

# Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego

**Bohdan T. Woronowicz**

z Ośrodka Terapii Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Kierownik Ośrodka: dr med. Bohdan T. Woronowicz

## ALCOHOL PROBLEMS IN A FAMILY PHYSICIANS PRACTICE

### Summary

The incidence of pathology associated with alcoholism in the general population is approximately 12%, but among patients it is much higher. In hospitals, the pathology associated with alcoholism is 42% for men and 35% for women. Approximately 20% of patients in medical centers that do not specialize in alcoholism treatments are considered to be drinking at a level referred to as "hazardous" (risky) or "harmful" (dangerous). Unfortunately, the family physicians too often ignore the drinking problems of their patients, until the drinking adversely affects their health or they become addicted.

The goal of this article is to disseminate practical knowledge on the subject of problems associated with alcoholism found in family practices, and also to give guidelines to the family physicians in dealing with people suspected of having problems associated with alcoholism.

The most common psychological problems and disturbances due to alcohol consumption are according to ICD-10: acute alcohol intoxication, harmful use, alcohol dependence syndrome, withdrawal state and delirium tremens. Very useful in limiting alcohol consumption as well as making decision treatments is an action called short intervention, whose goal is to minimize alcohol drinking by a person who is not addicted or to lead a person that is addicted to make a decision to start treatment. The need for the intervention may be prescribed by the internist (family physician) based on the finding of a change of the health status of the patient.

Since defensive mechanisms make it difficult or even impossible for an addicted person to realistically assess the or identify a problem, the decision to start treatment is usually initiated because of the health of the patient, reactions by loved ones, pressure by the employer or well done intervention. Most centers that specialize in Alcoholism treatments suggest directed actions to improve physical and psychological health, to limit consumption of alcohol (very often total abstention), and to help in making changes in the way they think, react etc, which will help them to acquire the ability to function without alcohol. Pharmaceuticals, according to scientists and doctors, can only be a support in addiction psychotherapy to lengthen the time of abstinence.

A very popular approach to treatment of alcohol dependency in the world as well as in Poland is the so-called Minnesota Model. This model treats alcohol dependency as a disease. This is significantly different from other disturbances or psychological diseases, and at the same time it is primary, chronic, deadly and what is very important beyond the patient's control, since its existence is determined by different elements (polyetiology). The crucial element of ambulatory and non-ambulatory addiction psychotherapy programs is the participation of patients in AA and their loved ones in family group meetings of Al-Anon and Alateen.

Key words:

### WPROWADZENIE

Rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem w populacji ogólnej wynosi ok. 12%, natomiast w populacji pacjentów jest ono wyższe (4). W warunkach szpitalnych, problemy alkoholowe występują u 42% mężczyzn i 35% kobiet (30). W niektórych oddziałach osoby, których problemy zdrowotne mają związek z piciem alkoholu, stanowią niekiedy nawet ponad 50% hospitalizowanych. Problemy zdrowotne będące następstwem szkodliwego picia alkoholu 3-4 razy częściej dotyczą mężczyzn niż kobiet.

W rozmowach ze swoimi pacjentami lekarze, bez względu na specjalność, bardzo rzadko poruszają kwestię picia alkoholu, chociaż stosunkowo często udzielają porad osobom pijącym w sposób szkodliwy dla zdrowia oraz osobom uzależnionym od alkoholu. Wynika to głównie z braku odpowiedniego przygotowania, bowiem problematyka alkoholizmu i innych uzależnień traktowa-

na jest na studiach medycznych w sposób marginalny. Celem artykułu jest więc przybliżenie praktycznej wiedzy na temat problemów alkoholowych spotykanych w gabinecie lekarskim oraz udzielenie wskazówek na temat postępowania z osobami, u których podejrzewa się obecność problemu alkoholowego.

Wzmianki na temat niekorzystnego wpływu alkoholu na organizm człowieka spotykamy już w starożytnych przekazach takich jak Biblia czy pisma Seneki (29). Słowo alkoholizm ma jednak dość krótką historię, bowiem użyte zostało po raz pierwszy dopiero w 1849 r. przez szwedzkiego psychiatrę Magnusa Husa. Znaczący wpływ na dzisiejsze spojrzenie na alkoholizm wywarły poglądy E. Jellinka. W oparciu o przeprowadzone przez siebie, w latach pięćdziesiątych, badania, opublikował książkę „Koncepcja alkoholizmu jako choroby” i stwierdził, że „alkoholizm przewlekły to każde używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkodę dla osoby pi-

jącej, społeczeństwa lub obojga”. Zwrócił także uwagę na fakt, że alkoholizm powstaje na skutek nałożenia się na siebie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Wydzielił w alkoholizmie cztery fazy choroby, a sam alkoholizm podzielił na 5 postaci, oznaczając je kolejnymi literami alfabetu greckiego (25).

Ponieważ przez wiele lat definicje alkoholizmu nie były oparte na jednolitych kryteriach, w latach 70., eksperci Światowej Organizacji Zdrowia, podjęli pracę nad ujednoczeniem kryteriów rozpoznawczych alkoholizmu oraz nad wyraźnym odgraniczeniem go od grupy zjawisk związanych z używaniem alkoholu w ogóle. W roku 1978 odstąpiono od medycznej koncepcji choroby (ang. disease) na rzecz koncepcji, uwarunkowanego wieloczynnikowo zaburzenia (ang. disorder). Do IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów wprowadzono termin „zespół uzależnienia od alkoholu”, w miejsce stosowanych dotychczas określeń takich jak alkoholizm nałogowy czy alkoholizm przewlekły. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia zaproponowali jednocześnie, aby uzależnienie od alkoholu rozpatrywać w tych samych kategoriach co inne uzależnienia, natomiast szeroko rozumiane pojęcie „alkoholizm” zastąpić terminami - „problemy alkoholowe” lub „stany ograniczonej sprawności spowodowanej alkoholem”. Te ostatnie terminy zastąpione zostały w X wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych określeniem „picie szkodliwe” (44).

Zgodnie ze współczesną wiedzą na formowanie się zarówno uzależnienia od alkoholu jak i od innych substancji psychoaktywnych wpływają czynniki biologiczne (biochemiczne), psychologiczne, duchowe i społeczne. Przyjrzyjmy się więc nieco bliżej tym czynnikom.

**Czynniki biologiczne** – są one dziedziczne i dotyczą biologicznego podłoża warunkującego reakcję organizmu na spożycie alkoholu. W procesie tym ważną rolę odgrywa m.in. aktywność dehydrogenaz – alkoholowej i aldehydowej (14).

**Czynniki psychologiczne** – mają ścisły związek z wrodzonymi i nabytymi cechami temperamentu<sup>1</sup> (42). Cechy te warunkują zwiększone zapotrzebowanie organizmu na stany pobudzenia czy przeżywania przyjemności, albo też odpowiedzialne są za skłonność do przeżywania stanów nieprzyjemnych (uczucia dyskomfortu). Niektórym osobom alkohol ułatwia osiągnięcie przyjemności i zadowolenia, innym daje ulgę w cierpieniu czy też pozwala na uniknięcie stanów napięcia, niepokoju, lęku, poczucia małej wartości, poczucia winy, smutku itp. Korzystanie „z pomocy” alkoholu jest powtarzane zgodnie z zasadą utrwalania zachowań korzystnych dla or-

ganizmu (pozytywnego wzmocnienia) wg Skinnera i w efekcie może doprowadzić do uzależnienia.

**Czynniki duchowe** – duchowość, której nie należy mylić z religijnością, można traktować jako sferę życia, która wiąże się z jakością zaangażowania w sprawy, rzeczy czy ludzi, którzy zajmują najważniejsze miejsce w naszym życiu. Odzwierciedla ona kierunek zaangażowania emocjonalnego i charakter związków z czymś lub kimś najważniejszym, dotyczy wartości, celu i sensu życia, decyduje o chęci życia. Zdaniem ks. prof. J. Tischnera kluczem do duchowości jest wolność, a sama duchowość przejawia się w sztuce, w kulturze, w pewnej niezależności sądów, w sposobie podejścia do świata a także w stosunku do samego siebie. Alkoholizm jest chorobą duchową, bowiem w miarę jej rozwoju, alkohol staje się czymś wyjątkowo ważnym w życiu, ośrodkiem szczególnej uwagi i obiektem relacji. Przy pomocy alkoholu podejmowane są bowiem próby opanowania lęku egzystencjalnego, zaspokojenia potrzeby odczuwania przyjaźni i ufności, potrzeby odczuwania znaczenia, celu, sensu i wartości życia. Niektórym osobom alkohol pozornie pomaga wypełnić pustkę życia. Nie zauważają natomiast, że wypiera on jednocześnie coraz więcej rzeczy wartościowych, uniemożliwia urzeczywistnienie posiadanych talentów i zdolności, a tym samym pogłębia istniejącą już pustkę. Chwilowe poczucie siły, jedności, przyjaźni czy wspólnoty zanika prawie natychmiast z chwilą, kiedy alkohol przestaje działać. Pojawia się natomiast coraz większe osamotnienie od którego pozorną ucieczką jest kolejna porcja alkoholu (50).

**Czynniki społeczne** – związane są m.in. ze środowiskiem rodzinnym, obyczajowością i postawami społecznymi wobec picia alkoholu, dostępnością napojów alkoholowych (ceny, gęstość punktów sprzedaży i godziny ich otwarcia, zawartość alkoholu w napojach), a także z obecnością różnorodnych problemów (rodziny, zawodowych, prawnych, materialnych, zdrowotnych itp.).

#### PO CZYM POZNAĆ, ŻE PROBLEMY PACJENTA MAJĄ ZWIĄZEK Z ALKOHOLEM?

Pomocne w ocenie stanu pacjenta może okazać się zwrócenie uwagi na określone i dość charakterystyczne fakty i zachowania, zlecenie niektórych badań laboratoryjnych oraz przeprowadzenie testów przesiewowych.

W wyglądzie ogólnym powinna zwrócić uwagę obrzmiała twarz, czasami z rozszerzeniami naczyń skórných i pajęczkami, przekrwione spojówki i zażawione oczy, niejednokrotnie bardzo charakterystyczny tremor (drżenie rąk, a niekiedy całego ciała). Jednocześnie należy być wyczulonym na sytuacje, kiedy pacjent przychodzi na kolejne wizyty rozdrażniony i podenerwowany, a kiedy rozmowa schodzi na temat picia alkoholu przyjmuje postawę obronną i bardzo niechętnie udziela informacji na ten temat, starając się jednocześnie bagatelizować lub zataić niekorzystne dla siebie fakty. Podczas takiej rozmowy dość łatwo możemy zaobserwować unikanie wzroku, pojawianie się rumieńca na twarzy, odwracanie głowy, nerwowe ruchy czy zmianę rytmu oddechania.

<sup>1</sup>Temperament to ogół biologicznych i psychicznych czynników współtworzących osobowość, podłożę biotypologiczne służące za podstawę charakteru; typowy dla danej jednostki zespół, względnie stałych cech zachowania i procesów psychicznych, uwarunkowanych głównie przez jej właściwości biologiczne a przejawiających się w różnych formach działania.

Należy zdawać sobie sprawę z tego, że osoby, które same zauważyły, że piją zbyt wiele mogą poczuć się dotknięte pytaniami bardziej szczegółowymi bądź poddającymi w wątpliwość ich punkt widzenia. Brak lub niepełną świadomość istnienia problemu alkoholowego należy traktować jako jeden z objawów choroby, a nie jako wyraz złej woli pacjenta i dlatego pytania należy zadawać w sposób ostrożny ale jednocześnie bardzo konkretny. Należy liczyć się z tendencją pacjenta do „przeskakiwania” na inny temat.

Bardzo często osoby z problemem alkoholowym skarżą się na osłabienie i nadmierną męczliwość oraz przewlekłe bóle głowy (często związane z nadciśnieniem). Równie często korzystają z pomocy lekarza z powodu infekcji górnych dróg oddechowych, a także nie obserwuje się u nich wyraźniejszej poprawy w leczeniu takich chorób jak np. nadciśnienie tętnicze czy zapalenie trzustki. Często zgłaszają trudne do zdiagnozowania dolegliwości takie jak np.: bóle w jamie brzusznej i klatce piersiowej czy też zaburzenia żołądkowo-jelitowe (utrata apetytu, nudności, wymioty, biegunki), a u kobiet zaburzenia miesiączkowania i bóle miednicy. Niejednokrotnie zgłaszają także inne nietypowe dolegliwości takie jak: zaburzenia snu (skargi na bezsenność lub trudności z zaśnięciem), zaburzenia pamięci, „depresję” lub „przycięnienie”, myśli „S”, przewlekłe bóle w jamie brzusznej, przebyte napady drgawkowe (najczęściej są to drgawkowe napady abstynencyjne) czy zaburzenia czucia i siły mięśniowej (objawy polineuropatii alkoholowej).

**W badaniu fizykalnym** – za obecnością problemu alkoholowego może przemawiać zapach przetrawionego (a niekiedy nawet świeżego) alkoholu, zły stan higieniczny jamy ustnej, rozpulchnione dziąsła, ciepła i wilgotna skóra, blizny i sińce, czasami trądzik, powiększona i bolesna na ucisk wątroba, przyspieszone tętno, zaburzenia rytmu serca, podwyższone ciśnienie krwi, mniej lub bardziej nasilone objawy zapalenia wielonerwowego oraz niedożywienie (spowodowane zarówno nieprawidłową dietą jak i zaburzeniami wchłaniania).

W badaniach laboratoryjnych – za istnieniem problemu alkoholowego mogą przemawiać: podwyższone wartości diastazy i transaminaz, nieprawidłowe wartości prób wątrobowych, objawy łagodnej cukrzycy z cukromoczem, zaburzenia elektrolitowe (np. niski poziom potasu). Bardziej specjalistyczne badania (a wśród nich tzw. biologiczne markery nadmiernego spożycia alkoholu) mogą wykazać: podwyższone wartości gamma-glutamylotransferazy (GGT), cholesterolu lipoprotein wysokiej gęstości w surowicy krwi (HDL), transferyny C, wskaźnika kwas alfaamino-n-masłowy/leucyna w surowicy krwi, wzrost aktywności beta-heksozoamindazy po spożyciu alkoholu, anemię makrocytarną (zmniejszenie liczby krwinek czerwonych przy jednoczesnym wzroście ich średniej objętości), podwyższony poziom immunoglobulin A w osoczu, obniżoną aktywność płytkowej monoamino oksydazy (MAO) u osób uzależnionych od alkoholu czy też obniżone stężenie aminokwasów rozgałęzionych. Ponieważ poziom GGT jest dość czułym i bardzo często stosowanym wskaźnikiem w ocenie nadmiernego spo-

żywania alkoholu należy wiedzieć, że utrzymuje się on w normie w przypadkach epizodów nadużywania alkoholu trwających krócej niż dwa tygodnie, natomiast u niealkoholików – dawka powodująca intoksykację nie daje na ogół podwyższenia poziomu GGT we krwi. Spotykane są osoby, u których picie alkoholu nie powoduje wzrostu poziomu GGT. Poziom GGT obniża się u prawie wszystkich alkoholików już po tygodniowym okresie abstynencji, ale może utrzymywać się nawet przez miesiąc. U osób z uszkodzoną wątrobą poziom GGT może podnieść się już po jednorazowym użyciu alkoholu.

Pomocny w identyfikowaniu osób z problemem alkoholowym może być także czteropytaniowy test przesiewowy CAGE (8). 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 pytaniami dotyczącymi problemów z kontrolowaniem ilości czy częstotliwości picia, zjawiska tolerancji oraz ewentualnego występowania objawów abstynencyjnych po odstawieniu alkoholu. Pytania testu CAGE:

1. Czy zdarzały się w Pani/na życiu takie okresy, kiedy odczuwała Pani konieczność ograniczenia swojego picia?

2. Czy zdarzało się, że różne osoby z Pani/na otoczenia denerwowały Panią/na uwagami na temat Pani/na picia?

3. Czy zdarzało się, że odczuwał/ Pan/ni wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia?

4. Czy zdarzało się Pani/nu, 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 (3, 43).

Światowa Organizacja Zdrowia traktuje uzależnienie jako stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i środka (w tym przypadku alkoholu), który charakteryzuje się występowaniem zmian w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem (nieodpartą chęcią) ciągłego lub okresowego używania tego środka, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć objawów wynikających z jego braku (złego samopoczucia, dyskomfortu); zmiana tolerancji może ale nie musi towarzyszyć temu zjawisku; człowiek może uzależnić się równoległe od różnych środków (48).

**Zależność psychiczna** polega na potrzebie częstego lub stałego przyjmowania środka celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z jego przyjęciem. **Zależność fizyczna** jest stanem biologicznej adaptacji wobec środka, bez którego organizm nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować, natomiast zaprzestanie lub ograniczenie picia pociąga za sobą występowanie zaburzeń

czynności organizmu określanych mianem zespołu odstawienia (zespołu abstynencyjnego). **Tolerancja** jest to stan, w którym przyjmowanie tej samej ilości środka powoduje coraz słabszą reakcję, a dla uzyskania tego samego efektu konieczne jest zwiększenie ilości tego środka.

Obowiązująca obecnie X wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych proponuje używanie terminu – uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Wyróżnia ona zaburzenia spowodowane używaniem: alkoholu, opioidów, przetworów konopi indyjskich (haszysz, marihuana), substancji uspokajających i nasennych (np. barbiturany), kokainy, substancji pobudzających (np. pochodne amfetaminy), substancji halucynogennych (np. LSD, grzyby psylocybe), tytoniu, lotnych rozpuszczalników (np. kleje, aceton, TRI) oraz wielorakich substancji lub substancji innych niż już wymienione (24). Zbliżone podejście prezentuje klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM IV (12).

#### ZABURZENIA SPOWODOWANE PICIEM ALKOHOLU

Uzależnienie od alkoholu może być powiązane w różny sposób z innymi schorzeniami (34, 40) i tak:

- objawy uzależnienia od alkoholu oraz innego schorzenia mogą ujawnić się jednocześnie lub następować po sobie zupełnie przypadkowo,

- uzależnienie od alkoholu może być przyczyną rozmaitych chorób somatycznych i/lub psychicznych albo zaostrzać ich przebieg,

- współwystępujące choroby mogą ułatwiać rozwój uzależnienia od alkoholu,

- zarówno uzależnienie od alkoholu jak i inna ujawniająca się u danego pacjenta choroba mogą występować niezależnie od siebie,

- picie alkoholu lub zespół abstynencyjny mogą wywoływać objawy, które łatwo pomylić z objawami choroby psychicznej.

Wśród chorób somatycznych spotykanych u osób intensywnie pijących, szczególnie powszechne są zmiany w wątrobie. W przybliżeniu u 90% do 100% spośród tych osób można stwierdzić mniej lub bardziej nasilone stłuszczenie wątroby, u 10% do 35% – alkoholowe zapalenie wątroby, a u 10% do 20% – alkoholową marskość wątroby (22). Zarówno stłuszczenie wątroby jak i alkoholowe zapalenie wątroby ustępują na ogół przy zachowaniu abstynencji, natomiast alkoholowa marskość wątroby jest chorobą śmiertelną, której dalszy rozwój pozwala zahamować jedynie całkowita abstynencja (37). Jednocześnie intensywne picie alkoholu powoduje często stany zapalne trzustki, niedożywienie wynikające m.in. ze złego przyswajania pokarmów, a w miarę lat picia utrwała się nadciśnienie tętnicze oraz narasta spowodowane przez alkohol uszkodzenie mięśnia sercowego (17, 33, 45). Alkohol wpływa szczególnie niekorzystnie na układ nerwowy, zarówno obwodowy jak i centralny. Najważniejszym powikłaniem wpływu alkoholu na OUN jest psychoza Korsakowa, charakteryzująca się m.in. niemożnością zapamiętywania nowych zdarzeń i przyswajania

nowych informacji, natomiast obserwowane często u osób intensywnie pijących łagodne deficyty uwagi i pamięci mogą stopniowo ustępować w przypadku utrzymania abstynencji (11). Bardzo częste, a jednocześnie bagatelizowane przez lekarzy, są dolegliwości wynikające z alkoholowego zapalenia wielonerwowego (polineuropatii). Coraz więcej badań wykazuje silne powiązanie nowotworów jamy ustnej, gardła i przełyku z picciem alkoholu (31). Już dawno zaobserwowano też, że u alkoholików powszechne są problemy stomatologiczne tzn. braki w uzębieniu oraz obecność zębów nie nadających się do leczenia (26).

Do najczęściej spotykanych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych picciem alkoholu należą wg ICD-10: ostre zatrucie alkoholem, picie szkodliwe, uzależnienie od alkoholu, zespół abstynencyjny oraz majaczenie alkoholowe.

**Ostre zatrucie alkoholem (F10.0)** jest to przemijający stan, który występuje po wypiciu alkoholu i przejawia się zaburzeniami świadomości, funkcji poznawczych, spostrzegania, afektu lub zachowania albo innych funkcji lub reakcji psychofizjologicznych. Rozpoznanie ostrego zatrucia alkoholem można postawić jedynie wówczas, kiedy nie stwierdza się innych trwałych zaburzeń spowodowanych alkoholem (27). Postępowanie polega na wyrównaniu zaburzeń: w gospodarce wodno-elektrolitowej, witaminowej, wyrównaniu niedoborów pokarmowych itp. oraz towarzyszących im zaburzeń somatycznych, farmakoterapii zaburzeń psychicznych oraz na skierowaniu pacjenta do specjalistycznej placówki leczenia uzależnień (o ile podejrzewamy uzależnienie od alkoholu).

Picie szkodliwe (F 10.1) to sposób picia, który powoduje wspomniane już wcześniej szkody zdrowotne u osoby pijącej. Szkody te mogą dotyczyć stanu somatycznego (np. marskość wątroby, polineuropatia alkoholowa, nadciśnienie tętnicze, zapalenie trzustki itp.) lub psychicznego (np. stany lękowe czy stany depresyjne wtórne do intensywnego picia alkoholu). Dla rozpoznania konieczne jest stwierdzenie aktualnego upośledzenia zdrowia somatycznego lub psychicznego osoby pijącej. Należy pamiętać, że diagnozę szkodliwego picia wyklucza rozpoznanie zespołu uzależnienia od alkoholu (1, 27). Postępowanie polega na postawieniu wstępnego rozpoznania, udzieleniu pierwszej pomocy, a następnie skierowaniu pacjenta do właściwego specjalisty w zależności od charakteru stwierdzonych szkód.

Uzależnienie od alkoholu (F-10.2) jest to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość (27). Może być ono rozpoznane w przypadku stwierdzenia, że kiedykolwiek przez okres jednego miesiąca lub przez jakiś czas w ciągu ostatniego roku, występowały co najmniej trzy spośród wymienionych niżej objawów:

1. silna potrzeba (tzw. głód) lub poczucie przymusu picia alkoholu;

2. trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z picciem tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem

się od picia, długością trwania picia oraz ilością wypijanego alkoholu;

3. występowanie, przy próbach przerwania lub ograniczenia picia, stanu przejawiającego się charakterystycznym zespołem abstynencyjnym lub piciem alkoholu, bądź przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;

4. występowanie zjawiska tolerancji polegającego na konieczności przyjmowania większych dawek w celu uzyskania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami;

5. postępujące zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz picia;

6. picie alkoholu pomimo szkód, o których wiadomo, że mają niewątpliwy związek z piciem alkoholu.

**Zespół abstynencyjny** nazywany też zespołem odstawienia (F 10. 3) to zespół objawów, które pojawiają się w ciągu 24-36 godzin po zaprzestaniu picia, a więc wówczas, kiedy w trakcie „ciągu” picia, lub podczas próby jego przerwania dojdzie do obniżenia poziomu alkoholu we krwi. Na spadek poziomu alkoholu we krwi organizm reaguje objawami „grypowymi” i przypominającymi przeziębienie (ogólne złe samopoczucie, osłabienie, „rozbitcie”, podwyższona ciepłota ciała, bóle mięśniowe i bóle głowy) oraz objawami ze strony:

- układu pokarmowego (brak łaknienia, nudności, wymioty, biegunki),

- układu krążenia (tachykardia, zaburzenia rytmu, wahania ciśnienia tętniczego krwi, najczęściej wzrost ciśnienia z jednoczesną skłonnością do jego ortostatycznych spadków),

- układu wegetatywnego (wzmoczona potliwość, rozszerzone źrenice, suchość śluzówek jamy ustnej), a także silnym drżeniem (tremor) głównie kończyn górnych i dolnych (niejednokrotnie całego ciała), obecnością tzw. „głodu alkoholowego” czyli trudnej do odparcia chęci wypicia alkoholu. Dolegliwościom tym towarzyszą: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój i lęk, nastrój depresyjny lub dysforyczny oraz zaburzenia snu (bezsennaść, sen przerywany, koszmarne sny itp.). Zespół abstynencyjny może być powikłany drgawkami (tzw. drgawkowe napady abstynencyjne nazywane popularnie „padaczką alkoholową”).

W ocenie nasilenia zespołu abstynencyjnego przydatna jest skala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (24, 40). Należy pamiętać, że wiele spośród objawów zespołu abstynencyjnego może występować w innych zaburzeniach psychicznych i somatycznych. Postępowanie polega na detoksykacji, farmakologicznym złagodzeniu bądź usunięciu objawów abstynencyjnych oraz skierowaniu pacjenta do specjalistycznej placówki leczenia uzależnień.

Majaczenie alkoholowe (F 10.4) jest powikłaniem zespołu abstynencyjnego – ostrą, trwającą od kilku godzin do kilku dni, psychozą, występującą u ok. 5% uzależnionych. W jej przebiegu występuje klasyczna triada objawów: przynglenie świadomości pochodzenia toksycznego, zaburzenia spostrzegania – iluzje i omamy oraz wyraźne drżenia (tremor). Ponadto obecny jest często

lęk i pobudzenie psychoruchowe. Objawom tym towarzyszą niejednokrotnie ciężkie zaburzenia somatyczne (27). Postępowanie zbliżone jest do postępowania w zespole abstynencyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem psychofarmakoterapii objawów psychozy oraz leczenia zaburzeń somatycznych.

Należy mieć także świadomość, że znaczny procent osób uzależnionych od alkoholu demonstruje różnego rodzaju zaburzenia afektywne, najczęściej o charakterze depresyjnym. U znacznego odsetka osób uzależnionych od alkoholu (wg niektórych badaczy przekracza on nawet 90%) występują zaburzenia nastroju, najczęściej pod postacią depresji z towarzyszącymi zaburzeniami aktywności i utrzymują się one przez okres wielu tygodni po zaprzestaniu picia. U 30-70% osób uzależnionych od alkoholu rozpoznawano ciężkie depresje o obrazie zbliżonym do prawdziwej depresji endogennej, u ponad 15% obserwowano ciężkie depresje nawet po kilku latach utrzymywania abstynencji.

Między depresją a uzależnieniem od alkoholu spotykamy następujące powiązania:

- picie alkoholu w przebiegu depresji endogennej,
- uzależnienie od alkoholu jako powikłanie depresji,
- stany depresyjne spowodowane komplikacjami wynikającymi z picia,
- stany depresyjne w przebiegu zespołu abstynencyjnego.

Obniżenie nastroju, drażliwość, spadek aktywności i stany lękowe u osób uzależnionych od alkoholu mogą więc wynikać z endogennych zaburzeń nastroju (uzależnienie maskuje chorobę afektywną, tzw. zapijanie depresji), być efektem farmakologicznego wpływu alkoholu na centralny układ nerwowy, wiązać się z objawami zespołu abstynencyjnego lub zespołu rzekomo-abstynencyjnego (popularnego „suchego kaca”), jak również wynikać z konkretnych sytuacji i problemów życiowych (psychologicznych, socjalnych itp.) będących konsekwencją nadmiernego picia alkoholu. Ponadto, depresja może zostać wywołana niektórymi somatycznymi następstwami spożywania nadmiernych ilości alkoholu takimi jak: niedobór magnezu, zaburzenia metaboliczne związane np. z hipowitaminozą czy też encefalopatią wątrobową w przebiegu marskości wątroby.

Obniżenie nastroju, spotykane u osób uzależnionych, ma jednak najczęściej charakter sytuacyjny (reaktywny) i wiąże się z przewlekłym piciem alkoholu oraz wynikającymi z tego powodu komplikacjami życiowymi. Stan taki bywa niejednokrotnie traktowany przez niedoświadczonego lekarza jako przewlekająca się i oporna na leczenie depresja endogenna (picie jest na ogół skrzętnie ukrywane i zdarza się, że pacjent bywa kierowany na rentę w związku z brakiem efektów leczenia).

W większości przypadków objawy depresji u osób uzależnionych od alkoholu ustępują jednak w ciągu 2-4 tygodni po zaprzestaniu picia i nie wymagają leczenia. Utrzymywanie się objawów depresyjnych przez kolejne tygodnie po zaprzestaniu picia jest bezwzględnie wskazanym do konsultacji psychiatrycznej i prawdopodobnie farmakologicznego leczenia depresji.

## INTERWENCJE WOBEC OSÓB Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM

Ponieważ ok. 20% pacjentów leczonych w niespecjalistycznych placówkach służby zdrowia pije na poziomie określanym jako „ryzykowny” lub „niebezpieczny” (18, 19) szczególnie przydatna w ograniczeniu spożywania alkoholu, bądź w podjęciu decyzji o leczeniu, może okazać się tzw. krótka interwencja, której celem jest zmniejszenie rozmiarów picia alkoholu przez osoby niezależne. Interwencje takie dotyczą najczęściej osób, które piją alkohol w sposób szkodliwy, ale zdarza się, że obejmują także osoby uzależnione od alkoholu. Krótka interwencja może okazać się równie skuteczna jak znacznie bardziej kosztowne leczenie specjalistyczne. Ogranicza się ona najczęściej do kilku spotkań, z których każde trwa od kilku minut do godziny. W przypadku osób niezależnych celem spotkań jest doprowadzenie raczej do umiarkowanego picia niż abstynencji (6, 21, 36). Treść i przebieg krótkiej interwencji zależą od nasilenia problemów alkoholowych danego pacjenta.

Potrzebę interweniowania określa najczęściej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny) w oparciu o stwierdzone zmiany w stanie zdrowia. W trakcie interwencji w gabinecie lekarskim powinna nastąpić ocena aktualnego spożycia alkoholu przez pacjenta, przekazana informacja na temat konsekwencji ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu oraz udzielona klarowna porada. Porada powinna zawierać także informację o stwierdzonych u niego problemach zdrowotnych spowodowanych zarówno bezpośrednio jak i pośrednio picciem alkoholu. Jednocześnie pacjent powinien otrzymać materiały edukacyjno-informacyjne z zaleceniem ich przeczytania oraz uzyskać wszelkie informacje na temat dalszego postępowania (w tym ewentualnego leczenia specjalistycznego). Pacjent powinien także dowiedzieć się, że warunkiem wyleczenia lub zahamowania postępu stwierdzonych zmian chorobowych jest znaczne ograniczenie picia, a być może nawet całkowita abstynencja. Pomocnym argumentem może okazać się przekazanie informacji o interakcjach przepisywanych pacjentowi leków z alkoholem i o związanej z tym możliwości wystąpienia dodatkowych powikłań zdrowotnych oraz o pogarszaniu się różnych funkcji organizmu w wyniku wspólnego działania alkoholu i leków.

Wyjątkowo ważne jest, aby podczas interwencji naruszyć mit o niemożności udzielenia skutecznej pomocy osobom pijącym alkohol w sposób szkodliwy. Należy bardzo uważać, żeby stwierdzonych problemów zdrowotnych nie omawiać w kategoriach moralnych, lecz wyłącznie w kategoriach medycznych. Wskazane jest ustalenie terminu kolejnego spotkania w celu sprawdzenia czy pacjent realizuje zalecenia.

Jednym z czynników ułatwiających skuteczne przeprowadzenie interwencji jest włączenie do niej osób bliskich pacjentowi. Należy jednak liczyć się z tym, że postawa rodziny, która w trosce o swoją reputację bagatelizuje problem lub zaprzecza jego istnieniu, może także stanowić dodatkowe utrudnienie w zidentyfikowaniu problemów alkoholowych i przeprowadzeniu interwencji.

Wyniki wielu badań sugerują, że krótka interwencja może pomóc pacjentom niezależnym od alkoholu w ograniczeniu picia (18, 28, 46). Analiza 32 badań nad krótką interwencją wykazała, że średnia pozytywna zmiana w grupach poddanych interwencji wynosiła około 27% (6).

Bardziej zdecydowanego postępowania wymagają osoby, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że są uzależnione od alkoholu. Wprawdzie słyszy się czasami powiedzenie, że „alkoholik musi sięgnąć dna”, żeby miał się od czego odbić, wypłynąć na powierzchnię i rozpocząć nowe życie, nie należy jednak zbyt długo czekać na ten moment. Czekając bowiem na tzw. dno, które u różnych osób leży na różnej głębokości, można nie zdążyć z udzieleniem pomocy. W latach 60. pojawiła się więc w Instytucie Johnsona w Minneapolis (USA), idea przybliżenia („podniesienia”, „podwyższenia”) wspomnianego wcześniej „dna”. Nazwano to **metodą interwencji**. Procedura interwencji opisana została w wydanej kilka lat temu, przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, książce Vernona E. Johnsona pt. „Interwencja. Jak pomóc komuś, kto nie chce pomocy”. Metoda ta stosowana jest obecnie nie tylko w przypadkach, kiedy mamy do czynienia z osobami uzależnionymi od alkoholu, ale także wówczas, kiedy w grę wchodzi uzależnienie od jakichkolwiek innych substancji psychoaktywnych.

Uczestnikami interwencji, oprócz adresata oraz prowadzącego interwencję profesjonalisty, powinny być osoby znaczące dla uzależnionego, a więc np. członkowie rodziny, koledzy i przełożeni z pracy, przyjaciele, sąsiedzi, a nawet lekarz rodzinny. Interwencja polega na przedstawieniu rzeczywistości (konkretnych zdarzeń i faktów, dotyczących zachowań osoby uzależnionej, a związanych z picciem czy używaniem innych substancji psychoaktywnych) w taki sposób, aby była ona możliwa do przyjęcia przez osobę, wobec której prowadzona jest interwencja. Powinna odbywać się w atmosferze życzliwości, miłości i troski, a zakończyć się dokonaniem konkretnych ustaleń w zakresie dalszego postępowania oraz określeniem terminu i miejsca podjęcia leczenia. Przed przystąpieniem do właściwej interwencji należy zrobić listę osób, które mają w niej uczestniczyć, omówić z każdą z tych osób jej rolę, zebrać dane na temat zachowań pod wpływem picia czy przyjmowania innych substancji psychoaktywnych (każdy z uczestników powinien mieć spisany wykaz konkretnych zdarzeń, których był świadkiem), skontaktować się z placówkami terapeutycznymi (miejscami ewentualnego leczenia), przeprowadzić wcześniej jedno lub dwa spotkania „treningowe” (próbne sesje) i omówić szczegółowo scenariusz interwencji. Należy także przewidzieć możliwość wystąpienia zachowania agresywnego, obrażenia się itp. oraz zaplanować postępowanie w takich przypadkach. Osoba, wobec której jest przeprowadzana interwencja musi być w tym momencie trzeźwa.

Niestety, nie każda interwencja kończy się sukcesem. Kiedy jest już wiadomo, że nie zakończy się ona zgodą na podjęcie leczenia należy, jeszcze przed jej zakończeniem, poinformować osobę uzależnioną o kolejnych krokach jakie zostaną podjęte, łącznie z ewentualnością zerwania kontaktu. Osoba uzależniona powinna również

wiedzieć jakie kroki podejmą najbliżsi w ramach troski o własne zdrowie. Należy też zaplanować kolejną interwencję, ale już w innych okolicznościach i z uwzględnieniem doświadczeń z interwencji nieudanej.

Badania wykazują, że przeprowadzenie krótkiej interwencji przynosi większe efekty niż brak interwencji (18, 28, 46, 49) a często jest tak skuteczne, jak dłuższe leczenie (6, 13). □

## Piśmiennictwo

- VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA (1995), Państwowa Agencja Rozwi<sup>1</sup>zywania Problemów Alkoholowych, Warszawa; 389.
- Anonimowi Alkoholicy wkraczają<sup>1</sup> w dojrza<sup>3</sup>o<sup>2</sup>o<sup>2</sup>. Fundacja Biuro S<sup>u</sup>żby Krajowej AA w Polsce, Warszawa 1998.
- Babor T.F. et al.: AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care, World Health Organisation, Geneva 1989.
- Barker L.R., Whitfield C. L.: Alcoholism. In: Barker L.R., Burton J. R., Zieve P.D. eds., Principles of Ambulatory Medicine, ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991, 204-231.
- Barry K.L., Fleming M.F.: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: Predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol & Alcoholism*, 1993, 28(1):33-42.
- Bien T.H. et al.: Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 1993, 88(3):315-336.
- Buschbaum D.: Effectiveness of Treatment in General Medicine Patients with Drinking Problems. *Alcohol Health & Research World*, 1994 18(2): 140-145.
- Bush B. et al.: Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *American Journal of Medicine*, 1989, 321(7):442-454.
- Cook C.C.H.: The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 1988, 83(6):625-634.
- Cook, C.C.H.: The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method, or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 1988, 83(7):735-748.
- Desoto C.B. et al.: Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1989, 13(5): 693-697.
- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition American Psychiatric Association, 1994, Washington DC
- Edwards G. et al.: Alcoholism: A controlled trial of „treatment” and „advice”. *Journal of Studies on Alcohol* 1977, 38(5):1004-1031.
- Ehrig T. et al.: Alcohol and aldehyd dehydrogenase, *Alcohol & Alcohol*, 1990, 25 (2-3):105-116.
- Ewing J.A., Rouse B.: Identifying the „hidden” alcoholic. Presented at the 29 International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, NSW, Australia 1970.
- Ewing J.A.: The politics of disulfiram. W: McNichol R.W., Ewing J.A., Faiman M.D. (red): Disulfiram (Antabuse) A Unique Medical Aid to Sobriety. History, Pharmacology, Clinical Use. Thomas Pub. Springfield, 1987, 3-18.
- Feinman L.: Absorption and utilization of nutrients in alcoholism. *Alcohol Health & Research World*, 1989, 13(3):207-210.
- Fleming M.F. et al.: Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277(13):1039-1045.
- Fleming M.F. et al.: At-risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(1):90-93.
- Garbutt J.C. et al.: Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence. *JAMA*, 1999, 281:1318-1325.
- Graham A.W., Fleming M.S.: Brief interventions. In: Graham, A.W.; Schultz, T.K.; and Wilford, B.B., eds. Principles of Addiction Medicine. 2d ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 1998, 615-630.
- Grant B.F. et al.: Epidemiology of alcoholic liver disease. *Seminars in Liver Disease*, 1998, 8(1):12-25.
- Grant, B.F. et al.: Empirical subtypes of DSM-III-R alcohol dependence: United States, 1988. *Drug and Alcohol Dependence* 1992, 30(1):75-84.
- Habrak B.: Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Springer PWN, Warszawa, 1996, 96-99.
- Jellinek E.M.: The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick 1960.
- King W.H., Tucker K.M.: Dental problems of alcoholic and nonalcoholic psychiatric patients. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1973, 34(4):1208-1211.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (1997). Univ. Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa.
- Kristenson H. et al.: Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1983, 7(2):203-209.
- Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe, PZWL, Warszawa, 1982.
- 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(2): 181-197.
- Lieber C.S. et al.: Mechanisms for the interrelationship between alcohol and cancer. *Alcohol Health & Research World*, 1986 10(3):10-17, 48-50.
- Mayfield D. et al.: The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *A. J. Psychiatry*, 1974, 131,10:1121-1123.
- Merikangas K.R., Gelernter C.S.: Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 13(4):613-632.
- Meyer R.E.: Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1989, 50(11):403-412.
- Miller W.R., Hester R.K.: Treating the problem drinkers: Modern Approaches. In: Miller W.R. ed. *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity*, Oxford: Pergamon Press, 1980.
- O'Connor P.G., Schottenfeld R.S.: Patients with alcohol problems. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338(9):592-602.
- Rubin E.: How alcohol damages the body. *Alcohol Health & Research World*, 1989, 13(4):322-327.
- Rydon P. et al.: Detection of alcohol-related problems in general practice. *J.Stud. Alcohol*, 1992, 53(3):197-202.
- Salaspuro M.: Biological State Markers of Alcohol Abuse. *Alcohol Health & Research World*, 1994, 18(2) ;132-135.
- Schuckit M.A.: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986, 143(2):140-147.
- Sullivan J.T. et al.: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar). *Br. J. Addictions*, 1989, 2 (84): 1353-1357.
- Tarter R.E. et al.: Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetics perspective, *J. Stud. Alcohol*, 1985, 46 (4): 329-356.
- Test rozpoznawania zaburzeń zwi<sup>1</sup>zanych z picciem alkoholu AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej (1994). Państwowa Agencja Rozwi<sup>1</sup>zywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (1992). World Health Organization. Geneva, Feb. 2-6.
- Urbano-Marquez A. et al.: The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320(7):409-415.
- Wallace P. et al.: Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 1988, 297(6649):663-668.
- Wasilewski D. i wsp.: Praktyczne aspekty farmakologicznego leczenia uzależnienia od alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania*, 2000, 13:443-456.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence, Sixteenth Report, 1969, Geneva.
- World Health Organization (WHO) Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 1996, 86(7):948-955.
- Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2001.
- Woronowicz B.: Historia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i terapeutyczne walory Programu Dwunastu Kroków, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1992, T 1, 2:191-198.