

Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. Część II*

dr med. **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 abstinence), 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: addiction therapy, alcohol addiction, alcohol dependency, alcohol treatment, alcoholism, family physician

LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH

Osoby zgłaszające się do placówek leczenia odwykowego nie czynią tego, na ogół z własnej woli. Decyzja o podjęciu leczenia bywa najczęściej wymuszona stanem zdrowia, reakcjami najbliższych, presją przełożonych czy dobrze przeprowadzoną interwencją, bowiem mechanizmy obronne¹ utrudniają, a często nawet unie-

możliwiają osobie uzależnionej realistyczną ocenę sytuacji i tym samym zidentyfikowanie się z uzależnieniem. Osoby te liczą najczęściej na pozbycie się przykrych i uciążliwych dolegliwości spowodowanych przewlekłym używaniem alkoholu oraz na uzyskanie recepty umożliwiającej powrót do normalnego czyli kontrolowanego picia.

Wyniki badań wskazują na to, że uzależnienie od alkoholu, które jest chorobą heterogeniczną, może wymagać wielu metod leczenia (23). Stwierdzono bowiem, że metody, które są skuteczne w jednym przypadku nie muszą wcale okazać się efektywne w innych przypadkach. Większość placówek specjalistycznych proponuje oddziaływania ukierunkowane na poprawienie stanu fizycznego i psychicznego, ograniczenie konsumpcji alkoholu oraz na pomoc w dokonaniu zmian w zakresie myślenia, odczuwania, reagowania itp., których dalszym efektem będzie nabycie umiejętności funkcjonowania bez alkoholu (50). Proces ten trwa długo i nie zawsze kończy się sukcesem. Początek procesu terapii to **przekazanie pacjentowi wie-**

* Pierwsza część ukazała się w *Medycynie Rodzinnej* nr 1/2002.

¹ Mechanizmy obronne – sposoby umożliwiające względnie poprawne funkcjonowanie wówczas, kiedy nie jest możliwe zaspokojenie potrzeb, likwidacja konfliktów wewnętrznych oraz podtrzymanie pozytywnej samooceny m.in. racjonalizacja (polega na uzasadnianiu lub usprawiedliwianiu w sposób racjonalny – rozumowy postaw i działań uwarunkowanych czynnikami emocjonalnymi lub motywami, które jednostka pragnie ukryć lub z których nie zdaje sobie w pełni sprawy), projekcja (polega na przypisywaniu innym ludziom własnych negatywnych uczuć, cech lub motywów postępowania), intelektualizacja, minimalizacja itd.

dzy dotyczącej używania substancji psychoaktywnych, uzależnienia od nich, związku między używaniem alkoholu (i innych substancji psychoaktywnych), a negatywnymi zjawiskami zdrowotnymi, rodzinnymi, zawodowymi, materialnymi, prawnymi itp. Konieczne jest, aby pacjent zobaczył w jaki sposób alkohol zaburzył jego procesy myślenia i spowodował wyciąganie niewłaściwych wniosków oraz podejmowanie niekorzystnych dla siebie decyzji. Powinien również zostać przekonany co do konieczności przyjęcia osobistej odpowiedzialności za przebieg procesu zdrowienia jako warunku skuteczności tego procesu. W procesie terapii pacjent musi „uporządkować” różne sfery swojego życia. **W zakresie życia uczuciowego** – uczy się on rozpoznawania, nazywania i adekwatnego wyrażania własnych uczuć, uzyskuje m.in. świadomość, że niektóre stany emocjonalne (np. wstyd, poczucie winy, złość, samotność, brak zaufania) pogarszają samopoczucie i mogą pociągać za sobą picie alkoholu. **W sferze życia duchowego** uzyskuje pomoc – w zrozumieniu czym jest duchowość oraz odróżnienie jej od religijności, w weryfikacji systemu wartości, budowie pozytywnej wizji siebie samego oraz swojego dalszego życia, znalezieniu kogoś lub czegoś silniejszego co pomoże w zatrzymaniu choroby i będzie wspomagać proces zdrowienia oraz dalszą dbałość o zdrowie. Istotną składową procesu terapeutycznego jest także **weryfikacja zachowań**, która możliwa jest dopiero po znalezieniu zależności między piciem alkoholu a własnymi zachowaniami, uzyskaniu świadomości, że niektóre zachowania pociągają za sobą picie alkoholu, uzyskaniu świadomości, że do zaprzestania picia konieczna jest modyfikacja niektórych zachowań oraz nauka nowych. Proces zdrowienia wymaga również „**uporządkowania**” **relacji społecznych** tj. nabycia umiejętności niezbędnych do lepszego rozumienia samego siebie i swojego funkcjonowania oraz lepszego komunikowania się i współbrzmienia z innymi ludźmi, nabycia umiejętności umożliwiających rozpoznawanie sytuacji zagrażających powrotem do picia, przebudowy dotychczasowych relacji z otoczeniem (bliskim i dalszym), budowy nowych związków z osobami, które nie używają alkoholu w sposób destrukcyjny, nabycia umiejętności korzystania, w procesie zdrowienia, z pomocy innych ludzi tj. profesjonalistów i trzeźwiejących alkoholików.

Przez wiele lat, w lecznictwie odwykowym w Polsce, powszechną, a często jedyną „metodą”, było „leczenie uczulające” lub „leczenie awersyjne” polegające na wymuszaniu abstynencji poprzez podawanie pacjentom disulfiramu w formie doustnej (Anticol, Antabus) lub w formie implantu (Esperal, Disulfiram). Podawanie disulfiramu miało zasadniczo zmienić stosunek pacjenta do alkoholu, bowiem po upływie 5-15 min. od wypicia alkoholu mogło dojść do dodatkowego zatrucia spowodowanego kumulowaniem się aldehydu octowego, którego dalszy metabolizm był zablokowany zahamowaniem aktywności dehydrogenazy aldehydowej. Badania nad skutecznością disulfiramu wykazały jednak, że jest on niewiele bardziej skuteczny niż placebo, zaś zjawiskiem powszechnym (80%) jest „oszukiwanie” przy przyjmowaniu disulfiramu. Implantowanie disulfiramu nie zapew-

niało często takiego, poziomu we krwi, aby wystąpiła reakcja po wypiciu alkoholu. Jednocześnie disulfiram okazał się substancją dosyć toksyczną powodującą szereg objawów niepożądanych takich jak np. zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowo, zespoły depresyjne, psychozy, polineuropatia, zaburzenia potencji czy zmiany skórne (16). Odnotowano również kilka przypadków zgonów, które mogły mieć związek z przyjmowaniem disulfiramu. Wielu specjalistów zwraca także uwagę na etyczne aspekty stosowania disulfiramu, który nie może być traktowany jako pełnowartościowy lek ponieważ nie wpływa na etiopatogenezę uzależnienia, natomiast świadomie naraża pacjenta na ryzyko wystąpienia działań niepożądanych oraz powikłań w przypadku wypicia alkoholu. Przy obecnych możliwościach korzystania z nowoczesnych metod leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce, proponowanie disulfiramu jako „metody leczenia” lub uleganie naciskom rodzin domagających się implantowania esperalu należy traktować jako działania nieprofesjonalne, a w niektórych przypadkach nawet nieetyczne. Przypadki takie spotykamy praktycznie wyłącznie poza placówkami zajmującymi się specjalistyczną terapią uzależnienia od alkoholu, a postępowanie takie jest charakterystyczne wyłącznie dla tych lekarzy, którzy pomaganie osobom uzależnionym od alkoholu traktują komercyjnie.

W ostatnich latach pojawiło się szereg doniesień na temat innych prób farmakologicznego wydłużania okresów abstynencji (21). Wśród leków wspomagających leczenie osób uzależnionych od alkoholu najbardziej znane są: akamprozat i naltrexon. Pierwszy z nich normalizuje aktywność układów glutaminergicznego i GABA-ergicznego wpływając pośrednio na inne układy neuroprzekaznikowe. Naltrexon z kolei jest lekiem blokującym receptory opioidowe i na tej drodze wpływa na zmniejszenie nasilenia „głodu” alkoholowego. Nie należy go jednak stosować u osób z uszkodzoną wątrobą. Inne leki to: tianeptyna (stosowana głównie u osób uzależnionych od alkoholu ze współistniejącą depresją) oraz rzadziej stosowani antagoniści 5-HT – Buspiron, Ritanseryna, Ondasteron, a także niektóre z leków zmniejszających przewodnictwo dopaminergiczne (np. tiapryd).

Zdaniem, zarówno badaczy jak i praktyków, stosowanie jakichkolwiek środków farmakologicznych może, w ściśle określonych i indywidualnych przypadkach, stanowić **jedynie wsparcie** dla psychoterapii uzależnienia.

Lekarz powinien mieć także świadomość **ponoszenia współodpowiedzialności** za przebieg i efekty terapii wówczas, kiedy sugeruje pacjentowi skorzystanie z „wypróbowanych metod leczenia choroby alkoholowej” oferowanych przez ogłaszające się w prasie „agencje”, „ośrodki” i pseudolecznice. Na dzień dzisiejszy większość z nich prowadzona jest przez ludzi zajmujących się „robieniem interesów”, którzy zatrudniają najczęściej inne niekompetentne w leczeniu uzależnień osoby, a potencjalnym pacjentom obiecują „wyleczenie” przy pomocy szybkich i wymyślnych metod, albo tygodniowego wyjazdu. Zdarza się, że „specjaliści” od tych metod sprowadzani są z wschodniej granicy, gdzie problem alkoholizmu jest znacz-

nie większy jak u nas, a stosowane przez nich metody już dawno nie sprawdziły się. Wykorzystywany jest fakt, że każdy chciałby pozbyć się problemu natychmiast, a dla „wyciągnięcia” bliskiej osoby z alkoholizmu rodzina nie liczy się z kosztami. Szansę na uniknięcie takiej sytuacji daje sprawdzenie czy miejsce, do którego chcemy skierować pacjenta jest jednostką uwzględnioną w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej prowadzonym przez Wydział Zdrowia, a osoby w nim zatrudnione mają certyfikaty potwierdzające ich kwalifikacje.

Skuteczność leczenia oceniana jest najczęściej poprzez kryterium długości abstynencji, a w dalszej kolejności uwzględniany jest stan zdrowia fizycznego i psychicznego, funkcjonowanie rodzinne i zawodowe oraz stabilizacja materialna. Wobec różnorodności doniesień na temat skuteczności leczenia wydaje się, że bardzo bliskie prawdy jest stwierdzenie, że mniej więcej 1/3 pacjentów osiąga po leczeniu trwałą abstynencję a 1/3 widoczną poprawę funkcjonowania zdrowotnego i społecznego bez zachowywania całkowitej abstynencji (32). Jednocześnie szacuje się, że około 10-20% osób pijących w sposób problemowy zaprzestaje picia bez leczenia profesjonalnego (względy religijne, udział w ruchach samopomocowych itp.).

Programy zdrowienia planowane są na okres wielu miesięcy a nawet lat. Początek ich stanowią najczęściej paro- lub kilkutygodniowe, intensywne i ustrukturalizowane oddziaływania prowadzone w warunkach stacjonarnych bądź intensywne, obejmujące 16-20 godzin tygodniowo, programy ambulatoryjne. Leczenie stacjonarne osób uzależnionych, w odróżnieniu od leczenia szpitalnego innych schorzeń, nie jest przeznaczone dla szczególnie ciężkich bądź „beznadziejnych” przypadków. Za leczeniem w tych warunkach przemawia możliwość zwiększenia intensywności oddziaływań a poprzez to osiągnięcie w znacznie krótszym czasie tego co dają wielomiesięczne programy ambulatoryjne. Drugi etap to uczestniczenie w programie opieki poszpitalnej czyli terapia uzupełniająca bądź podtrzymująca prowadzona w warunkach ambulatoryjnych.

Dużą popularność zyskało sobie na świecie, a także i w Polsce, podejście do uzależnienia od alkoholu i jego leczenia w oparciu o tzw. **model Minnesota**, a więc (9, 10, 50):

- traktowanie alkoholizmu jako choroby znacząco różniącej się od innych zaburzeń czy chorób psychicznych, a jednocześnie pierwotnej (nie jest to bowiem przejaw innych zaburzeń, po których rozwiązaniu alkoholizm przestanie istnieć, jak również nie wynika on z jakiegokolwiek innej choroby, bo sam w sobie jest chorobą);

- traktowanie alkoholizmu jako choroby przewlekłe postępującej, śmiertelnej i co istotne niezawinionej, na której powstanie złożyło się wiele różnych czynników (polietiologia);

- traktowanie z należyтым szacunkiem i zrozumieniem osób, które cierpią na tę chorobę oraz szanowanie ich osobistej godności;

- przekonanie, że wstępna motywacja nie decyduje o przebiegu i wynikach leczenia;

- dążenie do umożliwienia osobie uzależnionej identyfikacji z objawami choroby, co może wywołać u niej potrzebę dokonania zmian w swoim życiu;

- uznawanie, że jednym z najważniejszych objawów choroby jest zaprzeczanie (często słyszy się, że alkoholizm to choroba zaprzeczeń i nawrotów), przy czym istnieniu choroby zaprzecza również najbliższe otoczenie chorego;

- stawianie jako cel długofalowy dożywotniej abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych;

- systemowe podejście do choroby uwzględniające jednocześnie aktywny udział w procesie terapeutycznym – osób najbliższych;

- maksymalne wykorzystanie potencjału wielodyscyplinarnego zespołu terapeutów, w którym istotną rolę odgrywają odpowiednio przeszkoleni specjaliści wywodzący się spośród alkoholików trzeźwiejących w oparciu o program AA (ich zatrudnianie rozpoczęto w Ośrodku Hazelden w 1954 roku);

- prowadzenie terapii poprzez małe grupy, w których każdy pacjent traktowany jest jednak indywidualnie, ma bowiem ustaloną swoją indywidualną drogę wychodzenia z choroby oraz własne sposoby zarówno unikania powrotu do picia jak i zapobiegania nawrotowi choroby;

- wykorzystywanie w terapii Programu Dwunastu Kroków oraz systematyczny udział w spotkaniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA).

Elementy tego modelu zostały po raz pierwszy w Polsce zastosowane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w połowie lat 80. Niezmiernie cennym uzupełnieniem, zarówno stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych programów psychoterapii uzależnienia jest uczestniczenie pacjentów w spotkaniach Wspólnoty AA, a ich bliskich w spotkaniach grup rodzinnych Al-Anon i Alateen (51).

WSPÓLNOTA ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Początek Wspólnocie AA dało spotkanie, w 1935 roku, dwóch „beznadziejnych” alkoholików – maklera giełdowego Billa W. oraz lekarza – chirurga dr. Boba. Bill miał za sobą dziesiątki pobyków w zakładach odwykowych a dr Bob nie był już w stanie operować.

Dwie, pierwsze w Polsce, grupy AA powstały w Poznaniu w połowie lat 70., trzecia w Będzinie a czwarta w Warszawie w 1980 roku. Obecnie spotyka się, na terenie całego niemal kraju, ponad 1500 grup Anonimowych Alkoholików, których adresy można uzyskać w poradniach dla osób z problemem alkoholowym lub w przychodniach terapii uzależnienia i współuzależnienia. Anonimowy udział w spotkaniach grup daje poczucie bezpieczeństwa, pomaga w uwolnieniu się od fałszywego wstydu wynikającego z faktu bycia alkoholikiem, a jednocześnie pozwala na uzyskanie wsparcia przy próbach poradenia sobie z problemem alkoholowym.

Proponowany przez Wspólnotę AA program zdrowienia wyłożony jest w Dwunastu Krokach. Zachowaniu jedności Wspólnoty służy Dwanaście Tradycji. Podstawowe informacje na temat Wspólnoty zawiera Preambuła:

„Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem swoim doświadczeniem,

siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i innym pomagać w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne, dobrowolne datki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, partią, organizacją lub instytucją; nie angażuje się w żadne publiczne polemiki; nie zajmuje stanowiska w jakichkolwiek sporach. Naszym najważniejszym celem jest pozostać trzeźwym i pomagać innym alkoholikom w osiągnięciu trzeźwości”.

Pobieżne zapoznanie się z treścią „Dwunastu Kroków” może nasuwać podejrzenie, że Wspólnota ma charakter religijny, ze względu na używane w nich słowo „Bóg”. Należy jednak wiedzieć, że nie ma to żadnego związku z określoną religią, a od uczestników Wspólnoty AA nie jest wymagana akceptacja jakiegokolwiek jednolitej koncepcji Boga („Siły Większej od nas samych”). Każdy może dokonać wyboru Boga „jakkolwiek Go pojmuję”. Wspomniany wcześniej współzałożyciel AA – Bill pisał: „...ateistom i agnostykom powiedz dobitnie, że nie muszą przyjmować naszego pojmowania Boga. Niech zamiast Boga, przyjmą jakąś sensowną, własną prawdę. Najważniejsze, aby oni wszyscy uwierzyli, że istnieje jakokolwiek siła większa od nich samych...” (2).

Znajomość Programu Dwunastu Kroków, związanej z nim literatury, a szczególnie osobisty udział w spotkaniach grup AA, pozwalają stwierdzić, że proponowany program dostępny jest praktycznie dla każdego alkoholika (bez względu na jego wiek, wykształcenie, status społeczny czy wyznawaną religię). Program ułatwia uzyskanie wglądu w istotę uzależnienia oraz w samego siebie, umożliwia analizę swoich kontaktów interpersonalnych, wspiera w poznawaniu i wzbogacaniu potencjalnych możliwości własnego rozwoju oraz daje wskazówki, w jaki sposób można osiągnąć trzeźwość. Trzeźwość rozumiana jest w AA znacznie szerzej niż sama abstynencja ponieważ obejmuje ona również zmieniony sposób myślenia, zachowania, odczuwania siebie i innych oraz dojrzałe a więc „trzeźwe” funkcjonowanie w życiu.

Cele sformułowane w „Dwunastu Krokach” realizowane są przez poszczególnych członków grup w sposób indywidualny i często odmienny, a „Kroki” proponują jedynie kolejność przeprowadzania analizy własnych doświadczeń i dokonywania zmian (51).

Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików wyznacza kierunek i etapy procesu zmiany. Jego przebieg jest bardzo zbliżony do procesu psychoterapii i podobnie jak ona umożliwia usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia i funkcjonowaniu społecznym.

O uniwersalności Programu Dwunastu Kroków świadczy fakt, że znalazł on szerokie zastosowanie w wielu innych grupach samopomocowych (ok. 200). Na świecie spotykają się m.in. grupy Anonimowych Narkomanów (Narcotics Anonymous – od 1947 r.), Anonimowych Hazardzistów (Gamblers Anonymous – od 1957 r.), Anonimowych Żarłoków/Obżartuchów (Overeaters Anonymous

– od 1960 r.), Anonimowych Osób z Problemami Emocjonalnymi (Emotions Anonymous – od 1971 r.), Anonimowych Dłużników (Debtors Anonymous – od 1968 r.), Anonimowych Lekomanów (Pills Anonymous – od 1975 r.), Anonimowych Kokainistów (Cocaine Anonymous – od 1982 r.), Anonimowych Pracoholików (Workaholics Anonymous – od 1983 r.), Anonimowych Nikotynistów (Nicotine Anonymous – od 1985 r.), Anonimowych Osób Chorych na Raka (Cancer Anonymous – od 1987 r.) czy chorych na cukrzycę (Diabetics Anonymous – od 1990 r.).

ZAKOŃCZENIE

Mam nadzieję, że uważne zapoznanie się z przedstawionymi wyżej informacjami przyczyni się do lepszego zrozumienia osób z problemem alkoholowym. Posiadanie podstawowej wiedzy oraz umiejętności niezbędnych do udzielania fachowej pomocy może uratować życie niejednemu pacjentowi.

W przypadku osób uzależnionych od alkoholu należy umieć wybrać odpowiednie miejsce do przeprowadzenia skutecznej i bezpiecznej detoksykacji, a następnie pokierować leczeniem zaburzeń somatycznych i psychicznych będących powikłaniem samego picia bądź uzależnienia od alkoholu. Niezmiernie ważne jest nawiązanie w tym czasie takiego kontaktu z pacjentem, aby dał się on nakłonić do odbycia wizyty w specjalistycznej placówce leczenia uzależnień bądź zwrócił się do grupy samopomocowej. Ze względu na towarzyszący alkoholizmowi wstyd korzystne jest czasami skierowanie pacjenta nawet do prywatnego gabinetu specjalisty terapii uzależnień (od 1999 roku odbywają się egzaminy i wydawane są certyfikaty specjalistów oraz instruktorów terapii uzależnień), w którym uzyska anonimową poradę, a następnie podejmie leczenie w programie terapeutycznym. Z moich doświadczeń wynika, że wielu pacjentów zastrzegających się, że są zainteresowani wyłącznie anonimowym i prywatnym leczeniem, w miarę nabywania wiedzy na temat choroby przestaje się jej wstydzić i decydują się na podjęcie leczenia w placówkach publicznej służby zdrowia w ramach ubezpieczenia społecznego.

Jednocześnie nie wolno zapominać o konieczności oceny rozmiaru szkód zdrowotnych u członków rodziny osoby uzależnionej (m.in. współuzależnienie, zaburzenia emocjonalne u dzieci czy tzw. zespół maltretowanego dziecka) i leczeniu stwierdzonych zaburzeń.

Każdy lekarz powinien zdawać sobie sprawę z tego, że jego stosunek do pacjenta może być podbarwiony także negatywnymi emocjami. Emocje te mogą wynikać zarówno ze złych doświadczeń osobistych jak i ze zbyt małej znajomości specyfiki uzależnień. Wówczas należy mieć świadomość, że udzielenie skutecznej pomocy osobie, która wyczuwa negatywny stosunek lekarza do siebie, jest bardzo trudne, a często wręcz niemożliwe.

Kolegom, którzy chcieliby poszerzyć swoją wiedzę na temat uzależnienia od alkoholu (i innych uzależnień) proponuję przeczytanie mojej najnowszej książki „Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu”, która została wydana w 2001 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Dział Wydawnictw: tel. 22 642-66-11 w. 404). □

Piśmiennictwo

1. VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa; 1995, 389.
2. Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość, Fundacja Biuro Służby Krajowej AA w Polsce, Warszawa 1998.
3. Babor T.F. et al.: AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care, World Health Organisation, Geneva.
4. Barker L.R., Burton J. R., Zieve P.D. eds., Principles of Ambulatory Medicine, ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991, 204-231.
5. 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.
6. Bien, T.H. et al.: Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88(3):315-336.
7. Buschbaum D.: Effectiveness of Treatment in General Medicine Patients with Drinking Problems. *Alcohol Health & Research World*; 1994, 18(2): 140-145.
8. Bush B. et al.: Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *American Journal of Medicine*; 1989, 321(7): 442-454.
9. 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.
10. 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.
11. Desoto C.B. et al.: Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 13(5): 693-697.
12. DSM-IV.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition American Psychiatric Association (1994), Washington DC.
13. Edwards G. et al.: Alcoholism: A controlled trial of „treatment” and „advice.” *Journal of Studies on Alcohol* 38(5):1004-1031.
14. Ehrig T. et al.: Alcohol and aldehyd dehydrogenase, *Alcohol & Alcohol*, 1990; 25 (2-3):105-116.
15. Ewing J.A., Rouse B. (1970): Identifying the „hidden” alcoholic. Presented at the 29 International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, NSW, Australia.
16. 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.
17. Feinman L.: Absorption and utilization of nutrients in alcoholism. *Alcohol Health & Research World* 1989, 13(3):207-210.
18. 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.
19. Fleming M.F. et al.: At-risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health* 88(1):90-93.
20. Garbutt J.C. et al.: Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence. *JAMA*, 281; 1318-1325.
21. 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., pp. 1998, 615-630.
22. Grant B.F. et al.: Epidemiology of alcoholic liver disease. *Seminars in Liver Disease* 8(1):12-25.
23. Grant, B.F. et al.: Empirical subtypes of DSM-III-R alcohol dependence: United States, 1988. *Drug and Alcohol Dependence* 30(1):75-84.
24. Habrat B.: Szkoły zdrowotne spowodowane alkoholem. Springer PWN, Warszawa; 1996, 96-99.
25. Jellinek E.M.: The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick 1960.
26. 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.
27. 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.
28. Kristenson H. et al.: (1983): 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* 7(2):203-209.
29. Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe, PZWL, Warszawa 1982.
30. 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.
31. Lieber C.S. et al.: Mechanisms for the interrelationship between alcohol and cancer. *Alcohol Health & Research World* 1986, 10(3):10-17, 48-50.
32. Mayfield D. et al.: The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *A. J. Psychiatry*; 1974, 131,10: 1121-1123.
33. Merikangas K.R., Gelernter C.S.: Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatric Clinics of North America* 1990, 13(4):613-632.
34. Meyer R.E.: Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry* 1989, 50(11):403-412.
35. 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.
36. O'Connor P.G., Schottenfeld R.S.: Patients with alcohol problems. *New England Journal of Medicine* 1998, 338(9):592-602.
37. Rubin, E.: How alcohol damages the body. *Alcohol Health & Research World* 1989, 13(4):322-327.
38. Rydon P. et al.: Detection of alcohol-related problems in general practice. *J. Stud. Alcohol*; 53(3):197-202.
39. Salaspuro M.: Biological State Markers of Alcohol Abuse. *Alcohol Health & Research World*; 1994, 18(2) ;132-135.
40. Schuckit M.A.: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986, 143(2):140-147.
41. Sullivan J.T. et al.: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar). *Br. J. Addictions*; 2 (84): 1353-1357.
42. Tarter R.E. et al.: Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetics perspective. *J. Stud. Alcohol*; 46 (4): 329-356.
43. Test rozpoznawania zaburzeń związanych z pićm alkoholu AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej (1994). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
44. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (1992). World Health Organization, Geneva, Feb. 2-6.
45. Urbano-Marquez A. et al.: The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. *New England Journal of Medicine* 320(7):409-415.
46. 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.
47. Wasilewski D. i wsp.: Praktyczne aspekty farmakologicznego leczenia uzależnienia od alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania* 13; 443-456.
48. WHO Expert Committee on Drug Dependence, Sixteenth Report (1969), Geneva.
49. World Health Organization (WHO) Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 86(7):948-955, 1996.
50. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.
51. Woronowicz B.: Historia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i terapeutyczne walory Programu Dwunastu Kroków, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1992, T 1, 2, s. 191-198. Alcohol problems in a Family Physicians Practice.