

Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania

Alcohol dependence syndrome: characteristics, phases of addiction, methods of diagnosis

MACIEJ FRĄCKOWIAK^{1/}, MAREK MOTYKA^{2/}

^{1/} Poradnia Leczenia Uzależnień NZOZ MAFRO-MED w Poznaniu

^{2/} Wydział Socjologiczno-Historyczny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Rzeszowski

W artykule przedstawiona została charakterystyka zespołu zależności alkoholowej (ZZA) wraz z opisem etapów rozwoju uzależnienia, zaprezentowane zostały typologie alkoholizmu wg Jellinka, Cloningera i Lescha oraz przedstawiono kwestionariusze do diagnozowania zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu: MAST, CAGE i AUDIT. Opisano kryteria diagnostyczne ZZA według klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-5.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, alkoholizm, typy alkoholizmu, diagnoza uzależnienia

The article presents the characteristics of the alcohol dependence syndrome, with the description of the stages of addiction, alcoholism typologies according to Jellinek, Cloninger and Lesch and questionnaires to diagnose disorders related to alcohol abuse: MAST, CAGE and AUDIT. It describes diagnostic criteria for alcohol dependence according to ICD-10 and DSM-5.

Key words: alcohol addiction, alcoholism, types of alcoholism, addiction diagnosis

© *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96(2): 315-320

www.phie.pl

Nadesłano: 15.05.2015

Zakwalifikowano do druku: 18.06.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

lek. med. Maciej Frąckowiak

Poradnia Leczenia Uzależnień NZOZ MAFRO-MED

ul. Strzelecka 49, 61-846 Poznań

tel. 661 305 953, 885 300 880, e-mail: poradnia@mafro-med.pl

Wprowadzenie

Zespół uzależnienia od alkoholu – nazywany zamiennie chorobą alkoholową, alkoholizmem bądź uzależnieniem od alkoholu – rozumiany jest jako zaburzenie polegające na utracie kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. Istotnie, trudność z kontrolowaniem ilości wypijanego alkoholu jest kluczowa i stanowi podstawę do diagnozy choroby alkoholowej, jednak wieloletnie badania wykazały, iż jest to zaburzenie wieloaspektowe, obejmujące właściwie wszystkie obszary życia człowieka [1-6].

W drugiej połowie XX wieku Elvin Morton Jellinek w sposób niezwykle znaczący przyczynił się do rozpowszechnienia przekonania, iż alkoholizm jest chorobą taką, jak nowotwory, gruźlica czy cukrzyca. Z aspektami chorobowymi łączył fakt występowania utraty kontroli nad piciem, rozwijanie się i pogłębianie objawów chorobowych oraz to, że gdy jednostka zostanie bez leczenia, to jej choroba zakończy się przedwczesną śmiercią [7].

W latach 50. XX wieku w stanie Minnesota w USA pojawiła się pierwsza pionierska placówka w której zapoczątkowano eksperymentalny program leczenia

alkoholików. Program ten dał podstawy do stworzenia ważnego dla kolejnych lat badań nad alkoholizmem modelu Minnesota. Model ten obejmował następujące założenia: alkoholizm jest chorobą polegającą na utracie kontroli nad piciem i na patologicznym pragnieniu alkoholu; u podłoża tej choroby leży zależność chemiczna; alkoholizm powinien być leczony jako choroba „bez winy”, nie zaś poprzez karanie osoby uzależnionej; alkoholizm jest chorobą chroniczną, złożoną z dwóch podstawowych poziomów, tj.: nałogowe zachowanie i problemy psychologiczno-społeczne; zaprzeczanie chorobie jest jej symptomem, można więc leczyć pacjentów, którzy negują jej istnienie. Były to nowatorskie, jak na tamte czasy, założenia, które do dziś stanowią podstawę do rozumienia alkoholizmu oraz określają kierunek pracy z osobą uzależnioną [5, 8].

Typy alkoholizmu wg Jellinka, Cloningera i Lescha

Badania nad alkoholizmem doprowadziły do ustalenia licznych typologii teje dysfunkcji. Do modelu teoretycznego wprowadzili typologie m.in. E. M. Jellinek, C. R. Cloninger i O. Lesch. Na szczególną rolę zasługują dociekania wspomnianego E. M. Jellinka,

który od lat 40. XX wieku podejmował aktywność badawczą nad problemami alkoholowymi [7]. W jednej ze swoich prac wyróżnił pięć rodzajów alkoholizmu. Alkoholizm typu Alfa określa uzależnienie od alkoholu oparte wyłącznie na czynnikach psychologicznych. Występuje u osób o niskiej tolerancji na napięcia, stres, frustrację. Osoby z tym typem uzależnienia sięgają po alkohol w trudnych dla siebie momentach, w sytuacjach, w których mają poczucie, że sobie nie radzą. Używają alkoholu po to, by dodać sobie odwagi, „uciec” od rzeczywistości, uśmierzyć ból psychiczny lub fizyczny. W alkoholizmie typu Beta kluczową rolę pełni utrata kontroli nad spożywaniem alkoholu, prowadząca do wielu powikłań somatycznych; niedożywienia, marskości wątroby, uszkodzenia przewodu pokarmowego. Kolejny typ alkoholizmu – Gamma, jest chronicznym i progresywnym rodzajem choroby i jest uznany za najbardziej typowy rodzaj zaburzenia. Rozpoczyna się od fazy uzależnienia psychicznego i prowadzi do zależności fizjologicznej. Utrata kontroli nad ilością, częstością, jakością wypijanego alkoholu następuje wraz ze wzrostem tolerancji, doprowadzając w momentach odstawienia używki do silnych objawów abstynencyjnych.

W późniejszej fazie choroby objawy te nasilają się, a w wyniku przystosowania metabolizmu komórkowego do alkoholu, tolerancja na alkohol spada. Alkoholizm typu Delta dotyczy osób, które potrafią kontrolować swoje picie, ale nie są zdolne do powstrzymania się od jego spożywania. Zdaniem autora ten typ alkoholizmu pojawia się głównie w środowiskach, krajach, w których ludzie piją codziennie niewielkie ilości alkoholu. Szkody tu narastają powoli i są właściwie niezauważalne. Ostatnim rodzajem jest alkoholizm typu Epsilon. Jest to forma upijania się jednostek, które na co dzień nie odczuwają pragnienia alkoholu i wskutek tego potrafią nie pić przez długi czas. Inaczej ten typ określony jest mianem dipsomanii. Alkoholikami Jellinek nazywa tylko tych, u których występują wzorce typu Gamma, Delta i Epsilon, jednak uważa, że osoby z typem Alfa i Beta również są chore [2, 9].

Kolejną istotną typologię wprowadził C. R. Cloninger, wyróżniając dwa typy alkoholizmu. Dał tym samym szansę na rozróżnienie genetyczne oraz środowiskowe podłoża choroby alkoholowej. Typ I, wg autora, uwarunkowany jest środowiskowo i jest problemem pierwotnym, natomiast typ II – genetycznie i charakteryzuje osoby, u których alkoholizm rozwinął się wtórnie na bazie zaburzeń osobowości [10-13]. Ponadto typ I dotyczy najczęściej osobowości neurotycznej, schizoidalnej, bierniej, perfekcjonistycznej i depresyjnej, jest typowy dla większości kobiet, rozpoczyna się zazwyczaj po 25. roku życia. Uzależnienie powstaje bardzo szybko, charakterystyczne jest picie ciągami z długimi okresami abstynencji, krytycyzm

pozostaje zachowany i pogłębiany przez poczucie winy oraz objawy depresyjne. Występują częste powikłania somatyczne i psychiczne. Alkoholizm w rodzinie raczej nie występuje [14]. Przy typie II wpływ czynników środowiskowych jest mniej istotny. Występuje przy typie osobowości ekstrawertywnej, impulsywnej, asocjalnej, częściej obserwowany u mężczyzn. Początek uzależnienia rozpoczyna się w okresie adolescencji, trudno zaobserwować objawy uzależnienia pomimo długotrwałego i nadmiernego picia, trudno jest wyodrębnić ciągi i okresy abstynencji. Występuje powierzchowny krytycyzm wobec alkoholu bądź jego zupełny brak. Powikłania zdrowotne występują rzadziej i później [14].

Jeszcze inną typologię, wprowadził w latach czterdziestych O. Lesch, który zaakcentował zależność alkoholowego uzależnienia od innych zaburzeń psychicznych. Typ 1 określa alkoholizm właściwy, bez obciążeń rodzinnych z wczesnymi objawami uzależnienia, typ 2 i 3 dotyczą osób spożywających alkohol w celu uśmierzania objawów neurotycznych bądź psychotycznych, natomiast typ 4 odnosi się do osób z uszkodzeniami organicznymi, które nadużywają alkohol od wczesnych lat swojego życia [12, 15, 16].

Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu wg ICD-10 oraz DSM-5

Tym, co stanowi pierwszy i zasadniczy krok w rozpoznaniu problemów związanych z nadużywaniem alkoholu, to wynik przeprowadzonej diagnozy nozologicznej. Jej podstawowym celem jest określenie aktualnego stanu zdrowia jednostki oraz sprawdzenie czy wymaga pomocy terapeutycznej. Utworzono dwa systemy diagnostyczne pozwalające w sposób rzetelny na identyfikację osób uzależnionych. Pierwszy to *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, drugi – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* Światowej Organizacji Zdrowia. Co kilka lat systemy te są uaktualniane [17].

W maju 2013 roku amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opublikowało piątą wersję Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych [18]. W uaktualnionym wydaniu klasyfikacji występuje kategoria diagnostyczna „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” odnosząca się zarówno do „nadużywania alkoholu”, jak i „uzależnienia od alkoholu”, występujących we wcześniejszej klasyfikacji (DSM-4) jako oddzielne kategorie diagnostyczne. Nie zmienia to jednak definiowania uzależnienia od alkoholu jako zespołu somatycznych i behawioralnych objawów, które występują u osób nadużywających alkohol, obejmujących głód alkoholowy, zmianę tolerancji organizmu na alkohol, oraz zespół abstynencyjny przy odstawieniu alkoholu. W DSM-5 wyróżniono jedenaście kryteriów

diagnostycznych, które powstały na bazie wcześniejszych siedmiu objawów uzależnienia od alkoholu oraz dodatkowych czterech objawów dotyczących nadużywania alkoholu.

O problemowym spożywaniu alkoholu można mówić przy identyfikacji dwóch objawów, utrzymujących się przez okres ostatnich 12 miesięcy [19]. Poniżej znajduje się tabela zestawiająca ze sobą kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu w klasyfikacjach: ICD-10 oraz DSM-5 [19, 20].

W Polsce stosuje się kryteria diagnostyczne zawarte w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Według tychże kryteriów zespół uzależnienia od alkoholu oznaczony kodem: F 10.2 można zdiagnozować przy występowaniu trzech lub więcej z sześciu objawów osiowych, przez co najmniej miesiąc, lub jeżeli utrzymywały się one krócej niż jeden miesiąc, ale występowały w sposób powtarzający się w ciągu ostatniego roku. Zespół uzależnienia od alkoholu obejmuje kompleks zjawisk psychofizycznych, wśród których spożywanie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które w przeszłości stanowiły istotną wartość dla osoby uzależnionej [21].

Do rozpoznania zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu wykorzystywane są m.in. metody kwestionariuszowe [22]. Najczęściej stosowanymi technikami pomiarowymi tego typu, wykorzystywanymi w diagnozie klinicznej w placówkach leczenia uzależnień, są testy i kwestionariusze, m.in. MAST, AUDIT oraz CAGE. W rozpoznawaniu uzależnienia od

alkoholu wykazano głównie przydatność testu MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), złożonego z dwudziestu czterech punktów oraz testu CAGE. Test MAST jest kwestionariuszem oceniającym opinie pacjenta na temat spożywania alkoholu, opinie rodziny, przyjaciół, problemy spowodowane piciem i objawy uzależnienia od alkoholu. Na pytania badany odpowiada „tak” lub „nie”. Punktacja 5 i więcej punktów wskazuje na występowanie uzależnienia od alkoholu. W badaniach prowadzonych na populacji amerykańskiej czułość testu wyniosła 98%. Test CAGE został skonstruowany w 1973 roku. Składa się z czterech pytań, przy czym odpowiedź pozytywna na 2 lub więcej z nich wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo nadmiernego spożywania alkoholu lub występowanie uzależnienia od alkoholu. Czułość tego testu w identyfikacji zespołu zależności alkoholowej wynosi 76%, a specyficzność 94%. Test ten nie pozwala odróżnić uzależnienia od alkoholu od nadmiernego spożywania alkoholu i picia szkodliwego. Nowszym narzędziem jest *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Test ten powstał w ramach badania prowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), dotyczącego krótkich interwencji alkoholowych. Zawiera 10 pytań pozwalających na oszacowanie spożycia alkoholu, ocenę zachowań związanych z piciem i problemów związanych z używaniem alkoholu, które wystąpiły w ciągu roku poprzedzającego badania. Wyższe wyniki AUDIT wskazują na coraz poważniejsze problemy związane z alkoholem. Wyniki od ośmiu punktów wwyż (maksimum 40) świadczyły o piciu problemowym [23].

Kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu – wg Klasyfikacji ICD-10	Kryteria diagnostyczne zaburzeń używania alkoholu – wg Klasyfikacji DSM-5
1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia (głód alkoholu).	1. Picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas niż się zamierzało pierwotnie.
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z piciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu).	2. Utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerwania picia bądź picia kontrolowanego.
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drżenie) bądź używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych.	3. Znacząca ilość czasu poświęcona w celu uzyskania, użycia alkoholu lub dochodzeniu do siebie po wypiciu alkoholu.
4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.	4. Głód alkoholu, silna potrzeba spożycia alkoholu.
5. Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków.	5. Powtarzające się używanie alkoholu powodujące niemożność właściwego wypełniania podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw picia.	6. Uporczywe używanie alkoholu pomimo stałych lub nawracających problemów społecznych bądź międzyludzkich, które są skutkiem lub są nasilane przez działanie substancji.
	7. Znaczne zredukowanie lub zaniechanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia alkoholu.
	8. Powtarzające się używanie alkoholu w sytuacjach, kiedy stwarza to fizyczne zagrożenie.
	9. Picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne lub psychiczne są spowodowane bądź zaostrzane przez picie alkoholu.
	10. Potrzeba zwiększania ilości alkoholu, aby osiągnąć pożądany stan intoksykacji lub znacząco zmniejszony efekt z dalszego korzystania z tej samej ilości alkoholu.
	11. Zespół abstynencyjny lub używanie alkoholu (bądź substancji o podobnym działaniu) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia.

Fazy rozwoju uzależnienia

Jedną z głównych cech choroby alkoholowej jest jej progresywność. Jest to choroba, której objawy z biegiem czasu znacznie się pogłębiają. E. M. Jelinek w jednej ze swoich prac przedstawił koncepcję kolejnych faz pojawiających się w procesie rozwoju uzależnienia [2, 9, 24].

Pierwszą z nich jest prealkoholiczna faza objawowa. Jest to etap, w którym spożywanie alkoholu ma charakter głównie towarzyski, a osoba pijąca upatruje w alkoholu źródło przyjemności. Picie sprawia przyjemność i przynosi różne korzyści, m.in. rozluźnienie, wyższą samoocenę. Jednak z biegiem czasu alkohol używany jest w celu uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych. W związku z tym, zdaniem E. M. Jelinka, już w tej fazie można zauważyć, że jednostka coraz częściej odczuwa potrzebę sięgania po alkohol. Stopniowo zaczyna wzrastać też tolerancja organizmu, ponieważ dla uzyskania pożądanego stanu potrzebne są coraz większe dawki alkoholu. Kolejnym etapem rozwoju uzależnienia jest faza ostrzegawcza/zwiastunowa, w której pojawia się szereg objawów wskazujących na dalszy rozwój choroby. Do najważniejszych z nich należą: zaburzenia pamięci, tzw. palimpsesty alkoholowe, coraz większa koncentracja na alkoholu, szukanie okazji do picia, inicjowanie wypijania alkoholu, ukrywanie picia, spożywanie alkoholu w samotności, tzw. klinowanie. W tej fazie jednostka coraz bardziej doświadcza „magicznego” wpływu alkoholu na samopoczucie. Sięga po niego głównie w sytuacjach, w których potrzebuje uwolnić się od napięcia. Trzecia faza, krytyczna to etap, w którym w pełni występuje zjawisko utraty kontroli. Kiedy jednostka sięga po alkohol, ma ogromne trudności w powstrzymaniu się w momencie, w którym picie zaczyna przekraczać tzw. rozsądne granice. Spożywa alkohol aż do osiągnięcia stanu upojenia. Głód alkoholowy pojawia się coraz częściej, głównie jako przymus fizyczny. W tej fazie opisane wcześniej objawy uzależnienia nasilają się. Występuje również zaprzeczanie problemom związanym z piciem, samooszukiwanie i tworzenie racjonalizacji bądź usprawiedliwień dla picia, zaniedbywanie pracy, rodziny oraz utrata innych zainteresowań, koncentracja życia wokół spraw związanych z alkoholem, gromadzenie zapasów alkoholu, wzrost agresywności, problemy z prawem, picie ciągami na przemian z okresami całkowitej abstynencji dla poprawy zdrowia oraz udowodnienia sobie i innym „silnej woli”, składanie przysięg abstynencji, obniżenie popędu seksualnego, konieczność stałego uzupełniania stężenia alkoholu we krwi. W fazie czwartej, chronicznej można wyróżnić: okresy długotrwałego opilstwa, picie poranne, upijanie się w samotności, spadek tolerancji na alkohol, sięganie po alkohole niekonsumpcyjne, wynoszenie rzeczy oraz kradzieże w celu zdobycia alkoholu, psychozy

alkoholowe, padaczkę alkoholową, poważne choroby somatyczne, jak: alkoholowa marskość wątroby, polineuropatia alkoholowa, otępienie alkoholowe, skrajne wyczerpanie organizmu [2, 8, 9, 24].

Opis poszczególnych faz rozwoju choroby pokazuje jej typowy przebieg, choć czasem jednak można zaobserwować nieco odmienny jej wizerunek.

Psychologiczne mechanizmy uzależnienia

Rzeczywiście rozwój choroby alkoholowej, jak pokazują wyżej opisane fazy, polega na ciągłym pogłębianiu się objawów wynikających z destrukcyjnego oddziaływania alkoholu. Jego wpływ widoczny jest we wszystkich obszarach życia osoby uzależnionej. Wynika to z faktu, iż alkohol zaburza funkcjonowanie umysłowe, emocjonalne oraz system Ja człowieka, doprowadzając stopniowo do utworzenia się trzech patologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój choroby. Autorem koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest Jerzy Mellibruda: „Mechanizmy uzależnienia powstają na skutek intensywnego działania psychofarmakologicznego alkoholu, które jest wzmacniane przez doświadczenia interpersonalne i intrapersonalne towarzyszące picu alkoholu. Tworzą one podstawowe przyczyny patologicznego picia u osób uzależnionych oraz załamywania się prób powstrzymania się od picia” [9]. Według J. Mellibrudy, to właśnie one odgrywają kluczową rolę w rozwoju uzależnienia, a poznanie tychże mechanizmów pomaga w lepszym rozumieniu pacjenta oraz zaplanowaniu procesu terapii.

Za autorami J. Mellibruda oraz Z. Sobolewska-Mellibruda można wyróżnić następujące czynniki aktywizujące mechanizmy: uszkodzenia organizmu, choroby somatyczne oraz psychiczne, deficyty umiejętności życiowych, destrukcyjna orientacja życiowa, problemy oraz trudności osobiste, ważne życiowe kryzysy, sytuacje stresujące, uszkodzenie relacji społecznych a także negatywne konsekwencje społeczne szkodliwego picia. To właśnie te czynniki odpowiadają za pogłębianie się obronnych mechanizmów uzależnienia [8].

Pierwszy z nich, to mechanizm nałogowej regulacji emocji. Odpowiada on za przekształcanie się w pragnienie spożycia alkoholu różnorodnych stanów emocjonalnych – tych nieprzyjemnych, jak i przyjemnych, powodujących napięcie, dążenie do szybkiego uśmierzania przykrego stanu emocjonalnego bądź też pokusa ponownego doświadczenia przyjemności, łagodzenie przykrych emocji, stresu, zamiast pracy nad zmianą okoliczności wywołujących te stany, niski poziom odporności na cierpienie, obniżona tolerancja na monotonię, zwiększona potrzeba stymulacji, pozytywne oczekiwania związane ze znanym już działaniem alkoholu oraz zawężanie świadomości

powodujące „odcięcie się” od problemów i skoncentrowanie na alkoholu. To wszystko dąży do tego, że alkohol stanowi główne źródło doświadczanych uczuć [8].

Kolejny, to mechanizm iluzji i zaprzeczania (lub system iluzji i zaprzeczeń). Do jego najważniejszych cech należą: selektywna percepcja faktów związanych z destrukcją alkoholową, fałszywe i irracjonalne przekonania oraz nałogowe sposoby rozumowania, złudne wyobrażenia dotyczące przeszłości i przyszłości oraz aktualnego życia, tworzenie przekonań dotyczących atrakcyjności i użyteczności alkoholu, konieczności picia, negowania uzależnienia. Mechanizm ten odpowiada za: unikanie odpowiedzialności alkoholika – „to nie ja”, „to nie dlatego”; manipulowania czasem – „od jutra wszystko będzie inaczej”; negacji faktów – „to nie tak było”, „nic złego się nie stało”; magicznej zmiany realiów – „kłopoty znikają, kiedy się o nich nie myśli”. W wyniku działania tego mechanizmu dochodzi do specyficznego zniekształcenia pracy umysłu, tworzącego tzw. „nałogową logikę”. Składa się na nią wiele sposobów, jakich używa jednostka uzależniona, aby móc dalej pić i chronić swoje picie. Do najpowszechniejszych należy: minimalizowanie (przyznawanie, że ma się problem z piciem, ale jednocześnie pomniejszanie ich); obwinianie (ucieczka od odpowiedzialności za swoje picie i obciążanie nią kogoś innego); racjonalizowanie (tłumaczenie i podawanie rozmaitych powodów uzasadniających picie); intelektualizowanie (wymyślanie uzasadnień, pożyteczności bądź konieczności picia); koloryzowanie wspomnień (zniekształcanie i upiększanie chwil związanych z piciem); marzeniowe planowanie (snucie nierealnych planów na przyszłość i poprzestawanie na przeżywaniu przyjemności płynącej z tych marzeń).

Kolejny mechanizm – mechanizm rozpraszenia i rozdawiania „Ja” – dotyczy tożsamości osoby uzależnionej. Uszkadza on zdolność do kierowania postępowaniem i do podejmowania decyzji przez osobę uzależnioną, powoduje problemy w zakresie utrzymywania poczucia tożsamości i indywidualności, podważa poczucie kompetencji i wpływu na własne postępowanie, wpływa na poczucie własnej wartości, wpływa na poczucie sensu życia, powoduje trudności w ocenie własnego postępowania, powoduje niejednokrotnie złudne poczucie mocy, onnipotencji i kontroli, zafałszowując obraz osoby i jej sprawczości w realnym świecie (tzw. mechanizm dumy i kontroli).

Te trzy mechanizmy stanowią utrwalone i sztywne formacje psychologiczne, które funkcjonują w podstawowych obszarach życia człowieka. Działają wspólnie, potęgując wywoływane przez siebie efekty. Tworzą całościowy system nałogowego funkcjonowania [25, 26]. „Są odpowiedzialne za występowanie u osoby uzależ-

nionej: braku zdolności do autokontroli zachowań związanych z zażywaniem narkotyków, leków oraz spożywaniem alkoholu; występowania silnego wewnętrzznego przymusu zażywania substancji psychoaktywnych; postępującej autodestrukcji i nasilającego się stanu cierpienia i bezradności; koncentracji życia na sprawach związanych z przyjmowaniem środków odurzających; występowania zaburzeń w relacjach społecznych osoby uzależnionej; oraz gotowości do naruszania norm społecznych i utraty wartości w przypadkach konfliktu z subiektywnymi dążeniami do przyjmowania środków odurzających” [27].

Podsumowanie

W badaniu postaw Polaków wobec alkoholu, przeprowadzonym przez CBOS w 2010 roku, 11% dorosłych Polaków przyznawało, że często korzystają z alkoholu. Jak wskazywali autorzy raportu: „Na sięganie po alkohol silnie wpływa płeć ankietowanych – pije go przeważająca większość mężczyzn (84%), natomiast wśród kobiet prawie jedną trzecią (30%) stanowią abstynentki. Istotną rolę w tej kwestii odgrywa wiek. Najwięcej piją najmłodszy badani w wieku 18-24 lat (89%). Wśród badanych, którzy nie ukończyli 55 roku życia, przynajmniej ośmiu na dziesięciu pije alkohol czasem. Odsetek ten jest niższy w grupie osób w wieku 55-64 lata (72%), a najniższy – wśród najstarszych ankietowanych (49%). Jeśli uwzględnić te dwie zmienne jednocześnie, okazuje się, że w przypadku mężczyzn wiek nie jest czynnikiem tak silnie jak u kobiet różnicującym picie alkoholu. Wśród młodych mężczyzn jest ono najpowszechniejsze, a z wiekiem staje się nieco rzadsze, choć nawet wśród najstarszych alkohol spożywa blisko trzy czwarte. Na tym tle wyraźnie widać, że starsze kobiety zauważalnie częściej deklarują abstynencję. Można również zauważyć, że niemal we wszystkich kategoriach wiekowych więcej osób spożywających alkohol jest wśród mężczyzn niż kobiet, wyjątek stanowi pokolenie mające 25-34 lata, w którym przeważają pijące kobiety” [28].

Najnowsze badania prowadzone na terenie Polski wskazują, że wiek inicjacji alkoholowej obniżył się do 10-11 roku życia; 30-40% młodzieży gimnazjalnej regularnie się upija. Według ekspertów przyczyny identyfikowanych zachowań, to „nie tylko moda, która dociera z Zachodu, ale również to, że niezwykle szybko liberalizuje się nasz stosunek do życia i do szukania przyjemności. Lekceważymy wartości, relatywizujemy wszystko – nie tylko normy społeczne, ale też rodzinne” [29]. Alkohol nadużywa 12% dorosłych Polaków. Około 2% społeczeństwa to osoby uzależnione. Tych jednak, którzy nadużywają alkohol jest niestety znacznie więcej [30].

Piśmiennictwo / References

1. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1997, 3(28): 277-306.
2. Żurek T. Medyczno-psychologiczne aspekty alkoholizmu. *Perspectiva Legn Stud Teol Hist* 2004, 1: 159-174.
3. Wnuk M, Marcinkowski JT. Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia. *Hygeia Public Health* 2012, 47(1): 49-55.
4. Fudała J. Leczenie osób uzależnionych w Polsce. [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Miller PM (red). Wyd UW, Warszawa 2013: 441-461.
5. Woronowicz BT. Alkoholizm jest chorobą. PARPA, Warszawa 1998.
6. Cierpiałkowska L. Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka. Wyd Nauk UAM, Poznań 2000.
7. Jelinek EM. Phases in the Drinking History of Alcoholics. *Q J Stud Alcohol* 1946, 7: 1-88.
8. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. Integracyjna Psychoterapia Uzależnień. Teoria i praktyka. IPZ PTP, Warszawa 2006.
9. Mellibruda J. Alkoholizm i diagnozowanie uzależnienia od alkoholu. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1032-alkoholizm-i-diagnozowanie-uzaleznienia-od-alkoholu.html> (dostęp 13.06.2015).
10. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M. Type I and Type II Alcoholism: An Update. *Alcohol Health Res World* 1996, 20(1): 18-23.
11. Gąsior K. Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkohol Narkom* 2005, 18(1-2): 39-56.
12. Samochowiec A. The influence of parents personality measured by temperamental and character inventory (TCI) on course of alcoholism characterized by Cloninger's and Lesch's typologies. *Ann Acad Med Stetin* 2010, 56(2): 33-29.
13. Wennberg P, et al. The Cloninger Type I/Type II Typology: Configurations and Personality Profiles in Socially Stable Alcohol Dependent Patients. *Adv Psychiatry* 2014, 12. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/346157> (dostęp 15.06.2015).
14. Habrat B. Klasyfikacja alkoholizmu wg Cloningera. *Post Psychiatr Neurol* 1992, 1: 155-160.
15. Lesch OM, et al. Diagnosis of Chronic Alcoholism – Classificatory Problems. *Psychopathol* 1990, 23(2): 88-96.
16. Iwanicka K, Malicki D, Olajosy M. Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha – opis kliniczny. *Curr Probl Psychiatry* 2011, 12(3): 256-259.
17. Stewart SH. Uzależnienie i diagnoza. [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Miller PM (red). Wyd UW, Warszawa 2013: 92-102.
18. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Association, Washington 2013.
19. Samochowiec A, et al. Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii diagnostycznych? *Alkohol Narkom* 2015, 28: 55-63.
20. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva 1993. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (dostęp 15.06.2015).
21. Puzyński S, Wciórka J (red). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wyd Med Vesalius, Kraków 1997.
22. Waszkiewicz N, Szulc A. Diagnoza nadużywania alkoholu. *Prz Lek* 2009, 66(9): 529-534.
23. Maisto SA, Krenek M. Historia używania i aktualne używanie substancji psychoaktywnych. [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Miller PM (red). Wyd UW, Warszawa 2013: 63-91.
24. Szczygieł Ł. Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Gaz Farm* 2008, 8: 24-27.
25. Pilarz KJ. Społeczność terapeutyczna jako metoda pracy grupowej z bezdomnymi. *Pedagogia Christiana* 2013, 2(32): 237-253.
26. Szcześniak E. Terapia osób uzależnionych od alkoholu w podstawowym etapie leczenia. *Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw* 2011, 8: 283-292.
27. Motyka M. Politoksykomania – kliniczny opis przypadku. *Hygeia Public Health* 2015, 1(50): 226-232.
28. Postawy wobec alkoholu. Komunikat z badań. CBOS 2010. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_116_10.PDF (dostęp 15.06.2015).
29. Głombicki Ł. Ekspert: 30-40 proc. polskich gimnazjalistów w wieku 15 lat regularnie się upija. http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,14578099,Ekspert__30_40_proc__polskich_gimnazjalistow_w_wieku.html (dostęp 15.06.2015).
30. “Jeśli pijemy, to tak żeby już sponiewierało”. Polski problem z alkoholem? <http://www.tvn24.pl/polska-i-swiat,33,m/alkoholizm-w-polsce-ilu-jest-alkoholikow-a-ilu-naduzywa-alkoholu,513762.html> (dostęp 15.06.2015).