

OCZY BULLDOGA. ROZPOZNAWANIE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

Paweł Izdebski
Aleksandra Pauszek
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Bydgoszcz

BULLDOG'S EYES. SCREENING ALCOHOLISM. PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Summary. The purpose of this article is the presentation of basic techniques of diagnosis of alcohol dependence. Among the patients who come to a physician the possibility exists that some of the patients might suffer from alcohol dependence. The early intervention may be helpful, because the advance of alcohol dependence causes a lot of difficulties in efficient treatment. Different techniques of assessment are presented and their reliability is evaluated.

Alkoholizm – definicje i kryteria uzależnienia

Amerykańska Narodowa Rada Alkoholizmu posługuje się terminem „alkoholizm” w odniesieniu do potencjalnie śmiertelnej, chronicznej i postępującej choroby. Charakteryzuje się ona tolerancją, uzależnieniem fizycznym lub patologicznymi zmianami organów, będącymi bezpośrednimi lub pośrednimi konsekwencjami spożywania alkoholu (Mellibruda, 1999).

Uzależnienie od alkoholu cechuje się dużą heterogenicznością, w związku z tym powstało wiele klasyfikacji tego zaburzenia. Jedną z pierwszych klasyfikacji alkoholizmu jako choroby stworzył E. M. Jellinek (1987). Obecnie klasyfikacja ta ma znaczenie historyczne. Warto ją jednak przytoczyć, gdyż w wielu placówkach pracy z osobami uzależnionymi jest ona nadal podstawą organizacji programów terapeutycznych. W koncepcji tej Jellinek wyróżnił pięć rodzajów alkoholizmu:

- a) **alfa** – uzależnienie to oparte jest wyłącznie na czynnikach psychologicznych i dotyczy osób o niskiej tolerancji na frustrację i nieumiejących radzić sobie ze stresem. Osoby te sięgają po alkohol w celu uśmierzenia fizycznego bądź psychicznego bólu, zapomnienia o rzeczywistości czy dodania sobie odwagi i pewności siebie,
- b) **beta** – typ uzależnienia związany przede wszystkim z wpływem czynników społecznych, norm środowiskowych i obyczajów. Nie jest związany z uzależnieniem psychologicznym czy fizjologicznym. Głównym problemem są w tym przypadku somatyczne konsekwencje nadużywania alkoholu,

- c) **gamma** – uzależnienie tego typu uznawane jest za najbardziej typową formę choroby alkoholowej. Rozpoczyna się od uzależnienia psychologicznego i stopniowo pogłębia się, aż do powstania uzależnienia fizjologicznego. Cechuje się utratą zdolności do kontrolowania ilości spożywanego alkoholu, choć początkowo zachowana jest jeszcze zdolność do podejmowania decyzji o rozpoczęciu picia. Tolerancja na alkohol zwiększa się, aby w późniejszej fazie choroby gwałtownie się obniżyć (nawet poniżej poziomu wstępnego). W przypadku odstawienia alkoholu występują objawy abstynencyjne,
- d) **delta** – według Jellinka alkoholizm tego typu występuje często w krajach lub środowiskach, w których praktykowane jest ciągle picie niskoprocentowych trunków, co umożliwia utrzymanie przez długie lata stałego poziomu alkoholu w organizmie, bez wyraźnych objawów intoksykacji. Uszkodzenia zdrowotne, psychologiczne i społeczne związane z nadużywaniem alkoholu zachodzą w sposób bardzo powolny i niemal niezauważalny. Alkoholicy tego typu są zdolni do kontrolowania ilości wypijanego alkoholu. Nie potrafią jednak powstrzymać się od picia. Charakteryzują się zwiększoną tolerancją na alkohol i przystosowaniem metabolizmu. Niemożliwe jest tu przerwanie picia, choć na krótki okres, bez pojawienia się objawów abstynencyjnych,
- e) **epsilon** – odmiana alkoholizmu, nazywana także dipsomanią, charakteryzująca się występowaniem okresów nadużywania alkoholu u osób potrafiących bez trudu powstrzymać się od picia przez długi czas i nie odczuwać przy tym pragnienia alkoholu. W pewnym momencie jednak osoba ta zaczyna pić bardzo intensywnie, aż do osiągnięcia stanu całkowitego oszołomienia i stuporu.

Na powyższej klasyfikacji oparł Jellinek także koncepcję faz uzależnienia. Obejmuje ona cztery fazy rozwoju choroby alkoholowej (Jellinek, 1987):

1) **prealkoholiczna faza objawowa (picie objawowe)**

Fazę tę można podzielić na dwa okresy: okres okazjonalnego picia w celu doznania uczucia ulgi oraz okres stałego picia w celu doznania ulgi. Rozpoczyna się ona od konwencjonalnego stylu picia alkoholu. Potencjalny alkoholik odkrywa tu przyjemności spożywania alkoholu jako środka mogącego pozytywnie i kojąco wpłynąć na przykre stany emocjonalne, zniwelować skutki przeżywanego stresu. Początkowo pijący fakt dobrego samopoczucia przypisuje bardziej sytuacji niż spożyciu alkoholu, więc dąży do częstego powtarzania się podobnych okoliczności. Stopniowo zdolność do radzenia sobie z problemami bez pomocy alkoholu maleje, co prowadzi do częstego picia. Spożycie alkoholu nie wywołuje w tej fazie jawnego zamroczenia alkoholowego, ale pod koniec dnia pijący odczuwa stan rozluźnienia emocjonalnego. Stopniowo dochodzi do wzrostu tolerancji na alkohol.

2) **faza zwiastunowa (prodromalna)**

Według Jellinka rozpoczyna się ona od wystąpienia pierwszych palimpsestów alkoholowych. Nie tracąc przytomności, człowiek nie jest w stanie przypomnieć sobie swojego zachowania oraz okoliczności spożywania alkoholu. Z biegiem czasu epizody takie zaczynają się powtarzać pod wpływem coraz to mniejszych dawek alkoholu. W fazie tej następuje zmiana sposobu picia. Osoba pijąca celowo zaczyna szukać okazji do sięgnięcia po kieliszek. W fazie tej występuje także niepokój o alkohol. Udając się na spotkanie towarzyskie, przyszły nałogowiec martwi się, czy będzie tam dostateczna ilość napojów alkoholowych. Często wypija też kilka kieliszków przed przyjęciem. Pojawia się picie chciwe (wypijanie jednym haustem pierwszych kilku kieliszków) oraz picie ukradkowe, w obawie przed krytyką oto-

czenia. Osoba pijąca zaczyna odczuwać poczucie winy, w związku z czym stara się unikać w rozmowach jakichkolwiek tematów związanych z alkoholem.

3) faza krytyczna (krzyżowa)

W fazie tej występuje zjawisko utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, choć zachowana jest jeszcze zdolność do okresowego powstrzymywania się od rozpoczęcia picia. Po sięgnięciu jednak po pierwszy kieliszek człowiek pije już do upojenia. Rozwija się także szereg objawów uzależnienia, tj. silne pragnienie alkoholu (tzw. „głód alkoholowy”), samooszukiwanie, odizolowanie od otoczenia, postawy wielkościowe, racjonalizacja picia, zaniedbywanie pracy i kontaktów interpersonalnych, koncentracja życia wokół spożywania alkoholu, obniżenie popędu seksualnego, konieczność utrzymywania stałego poziomu alkoholu w organizmie. Rozpoczyna się też regularne picie poranne, które we wcześniejszych fazach występowało sporadycznie.

4) faza chroniczna

Charakteryzuje się tzw. „ciągami picia”, czyli okresami wielodniowej intoksykacji, które powodują poważne uszkodzenia procesów myślowych i zdolności krytycznej oceny rzeczywistości. W fazie tej, według Jellinka, mogą występować psychozy alkoholowe, próby picia alkoholi niekonsumpcyjnych, stany bezprzedmiotowego lęku, drżenie i wyraźne obniżenie sprawności motorycznej. Dochodzi do zauważalnej degradacji etycznej alkoholika. Zmniejsza się też gwałtownie tolerancja na alkohol, a picie przybiera charakter obsesyjny.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) proponuje rezygnację z powszechnie używanego terminu „alkoholizm” i zastąpienie go zwrotem „uzależnienie od substancji typu alkoholowego” (*alcohol-type drug dependence*). Uzależnienie to jest, według przyjętej przez nich definicji, psychicznym lub czasem również fizycznym stanem wynikającym z interakcji żywego organizmu z substancją chemiczną. Charakteryzuje się on specyficznymi zachowaniami zawsze związanymi z przymusem wewnętrznym (*compulsion*) do zażywania, okresowego lub ciągłego, uzależniającej substancji, w celu doświadczenia efektów psychicznych jej oddziaływania, a z czasem – aby zapobiec przykrości wynikającej z braku tej substancji. Tolerancja na tę substancję nie musi występować jednak w obrębie tego stanu (Cierpiałkowska, 1997).

Od kilkunastu lat postuluje się także określanie alkoholizmu jako syndromu lub zespołu uzależnienia od alkoholu (*alcohol dependence syndrom*). Na zespół ten składa się 7 podstawowych elementów:

- 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 (Mellibruda, 1996).

W Amerykańskim podręczniku diagnostycznym DSM IV wyróżnia się dwie formy destrukcyjnego zażywania alkoholu. Pierwszą z nich jest nadużywanie alkoholu (*alcohol abuse*). Jest to patologiczny wzór spożywania alkoholu przez okres co najmniej jednego miesiąca, który prowadzi do zaburzenia funkcjonowania społecznego lub zawodowego. Drugą formą destrukcyjnego picia jest uzależnienie od alkoholu (*alcohol dependence*), które jest patologicznym wzorcem

zażywania alkoholu przez okres nie krótszy niż miesiąc i powoduje uszkodzenie funkcjonowania w sferze społecznej i zawodowej, a także wywołuje objawy abstynencyjne i tolerancję na alkohol. Patologiczny wzór zażywania substancji alkoholowych obejmuje takie symptomy, jak: potrzeba regularnego picia, które warunkuje prawidłowe funkcjonowanie, poważne ograniczenie możliwości redukcji ilości wypijanego alkoholu lub powstrzymania się od picia, występowanie powtarzających się prób kontrolowania lub redukcji nadmiernego spożycia alkoholu przez okresy abstynencji lub ograniczenia picia do pewnych pór dnia, utrzymywanie się całonocnej intoksykacji przez okres dwóch dni. W skład wzorca wchodzi także okresy amnezji dotyczącej zachowań i okoliczności związanych z pićm, okazjonalne spożywanie 0,75l wódki (lub odpowiednika w innych napojach alkoholowych), picie alkoholu niekonsumpcyjnego oraz kontynuowanie picia mimo występujących zaburzeń somatycznych i świadomości złego wpływu alkoholu na zdrowie (Mellibruda, 1996).

Odmienne sposoby diagnostycznego przedstawienia uzależnienia od alkoholu zaproponowano w wydanej w 1992 roku Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Behawioralnych ICD-10. Alkoholizm zaliczono do grupy „zaburzeń psychicznych i behawioralnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych”, która obejmuje 10 zespołów zaburzeń związanych m.in. z alkoholem, opioidami, konopiami, środkami uspokajającymi i innymi środkami stymulującymi. Diagnozując syndrom uzależnienia, uwzględnia się tu szereg zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, które dowodzą, iż zażywanie określonej substancji stało się dla danej osoby większym priorytetem niż inne zachowania, które niegdyś miały dla niej większe znaczenie. Cechą dominującą syndromu jest silne pragnienie danej substancji. Aby uznać daną osobę za uzależnioną od alkoholu, należy stwierdzić, iż w ciągu minionego roku wystąpiły u niej co najmniej trzy z wymienionych zjawisk:

- 1) silne pragnienie lub przymus spożycia alkoholu,
- 2) trudności w kontrolowaniu picia w zakresie rozpoczęcia, zakończenia i poziomu zażywania,
- 3) fizyczny stan odstawienia, przejawiający się charakterystycznym syndromem odstawienia, lub zażywanie alkoholu lub substancji podobnej w celu złagodzenia albo uniknięcia objawów odstawienia,
- 4) występowanie tolerancji na alkohol,
- 5) pogłębiające się zaniedbywanie alternatywnych przyjemności i zainteresowań z powodu picia alkoholu, zwiększenie ilości czasu poświęcanego na zdobycie alkoholu oraz usuwanie skutków jego spożycia,
- 6) utrzymujące się spożywanie alkoholu mimo dowodów na jego szkodliwe konsekwencje, takie jak: uszkodzenia wątroby, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego picia, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego. Konieczne jest rozpoznanie, czy osoba uzależniona była świadoma szkodliwego wpływu alkoholu na organizm (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 2000).

Rozpatrując problem zespołu zależności alkoholowej, należy zwrócić uwagę na fakt, iż pojęcie to obejmuje heterogenną grupę osób charakteryzujących się znacznym zróżnicowaniem w zakresie czynników predysponujących, rokowań oraz obrazu klinicznego uzależnienia. Podjęto więc próby wyodrębnienia homogennych grup w obrębie zespołu uzależnienia alkoholowego. Jedną z koncepcji podejmujących taką próbę jest klasyfikacja alkoholizmu, stworzona przez R.C. Cloningera (2003). Uwzględnia ona zarówno etiologię uzależnienia, czynniki genetyczne, predyspozycje natury osobowościowej, jak i zaburzenia neuroprzeżywalności oraz początek choroby

i jej obraz kliniczny. Cloninger oparł swoją koncepcję na stworzonej przez siebie klasyfikacji osobowości (tzw. teorii biosocjalnej), zgodnie z którą każda osobowość może zostać opisana w trzech wymiarach:

- aktywacji, czyli zapotrzebowania na stymulację (*novelty seeking*),
- hamowania, czyli unikania wzmocnień negatywnych (*herm avoidance*),
- podtrzymywania, czyli uzależnienia od wzmocnień (*reward dependence*).

Powyższe wymiary wiązał on z aktywnością układów neuroprzekaźnikowych: aktywację z układem dopaminergicznym, hamowanie z układem serotonergicznym a podtrzymywanie z układem noradrenergicznym. Na bazie prowadzonych badań porównawczych nad uzależnieniem od alkoholu występującym w grupach z przypadkami alkoholizmu w rodzinie i bez przypadków alkoholizmu wśród krewnych, Cloninger wyróżnił dwie grupy osób uzależnionych od alkoholu:

Typ 1 (*milieu limited*) charakteryzujący się wyraźnym wpływem środowiskowym, późnym początkiem alkoholizmu (po 25 r.ż.), rzadkim występowaniem alkoholizmu w rodzinie. Ten typ uzależnienia występuje częściej u kobiet. Pierwsze kontakty z alkoholem wiążą się z próbami samoleczenia objawów depresyjnych. Szybko dochodzi do uzależnienia i powikłań zarówno psychopatologicznych, jak i somatycznych, mimo picia okresowego i stosunkowo długich okresów abstynencji. Zachowany jest przy tym krytycyzm, często towarzyszy mu lęk przed uzależnieniem, poczucie winy i inne objawy depresyjne. Według Cloningera, u osób tych występuje wysoki poziom unikania wzmocnień negatywnych i uzależnienia od wzmocnień. Poziom aktywacji jest w tym przypadku niski. Wiąże się to z niską aktywnością układu noradrenergicznego i dopaminergicznego.

Typ 2 (*male limited*) charakteryzujący się wczesnym początkiem zachorowania (przed 25 r.ż.) i częstym występowaniem alkoholizmu w rodzinie, szczególnie u krewnych w linii męskiej. Wpływ czynników środowiskowych jest tu mniej istotny. Ten typ uzależnienia występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. Stosunkowo późno rozwijają się tutaj objawy uzależnienia, powikłania (zarówno psychiczne, jak i fizyczne) występują rzadziej niż w typie 1 i pojawiają się później. Trudno jest tu jednak wyodrębnić ciągi picia i okresy abstynencji. Osoby z typu 2 wykazują brak krytycyzmu lub jest on powierzchowny. Zapotrzebowanie na stymulację utrzymuje się u nich na wysokim poziomie, natomiast unikanie wzmocnień negatywnych i uzależnienie od wzmocnień – na niskim. Niska jest u tych osób także aktywność układu serotonergicznego. Ten typ alkoholizmu wiąże się także często z występowaniem osobowości antisocjalnej (Habratt, 1992).

Badania osób adoptowanych wskazywały, iż biologiczni ojcowie osób, u których stwierdzono występowanie alkoholizmu typu 2, często byli głęboko uzależnieni od alkoholu i przejawiali zachowania przestępcze. Wśród biologicznych matek tych osób uzależnienie występowało bardzo rzadko. Ojcowie osób należących do typu 1 według Cloningera, bardzo rzadko byli uzależnieni od alkoholu i nie wykazywali zachowań przestępczych. Istotne znaczenie odgrywał tu jednak alkoholizm biologicznych matek i długość okresu przebywania z matką. Długi kontakt dziecka z uzależnioną matką zwiększał prawdopodobieństwo wystąpienia u niego zespołu zależności alkoholowej.

Dalsze badania rodzin adopcyjnych wykazały, iż alkoholizm przybranego ojca nie wpływał na podwyższenie ryzyka uzależnienia u adoptowanego syna. Czynnikiem zwiększającym to ryzyko okazał się status społeczny ojca. W grupie osób typu 2 według Cloningera, niski status społeczny przybranego rodzica wpływa na rozwój nałogowego picia u syna (Cierpiatkowska, 2000).

Choć liczne badania wskazują na istotną rolę czynników genetycznych w etiologii choroby alkoholowej, nie da się pominąć wpływu czynników środowiskowych na powstawanie uzależnienia. Powszechnie uznaje się, iż zespół zależności alkoholowej powstaje na drodze interakcji obu tych czynników.

Podsumowując, można stwierdzić, iż istnieje wiele definicji i klasyfikacji uzależnienia od alkoholu. W zależności od źródła przyjmowane są również inne kryteria rozpoznawania zespołu zależności alkoholowej. Większość tych definicji uwzględnia jednak jedynie objawy i konsekwencje nadużywania alkoholu przez osoby uzależnione. Wraz z rozwojem wiedzy na temat choroby alkoholowej, jej etiologii i przebiegu, konieczne wydaje się stworzenie holistycznej definicji alkoholizmu, uwzględniającej zarówno czynniki predysponujące (biologiczne, osobowościowe, jak i środowiskowe), obraz kliniczny uzależnienia, przebieg choroby oraz rokowania. Utworzenie takiej definicji pozwoliłoby na dostosowanie programów terapeutycznych do określonego typu uzależnienia, co mogłoby pozytywnie wpłynąć na skuteczność pomocy psychologicznej.

Ogólna charakterystyka osób uzależnionych od alkoholu

Jak już wspomniano, zespół uzależnienia od alkoholu jest zespołem heterogennym. Można jednak wyróżnić pewne cechy i zachowania charakterystyczne dla wszystkich osób uzależnionych. Życie osoby uzależnionej skoncentrowane jest wokół picia, prób zerwania z nałogiem lub ograniczenia picia oraz załamывania się tych prób. Alkoholik stara się zadbać o odpowiednią ilość alkoholu w swoim środowisku. Wytwarza sobie także swój własny, charakterystyczny dla siebie sposób picia. Zaczyna zaniedbywać alternatywne przyjemności życiowe, a picie staje się dla niego wartością nadrzędną. Alkoholik zaprzecza swojemu uzależnieniu, stara się udowodnić sobie i innym, że nie ma problemu z alkoholem. Służy temu np. zmiana trunku na słabszy czy okresowe zachowywanie abstynencji, które dla alkoholika i jego bliskich ma być dowodem braku uzależnienia. Po dłuższym okresie abstynencji dochodzi do pogarszania się samopoczucia i wzrostu napięcia, co prowadzi do ponownego sięgnięcia po alkohol.

Cechą charakterystyczną dla osób uzależnionych jest odczuwanie subiektywnego poczucia łaknienia alkoholu, nazywanego także głodem alkoholowym. Jest to silna potrzeba zmiany swojego stanu psychicznego przy pomocy alkoholu w celu uzyskania komfortu psychicznego i redukcji napięcia (Cierpiałkowska, 1997). Jest to przejawem uzależnienia psychicznego. Głód pojawia się w różnych sytuacjach, miejscach i okolicznościach, najczęściej po wypiciu niewielkiej dawki alkoholu. Często prowadzi to do upicia się, gdyż osoby uzależnione mają zaburzoną zdolność kontrolowania picia. Nie są w stanie przewidzieć zarówno czasu trwania następnego picia, jak i też dawki spożywanego alkoholu. W klinice alkoholizmu wyróżnia się dwa rodzaje kontroli:

- a) kontrolę ilościową – alkoholik nie jest w stanie kontrolować ilości wypijanego alkoholu. Brak kontroli ilościowej u osób uzależnionych spowodowany jest wystąpieniem biochemicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym alkoholika,
- b) kontrolę sytuacyjną – osoba uzależniona charakteryzuje się ograniczoną zdolnością do wyboru miejsca i czasu spożycia alkoholu. Wiąże się to z powstaniem określonych nawyków ukształtowanych pod wpływem współdziałania czynników psychologicznych i społecznych (Cierpiałkowska, 1997).

U większości alkoholików zmiana ulega także tolerancja na alkohol, co wynika z przystosowania organizmu (szczególnie ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego) do obecności alkoholu w dużym stężeniu, bez wystąpienia objawów zatrucia organizmu. Wiąże się to z koniecznością zwiększania dawek wypijanego alkoholu dla uzyskania pożądanego efektu. W przypadku spożywania tych samych dawek alkoholu efekt ulega zmniejszeniu. W miarę rozwoju choroby alkoholowej tolerancja obniża się gwałtownie, nawet poniżej poziomu wstępnego (Mellibruda, 1996).

Po kilku godzinach od zaprzestania lub znacznej redukcji spożywanego alkoholu u alkoholików występują tzw. objawy abstynencyjne. Nie pojawiają się one tak długo, jak długo utrzymuje się wystarczający poziom alkoholu w organizmie. Udincewa-Popowa wyróżniła dwie grupy objawów zespołu abstynencyjnego:

- a) zaburzenia wegetatywne i naczynioruchowe – drżenia i bóle mięśni, bóle i zawroty głowy, wzmożone łaknienie, nudności, biegunki napadowe, czasami zlewne poty, bóle pochodzące z przewodu pokarmowego czy kołatanie i ściskanie w okolicy serca,
- b) zaburzenia psychiczne i zaburzenia snu – nastrój lękowo-depresyjny, czasem gniewny lub dysforyczny, nastawienia ksbno-prześladowcze. Mogą też wystąpić epizody psychotyczne charakterystyczne dla psychoz alkoholowych. Obserwowane są także zaburzenia snu (sen sploty, przerywany, marzenia sennie nasycone lękiem i niepokojem).

W zespole abstynencyjnym mogą także wystąpić przypadki napadów drgawkowych (padaczka alkoholowa) czy psychoz alkoholowych (Cierpiałkowska, 1997).

Aby złagodzić lub zapobiec wystąpieniu objawów abstynencyjnych, osoba uzależniona stara się utrzymać wysoki poziom alkoholu we krwi, wypijając kolejną jego porcję (tzw. klinowanie). Ma przy tym subiektywne poczucie skuteczności takiego postępowania. W krótkim czasie postępowanie to doprowadza do ciągu alkoholowego.

Nałogowe spożywanie napojów alkoholowych wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia osób uzależnionych i prowadzi do wielu, często nieodwracalnych, zmian narządów wewnętrznych, mimo to alkoholik nie zaprzestaje picia, świadomy zgubnego wpływu alkoholu na jego zdrowie i samopoczucie. Alkohol niszczy niemal każdy organ ciała i prowadzi do przedwczesnej śmierci. Nadużywanie alkoholu przyczynia się do rozwoju chorób nowotworowych, zwiększa też ryzyko zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową (Mellibruda, 1996).

Długotrwałe i ostre picie prowadzi do niedożywienia i niedoboru witamin w organizmie. Dochodzi także do upośledzenia funkcji jelitowych, osłabia się wchłanianie jelitowe, wydzielanie żółci i soku trzustkowego. Alkohol hamuje tworzenie i funkcjonowanie białych ciałek krwi, przez co alkoholik jest, bardziej niż człowiek niepijący, podatny na infekcje. Wpływa także na zaostrenie zgagi i często prowadzi do zapalenia żołądka i chorób wątroby (od stłuszczenia, zapalenia i marskości po raka wątrobowo-komórkowego). Istnieje także związek między nadużywaniem alkoholu a chorobami trzustki. Choroby te mogą prowadzić do rozwoju cukrzycy alkoholowej. Alkohol wpływa także na wzrost ciśnienia krwi oraz osłabienie funkcji płciowych (utrata libido, spadek aktywności seksualnej, zanik jąder, ginekomastia, impotencja i bezpłodność). U kobiet alkoholizm wiąże się z zaburzeniami cyklu miesięczkowego, osłabieniem reakcji seksualnych i zanikiem owulacji (*Alkohol a zdrowie*, 1993).

Alkohol może wpłynąć na pracę serca, prowadząc do kardiomiopatii i arytmii serca. Występujące w alkoholizmie nadciśnienie może spowodować pojawienie się niedokrwienia serca i zaburzeń naczyniowo-mózgowych, włączając udary (*Alkohol a zdrowie*, 1992).

Wywiera także niszczący wpływ na układ nerwowy. W wielu przypadkach nadużywanie alkoholu prowadzi do zapalenia wielonerwowego (polineuropatii), które charakteryzuje się zaburzeniami czucia w odsiebnych odcinkach kończyn, nerwobólami, bolesnością uciskową nerwów, osłabieniem lub brakiem odruchów mięśniowych. Zmianom tym towarzyszy osłabienie siły lub zanik mięśni (Woronowicz, 1998). U większości osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu występują zespoły psychoorganiczne i zanik kory mózgowej. Wyniki tomografii komputerowej uzależnionych od alkoholu mężczyzn wskazują na powiększenie szerokości bruzd o ok. 40%. Wiąże się to z zanikiem istoty białej w pótkulach mózgowych (*Alkohol a zdrowie*, 1993).

Podsumowując można stwierdzić, iż nadmierne spożywanie alkoholu prowadzi do wielu negatywnych następstw dla funkcjonowania osoby uzależnionej. Zaburzeniu ulegają niemalże wszystkie sfery aktywności życiowej alkoholika. Pogarsza się sytuacja zdrowotna, rodzinna i zawodowa, zmieniają się relacje społeczne osoby uzależnionej oraz jej obraz siebie. Kłopoty te wpływają na samopoczucie i stan emocjonalny alkoholika. Negatywne skutki nadmiernego spożywania alkoholu wywołują stan napięcia i prowadzą do ciągłego przeżywania negatywnych emocji. Stan taki może doprowadzić do uruchomienia mechanizmów uzależnienia, gdyż picie alkoholu będzie dla osoby uzależnionej sposobem regulacji negatywnych stanów emocjonalnych i źródłem subiektywnego poczucia dobrostanu.

Metody wczesnego rozpoznawania alkoholizmu

Obecnie, gdy problem uzależnienia od alkoholu jest jednym z największych problemów społecznych, stworzono wiele metod służących do wczesnej identyfikacji osób z zespołem zależności alkoholowej. Do metod tych należą m.in. dzienniczki picia, pomiary poziomu konsumpcji alkoholu (odnoszące wyniki do poziomu konsumpcji niebezpiecznej, określonego dla mężczyzn jako 40g alkoholu dziennie, dla kobiet jako 20g alkoholu w ciągu jednego dnia) czy wskaźniki biologiczne związane z patologicznymi zmianami organów wewnętrznych. W latach sześćdziesiątych XX wieku dużą popularność w diagnostyce alkoholizmu zyskały metody testowe i kwestionariuszowe. Stosowano je często w przesiewowych badaniach społecznych, w grupie pacjentów szpitali psychiatrycznych i ogólnych oraz wśród pacjentów lekarzy domowych.

Jedną z takich metod, stosowanych często do rozpoznawania uzależnienia od alkoholu, jest Test Przesiewowy MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*). Jego pierwsza wersja składała się z 25 pytań dotyczących opinii badanego na temat rodziny, przyjaciół, spożywania alkoholu oraz symptomów zespołu zależności alkoholowej. Późniejsza, skrócona wersja utworzona przez Pokornego i współpracowników zawierała jedynie 10 najlepiej różnicujących pozycji dotyczących spożywania napojów alkoholowych. Początkowo rzetelność narzędzia oceniano bardzo wysoko. Dalsze badania, prowadzone przez Salzera, wykazały jednak, iż test ten identyfikuje jedynie 55 % przypadków uzależnienia od alkoholu. Ograniczona użyteczność diagnostyczna narzędzia może wynikać z faktu, iż jego formuła wymaga od badanego świadomości występowania problemów alkoholowych. Jak jednak wiadomo, większość alkoholików nie dopuszcza do świadomości faktu uzależnienia i zaprzecza występowaniu jakichkolwiek problemów z alkoholem.

KWESTIONARIUSZ MAST – WERSJA SKRÓCONA

1. Czy uważasz, że pijesz normalnie?	Tak (0)	Nie (2)
2. Czy przyjaciele i rodzina uważają, że pijesz normalnie?	Tak (0)	Nie (2)
3. Czy kiedykolwiek brałeś udział w spotkaniach Anonimowych Alkoholików?	Tak (5)	Nie (0)
4. Czy kiedykolwiek straciłeś przyjaciół, dziewczynę/chłopaka z powodu picia?	Tak (2)	Nie (0)
5. Czy miałeś kiedykolwiek kłopoty w pracy z powodu picia?	Tak (2)	Nie (0)
6. Czy kiedykolwiek zaniedbałeś swoje zobowiązania, rodzinę lub pracę na dwa dni z rzędu lub dłużej, ponieważ byłeś pijany?	Tak (2)	Nie (0)
7. Czy po dłuższym pijaństwie miałeś kiedykolwiek delirium tremens (DTs), silne drgawki, słyszałeś głosy lub widziałeś rzeczy, których w rzeczywistości nie było?	Tak (2)	Nie (0)
8. Czy zwracałeś się kiedykolwiek do kogoś o pomoc w sprawie twojego picia?	Tak (5)	Nie (0)
9. Czy byłeś kiedykolwiek w szpitalu z powodu picia?	Tak (5)	Nie (0)
10. Czy byłeś kiedykolwiek aresztowany z powodu prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwym lub po wypiciu alkoholu?	Tak (2)	Nie (0)

Źródło: Pokorny i współpracownicy (*Alkohol a zdrowie*, 1993)

Bardziej rzetelne wyniki można uzyskać przy pomocy kwestionariusza CAGE. Narzędzie to składa się zaledwie z 4 pytań dotyczących postaw i zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Dwie lub trzy pozytywne odpowiedzi badanego kwalifikują go jako osobę przejawiającą problemy alkoholowe. Narzędzie zostało zweryfikowane na grupie 366 pacjentów psychiatrycznych. 81% osób zdiagnozowanych wcześniej jako alkoholicy odpowiedziało twierdząco na 2 lub więcej pytań. Badania przeprowadzone wśród pacjentów szpitali ogólnych wykazały, iż narzędzie charakteryzuje się czułością do 85% i różnicowaniem do 89%. Badania społeczne nie potwierdziły jednak wcześniejszych wyników. Choć kwestionariusz CAGE wykazuje większą wartość diagnostyczną niż test MAST, nadal nie wykrywa ponad połowy potwierdzonych przypadków alkoholizmu.

KWESTIONARIUSZ CAGE

1. Czy kiedykolwiek czułeś, że powinieneś przerwać picie?
2. Czy przeszkadza ci, gdy krytykowany jesteś za to, że pijesz?
3. Czy miałeś kiedykolwiek poczucie winy dlatego, że pijesz?
4. Czy kiedykolwiek napicie się alkoholu było pierwszą twoją czynnością rano, spowodowaną chęcią uspokojenia nerwów lub rozbudzenia się?

Innym narzędziem służącym do wczesnej identyfikacji osób z problemem alkoholowym jest – opracowany przez Światową Organizację Zdrowia – formularz AUDIT. Narzędzie to składa się z 10 pytań odnoszących się do problemów związanych ze spożywaniem alkoholu, utratą świadomości pod wpływem alkoholu oraz reakcji badanego na alkohol. Badania weryfikacyj-

ne narzędzia wykazały, iż jego średnia czułość wynosi 80%, selektywność natomiast sięga 89% (*Alkohol a zdrowie*, 1993).

FORMULARZ PRZESIEWOWY AUDIT OPRACOWANY PRZEZ WHO

1. Jak często pijesz porcję napoju alkoholowego?
nigdy raz w miesiącu lub rzadziej 2–4 razy w miesiącu 2–3 razy w tygodniu więcej niż 3 razy w tygodniu
2. Ile porcji napojów alkoholowych pijesz przeciętnie w dniu, w którym w ogóle pijesz?
1–2 porcje napoju 3–4 porcje napoju 5–6 porcji napoju 7–9 porcji napoju 10 i więcej porcji napoju
3. Jak często pijesz 6 lub więcej porcji napojów alkoholowych w ciągu jednej okazji?
nigdy rzadziej niż raz w miesiącu raz w miesiącu raz w tygodniu codziennie lub prawie codziennie
4. Jak często w ciągu ostatniego roku było ci trudno nie myśleć o alkoholu?
nigdy rzadziej niż raz w miesiącu raz w miesiącu raz w tygodniu codziennie lub prawie codziennie
5. Jak często w ciągu ostatniego roku było Ci trudno przestać pić alkohol skoro już zacząłeś?
nigdy rzadziej niż raz w miesiącu raz w miesiącu raz w tygodniu codziennie lub prawie codziennie
6. Jak często w ciągu ostatniego roku było ci trudno przypomnieć sobie, co się działo przed-
niej nocy kiedy piłeś?
nigdy rzadziej niż raz w miesiącu raz w miesiącu raz w tygodniu codziennie lub prawie codziennie
7. Jak często w ciągu ostatniego roku chciałeś się napić rano, aby zebrać się w sobie po dłuż-
szym pijaństwie?
nigdy rzadziej niż raz w miesiącu raz w miesiącu raz w tygodniu codziennie lub prawie codziennie
8. Jak często w ciągu ostatniego roku czułeś się winny lub miałeś wyrzuty sumienia po wypici-
ciu alkoholu?
nigdy rzadziej niż raz w miesiącu raz w miesiącu raz w tygodniu codziennie lub prawie codziennie
9. Czy raniłeś kogoś dlatego, że byłeś pijany?
nie tak, ale nie w ostatnim roku tak, w ostatnim roku
10. Czy ktoś z twojej rodziny, z twoich przyjaciół lub lekarz albo inny pracownik służby zdrowia
interesował się twoim pićm lub radził ci z tym skończyć?
nie tak, ale nie w ostatnim roku tak, w ostatnim roku

Źródło: Saunders i Aasland

Skalowanie

Pytanie 1:	nigdy	= 0
	raz w miesiącu lub rzadziej	= 1
	2–4 razy w miesiącu	= 2
	2–3 razy w tygodniu	= 3
	więcej niż 3 razy w tygodniu	= 4
Pytanie 2:	1–2 porcje napoju	= 0
	3–4 porcje napoju	= 1
	5–6 porcji napoju	= 2
	7–9 porcji napoju	= 3
	10 i więcej porcji napoju	= 4

Pytania 3–8:	nigdy	= 0
	rzadziej niż raz w miesiącu	= 1
	raz w miesiącu	= 2
	raz w tygodniu	= 3
Pytania 9–10:	codziennie lub prawie codziennie	= 4
	nie	= 0
	tak, ale nie w ostatnim roku	= 2
	tak w ostatnim roku	= 4

Użyteczność opisanych metod testowych i kwestionariuszowych jako narzędzi wczesnego wykrywania alkoholizmu jest ograniczona. Choć jakościowa analiza odpowiedzi badanego może dostarczyć ważnych informacji na temat postaw, przejawianych problemów alkoholowych oraz ich świadomości, stosowane jako jedyne narzędzia, kwestionariusze i testy nie dają gwarancji postawienia trafnej diagnozy. Dlatego też sugeruje się łączenie tych metod z innymi, w szczególności z wywiadem dotyczącym występujących u badanego symptomów uzależnienia i problemów alkoholowych (na podstawie kryteriów jednej z opisanych wyżej klasyfikacji). Wśród wielu objawów zespołu zależności alkoholowej najbardziej diagnostycznymi objawami zdają się: utrata kontroli nad ilością i częstotliwością spożywania alkoholu, reintoksykacja (tzw. „klinowanie”) jako subiektywnie skuteczny sposób zwalczania objawów abstynencyjnych i poprawy samopoczucia oraz utrata świadomości występująca po spożyciu napojów alkoholowych (palimpsesty alkoholowe). W opinii terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi od alkoholu symptomy te występują u większości alkoholików i są najbardziej charakterystyczne dla zespołu zależności alkoholowej.

Warto w tym miejscu przypomnieć, iż alkoholizm jest zespołem o znacznej heterogeniczności, a osoby uzależnione różnią się od siebie pod względem czynników predysponujących (genetycznych, środowiskowych czy osobowościowych), klinicznego obrazu choroby i jej przebiegu. Dlatego też diagnozując uzależnienie od alkoholu, powinno się analizować całościowo sytuację osoby badanej oraz dokonać syntezy wyników kilku narzędzi badawczych i uzyskanych informacji. Takie podejście zwiększa prawdopodobieństwo wczesnej identyfikacji osób z problemem alkoholowym, co, jak wspomniano na wstępie, zwiększa skuteczność oddziaływań terapeutycznych.

LITERATURA CYTOWANA

- Alkohol a zdrowie* (1992). VII Raport Specjalny dla Kongresu USA, Warszawa.
- Alkohol a zdrowie* (1993). Strategie rozwiązywania problemów alkoholowych. Warszawa: PARPA.
- Cierpiałkowska, L. (1997). *Alkoholizm. Matżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L. (2000). *Alkoholizm. Przyczyny-Leczenie-Profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Habrat, B. (1992). Klasyfikacja alkoholizmu wg Cloningera. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1, 155–160.
- Hornowska, E. (2003). *Temperamentalne uwarunkowania zachowania. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza RCI R.C. Cloningera*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

Jellinek, E. M. (1987). Stadia nałogu alkoholowego. *Nowiny Psychologiczne* 3, 3–19, przeł. J. Pommersbach, J. Woźniak.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (1997). S. Pużyński, J. Wciórka (red.) Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi*. Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych.

Mellibruda, J. (1999). *Studia psychologiczne nad funkcjonowaniem osób z problemami alkoholowymi i metodami terapii. Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin. Podsumowanie badań realizowanych w latach 1986–1990*. Warszawa: PARPA.

Woronowicz, B. T. (1993). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: PARPA.