (polietiologia), a wśród przyczyn zmian patologicznych obecny jest czynnik fizyczny, bowiem alkohol oddziałuje na OUN, głównie na mózg, który z kolei reaguje na wszelkie zmiany w składzie chemicznym krwi (aspekt patofizjologiczny), jest anatomicznym podłożem życia psychicznego (aspekt psychologiczny), umożliwia kontakt z innymi ludźmi i podlega wpływowi społecznemu (aspekt socjologiczny).

### **Problemy diagnostyczne**

Do roku 1940 istniało ok. 40 różnych sposobów diagnozowania problemów spowodowanych piciem alkoholu (Schuckit, 1994). Dopiero badacz, fizjolog i biolog węgierskiego pochodzenia Elvin Morton Jellinek, w oparciu o własne badania przeprowadzone na Uniwersytecie Yale, napisał w 1942 r. w książce pt. *Zależność alkoholowa i przewlekły alkoholizm (Alcohol addiction and chronic alcoholism)*, że *alkoholizm przewlekły to każde używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkodę dla osoby pijącej, społeczeństwa lub obojga*. Zwrócił on także uwagę na fakt, że alkoholizm powstaje na skutek nałożenia się na siebie trzech czynników, tj. podatności biologicznej oraz warunków psychologicznych i społecznych. Wydzielił w alkoholizmie 4 fazy choroby, a sam alkoholizm podzielił na 5 postaci, oznaczając je kolejnymi literami alfabetu greckiego (Jellinek, 1960). Innym bardzo ważnym wydarzeniem była propozycja Edwardsa i Grossa 7 kryteriów „zespołu

uzależnienia od alkoholu” („zespołu zależności alkoholowej”). W ich opinii najważniejszymi elementami uzależnienia są:

1. Zawężenie repertuaru zachowań związanych z pićm.
2. Zachowania ukierunkowane na zdobywanie alkoholu.
3. Zmiana tolerancji alkoholu.
4. Zespół abstynencyjny.
5. Picie w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych.
6. Świadomość przymusu picia.
7. Powroty do picia po okresach abstynencji (Edwards i Gross, 1976).

W roku 1978 termin ten wprowadzono do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD-9) w miejsce stosowanych dotychczas określeń, takich jak alkoholizm nałogowy czy alkoholizm przewlekły.

Aktualnie w diagnozowaniu uzależnienia od alkoholu opieramy się na kryteriach, które zostały zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia w ICD-10 w roku 1992, a w Polsce obowiązują od roku 1997. Według ICD-10 zespołem zależności określa się kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio większą wartość dla danej osoby. Uzależnienie można rozpoznać wówczas, kiedy stwierdzi się wystąpienie przynajmniej trzech z wymienionych niżej objawów, w okresie przynajmniej miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc:

1. Silne pragnienie („głód”) lub poczucie przymusu picia alkoholu.
2. Subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z pićm alkoholu, tj. trudności w:
  - powstrzymaniu się od picia,
  - kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu,
  - kontrolowaniu długości picia („ciągu”).
3. Obecność fizjologicznych objawów zespołu odstawienia (abstynencyjnego) występujących po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu albo picie alkoholu ze świadomością, że objawy odstawienia ulegną złagodzeniu.
4. Wzrost tolerancji na alkohol.
5. Postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz zdobywania alkoholu, picia oraz odwracania następstw picia alkoholu.

6. Picie alkoholu pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z piciem alkoholu.

Opracowywana obecnie wersja (ICD-11), której publikacja planowana jest na rok 2018, nie przewiduje, na dzień dzisiejszy, istotnych zmian w kategorii „Psychiczne i behawioralne zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych”. Natomiast najnowsza klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM 5, która opublikowana została w maju 2013 r., zrezygnowała z określeń „nadużywanie alkoholu” (*Alcohol Abuse*) oraz „uzależnienie od alkoholu” (*Alcohol Dependence*) i wyróżnia zaburzenia związane z piciem alkoholu (*Alcohol Use Disorders*). Definiuje je jako nieprawidłowy wzorzec picia alkoholu prowadzący do wystąpienia istotnych klinicznie objawów fizycznych lub psychicznych o nasileniu łagodnym (1–2 objawy), umiarkowanym (4–5 objawów) lub ciężkim ( $\geq 6$  objawów) spośród niżej wymienionych, występujących łącznie lub w okresie ostatnich 12 miesięcy i wymienia następujące objawy tego zaburzenia:

1. Tolerancja alkoholu.
2. Zespół abstynencyjny.
3. Picie większych ilości alkoholu lub picie dłużej niż było planowane.
4. Uporczywe pragnienie picia lub niepowodzenia w ograniczaniu lub kontrolowaniu picia alkoholu.
5. Poświęcanie znacznej ilości czasu na aktywności związane z piciem alkoholu.
6. Zaniechanie aktywności społecznych z powodu picia alkoholu.
7. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo pojawienia się lub zaostrzenia konsekwencji fizycznych lub psychicznych picia.
8. Picie alkoholu powodujące niewywiązywanie się z podstawowych ról życiowych.
9. Picie alkoholu w sytuacjach związanych z zagrożeniem fizycznym.
10. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo narastania spowodowanych piciem problemów w relacjach interpersonalnych.

Nie znamy jednoznacznej odpowiedzi na pytania dotyczące przyczyn uzależnienia, bowiem mechanizmy jego powstawania nie zostały jeszcze wystarczająco dobrze poznane. Przy aktualnym stanie wiedzy przyjmuje się, że mamy tu do czynienia z czynnikami społecznymi (środowiskowymi), psychologicznymi oraz duchowymi, nakładającymi się na podłoże biologiczne. W miarę poznawania mechanizmów neurobiologicznych wpływających na nasze zachowania, co-

raz większa rola w powstawaniu uzależnień przypisywana jest nieprawidłowemu funkcjonowaniu układu nagrody w mózgu, w którym istotną rolę, obok endogennych opiatów, odgrywa dopamina. Układ ten u jednych osób „domaga się” dodatkowej stymulacji po to, aby podtrzymywać bądź powtórzyć przyjemne doznania („łowcy nagród”), u innych zaś dąży do uwolnienia od psychicznego dyskomfortu („poszukiwacze ulgi”). Szczególnie podatne na uzależnienia są osoby, u których występują deficyty niektórych umiejętności (zdolności), umożliwiających pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym można skutecznie radzić sobie z wymaganiami i wyzwaniem codziennego życia. Substancja lub określone zachowanie pomaga tym osobom owe deficyty przejściowo niwelować. Działaniom tym towarzyszą często poważne trudności w oparciu się impulsom popychającym w kierunku np. picia alkoholu.

Nasilenie wpływu poszczególnych czynników jest trudne do określenia, bowiem u jednych osób kluczową rolę będą odgrywały czynniki biologiczne (neurobiologiczne), a u innych psychologiczne, duchowe czy społeczne. Jest natomiast rzeczą niekwestionowaną, że na rozległość uszkodzeń układów i narządów oraz na szybkość powstawania uzależnienia istotny wpływ wywiera stopień dojrzałości organizmu, a w przypadku uzależnienia – szczególnie dojrzałość ośrodkowego układu nerwowego (głównie mózgu). Z badań wynika, że znaczącą rolę odgrywa wiek, w którym rozpoczęło się intensywne picie alkoholu.

Uzależnienie od alkoholu wymaga niewątpliwie prawidłowego zdiagnozowania oraz profesjonalnego leczenia. Szacuje się jednak, że znakomita większość, bo aż 81% osób uzależnionych nie jest zdiagnozowanych, natomiast z 19% osób zdiagnozowanych 68% nie podejmuje leczenia. Z tego wynika, że mniej niż 10% populacji osób uzależnionych podejmuje leczenie, jednak tylko część z nich osiąga cel terapii, jakim jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. W związku z powyższym coraz częściej mówi się o programach ograniczania picia przez osoby uzależnione od alkoholu, które z różnych powodów nie utrzymują się w programach psychoterapeutycznych nastawionych na całkowitą abstynencję i o farmakologicznej redukcji szkód w przypadkach niektórych osób z problemami alkoholowymi.

Pomocny w identyfikowaniu osób z problemem alkoholowym jest czteropytaniowy test przesiewowy CAGE\* (Bush i wsp., 1989). Jest on bardzo wygodny, bowiem jego wypełnienie zajmuje tylko około 1 minuty, jednak jego czułość jest zbyt mała do jednoznacznego postawienia diagnozy uzależnienia. Dla celów diagnostycznych powinien on być uzupełniany badaniem fizykalnym oraz pyta-

\* Nazwa tego testu to akronim ułożony ze słów: *Cut down* (C) – ograniczyć, zredukować; *Annoyed* (A) – rozdrażniony; *felt Guilty* (G) – czuć się winnym; *Eye opener* (E) – „otwieracz oczu” oznacza picie alkoholu po przebudzeniu się.

niami dotyczącymi m.in. ilości wypijanego alkoholu, trudności w kontrolowaniu ilości i częstotliwości picia alkoholu, zjawiska tolerancji oraz ewentualnego występowania objawów abstynencyjnych po odstawieniu alkoholu. Pozytywna odpowiedź na co najmniej dwa pytania koreluje w najwyższym stopniu z kompleksową diagnozą uzależnienia od alkoholu. Pytania testu CAGE brzmią:

1. Czy zdarzały się w Pani/Pana życiu takie okresy, kiedy odczuwała Pani/Pan konieczność ograniczenia swojego picia?
2. Czy zdarzało się, że różne osoby z Pani/Pana otoczenia denerwowały Panią/Pana uwagami na temat Pani/Pana picia?
3. Czy zdarzało się, że odczuwał/ Pan/Pani wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia?
4. Czy zdarzało się Pani/Panu, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia lub „postawienia siebie na nogi”?

Bardzo przydatny w diagnozowaniu jest również test AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*), który ocenia picie alkoholu i związane z tym problemy w okresie ostatnich 12 miesięcy. Test został zaprojektowany do wykrywania wczesnych stadiów problemów alkoholowych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie wyników wielokulturowego badania przeprowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (Babor i wsp., 1989; Przewodnik PARPA, 1994). Przedstawione wyżej narzędzia są niestety zbyt rzadko wykorzystywane przez lekarzy.

Uwagę lekarza powinny zwrócić nieprawidłowe wyniki niektórych badań, np. transaminaz, diastazy, GGTP czy USG jamy brzusznej (wątroba) oraz brak wyraźnych efektów w leczeniu niektórych chorób, np. nadciśnienia tętniczego.

### Współczesne metody leczenia uzależnienia od alkoholu

Na przestrzeni lat poszukiwano różnych sposobów i metod leczenia osób uzależnionych od alkoholu. W czasach najnowszych proponowana pacjentowi metoda leczenia odpowiadała wyznawanej przez terapeutę teorii. Wyznawcy podejścia biomedycznego poszukują nadal skutecznego leku na alkoholizm i na inne uzależnienia. Psychoanalitycy traktują uzależnienie tak samo, jak zaburzenia nerwicowe, dopatrując się przyczyn we wczesnodziecięcych relacjach z rodzicami, a w trakcie terapii usiłują usunąć defekt „Ja”. Zwolennicy teorii uczenia, wychodząc z założenia, że człowiek sięga po alkohol w sytuacjach stresowych, a następnie do takiej reakcji przyzwyczajają się, uczyli sposobów unikania określonych zdarzeń-bodźców oraz innych możliwości radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Zwolennicy

psychologii motywacyjnej pracowali z kolei nad uruchomieniem motywacji, która powinna, ich zdaniem, zmobilizować własne mechanizmy obronne pacjenta. Zwolennicy Programu Dwunastu Kroków starali się przekonać do realizowania tego Programu w ramach wspólnoty AA.

W 1989 r. wdrożono 5-letni, wielośrodkowy projekt badawczy MATCH, którym objęto 1726 pacjentów. Celem projektu było ustalenie, w jaki sposób różne podgrupy osób pijących problemowo i uzależnionych od alkoholu reagują na trzy metody leczenia: terapię przygotowującą do Programu Dwunastu Kroków (*Twelve Step Facilitation*), terapię uczącą umiejętności praktycznych czyli behawioralno-poznawczą (*Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy*) i terapię zwiększającą motywację (*Motivational Enhancement Therapy*). Każda z tych metod stosowano przez 12 tygodni. Okazało się, że u pacjentów uczestniczących we wszystkich trzech formach leczenia w ramach programu MATCH stwierdzono podobną poprawę, żadna z badanych metod terapii nie uzyskała wyraźnej przewagi nad inną, a dopasowywanie sposobu leczenia do pacjentów niewiele daje (Kadden, 1996).

Ponieważ żadna ze szkół psychoterapeutycznych nie wypracowała własnej, skutecznej metody leczenia uzależnień nasuwa się prosty wniosek, że do leczenia osób uzależnionych należy podchodzić eklektycznie. Spotykamy różne podejścia do leczenia:

- Psychoterapeutyczne (wykorzystujące różne nurty psychoterapii) – dąży do wystąpienia zmiany osobistej polegającej na zmianie przekonań, przyzwyczajzeń, zachowań, postaw, relacji z innymi ludźmi, a także sposobów przeżywania, odczuwania, reagowania, myślenia itp., umożliwiając tym samym funkcjonowanie bez alkoholu.
- Biomedyczne – oparte głównie na stosowaniu środków farmakologicznych, które mają wpływać na hamowanie tzw. przymusu picia alkoholu etylowego, zmniejszanie nasilenia „głodu” alkoholowego, osłabianie „nagradzającego” działania alkoholu, redukcję głodu alkoholowego, ograniczenie dziennego spożycia alkoholu i zmniejszenie liczby dni intensywnego picia, ograniczenie głodu wywołanego spożyciem pierwszej porcji alkoholu i zmniejszenie spożycia alkoholu w czasie epizodu picia oraz „uczulanie”, które powoduje zatrucie organizmu produktem przemiany alkoholu, tak jak w przypadku disulfiramu. Do leków pierwszego rzutu stosowanych w tym celu należą akamprozat, naltrekson i nalmefen. Lekiem drugiego rzutu jest disulfiram w postaci doustnej.
- Kompleksowe (oddziaływania psychoterapeutyczne i wsparcie farmakologiczne).

- Zdrowienie poprzez wspólnoty samopomocowe, tj. zdrowienie poprzez realizację Programu Dwunastu Kroków AA, które jest bardzo zbliżone do dynamiki procesu psychoterapii, bo podobnie jak ona umożliwia usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia oraz w relacjach z innymi ludźmi.

Stosowanie, u osób uzależnionych od alkoholu, środków farmakologicznych (akamprozat, naltrekson, nalmefen, disulfiram) jest przedmiotem dyskusji i sporów pomiędzy teoretykami leczenia uzależnień, w tym lekarzami o biologicznym podejściu do ich leczenia, a lekarzami i psychologami preferującymi podejście psychoterapeutyczne. Badania wykazały, że stosowanie tych środków może pomóc jedynie wówczas, kiedy jest skojarzone z oddziaływaniami socjo- i psychoterapeutycznymi ułatwiającymi dokonywanie zmiany osobistej i nabywanie umiejętności radzenia sobie z problemami życiowymi bez wspierania się substancjami psychoaktywnymi. Nie można też wykluczyć, że w niektórych przypadkach sam fakt regularnego przyjmowania jakiegokolwiek substancji chemicznej, zarówno czynnej farmakologicznie, jak i placebo, wpływa dyscyplinująco na osobę uzależnioną i może powstrzymać ją, na jakiś czas, od picia.

W uznanych, międzynarodowych i krajowych standardach leczenia, dominuje preferowanie całkowitej i długotrwałej abstynencji od alkoholu jako podstawowego celu leczenia. We wszystkich praktycznie krajach celem terapeutycznym najbardziej pożądanym pozostaje abstynencja, jednak w przypadku niepowodzenia tej strategii dopuszcza się strategię *harm reduction* (w tym ograniczania picia), często jako tzw. cel przejściowy, umożliwiający nawiązanie i podtrzymywanie kontaktu terapeutycznego, rozpoczęcie terapii, a z czasem stopniową zmianę jej celu. Dopuszcza się więc, u pacjentów, którzy nie chcą, nie potrafią lub nie mogą tego celu osiągnąć, wyznaczenie celu, jakim jest ograniczenie spożycia alkoholu. Stąd pojawiły się, wspomniane już wcześniej propozycje wdrożenia w polskich placówkach leczenia odwykowego, obok programów terapeutycznych nastawionych na całkowitą abstynencję, programów ograniczania picia alkoholu, należących do nurtu programów redukcji szkód. Program ograniczania picia, to oddziaływanie indywidualne i (lub) grupowe, nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu, tj. ilości, częstości, kontekstu, czasu i miejsca (definicja za Klingemann, 2005).

Badania porównujące efektywność terapii nastawionej na abstynencję i na ograniczenie spożycia alkoholu wykazały, że pacjenci wybierający jako cel terapii całkowitą abstynencję istotnie częściej osiągnęli sukces terapeutyczny niż osoby

deklarujące jedynie chęć ograniczenia ilości spożywanego alkoholu. Jako sukces terapeutyczny definiowano zarówno osiągnięcie abstynencji, jak i picie alkoholu w sposób nie przynoszący szkód (Adamson i wsp., 2010). W innych badaniach stwierdzono, że osoby wybierające abstynencję charakteryzował cięższy przebieg uzależnienia i były bardziej zmotywowane do leczenia. Jednocześnie stwierdzono, że 23% osób, które jako cel postawiły sobie ograniczenie picia, już po 4 sesjach zmieniło cel terapii na całkowitą abstynencję (Hodgins i wsp., 1997). Wśród korzyści wynikających z programów ograniczania picia wymienia się np. to, że zaoferowanie pacjentowi więcej niż jednej możliwości terapeutycznej daje mu poczucie wpływu na przebieg terapii i tym samym zwiększa szanse na utrzymanie się w procesie terapeutycznym (Ambrogne, 2002), a możliwość podejmowania prób ograniczenia picia podczas terapii może być na tyle atrakcyjna, że zachęci wiele uzależnionych osób do podjęcia leczenia, zaś w przypadku niepowodzenia tych prób – do podjęcia decyzji o utrzymywaniu całkowitej abstynencji.

W ograniczeniu lub zaprzestaniu picia stosuje się także metodę tzw. krótkiej interwencji. Analiza 32 badań nad krótką interwencją wykazała, że średnia pozytywna zmiana w grupach poddanych interwencji wynosiła około 27% (Bien i wsp., 1993).

Lecznictwo uzależnień w Polsce, w porównaniu z lecnictwem w innych krajach europejskich, reprezentuje bardzo dobry poziom. Profesjonalnie przygotowane programy zdrowienia są planowane na okres wielu miesięcy i lat. Początek ich stanowią często paro- lub kilkutygodniowe, intensywne i ustrukturalizowane oddziaływania psychoterapeutyczne prowadzone w warunkach stacjonarnych bądź dziennych. Powszechne są programy ambulatoryjne dla osób uzależnionych od alkoholu obejmujące 8–10 godzin zajęć tygodniowo oraz równoległe programy psychoterapeutyczne dla osób współuzależnionych. Leczenie stacjonarne osób uzależnionych, w odróżnieniu od leczenia szpitalnego innych schorzeń, nie jest przeznaczone wyłącznie dla szczególnie ciężkich bądź „beznadziejnych” przypadków. Warunki stacjonarne umożliwiają bowiem zwiększenie intensywności zajęć, a poprzez to osiągnięcie w znacznie krótszym czasie tego, co dają wielomiesięczne programy ambulatoryjne. Następnym etapem jest kontynuacja terapii w warunkach ambulatoryjnych.

Nie zawsze docenianym, ale, jak wynika z mojego wieloletniego doświadczenia, bardzo korzystnym wsparciem dla osób uzależnionych od alkoholu, a także dla systemu leczenia uzależnień (odwykowego), jest Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA). Program dwunastu kroków Anonimowych Alkoholików, podobnie jak profesjonalna psychoterapia, umożliwia usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia



i w zachowaniu. Według Ernesta Kurtza fundamentem, na którym opiera się AA, jest *wzajemna uczciwość w otwartym przyznawaniu się do wspólnej słabości* (Kurtz, 1991). Zdaniem wybitnego amerykańskiego pisarza i publicysty Kurta Vonneguta program ten jest największym darem wieku XX dla wieku XXI. Na uwagę zasługuje też fakt, że Program Dwunastu Kroków, po dokonaniu drobnych adaptacji, znalazł szerokie zastosowanie w wielu innych grupach samopomocowych, których jest około 200. Spotykamy m.in. grupy Anonimowych Hazardzistów, Anonimowych Nikotynistów, Anonimowych Depresyjnych, Anonimowych Pracoholików, a także anonimowych chorych na cukrzycę (*Diabetics Anonymous*) czy anonimowych chorych na raka (*Cancer Anonymous*) (Woronowicz, 2009).

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Lekarze, szczególnie specjaliści medycyny rodzinnej, ratunkowej, internści, neurologi i chirurdzy, częściej niż mogłoby się wydawać, napotykają w swej pracy na problemy zdrowotne będące konsekwencjami nieumiarkowanego picia alkoholu. Niestety, zarówno szkolenia przed-, jak i podyplomowe, nie przygotowują ich odpowiednio do diagnozowania tych problemów oraz nie uczą, w jaki sposób rozmawiać o tych problemach i jak przekonywać pacjentów do konieczności skorzystania ze specjalistycznej pomocy w placówkach terapii uzależnień.

Istnieje więc pilna potrzeba uwzględnienia w programach szkoleń przed- i podyplomowych lekarzy znacznie szerszej wiedzy na temat alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, prawidłowego diagnozowania uzależnień i stanów je poprzedzających oraz postępowania z osobami, u których podejrzewa się związane z nimi problemy. Należałoby też rozważyć kwestię przybliżenia problematyki coraz częściej spotykanych uzależnień (nałogów) behawioralnych (od zachowań, od czynności).

## PIŚMIENNICTWO

- Adamson S.J., Heather N., Morton V., Raistrick D.: *Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: II. Treatment Outcomes, Alcohol & Alcoholism*, 2010, 45: 136–142.
- Ambrogne J.A.: *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2002, 22: 45–53.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Publishing, Arlington 2013.
- Anderson P., Baumberg B.: *Alcohol in Europe*. Institute of Alcohol Studies, Londyn 2006. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Parpamedia, Warszawa 2007.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. Grant: *AUDIT. The Alcohol Use Disorders*

- Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care.* WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.
- Barker L.R., Whitfield C.L.: *Alcoholism. W: L.R. Barker, J.R. Burton, P.D. Zieve (red.), Principles of Ambulatory Medicine.* Williams & Wilkins, Baltimore 1991, 204–231.
- Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S.: *Brief interventions for alcohol problems: a review.* *Addiction*, 1993, 88: 315–336.
- Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J.: *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce.* Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013.
- Bush B., Shaw S., Cleary P., Delbanco T.L., Aronson M.D.: *Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire.* *American Journal of Medicine*, 1989, 321: 442–454.
- Edwards G., Gross M.M.: *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome.* *BMJ*, 1976, 6017: 1058–1061.
- Fleming M.F., Barry K.L., Manwell L.B., Johnson K., London R.: *Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized trial in community-based primary care practices.* *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277: 1039–1045.
- Fleming M.F., Manwell L.B., Barry K.L., Johnson K.: *At-risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and health policy implications.* *American Journal of Public Health*, 1998, 88: 90–93.
- Global status report on alcohol and health 2014.* WHO, Geneva 2014.
- Hodgins D.C., Leigh G., Milne R., Gerrish R.: *Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics,* *Addict Behav.*, Mar–Apr, 22: 247–255.
- Jellinek E.M.: *The disease concept of alcoholism.* Hillhouse Press, New Brunswick 1997.
- Kadden R.M.: *Project MATCH: Treatment Main Effects and Matching Results, Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* November 1996, 20, Issue Supplement s8: 196a–197a.
- Kinney J., Leaton G.: *Zrozumieć alkohol.* PARPA, Warszawa 1996.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
- Klingemann H., Rosenberg H., Schweizer B., Schatzmann S.: *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung.* Hochschule für Sozialarbeit, Bern 2005, Bericht F03-90: 22.
- Kurtz E.: *Not-God: A History of Alcoholics Anonymous, Expanded Edition.* MN, Hazelden Educational Materials, Center City 1991.
- Lewis D.C., Gordon A.J.: *Alcoholism and the general hospital: The Roger Williams Intervention Program.* *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1984, 58: 181–197.
- Jakubczyk A., Wojnar M.: *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnień od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń.* *Psychiatr. Pol.*, 2012, 46, 3: 373–386.

- Mason B.J.: *Acamprosate, alcoholism, and abstinence*. J. Clin. Psychiatry, 2015, 76: 224–225
- Mayfield D., McLeod G., Hall P.: *The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument*. A.J. Psychiatry, 1974, 131, 10: 1121–1123.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B. (red.): *Wyniki badania EZOP. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie strategii dotyczącej alkoholu* (2015/254 RSP).
- Schuckit M.A.: *DSM-IV: Was it worth all the fuss?* Alcohol and Alcoholism, 1994, (Suppl. 2): 459–469.
- Sprawozdanie z wykonania ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 2013 roku, PARPA*.
- Test rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organisation, Geneva 1992.
- Woronowicz B.T.: *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina i Parpamedia, Poznań–Warszawa 2009.
- AMBRA S.A., Nielsen: *Retail Management Service, Total Poland, sales revenue April 2014 – March 2015*. [http://www.ambra.com.pl/assets/RI/Prezentacje/AMBRA\\_6.2015.pdf](http://www.ambra.com.pl/assets/RI/Prezentacje/AMBRA_6.2015.pdf)
- Alcohol. Fact sheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> updated January 2015.

## DYSKUSJA

### Prowadzący dyskusję – profesor Marcin Wojnar

Profesor Andrzej Danysz

Po pierwsze, jak w tej chwili określa się procent ludzi pijących alkohol – czy w stosunku do wszystkich, czy w stosunku do dorosłych. Na przykład kobiety w ciąży nie zażywają, dzieci nie zażywają. Panie Profesorze, wspomniał Pan w pewnym momencie o czerwonym winie. Otóż w latach 70. byłem na konferencji w Budapeszcie i proszę jeden z referatów był zatytułowany *Korzystne działanie czerwonego wina*. Muszę powiedzieć, że nie umiałbym w tej chwili wyjaśnić, czym jest spowodowane to działanie, ale taki referat był. To były lata 70. Po drugie, nie wspomniał Pan o środkach ułatwiających odwyk od alkoholu. Ja wcale nie kwestionuję, tylko że z tego wynika, iż może te środki nie zdały egzaminu i przez to się ich nie stosuje.

Doktor Bohdan Woronowicz

Przypomnę może, że o tych środkach mówiłem, wspominałem o antikolu, wspominałem też o akamprozacie czy naltreksonie, które bywają stosowane w celu wydłużania okresów abstynencji czy po to, żeby działanie alkoholu nie dawało takiego efektu, jakiego spodziewa się ten, który go pije. Antikol jest stosowany obecnie bardzo rzadko i też bardzo rzadko stosowane są inne, znacznie nowsze środki farmakologiczne, o których wspominałem.

Mówiłem, że w Polsce jest około 20% abstynentów. Czyli 80% Polaków używa alkoholu, tylko oczywiście w różnych ilościach i w różnej formie. Ja nie interesowałem się szczegółowymi danymi statystycznymi, ponieważ zajmuję się bardziej leczeniem niż profilaktyką. Dlatego znam statystyki głównie w zakresie podstawowym.

Profesor Andrzej Danysz

Czy Pan Profesor zgadza się z tym stwierdzeniem?

Doktor Bohdan Woronowicz

Z czerwonym winem? Przed laty byłem na takiej konferencji, którą organizował Pan Profesor Torbicki, i tam też wspomniano o pozytywnych efektach picia czerwonego wina. Powiedziałem, że dzięki takiemu podejściu nie zabraknie mi pacjentów. Byłem też na innej konferencji, gdzie lekarze, i to utytułowani, mówili o tym, jak piwo wpływa korzystnie na pracę nerek. Tam także powiedziałem, że dzięki upowszechnianiu takich informacji będę miał zawsze pracę jako specjalista terapii uzależnień. Dla wielu osób wypijanie niewielkich ilości czerwonego wina rzeczywiście może mieć wartość ochronną, natomiast część z tych, którzy będą pili wino, bo ma im pomóc „na serce” – uzależni się. Miałem takiego pacjenta, nota bene profesora, który twierdził, iż lekarz powiedział mu, że jeśli będzie pił czerwone wino to będzie miał mniej problemów z sercem. Do mnie przyszedł, bo wypijał 2 butelki czerwonego wina dziennie i tym zaniepokoiła się jego rodzina. Zaczynał od jednej lampki wina, ale wiadomo, że tolerancja rośnie, więc dość szybko doszedł do dwóch butelek. Moje argumenty do niego nie docierały. Poddałem się, kiedy wszelkie moje uwagi zbywał, zasłaniając się opinią kardiologa. Podpadłem mu, kiedy po dodatkowych pytaniach stwierdziłem, że jest osobą uzależnioną, która w ten sposób racjonalizuje swoje picie. Myślę, że część z tych osób, którym lekarze proponują koniak „na serce”, wino „na serce” czy piwo „na nerki” ma ogromne szanse na to, żeby się uzależnić. Nie jest dobrze, kiedy argumenty pacjenta, często już uzależnionego, pochodzą od doktora i pomagają w usprawiedliwianiu nieumiarkowanego picia alkoholu.

Profesor Andrzej Danysz

To Pan słyszał o tym. Niektórzy uważają czerwone wino za jedyny lek.

Doktor Bohdan Woronowicz

Ja nie miałbym nic przeciwko temu, żeby od czasu do czasu wypić sobie piwo czy trochę wina, czy nawet zapalić jointa. Jeden warunek: jeżeli robi to osoba dorosła, dojrzała i zdrowa. Natomiast to, co tutaj słyszeliśmy o marihuanie u osób młodych jest prawdą: ona jest furtką do innych uzależnień. Młody człowiek uczy się regulować swoje stany emocjonalne w sposób nienaturalny, przy pomocy chemii. Gdyby palenie, od czasu do czasu, miało wyłącznie walor rekreacyjny i nie groziło uzależnieniem to ja nie miałbym nic przeciwko temu. Zalecałbym jedynie ostrożność.

Może tylko jeszcze jedną sprawę poruszę: szkolenia. Proszę Państwa, ja myślę, że są takie specjalności, gdzie należałoby koniecznie posiadać szeroką, fachową wiedzę na temat uzależnień. Tak jak w czasie studiów medycznych przyszły lekarz powinien wiedzieć, że gdzieś dzwonią, to ktoś, kto jest specjalistą medycyny rodzinnej, lekarzem domowym, internistą czy neurologiem, powinien wiedzieć, gdzie konkretnie dzwonią, jaką melodię i gdzie jej najlepiej słuchać. Przecież właśnie do nich trafiają najczęściej pacjenci z problemami spowodowanymi używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. W różnych badaniach mówi się, że 10–20 a nawet 50% osób zgłaszających się z różnego rodzaju dolegliwościami do lekarzy to osoby, u których u podłoża schorzeń leży alkohol lub jakaś inna substancja psychoaktywna. Kiedyś w ramach CMKP doktor Putz, pewnie Państwo znają kolegę, prowadził kursy w ramach specjalizacji z organizacji ochrony zdrowia i poprosił mnie, żebym przez jeden dzień szkolił na temat uzależnienia od alkoholu. Zgodziłem się bez wahania. Dzień podzieliłem na dwie części. Pierwszą część miałem ja, a na drugą część dnia zapraszałem zdrowiejącego alkoholika. Ja mówiłem o tym problemie z punktu widzenia specjalisty, a później alkoholik mówił, jak on ze swojego punktu widzenia ten problem postrzega. Muszę Państwu powiedzieć, że po latach nie raz spotykałem, byłych „kursantów”, późniejszych dyrektorów i inne osoby, które zajmowały kierownicze stanowiska w służbie zdrowia. Wspominali nasze spotkanie i to, że właśnie wtedy dowiedzieli się bardzo dużo o alkoholu i związanych z nim problemach. Zaczęli inaczej patrzeć na alkoholika i jego problemy, na jego chorobę i leczenie, na Wspólnotę Anonimowych Alkoholików. A mnie najbardziej zależało na tym żeby przyszli decydenci lepiej zrozumieli problem, żeby ułatwiali działania tym, którzy chcą coś dobrego zrobić dla tych ludzi i ich bliskich, żeby nie blokowali. Myślę, że tak się to powinno robić. Jeśli jednocześnie do szkoleń podyplomowych, szczegól-

nie w wymienionych wcześniej przeze mnie specjalnościach, włączono by więcej wiedzy na temat uzależnień od alkoholu i od innych substancji psychoaktywnych, to na pewno byłby to bardzo dobry krok. Niestety lekarze bardzo niechętnie poszerzają swoją wiedzę na temat uzależnień. Przez jakiś czas, w ramach szkoleń prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską, prowadziłem kurs na temat „Jak pomóc osobie uzależnionej, w tym koledze”. Po pewnym czasie zrezygnowaliśmy z tego kursu, bo zamiast lekarzy rodzinnych, internistów czy neurologów zgłaszały się głównie stomatolodzy, czasami w liczbie tylko 4 lub 5 osób.

Na koniec jeszcze tylko przypomnę, dlaczego ta wiedza jest tak bardzo ważna. Zdaniem WHO ze spożywaniem alkoholu wiąże się około 200 rodzajów chorób i urazów wg ICD-10, a jednocześnie szacuje się, że 80% osób uzależnionych nie jest zdiagnozowanych. Dziękuję.

Profesor Marcin Wojnar

Dziękujemy bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby na zakończenie dyskusji poświęcić problemom alkoholowym zabrać głos?

Profesor Jerzy Majkowski

Była też taka teoria, że alkohol przeciwdziała miażdżycy mózgu. Neuropatolodzy rzeczywiście nie znajdowali miażdżycy mózgu, ale to były sekcje osób do 50. rż.

Profesor Marcin Wojnar

Bardzo dziękuję. Jeżeli nie ma więcej głosów do tej pierwszej części dyskusji to chciałem gorąco Państwa zaprosić do sesji II i poprosić Panią Profesor Ninę Ogińską-Bulik.

## Kliniczne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu

Bohdan Woronowicz

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Problemy wynikające z nieumiarkowanego spożywania alkoholu znane są od czasu, kiedy człowiek zetknął się z alkoholem po raz pierwszy. Problemy te dotyczą najczęściej pijącej jednostki (szczególnie jej zdrowia fizycznego i psychicznego), życia rodzinnego (m.in. zubożenie, rozkład rodziny, zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne u dzieci i innych członków rodziny), naruszenia prawa i porządku publicznego, a także przestępstw i wykroczeń związanych z obrotem alkoholem.

**Cel.** Celem artykułu jest: a) przedstawienie aktualnego stanu problemów alkoholowych w Polsce na tle innych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem medycznych i społecznych skutków nieumiarkowanego picia napojów alkoholowych; b) uwzględnienie tej wiedzy w programach kształcenia studentów na wydziałach lekarskich i kształcenia podyplomowego lekarzy.

**Omówienie.** W porównaniu ze średnim spożyciem alkoholu w Europie, Polska znajduje się w grupie krajów o wysokim poziomie konsumpcji. Alkohol pije ponad 80% dorosłych Polaków. Wiadomo, że wg ICD-10 z piciem alkoholu wiąże się ok. 200 rodzajów chorób i urazów. Rozpowszechnienie problemów zdrowotnych związanych z alkoholem jest wyższe w populacji pacjentów niż w populacji ogólnej, a ok. 20% pacjentów leczonych w niespecjalistycznych placówkach służby zdrowia pije na poziomie określonym jako „ryzykowny” lub „niebezpieczny”. W warunkach szpitalnych problemy alkoholowe występują u 42% mężczyzn i 35% kobiet. Szacuje się, że ponad 80% osób uzależnionych nie jest zdiagnozowanych, a leczenie podejmuje mniej niż 10% populacji uzależnionej od alkoholu. Lekarze zbyt rzadko zwracają uwagę na rolę, jaką alkohol odgrywa w patogenezie dolegliwości, z którymi zgłaszają się do nich pacjenci.

**Wnioski.** Istnieje pilna potrzeba uwzględnienia w programach szkoleń przed- i podyplomowych lekarzy znacznie szerszej wiedzy na temat alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, prawidłowego diagnozowania uzależnień i stanów je poprzedzających oraz postępowania z osobami, u których podejrzewa się związane z nimi problemy. Należałoby też rozważyć kwestię przybliżenia problematyki coraz częściej spotykanych uzależnień (nałogów) behawioralnych (od zachowań, od czynności).

## Clinical and social aspects of alcohol addiction

Bohdan Woronowicz

### ABSTRACT

**Introduction.** Problems caused by an excessive use of alcohol, have been known to humans, since we have learned how to make alcohol. Those problems, very frequently, affect drinking individual, especially its physical and psychological well being. They affect family life, in the form of impoverishment, causing; Family distraction, emotional disturbances, psychosomatic disturbances in children and other family members. This also leads to the violation of law and to the crimes connected with illegal distribution of alcohol.

**Aim.** We would like to present the actual status of alcohol consumption problem in Poland and compare it to other countries. We would like to concentrate on medical and social implications caused by uncontrolled consumption of alcohol.

**Discussion.** Poland belongs to the group of European countries of high consumption. 80% of Adult Poles consume alcohol. It has been a known fact, that about 200 different kinds of illnesses and injuries (according to ICD-10) are caused by alcohol. The prevalence of illnesses connected to alcohol consumption is much higher among alcoholics than in general population. About 20% of patients treated in non-specialized clinics, drinks on the level described as “risky” or dangerous.

In the hospital setting the alcohol problem has been found among 42% of men and 35% of women, respectively. It is estimated that about 80% of people are not diagnosed as alcoholics.

Less than 10% alcoholics population starts treatment. The doctors rarely concentrate on the role which alcohol plays in the pathogenesis of the symptoms reported by their patients seen in the office.

**Conclusion.** There is an urgent need for the introduction of pre-and post graduate seminars on the subject of the abuse of alcohol and other psychoactive substances, for more precise information about addiction to psychoactive substances, and for improved diagnosis of increasingly frequent behavioral addictions. Better protocols will help us manage patients suspected of having addiction problems.