

Jerzy Mellibruda

Rok:

Wydawnictwo:

Miejsce wydania:

Szczególną rolę w rozpoczęciu naukowych badań nad problemami alkoholowymi przypisuje się rozpoczętej w 1943 roku na uniwersytecie w Yale i zainicjowanej przez E.M. Jellinka tradycji organizowania Letniej Szkoły Badań Nad Alkoholem. Opublikowane w 1945 roku dzieło pt. "Alkohol, Nauka i Społeczeństwo" zawierające tekst 29 wykładów wybitnych specjalistów w tej dziedzinie i zapis dyskusji nad nimi w czasie Letniej Szkoły 1944, wytyczyło kierunki poszukiwań empirycznych i teoretycznych na następne dziesięciolecia. Aktualnie koncentrują się one wokół pięciu podstawowych tematów:

- rozpowszechnienie picia alkoholu oraz natura problemów spowodowanych pićm alkoholu;
- przyczyny nadużywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu;
- konsekwencje picia, nadużywania i uzależnienia od alkoholu;
- zapobieganie problemom związanym z nadużywaniem alkoholu;
- leczenie uzależnienia od alkoholu i rozwiązywanie problemów spowodowanych pićm.

Większość badań i koncepcji teoretycznych związana jest bądź z biomedyczną perspektywą analizy związków między alkoholem a funkcjonowaniem organizmu bądź ze społeczno-kulturowymi i ekonomicznymi aspektami picia alkoholu. W dziedzinach tych prowadzono zdumiewająco dużą ilość badań i zgromadzono ogromną ilość wiedzy. Na tym tle możemy zobaczyć stosunkowo niewielką dynamikę poszukiwań intelektualnych i empirycznych dotyczących terapii uzależnienia i procesu zdrowienia z tej choroby.

Mamy tu do czynienia ze szczególnym paradoksem. Z jednej strony od wielu lat istnieje dość duża zgodność co do tezy, że główny ciężar skutecznej terapii osób uzależnionych spoczywa na oddziaływaniach psychospołecznych oraz, że oddziaływania biochemiczne mogą odgrywać tylko pomocniczą rolę. Z drugiej strony, zdecydowana większość wysiłków badawczych i nakładów finansowych na badania związana jest z poszukiwaniami na płaszczyźnie biochemicznej i genetycznej. Warto jednocześnie podkreślić, że głównym uzasadnieniem ogromnych i kosztownych wysiłków badawczych jest nadzieja na znalezienia skutecznych sposobów zmniejszania szkód spowodowanych uzależnieniem.

Tysiące naukowców i setki ośrodków badawczych na całym świecie zajmuje się

gromadzeniem wiedzy dotyczącej wskazanych powyżej tematów. W USA co trzy lata kilkuset badaczy przygotowuje specjalne raporty dla Kongresu zawierające podsumowanie wyników specjalistycznych i podstawowych badań naukowych w tej dziedzinie. Tu nie będziemy jednak przedstawiać szczegółów tych badań i wniosków z nich wynikających ponieważ wykraczałoby zdecydowanie poza przyjęte ramy tej pracy.

Pragniemy przedstawić natomiast wybrane przykłady interesujących z naszego punktu widzenia poszukiwań teoretycznych i klinicznych w zakresie opisywania natury uzależnienia i budowania metod terapeutycznych. Nie będzie to przegląd wyczerpujący i systematyczny, ponieważ podstawowym zadaniem autorów jest przedstawienie w następnych częściach książki własnej koncepcji uzależnienia i psychoterapii.

Klasyczna koncepcja alkoholizmu jako choroby

Badaczem, który w drugiej połowie XX wieku wywarł bardzo duży wpływ na sposób myślenia o uzależnieniu od alkoholu i na praktykę kliniczną, był E.M. Jellinek. Odegrał on ogromną rolę w upowszechnieniu przekonania, że alkoholizm jest chorobą taką jak rak, cukrzyca, czy gruźlica. Warto pamiętać, że Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne dopiero w 1956 roku podjęło decyzję o formalnym zaklasyfikowaniu alkoholizmu jako choroby, gdyż poprzednio był on uznany jako zaburzenie moralne.

Zdaniem Jellinka, o chorobowym charakterze alkoholizmu świadczyło występowanie takich zjawisk jak utrata kontroli pacjenta nad pićm, specyficzna progresja objawów chorobowych oraz fakt, że w przypadku pozostawienia pacjenta bez leczenia jego choroba zakończy się przedwczesną śmiercią.

Fazy rozwoju alkoholizmu

W jednej ze swych wcześniejszych prac Jellinek przedstawił koncepcję kolejnych faz progresywnego rozwoju procesu chorobowego (Jellinek, 1952):

Faza pierwsza, nazywana **prealkoholiczną fazą objawową**, zaczyna się od konwencjonalnego stylu picia. Zdaniem Jellinka jednak, potencjalny kandydat na przyszłego alkoholika, częściej lub szybciej niż inni, zaczyna odkrywać atrakcyjność alkoholu jako środka dostarczającego nie tylko przyjemności, ale i uśmierzającego różne przykre stany emocjonalne. Doznawana w takich momentach ulga i satysfakcja jest znacznie większa niż u innych pijących, ponieważ osoba ta doświadcza silniejszych napięć emocjonalnych i przykrości lub dysponuje mniejszymi zdolnościami do radzenia sobie z nimi. Na początku korzysta z alkoholu jako środka uśmierzającego tylko okazjonalnie, ale następnie zaczyna poszukiwać tego coraz częściej. Jej odporność na sytuacje stresowe i zdolność do radzenia sobie z napięciem bez alkoholu maleje, co prowadzi do codziennego picia. W tej fazie stopniowo zaczyna wzrastać jej tolerancja na alkohol, ponieważ dla uzyskania pożądanego stanu ukojenia potrzebne są coraz większe dawki alkoholu.

Faza druga nazywana **zwiastunową**, zaczyna się wg Jellinka na ogół od nagłego i niewyjaśnionego doświadczenia polegającego na tym, że człowiek nie tracąc przytomności, nie może jednak przypomnieć sobie swojego postępowania oraz okoliczności związanych z

wypiciem. Takie epizody zaczynają się powtarzać i dzieje się to często pod wpływem niewielkich dawek alkoholu. Nazywa się to "przerwą w życiorysie", "zerwaniem się filmu" lub bardziej fachowo *palimpsestem alkoholowym*.

Zaburzenia pamięci związane z piciem mogą również występować u osób, u których nie rozwija się proces uzależnienia, pod wpływem dużych ilości alkoholu oraz w stanach wyczerpania fizycznego lub psychicznego. Diagnostyczne dla procesu uzależniania się jest powtarzanie się takich epizodów oraz fakty pojawiania się ich pod wpływem stosunkowo małych dawek alkoholu.

W dalszym przebiegu tej fazy człowiek zaczyna coraz bardziej koncentrować się na alkoholu, pić po kryjomu, łączyć, tworzyć specjalne okazje do wypicia, a także rozpoznawać, że coś się zmieniło w jego sposobie używania alkoholu.

W fazie trzeciej, krytycznej, w pełni występuje już zjawisko utraty kontroli, gdy człowiek zacznie pić, nie zatrzymuje się już, aż osiągnie stan upojenia. Pojawia się w nim bardzo silne pragnienie alkoholu odczuwane jako przymus fizyczny i często jest określane jako "głód alkoholowy". Mimo tego może się jeszcze utrzymywać zdolność do okresowego powstrzymywania się od wypicia pierwszego kieliszka. W fazie tej rozwija się już bardzo szeroki zestaw objawów uzależnienia. Należą do nich przede wszystkim: samooszukiwanie i tworzenie racjonalnych uzasadnień dla picia, postawy wielkościowe i odizolowanie od otoczenia, zmienianie wzorów picia w celu utrzymywania nad nim kontroli, poważne zaniedbywanie pracy i kontaktów z bliskimi osobami, koncentracja życia wokół picia i utrata innych zainteresowań, zabezpieczanie zapasów alkoholu, zaniedbywanie jedzenia, obniżenie popędu seksualnego i epizody zazdrości alkoholowej, konieczność stałego uzupełniania stężenia alkoholu w organizmie.

Faza czwarta, chroniczna, pojawia się z okresami wielodniowej intoksykacji, tzw. "ciągami picia". Przynoszą one rozpad zasad moralnych, poważne uszkodzenia procesów myślenia i zdolności do oceny faktów. U części alkoholików (zdaniem Jellinka u około 10%), w tym czasie mogą pojawiać się psychozy alkoholowe. Pojawiają się epizody picia alkoholi niekonsumpcyjnych oraz zmniejszenie tolerancji na alkohol. Coraz częściej występują stany bezprzedmiotowego lęku oraz drżenie i wyraźne obniżenie sprawności motorycznej.

Powyższy opis kolejnych etapów procesu uzależnienia określa jedynie typowy przebieg tej choroby i w wielu konkretnych przypadkach można obserwować nieco inny wzór patologizacji funkcjonowania uzależniającej się osoby.

Typologia alkoholików

W 1969 roku Jellinek przedstawił już całościowy model teoretyczny alkoholizmu podkreślając fakt, że z powodu tej choroby alkoholik jest niezdolny do sprawowania kontroli nad swym piciem, czyli do trafnego przewidywania jak dużo i kiedy wypije alkoholu. Ważnym elementem jego modelu była wiedza o typowych odmianach choroby. Chyba najbardziej znanym fragmentem koncepcji Jellinka jest historyczna już typologia, w której wyróżnił przy pomocy liter greckiego alfabetu pięć rodzajów alkoholizmu.

Alkoholizm typu Alfa - zdaniem Jellinka jest to uzależnienie od alkoholu oparte wyłącznie

na czynnikach psychologicznych. Występuje u osób o niskiej tolerancji na frustrację lub braku zdolności radzenia sobie z napięciem i stresem. Używają one alkoholu przede wszystkim po to, by dodać sobie odwagi, odseparować się od rzeczywistości, uśmierzyć cierpienia fizyczne lub psychiczne. Piją zbyt wiele i w nieodpowiednich okolicznościach, co staje się powodem poważnych kłopotów życiowych. Zdaniem Jellinka, na ogół nie występuje tu silna progresja i brak widocznych objawów abstynencyjnych. W jego pracach można odczytać wątpliwości czy alkoholizm tego typu zasługuje w pełni na nazwę choroby. Z badań amerykańskich wynikało, że ten typ alkoholizmu występuje u około 10-15% członków AA. Typ Alfa może przekształcić się - zdaniem Jellinka - w typ Gamma, ale może również utrzymywać się 30 lub 40 lat bez większych przemian.

Alkoholizm typu Beta - ten typ pacjenta wg Jellinka charakteryzuje się uzależnieniem od alkoholu opartym przede wszystkim na czynnikach społecznych i nie jest w zasadzie związany z uzależnieniem psychologicznym lub fizjologicznym. Najczęstsze problemy dotyczą tu somatycznych konsekwencji nadmiernego picia, takich jak: niedożywienie, marskość wątroby i uszkodzenia przewodu pokarmowego. Podstawowe przyczyny ich picia związane są z wpływem sytuacji społecznych, obyczajów i norm środowiskowych. Rzadko trafiają do AA i placówek odwykowych, ale często są pacjentami internistów. Zarówno u alkoholików typu Alfa i Beta występuje zjawisko utraty kontroli, ale nie osiąga pełnych rozmiarów.

Alkoholizm typu Gamma - zdaniem Jellinka jest to chroniczny i progresywny rodzaj alkoholizmu, uznany za najbardziej typową formę tej choroby. Zazwyczaj rozpoczyna się od fazy uzależnienia psychologicznego i stopniowo postępuje, aż do wytworzenia się uzależnienia fizjologicznego. Można tu zaobserwować stopniową utratę zdolności do kontrolowania ilości wypijanego alkoholu, ale, z wyjątkiem bardzo zaawansowanych faz choroby, osoba taka zachowuje w pewnym stopniu zdolność do decydowania o momencie, w którym zacznie picie po przerwie. Natomiast, gdy już zacznie pić, jej zdolność do powstrzymywania się bardzo szybko zanika. Postępom choroby towarzyszy na ogół zwiększanie się tolerancji, aż do osiągnięcia w fazie środkowej odpowiednio wysokiego poziomu. W tym okresie, po przerwaniu kontaktu z alkoholem, u osób tych obserwuje się zjawisko trzęsienia się i drżenia. W fazie późniejszej objawy abstynencyjne osiągają poważniejsze rozmiary, a tolerancja spada poniżej wstępnego poziomu, tak że objawy zatrucia mogą występować już po niewielkiej dawce alkoholu.

Zdaniem Jellinka w tej odmianie alkoholizmu występuje nabyta tolerancja tkanki na alkohol, przystosowanie metabolizmu komórkowego do alkoholu, uzależnienie fizyczne i utrata kontroli.

Jellinek zbadał 2000 uczestników wspólnoty AA i u większości zaobserwował ten typ alkoholizmu. Później zwrócił też uwagę, że AA w bardzo sugestywny i skuteczny sposób kreowało ten wzór alkoholizmu jako najbardziej typową, a nawet jako jedynie prawdziwą formę alkoholizmu. Mimo ogromnego uznania dla AA, wielokrotnie ostrzegał, by nie poddawać się złudzeniu, że tylko osoby o typie Gamma są prawdziwymi alkoholikami.

Alkoholizm typu Delta - alkoholik tego typu może jeszcze kontrolować ilość wypijanego alkoholu, ale nie jest zdolny do powstrzymywania się od picia. W przeciwieństwie do typu

Gamma osoba z typem Delta nie może przerywać picia na krótki okres, bez pojawienia się objawów abstynencyjnych. Oprócz tego, zdaniem Jellinka, przejawia zwiększoną tolerancję, przystosowanie metabolizmu i objawy abstynencyjne. Ten typ alkoholizmu występuje najczęściej w krajach lub w środowiskach, w których ludzie piją w sposób ciągły niskoprocentowe trunki, ułatwiające utrzymywanie się całymi latami stałego poziomu alkoholu we krwi, bez obecności wyraźnych objawów intoksykacji. Nasilenie się uszkodzeń zdrowotnych, psychologicznych i społecznych dokonuje się w sposób powolny i prawie nierozpoznawalny.

Alkoholizm typu Epsilon - jest to forma upijania się okresowego osoby, która potrafi bez trudu powstrzymać się od picia przez dłuższy czas (nawet przez rok) i nie doświadczać wtedy silnego pragnienia alkoholu. W pewnym jednak momencie zaczyna pić bardzo intensywnie, aż do momentu osiągnięcia stanu całkowitego oszołomienia i stuporu. Ta odmiana alkoholizmu jest nazywana często *dipsomanią* i nadal jej mechanizmy pozostają mało rozpoznawane.

Alkoholikami Jellinek nazywa tylko tych, u których występują wzorce typu Gamma, Delta i Epsilon, ale podkreśla, że jest to wyraźnie arbitralne rozstrzygnięcie i wspomina o istnieniu wielu innych, niezdefiniowanych odmian tego zaburzenia. Podkreśla również, że osoby z typem Alfa i Beta także są chore (Jellinek, 1960). Niektórzy badacze do tej klasyfikacji dodają jeszcze alkoholizm **typu Zeta**, rozpoznawany u osób, które dokonują aktów przemocy pod wpływem alkoholu, co odpowiada w przybliżeniu staremu terminowi psychiatrycznemu - *patologiczna intoksykacja*

Diagnozowanie alkoholizmu

Kontynuując podejście zaproponowane przez Jellinka, Amerykańska Narodowa Rada Alkoholizmu (1976) posługuje się terminem "alkoholizm" i określa go jako chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną chorobę. Charakteryzuje się ona tolerancją i uzależnieniem fizycznym i/lub patologicznymi zmianami organów jako bezpośrednimi lub pośrednimi konsekwencjami przyjętego alkoholu. W definicji tej:

- określenie "chroniczna i postępująca" oznacza, że pojawiające się zmiany fizyczne, emocjonalne i społeczne sumują się i powiększają wraz z kontynuowaniem picia;
- określenie "tolerancja" oznacza adaptację mózgu do obecności wysokiej koncentracji alkoholu;
- określenie "uzależnienie fizyczne" oznacza, że po zmniejszeniu lub przerwaniu konsumpcji alkoholu występują objawy abstynencyjne.

Autorzy zakładają, że rozpoznanie alkoholizmu oznacza, iż osoba nie może w sposób wiarygodny przewidzieć w żadnej sytuacji czasu trwania picia oraz ilości alkoholu, który wypije, a patologiczne zmiany organiczne mogą być wykryte w prawie każdym organie, ale najczęściej ujawniają się w wątrobie, mózgu, obwodowym układzie nerwowym i w przewodzie pokarmowo-wydalniczym. Przyjmuje się tu również, że objawy społeczne, emocjonalne i behawioralne konsekwencje alkoholizmu wynikają z wpływu, jaki alkohol wywiera na

funkcjonowanie mózgu. Natomiast od norm kulturowych lub grupowych zależy jaki poziom i natężenie tych objawów będzie potraktowane jako dewiacyjne.

Wynikające z tej definicji wskazówki określają dwie podstawowe ścieżki diagnostyczne. Ścieżka pierwsza obejmuje zjawiska fizjologiczne i kliniczne. Ścieżka druga wskazuje na zjawiska psychologiczne związane z zachowaniem i postawami pacjenta. Na każdej ścieżce można rozpoznawać kryteria podstawowe i kryteria uzupełniające.

Oprócz tego wprowadzono stopniowanie istotności każdego objawu i ustalono trzy poziomy diagnostyczne. Poziom 1 oznacza najwyższy stopień istotności, a poziom 3 wskazuje objawy najmniej istotne dla rozpoznania uzależnienia. Dla rozpoznania alkoholizmu, zdaniem autorów, wystarczy stwierdzenie obecności jednego lub więcej podstawowych kryteriów na pierwszym poziomie diagnostycznym lub kilku kryteriów uzupełniających na obu ścieżkach. Diagnozując, w oparciu o podstawowe kryterium na jednej ścieżce, powinno się również dokonać uważnego przeglądu kryteriów z pozostałej ścieżki. Należy uważać, by mimo dość szczegółowych i systematycznych wskazówek diagnostycznych nie diagnozować mechanicznie. Przy kierowaniu się kryteriami uzupełniającymi należy potwierdzać je na obu ścieżkach.

Kryteria podstawowe określono w następujący sposób:

Ścieżka pierwsza: fizjologiczno- kliniczna

A. Uzależnienie fizjologiczne

Wszystkie kryteria na tej ścieżce zaliczono do pierwszego poziomu istotności diagnostycznej.

1. Zespół abstynencyjny występujący w następstwie przerwania lub zmniejszenia ilości zazywanego alkoholu, bez zastąpienia go inną substancją uśmierzającą. Należy jednak pamiętać, że nadużywanie innych środków uśmierzających może tworzyć podobne objawy abstynencyjne, które powinny być odróżniane od alkoholowego zespołu abstynencyjnego, którego objawy są następujące:

1. grube drżenie mięśniowe (odróżniane od drżenia wywołanego innymi przyczynami),
2. halucynoza (omamica) alkoholowa (odróżniana od halucynacji występujących w schizofrenii lub w innych psychozach),
3. abstynencyjne napady drgawkowe (odróżniane od padaczki i innych typów drgawek),
4. delirium tremens - majaczenie alkoholowe (zazwyczaj występuje pomiędzy pierwszym i trzecim dniem po odstawieniu alkoholu i w niewielkim stopniu obejmuje drżenie, dezorientację i halucynacje).

5. Obecność tolerancji na efekty alkoholu (może to być również obniżenie poprzednio wysokiego poziomu tolerancji).

1. niewystępowanie widocznych oznak zatrucia przy obecności alkoholu we krwi na

poziomie 150mg/dl,

2. Konsumpcja 0,75 l wódki lub odpowiednika tej ilości alkoholu w postaci piwa lub wina, przez więcej niż jeden dzień, przez osobę o wadze około 80 kg.

3. Okresy alkoholowych zaburzeń pamięci (odróżniane diagnostycznie od psychologicznych stanów zniekształceń pamięciowych i od napadów psychomotorycznych). Kryterium to umieszczono na 2 poziomie istotności.

B. Zjawiska kliniczne

Są to podstawowe choroby związane z alkoholem, których rozpoznanie sugeruje obecność uzależnienia. Wymaga to jednak stwierdzenia obecności innych, fizjologicznych i psychologicznych objawów uzależnienia. Na pierwszym poziomie istotności umieszczono tu alkoholowe zapalenie wątroby i alkoholowe zwyrodnienie mózgowe. Na drugim poziomie istotności znalazło się zwyrodnienie tłuszczowe, marskość wątroby Laennecca, zapalenie trzustki nie spowodowane kamicią pęcherzyka żółciowego, syndrom Wernicka - Korsakowa, zwyrodnienie mózgowe przy nieobecności choroby Alzheimera lub arteriosklerozy, alkoholowa myopatia oraz polineuropatia obwodowa.

Ścieżka druga: psychologiczna

Autorzy zwracają uwagę, że wszystkie utrwalone i chroniczne czynniki tworzące uzależnienie psychologiczne występują w dynamicznych powiązaniach z intrapsychicznymi i interpersonalnymi skutkami picia. Alkoholizm wywiera istotny wpływ na charakter i życie rodzinne. Podobnie jak inne chroniczne i nawracające choroby, alkoholizm powoduje uszkodzenia zawodowe, społeczne i biologiczne. Dlatego uszkodzenia te muszą stać się przedmiotem analizy i być uwzględnione przy określaniu wzoru alkoholizmu specyficznego dla danej jednostki. Następujące wzory zachowań wskazują na wytworzenie się psychologicznego uzależnienia od alkoholu:

1. Picie pomimo wyraźnych przeciwwskazań medycznych znanych pacjentowi (pierwszy poziom istotności).

2. Picie pomimo silnych i rozpoznawalnych przeciwwskazań społecznych - utrata pracy z powodu upijania się, rozpad małżeństwa, naruszenia prawa, prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwym, itd. (pierwszy poziom istotności).

3. Subiektywne poczucie utraty kontroli nad konsumpcją alkoholu (drugi poziom istotności diagnostycznej).

Przedstawiona powyżej koncepcja diagnostyczna zaleca również oddzielenie alkoholizmu podstawowego lub pierwotnego od alkoholizmu wtórnego lub objawowego. Alkohol jako substancja psychoaktywna może być okresowo używany do maskowania lub łagodzenia

objawów psychiatrycznych lub zaburzeń sytuacyjnych. Może to często naśladować początkowe fazy alkoholizmu i być trudne do odróżnienia. Dlatego, niezależnie od diagnozy alkoholizmu, wskazana jest diagnoza psychiatryczna, która powinna być przeprowadzona dopiero po usunięciu objawów abstynencyjnych.

Współczesne kryteria uzależnienia

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca rezygnowanie z posługiwania się terminem "alkoholizm" i proponuje zastąpienie go określeniem "uzależnienie od substancji typu alkoholowego" (*alcohol-type drug dependence*). Stosownie do tej propozycji o istnieniu uzależnienia można wnioskować wówczas, gdy konsumpcja alkoholu przez jednostkę przekracza granice akceptowane przez jej kulturę lub odbywa się w okolicznościach uznawanych w danej kulturze za niewłaściwe, a także, gdy spożycie alkoholu staje się tak duże, że uszkadza zdrowie lub kontakty społeczne.

Inna definicja uzależnienia proponowana przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia określa je jako "psychiczny, a czasem również fizyczny stan spowodowany przez interakcję żywego organizmu z substancją chemiczną, charakteryzujący się specyficznymi reakcjami, które zawsze obejmują wewnętrzny przymus (*compulsion*) do zażywania tej substancji, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczania efektów psychicznych, a czasem w celu unikania przykrości wynikających z braku tej substancji - tolerancja na te substancje może, ale nie musi występować w obrębie tego stanu".

Od kilkunastu lat postuluje się również traktowanie alkoholizmu jako syndromu czy też zespołu uzależnienia od alkoholu (*alcohol dependence syndrom*), na który składa się siedem podstawowych elementów (Edwards 1976, 1986):

- zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem,
- nasilenie ważności zachowań związanych z poszukiwaniem alkoholu,
- zwiększenie tolerancji na alkohol,
- powtarzające się objawy abstynencyjne,
- uśmierzanie lub unikanie objawów abstynencyjnych,
- subiektywna świadomość przymusu picia,
- nawroty aktywności syndromu po okresach abstynencji.

Nie wszystkie elementy syndromu muszą występować równocześnie. Badania analizujące związki między zjawiskami wchodzącymi w skład tego syndromu, a innymi szkodami i problemami występującymi u osób pijących destrukcyjnie, wskazują na konieczność posługiwania się dwoma odmiennymi wymiarami czy perspektywami diagnostycznymi. Jeden z tych wymiarów powinien służyć do diagnozy samego uzależnienia a drugi do charakterystyki

różnego rodzaju uszkodzeń i niesprawności związanych z używaniem alkoholu.

Amerykański podręcznik diagnostyki DSM-IV wyróżnia dwie formy destrukcyjnego zażywania alkoholu - nadużywanie alkoholu (*alcohol abuse*) i uzależnienie od alkoholu (*alcohol dependence*

). Nadużywanie alkoholu obejmuje:

- patologiczny wzór zażywania alkoholu przez okres co najmniej miesiąca, który powoduje
- uszkodzenie funkcjonowania społecznego lub zawodowego.

Natomiast uzależnienie od alkoholu obejmuje:

- patologiczny wzór zażywania alkoholu przez okres co najmniej miesiąca i/lub
- uszkodzenia funkcjonowania społecznego lub zawodowego spowodowane piciem oraz
- tolerancję i
- objawy abstynencyjne.

Przy budowaniu tych kryteriów uzależnienia od alkoholu wskazywano na następujące zjawiska:

1. Do patologicznego wzoru zażywania zalicza się:
 - potrzebę regularnego picia w celu adekwatnego funkcjonowania,
 - poważne ograniczenie zdolności do zredukowania ilości lub do powstrzymania się od picia,
 - powtarzające się wysiłki kontrolowania lub redukowania nadmiernego picia przez przejściowe okresy abstynencji lub ograniczenia picia do pewnych pór dnia,
 - utrzymywanie intoksykacji całonocnej przez okres dwóch dni,
 - okazjonalna konsumpcja 0,75 l wódki (lub odpowiednika w piwie i winie),
 - okresy amnezji dotyczącej zjawisk i wydarzeń związanych z piciem,
 - kontynuowanie picia mimo poważnych zaburzeń somatycznych przy świadomości, że alkohol wpływa na nie szkodliwie,
 - picie alkoholu niekonsumpcyjnego.
- Do uszkodzeń funkcjonowania zalicza się takie zjawiska, jak: stosowanie przemocy w

stanie intoksykacji, absencja w pracy, utrata pracy, kłopoty z prawem, kłótnie i awantury oraz inne trudności rodzinne lub towarzyskie spowodowane zażywaniem alkoholu.

- Zmiany tolerancji na alkohol oznaczają potrzebę stopniowego zwiększania ilości alkoholu w celu uzyskania pożądanego efektu lub stopniowe zmniejszanie się efektów przy zażywaniu tych samych ilości.

- Objawy abstynencyjne obejmują takie zjawiska, jak np.: poranne dreszcze, drżenie kończyn, drażliwość, niepokój, skurcze mięśniowe, występujące po przerwaniu lub zredukowaniu picia.

Wybitni polscy klinicyści w latach osiemdziesiątych uznali za szczególnie ważne takie kryteria uzależnienia, jak: niemożność przzerwania w dowolnym i z góry wybranym momencie raz rozpoczętego picia oraz niemożność utrzymania się w abstynencji przez dłuższy czas (T. Kulisiewicz 1984, B. Woronowicz 1988, 1997). Kulisiewicz (1982) podkreśla, że trzy zasadnicze i bezsporne elementy diagnostyczne to:

- utrata kontroli nad spożywaniem alkoholu,
- uszkodzenie czynnościowe lub strukturalne (w sferze fizjologicznej, psychologicznej lub społecznej),
- anormalność potrzeby motywującej do zażywania alkoholu.

W 1992 wydana została ostatnia, dziesiąta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Behawioralnych (ICD-10), w której sformułowano zupełnie odmienne od poprzednich sposoby diagnostycznego określania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Po pierwsze, zaproponowano ogólną nazwę "zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z używaniem substancji psychoaktywnych", obejmującą blok dziesięciu zespołów zaburzeń związanych m.in. z alkoholem, opiatami, konopiami, środkami uspokajającymi i nasennymi, kokainą, innymi substancjami stymulującymi (w tym kofeiną), substancjami halucynogennymi, paleniem tytoniu, środkami wziewnymi. Dla klasyfikacji zaburzeń związanych z każdą z tych substancji przygotowano dziesięć kategorii określających specyficzne warunki kliniczne: F.1

.x.0 - ostra intoksykacja,

F.1.x.1 - szkodliwe używanie,

F.1.x.2 - syndrom uzależnienia,

F.1.x.3 - stan odstawienia,

F.1.x.4 - stan odstawienia wraz z delirium,

F.1.x.5 - zaburzenie psychotyczne,

F.1.x.6 - syndrom amnezji,

F.1.x.7 - zaburzenia związane z odroczoneymi skutkami zażywania,

F.1.x.8 - inne zaburzenia psychiczne i behawioralne,

F.1.x.9 - niespecyficzne zaburzenia psychiczne i behawioralne.

Przy diagnozie syndromu uzależnienia uwzględnia się wiązkę zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych wskazujących, że używanie substancji uzyskało priorytet znacznie większy dla danej osoby niż inne jej zachowania, które poprzednio miały większe znaczenie. Centralną właściwością charakteryzującą ten syndrom jest **silne pragnienie** danej substancji. Stwierdza się również, że ponowne zażycie substancji po okresie abstynencji prowadzi do ponownego ujawnienia się innych cech syndromu w większym nasileniu. Diagnoza syndromu uzależnienia powinna opierać się na stwierdzeniu, że w ciągu minionego roku ujawniła się obecność co najmniej trzech z poniżej wymienionych zjawisk:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu zażycia substancji,
- trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z zażywaniem substancji w zakresie rozpoczęcia, zakończenia i poziomu zażywania,
- fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące, gdy zażywanie substancji zostało przerwane lub zmniejszone, przejawiające się specyficznym dla danej substancji zespołem abstynencyjnym, lub zażywanie tej samej lub podobnej substancji w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych,
- stwierdzenie zmiany tolerancji (potrzeby zażywania zwiększonej dawki substancji w celu uzyskania efektów poprzednio osiągniętych przy pomocy mniejszych dawek),
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności i zainteresowań z powodu zażywania danej substancji, zwiększenie ilości czasu koniecznego do zdobycia lub zażywania alkoholu, albo na usuwanie skutków jego działania,
- picie mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenia wątroby powodowane nadmiernym pićm, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego używania tych substancji, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z substancjami - w tych przypadkach potrzebne jest rozpoznanie czy zażywający był lub mógłby być świadomy natury i zakresu tych szkód.

Zespół uzależnienia obejmuje kompleks zjawisk psychofizycznych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami mających poprzednio dla pacjenta większą wartość. Wypicie alkoholu przez osobę uzależnioną nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwolić zjawisko gwałtownego wystąpienia innych objawów tego zespołu.

Światowa Organizacja Zdrowia od kilkunastu lat rekomenduje odrzucenie tradycyjnego rozróżnienia uzależnienia fizycznego i psychicznego. W specjalnym memorandum zakwestionowano użyteczność i możliwość dokonywania takiego oddzielenia w sposób wyraźny. Stwierdzono, że uzależnienie manifestuje się jako wzór behawioralny i powinno być spostrzegane jako "syndrom psycho-fizjo-społeczny", w którym trudne lub niemożliwe jest odseparowanie aspektów psychicznych i fizycznych (Edwards, 1982).

Wydaje się, że największym brakiem istniejących systemów diagnozowania jest ich

koncentracja wyłącznie na sferze objawowej bez odniesień do patologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za destrukcyjny przebieg tej choroby.

Artykuł stanowi fragment przygotowywanej, nowej książki [prof. Jerzego Mellibrudy](#) i Zofii Sobolewskiej, pt. "Teoria i praktyka psychoterapii uzależnienia".