

STRESZCZENIA REFERATÓW  
OGÓLNOPOLSKIEJ  
KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ:

„SPECYFICZNI PACJENCI PROGRAMÓW  
PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ”  
Warszawa, 20-22.09.2005

**Organizatorzy:**

URZĄD MIASTA STOŁECZNEGO WARSZAWY  
Biuro Polityki Społecznej



Fundacja Centrum Konsultacji i Terapii ABSOLUT

## ALKOHOL W WIEKU PODESZŁYM

**Bohdan T. Woronowicz**

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,  
NZOZ Centrum Konsultacyjne AKMED w Warszawie

Demografowie przewidują, że w 2015 r. – 15%, a w 2020 r. – 19% polskiego społeczeństwa osiągnie wiek powyżej 65 lat. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz bardziej aktualna staje się ocena rozmiarów oraz skutków używania alkoholu przez osoby w wieku podeszłym. Zwiększenie populacji osób powyżej 65r.ż., przewidywane zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia psychiatryczne dla tych osób, mylenie przez lekarzy objawów wynikających z nadużywania alkoholu lub leków z objawami otępiennymi oraz duże koszty leczenia uzależnień – to niektóre czynniki przemawiające za koniecznością większego zainteresowania się problemami alkoholowymi i lekowymi wśród ludzi starszych.

Szkodliwe spożywanie alkoholu, nadużywanie leków, uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz objawy depresyjne to zaburzenia psychiczne bardzo często spotykane wśród osób w wieku podeszłym. Niestety, są one zbyt rzadko rozpoznawane przez lekarzy. Lekarze są bowiem skłonni przypisywać takie objawy, jak: zaburzenia poznawcze, niedożywienie, niepewny chód bądź częste upadki procesowi starzenia się i związanemu z tym zniedołężnieniu, natomiast na ogół nie wiążą ich z piciem szkodliwym, uzależnieniem od alkoholu lub nadużywaniem leków. Podobnie, wielu lekarzy uważa, że występowanie objawów depresyjnych jest jednym z przejawów starzenia się i nie traktuje ich jako zaburzenia, które należy leczyć.

W przypadku picia szkodliwego lub szkodliwego używania leków skuteczna może okazać się krótka interwencja. Leczenie uzależnienia w wieku podeszłym powinno różnić się nieco od leczenia osób młodszych, począwszy już od okresu przygotowywania do leczenia, tj. usuwania objawów abstynencyjnych. Z mojej praktyki zawodowej wynika jednak, że osoby w wieku podeszłym, które nie demonstrują nasilonych zaburzeń organicznych (np. głębokich zmian otępiennych lub charakterologicznych) mogą z powodzeniem uczestniczyć w oferowanych przez placówki lecznictwa odwykowego programach terapii. Osoby te dobrze reagują na leczenie uzależnienia szczególnie wówczas, kiedy w grupie terapeutycznej znajdują się jeszcze inne osoby w podobnym wieku. Wiele starszych osób znajduje też swoje miejsce we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików i w klubach abstynenta.

Niestety nie dysponujemy jeszcze w Polsce profesjonalnymi programami terapii ukierunkowanymi na osoby w wieku podeszłym i uwzględniającymi specyfikę tej populacji. Dlatego celem Konferencji jest zwrócenie uwagi pracowników lecznictwa odwykowego na konieczność uwzględniania w procesie terapii problemów specyficznych grup pacjentów, jaką jest m.in. populacja osób w wieku podeszłym oraz na potrzebę opracowania dla tych grup odpowiednich programów terapii.

1. Crome B.: *Alcohol problems in the older person*. J. Royal Soc. Med. 1997, 90, supl. 32, 16-22
2. Johnson I.: *Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research*. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2000, 15, 575-581.

3. Liberto J.G., Oslin D.W., Ruskin P.E.: *Alcoholism in older persons: A review of the literature*. Hosp. Community Psychiatry, 1992, 43, 975-984.

## OSOBY STARSZE I UZALEŻNIENIA

**Anna Maria Węgierek**

Węgierek Psychology Center, Chicago, USA

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez osoby starsze jest problemem, który niepokoi i zwiększa się z dnia na dzień. Ze statystyk amerykańskiej Addiction Medicine wynika, że w Stanach Zjednoczonych 6-11% przyjęć do szpitali ogólnych, 20% przyjęć do oddziałów psychiatrycznych i 16% interwencji w izbach przyjęć dotyczy osób powyżej 65 lat, a głównym powodem zgłoszenia się jest nadużywanie alkoholu (1). Przypuszcza się, że w r. 2030 uzależnienie od alkoholu wśród starszego pokolenia zwiększy się dwukrotnie (2).

Opracowano testy i kwestionariusze, które mogą być przydatne w diagnozowaniu uzależnienia i nadużywania alkoholu przez osoby starsze (3). Stwierdzane u osób uzależnienie dzieli się na wczesne i późne. O wczesnym uzależnieniu mówimy wówczas, kiedy problemy ujawniły się przed 60 r.ż. Uzależnienie późne, czyli „nowe uzależnienie”, dotyczy osób starszych po 60 r.ż., które zaczęły spożywać większe ilości alkoholu z chwilą przejścia na emeryturę lub rentę (4).

Autorka omawia fakty i mity związane z uzależnieniami u osób starszych, prezentuje kwestionariusze, które są używane w Stanach Zjednoczonych do diagnozowania nadużywania i uzależnienia od alkoholu u osób starszych, daje wskazówki diagnostyczne oraz omawia problemy związane z postawieniem właściwej diagnozy. Dodatkowo porusza problemy związane z diagnozowaniem depresji, otępienia i nerwicy u osób starszych.

1. *Elderly alcohol and substance abuse*. Addiction Med. 2005, 4.
2. Gunter T. D.: *Maximizing treatment of substance abuse in the elderly*. 2004.
3. Naik P.C., Jines R.G., Lilley, J.: *How we can detect sick elderly excessive drinkers?* 1995.
4. Fitzgerald J.L., Mulford H.A.: *Elderly vs. younger problem drinker „treatment” and recovery experiences*. Br. J. Addict. 1992, 87, 1281-1291.

## ODMIENNA ORIENTACJA SEKSUALNA A UZALEŻNIENIA

**J. Ryszard Romaniuk**

Mental Health Care Line, Substance Abuse Division Louis Stokes Cleveland,  
Department of Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, USA

Szacuje się, że do 10% populacji ludzkiej ma orientację seksualną skierowaną do tej samej płci. Coraz więcej danych wskazuje, że predyspozycje orientacji homoseksualnej kształtują się bardzo wcześnie w życiu człowieka, a przynajmniej część predyspozycji do homoseksualizmu może być uwarunkowana genetycznie (1).

Pomoc w problemach spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych u osób o odmiennym orientacji seksualnej jest trudna bez zrozumienia specyficznych cech osobowości

i środowiska tych osób. Celem referatu i warsztatu na tej konferencji jest przekazanie informacji dotyczącej problemów, z jakimi spotyka się osoba o odmiennej orientacji seksualnej podczas swojego życia. Od dzieciństwa, kiedy osoba o odmiennej orientacji seksualnej często przejawia cechy typowe dla płci przeciwnej, poprzez młodość, gdy normatywny wpływ środowiska na osobowość jest najsilniejszy, do dojrzałości, gdy osoba o odmiennej orientacji seksualnej podejmuje życiowe decyzje dotyczące zarówno jego samego, jak i jego najbliższych.

Występowanie problemów alkoholowych lub narkomanii wśród osób o odmiennej orientacji seksualnej jest trzykrotnie częstsze niż wśród większości heteroseksualnej, co tłumaczone jest m.in. życiem w przewlekłym stresie (2) i rolą alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w życiu społecznym mniejszości seksualnej, jaką stanowią osoby o odmiennej orientacji seksualnej. Dla wielu z nich alkohol jest wyzwoleniem z izolacji lub pomocą w budowaniu tożsamości bardziej akceptowanej społecznie (3).

Podczas zajęć prezentowane będą specyficzne problemy, które muszą być uwzględniane w terapii osób o odmiennej orientacji seksualnej. Przedstawiony zostanie model porównujący życie w ukryciu osoby o odmiennej orientacji seksualnej oraz funkcjonowanie w społecznej izolacji osoby uzależnionej. Większość technik terapeutycznych, takich jak terapia poznawcza lub egzystencjalna, bazuje na przedstawianiu rzeczywistości bez zakłamań i interpretacji reakcji emocjonalnych. Bez rozumienia rzeczywistości, w jakiej żyje osoba o odmiennej orientacji seksualnej, techniki te są mało wartościowe. Natomiast przy pełnym zrozumieniu uwarunkowań zdrowia psychicznego osób o odmiennej orientacji seksualnej, techniki te mogą okazać się skuteczne (3).

1. Mustanski B., Dupree M.G., Nievergelt C.M., Bockland S., Schork N.J., Hamer D.H.: *A genomewide scan of male sexual orientation*. Hum. Genet. 2005, 116, 272-278.
2. *Raport o dyskryminacji i nietolerancji ze względu na orientację seksualną w Polsce*. Stowarzyszenie Lambda, Warszawa 2003.
3. Cabaj R. P.: Gays, lesbians, and bisexuals. W: Lowinson, J.H. (red.): *Substance Abuse*. Lippincott Williams & Wilkins. 2005, 1129-1141.

## PODWÓJNA DIAGNOZA

**Anna Maria Węgierek**

Węgierek Psychology Center, Chicago, USA

Podwójna diagnoza jest rozumiana najczęściej jako współwystępowanie choroby psychicznej i uzależnienia bądź szkodliwego używania substancji psychoaktywnych. W ostatnich dwóch dekadach można zaobserwować wzmożone zainteresowanie badaczy i praktyków teoretycznymi aspektami podwójnej diagnozy, sposobami jej rozpoznawania oraz planowanie programów leczniczych.

Postawienie podwójnej diagnozy bywa kłopotliwe z wielu przyczyn. Jedną z najpoważniejszych przeszkód w postawieniu podwójnej diagnozy jest brak pewności, czy picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych jest sposobem „samoleczenia” choroby psychicznej i czy uzależnienia mogą powodować choroby psychiczne (1). Ważne jest także przygotowanie odpowiedniej strategii wywiadu w stosunku do osób, u których podejrzewa się istnienie podwójnej diagnozy (2).

Autorka omawia definicje podwójnej diagnozy, problemy związane z jej ewaluacją oraz inne problemy występujące w pracy z osobami z podwójną diagnozą, do których należą m.in.: brak odpowiednio przeszkolonych terapeutów pracujących w ośrodkach leczących uzależnienia oraz w szpitalach, brak programów specjalizujących się w podwójnej diagnozie, negatywizm i stereotypy związane z rozumieniem uzależnień i chorób psychicznych.

Ważnym elementem wykładu i warsztatów jest przedstawienie nowego narzędzia do badania podwójnej diagnozy tzw. Wskaźnika Podwójnej Diagnozy, który ułatwia ustalenie poprawnej diagnozy i planów leczenia.

1. Brown V.B., Ridgely M.S., Peppe B., Shifren Levine I., Ryglewicz H.: *The dual crisis: Mental illness and substance abuse – present and future directions*. Am. Psychol. 1989, 44, 565-569.
2. Evans K., Sullivan J.M.: *Dual Diagnosis* (2. wyd.) Guilford Press, New York 2001.

## ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO A UZALEŻNIENIA

**J. Ryszard Romaniuk**

Mental Health Care Line, Substance Abuse Division Louis Stokes Cleveland,  
Department of Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, USA

W chwilach zagrożenia, mechanizmy biologiczne pomagają w przygotowaniu się do walki lub do ucieczki. Układy nerwowy i hormonalny wpływają na krążenie i oddychanie w ten sposób, by systemy te były wydolne podczas wysiłku. W stresie zwiększa się aktywność osi PPN (podwzgórze – przysadka – nadnercza) i wydzielany jest hormon stresu – kortyzol, który zmienia metabolizm. Bywają jednak sytuacje, gdy zagrożenie jest zbyt duże, aby można było go uświadomić sobie i wypracować właściwą obronę. Zdarza się, że pomimo zagrożenia człowiek nie ma możliwości, aby odpowiednio zareagować. Zagrożenie może trwać długo: godzinami, miesiącami. Wtedy mechanizmy biologiczne mogą być niewystarczające. Uwolnione hormony po pewnym czasie mogą działać toksycznie na o.u.n.

W wyniku dużego stresu struktury nerwowe mogą wytworzyć patologiczne reakcje zwane zespołem stresu pourazowego (1, 2). Struktury te mogą być nadmiernie wrażliwe i reagować maksymalną mobilizacją w sytuacjach, w których występuje tylko słabe wspomnienie dawnego urazu. Mogą też prowadzić do wytłumienia doznań, tak aby nigdy więcej nie odczuć raz przeżytego lęku.

Zespół stresu pourazowego często występuje razem z innymi problemami zdrowia psychicznego. Najbardziej znane to: depresja, zespoły lękowe i uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Badania wskazują, że osoba, która miała problemy z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, jest bardziej narażona na powstanie objawów stresu pourazowego. Z kolei osoba, u której występują objawy stresu pourazowego, często sięga po alkohol i narkotyki.

Leczenie pacjentów z podwójną diagnozą, u których objawy stresu pourazowego i uzależnienia występują jednocześnie, ma pewne elementy wspólne i jest związane z uczeniem się zachowań przeciwdziałających nawrotom choroby (3). Przy zastosowaniu terapii poznawczej chory uczy się zmieniać swoje odczucia i zachowania w odpowiedzi na te same bodźce. Terapeuta prowadzi swojego pacjenta zarówno przez historię przeżytego urazu, jak i uczy

pacjenta zmieniać jego wyobrażenia. Dzięki takiemu leczeniu pacjent może odzyskać panowanie nad swoimi reakcjami emocjonalnymi.

1. Turlejska M.: Stres traumatyczny. *Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2002.
2. Butterfield M.I., Becker M.E.: *Posttraumatic stress disorder in women*. *Women's Mental Health*. 2002, 29, 151-170.
3. Stewart S.H.: *Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review*. *Psychol. Bull.* 1996, 120, 83-112.

## OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE A UZALEŻNIENIA

**Anna Maria Węgierek**

Węgierek Psychology Center, Chicago, USA

Niniejszy referat koncentruje się na uzależnieniach i szkodliwym używaniu substancji psychoaktywnych przez osoby niepełnosprawne (szczególnie głuchonieme), osoby z przewlekłymi bólami pleców oraz osoby po powypadkowym uszkodzeniu mózgu.

Podjęcie decyzji o rozpoczęciu programu terapeutycznego jest sprawą trudną dla większości uzależnionych, a trudności te narastają w przypadku osób głuchoniemych. Większość badań wskazuje, że osoby głuchonieme mają podobne ryzyko uzależnienia się, jak osoby słyszące (1). Jednym z programów pomocy osobom głuchoniemym, które mają problemy z uzależnieniami, jest Minnesota Chemical Dependency Program (1). Zwraca się uwagę na bariery, które powodują, że osoba głuchoniema nie leczy uzależnień, oraz na specyfikę objawów występujących u osób głuchoniemych nadużywających alkoholu. Podkreśla się problemy z komunikacją oraz specyficzne zadania terapeutów.

Bóle pleców nie tylko są bardzo rozpowszechnione, ale także wymagają długiego, a co za tym idzie, drogiego leczenia. Nadużywanie alkoholu jest częstym problemem, który wiąże się z podobnymi niebezpieczeństwami jak i sama niepełnosprawność związana z bólem pleców (2). Niejednokrotnie okazuje się, że problemem pacjenta przyjętego na leczenie odwykowe jest nie tylko picie alkoholu, ale także używanie środków przeciwbólowych, które są przepisywane m.in. przez lekarzy rodzinnych.

W Stanach Zjednoczonych ok. 400,000 osób jest zdiagnozowane jako osoby po urazie mózgu (3). Ok. 1-1,5 mln Amerykanów miało wypadek samochodowy, rowerowy, było ofiarą upadku lub pobicia (4). Urazy mózgu dotyczą osób w różnym wieku, natomiast uraz mózgu jest najczęstszą przyczyną zgonu osób do lat 45 (5). Większość wypadków ma miejsce po wypiciu alkoholu lub po użyciu narkotyków. Osoby, które doznały urazu czaszki, cierpią nie tylko fizycznie, ale mają również wiele problemów psychiatrycznych. Specyficzność problemów związanych z uzależnieniami u osób z urazami mózgu wymaga opracowania odpowiednich strategii i programów terapeutycznych.

1. Gutman D.: *Minnesota Chemical Dependency Program for Deaf and Hard of Hearing Individuals*. 2005.
2. Booker E.A., Haig A.J., Geisser M.E., Yamakawa K.: *Alcohol use self report in chronic back pain – relationships to psychosocial factors, function, performance, and medication use*. *Disabil. Rehabil.* 2003, 25, 1271-1277.

3. Abrams D., Baker L.T., Haffey W., Nelson H.: *The economics of return to work for survivors of the traumatic brain injury*. J. Head Trauma Rehab. 1993, 8, 59-76.
4. Sorenson S. B., Kraus J.F.: *Occurrence, severity and outcomes of brain injury*. J. Head Trauma Rehab. 1991, 6, 1-10.
5. Kreutzer J.S., Witol D., Marwitz J.H.: *Alcohol and drug use among young persons with traumatic brain injury*. J. Learn. Disabil. 1996, 29, 643-651

## DOROSŁE DZIECI ALKOHOLIKÓW W TERAPII UZALEŻNIEŃ

**J. Ryszard Romaniuk**

Mental Health Care Line, Substance Abuse Division Louis  
Stokes Cleveland, Department of Veterans Affairs Medical Center,  
Cleveland, USA

Wspólnota Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) powstała w drugiej połowie lat 70. XX w. Pierwszymi autorkami artykułów dotyczących problematyki DDA są Claudia Black, Stephanie Brown i Sharon Wegscheider. Znamienne, że problematyka stała się bardziej znana i bardziej zauważalna, kiedy została przedstawiona na spotkaniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Dzisiaj wiemy, że właśnie wśród uczestników Wspólnoty AA można spotkać najwięcej osób z problemami DDA.

Statystyki Gallupa podają, że w jednej trzeciej rodzin amerykańskich jest przynajmniej jedna osoba z problemem alkoholowym. Każdy członek takiej rodziny jest w jakimś stopniu dotknięty skutkami uzależnienia od alkoholu. Stwierdzono, że wśród pacjentów szpitali, zarówno oddziałów ogólnomedycznych, jak i psychiatrycznych, procent DDA jest znacznie większy niż w losowych próbach osób niezwiązanych z leczeniem.

Od lat istnieje konflikt między środowiskiem akademickim a osobami rozumiejącymi specyficzne problemy DDA. Środowisko akademickie stara się uzasadnić brak potrzeby tworzenia rozpoznania DDA. Z kolei wspólnota DDA i jej zwolennicy usiłują stworzyć warunki, w których osoba z zespołem cech DDA będzie mogła znaleźć zrozumienie i warunki do rozwoju zdrowej osobowości, bez piętna choroby psychicznej.

Osoby z DDA często żyją z poczuciem towarzyszącego im piętna i doświadczyli głębokiego urazu. Poczucie winy i wstydu oraz lęk i życie w społecznej izolacji to najczęstszy opis doznań DDA. Jednym z największych problemów DDA są trudności w ułożeniu sobie zdrowych relacji międzyludzkich. Utrudniają to takie cechy DDA, jak małe poczucie własnej wartości, impulsywność i szereg innych objawów psychopatologicznych (1,2). Leczenie DDA wiąże znane techniki terapeutyczne, takie jak terapia poznawcza, z korzystaniem z zasobów ofiarowywanych przez Wspólnotę DDA.

Naukowcy podejmują próby zobjektywizowania rozpoznania DDA starając się wykazać, że spis cech DDA (tzw.: *Laundry List*) wyróżnia DDA spośród osób, które nie są DDA. Wykazano również, że program zdrowienia proponowany przez Wspólnotę DDA jest równie skuteczny jak terapia profesjonalna (3).

1. Cujpers P., Langendoen Y., Bijl R.V.: *Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors*. Addiction. 1999, 94, 1489-1498.



2. Włodawiec B. *Nasilenie objawów psychopatologicznych dorosłych dzieci alkoholików*. Świat Problemów. 1997, nr 10, 21-23.
3. Kuhns, M.L.: *Treatment outcomes with adult children of alcoholics: depression*. Adv. Practice Nursing Quart. 1997, 3, 64-69.

## **SPECYFIKA LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH Z ZESPOŁEM DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW (DDA)**

**Agnieszka Litwa, Rajmund Janowski**  
Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień, Kraków

W Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień leczone są dwie grupy pacjentów uzależnionych od alkoholu z zespołem dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Są to osoby, które:

- a) w trakcie leczenia zespołu uzależnienia od alkoholu (ZUA) ujawniają w wywiadzie klinicznym pochodzenie z rodziny z problemem alkoholowym,
- b) zgłaszają się z problemem DDA i w trakcie diagnozy okazuje się, że są uzależnione od alkoholu.

Pierwsza grupa pacjentów poddawana jest podstawowej terapii uzależnienia, po której zespół terapeutyczny podejmuje decyzję co do konieczności kontynuowania przez daną osobę programu pogłębionego w 9-miesięcznej grupie terapeutycznej. Praca nad osobistymi problemami pacjentów zwykle okazuje się wystarczająca i pacjent kończy leczenie. W innym przypadku wymagamy co najmniej dwuletniego okresu trzeźwienia oraz monitorowania PMU w trakcie psychoterapii DDA.

Druga grupa pacjentów stanowi ok. 10% zgłaszających się pacjentów DDA. Stwierdzenie zespołu uzależnienia następuje najczęściej w trakcie:

- 1) wstępnej diagnozy,
- 2) rozpoznania zespołu DDA,
- 3) psychoterapii DDA.

Ad 1. Wywiad wstępny osoby zgłaszającej się pod kątem identyfikacji zespołu DDA obejmuje badanie stosunku do używania środków psychoaktywnych. Jednak biorąc pod uwagę siłę działania PMU, szczególnie systemu iluzji i zaprzeczeń, nie zawsze jest możliwe rozpoznanie uzależnienia.

Ad 2. Diagnoza zakresu zespołu DDA zawiera konkretne narzędzia do weryfikacji hipotezy ZUA. Są to m.in. skale dodatkowe testu MMPI 2 (AAS, APS, MAC-R), analiza „Listy cech DDA” w części dotyczącej nałogów i przymusowych czynności oraz wywiad kliniczny. Często proponujemy napisanie historii swoich kontaktów z alkoholem, udział w psychoedukacji dla osób uzależnionych, uczestnictwo w mityngach AA. W przypadku potwierdzenia rozpoznania motywujemy pacjenta do leczenia uzależnienia. Proces ten bywa utrudniony w porównaniu z pacjentami z uzależnieniowym kontekstem skierowania poprzez brak kryzysu z powodu picia, nasilony wstyd i poczucie winy na skutek porównania z doświadczeniami rodzinnymi.

Ad 3. Koncentracja na problemie DDA wzmocniona systemem iluzji i zaprzeczeń u części pacjentów jest tak znaczna, że niemożliwe jest stwierdzenie problemu alkoholowego przed podjęciem psychoterapii. Sygnałem do zweryfikowania rozpoznania w kierunku ZUA mogą być problemy w kontakcie z uczuciami (odcinanie się, zmienność na-



stroju, nadmierne reagowanie), słaby wgląd, manipulowanie grupą, upijanie się między sesjami. Zmiana celu terapii i przeorganizowanie jej programu są wtedy trudne, ale niezbędne.

1. Dodziuk A.: *Wstyd*. Inst. Psychol. Zdrowia PTP, Warszawa 1999, 53-66.
2. Kucharski T., Gomuła J.: *Wprowadzenie do kwestionariusza MMPI-2*. Toruń 1998.
3. Wegscheider-Cruse S.: *Nowa szansa*. Inst. Psychol. Zdrowia PTP, Warszawa 2000, 235-239.

## LECZENIE PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU I NIKOTYNY

**Jolanta Ryniak<sup>1</sup>, Barbara Bętkowska-Korpała<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>NZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień

<sup>2</sup>Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii  
Collegium Medicum UJ

Problem jednoczesnego uzależnienia od alkoholu i nikotyny jest powszechny wśród pacjentów placówek lecznictwa odwykowego. Picie alkoholu i palenie tytoniu są zachowaniami antyzdrowotnymi. W etiologii i rozwoju różnych chorób somatycznych używanie tych substancji ma podstawowe znaczenie. Szkody wynikające z czynnego uzależnienia ujawniają się w kontekście indywidualnym oraz społecznym. Przynoszą straty w obszarach zdrowia osoby, jej kontaktów z otoczeniem, efektywności w pracy itp. Wpływają w negatywny sposób na prawidłowe funkcjonowanie rodziny. Ponieważ u podłoża obu tych uzależnień leżą czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne, celowe wydaje się kompleksowe leczenie uzależnienia od alkoholu i nikotyny.

Podstawą skutecznej pomocy osobom uzależnionym od alkoholu i nikotyny jest dążenie do uzyskania całkowitej abstynencji od wszelkich środków psychoaktywnych już od najwcześniejszych etapów terapii. Psychologiczne mechanizmy uzależnienia w obu tych zaburzeniach mają taką samą specyfikę. Dlatego skuteczna psychoterapia uzależnienia od alkoholu nie jest możliwa, gdy pacjent przy pomocy nikotyny nieustannie reguluje swoje stany emocjonalne lub zaprzecza oczywistemu faktowi szkodliwości palenia.

Prezentowana terapia psychologiczna współwystępujących uzależnień, trwająca 2 miesiące, wykorzystuje ramy koncepcji behawioralno-poznawczych. Może być ona wpisana w program leczenia zespołów uzależnienia od alkoholu na różnych etapach leczenia lub też w programy terapeutyczne dla osób współuzależnionych palących. Leczenie rozpoczyna diagnoza nozologiczna i problemowa, której konsekwencją jest określenie celów terapii i dobór metod leczenia. Proces terapii ukierunkowany jest na budowanie i wzmacnianie wewnętrznej motywacji do zaprzestania palenia, uczenie identyfikowania przez pacjentów mechanizmów uzależnienia, poznawanie metod radzenia sobie z głodem nikotynowym oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie z nawrotami. Celem terapii jest całkowite zaprzestanie palenia, wdrażanie zdrowego stylu życia, który uwzględni rezygnację z wszelkich środków psychoaktywnych oraz wzmacnianie potrzeby dalszego rozwoju osobistego. Jest to zadanie trudne wobec osób uzależnionych od alkoholu i nikotyny, ale jak wskazuje doświadczenie, możliwe.

1. Zatoński W. (red.): *Materiały szkoleniowe: Leczenie uzależnienia od tytoniu*. Warszawa 3.06.2003.
2. Drobos D.J.: *Cuncurrent alcohol and tobacco dependence*. Mechanisms and treatment. *Alcohol Res. Health*, 2002, 2, 136-141.
3. Światowa Organizacja Zdrowia. *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia*. Warszawa 2003, 98-140, 171-174, 214-214.