



Psycholog dla medyka



ALKOHOL I INNE UŻYWKI – KIEDY ZACZYNA SIĘ PROBLEM?



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Tytuł: Alkohol i inne używki – kiedy zaczyna się problem?

Autor: Joanna Mikuła

Zdjęcia: iStock, Adobe Stock

ISBN: 978-83-67802-59-8

COPYRIGHT © 2023 Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0006/22 pn. „*Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej*” finansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Wszelkie prawa zastrzeżone zgodnie z Ustawą o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz.U.94 Nr 24 poz. 83, sprost.: Dz.U.94 Nr 43 poz.170).

Warszawa 2023



Medice cura te ipsum – „lekarzu, ulecz się sam”. Ta maksyma popularna w kręgach medycznych pochodzi jeszcze z okresu starożytności – cytowana jest już w ewangelii św. Łukasza 4;23.

O czym ona mówi?

Różnie można ją interpretować.

Jednak najkrócej tak: skoro innych leczysz, ulecz siebie.

Skoro innym doradzasz, doradź sobie.

Krótko mówiąc, znasz się, to nie zawracaj głowy i radź sobie sam.

Ponadto medyk – lekarz, terapeuta, pielęgniarz – to osoby szczególne, o innej konstrukcji. Już trening na studiach formuje takie podejście – to, co robimy, jest trudne. Nawet bardzo trudne. Mamy dostęp do szczególnej wiedzy, a w konsekwencji to **MY pomagamy innym, a nie NAM się pomaga**. Z takiej postawy wynikają różne konsekwencje dla profesjonalisty medycznego, gdy jego stan zdrowia się pogarsza na różnych płaszczyznach.

Po pierwsze panuje wewnętrzne przekonanie, że jako lekarz nie powinien sam chorować. Jeśli już to się zdarzy, to może najlepiej, żeby sam sobie coś przepisał, bo nie wypada chyba się nie znać na... Jeśli już zasięgnąć porady kolegi, to może tak na ucho i pógębkiem, przy kawie czy w szatni.

Po drugie takie podejście przekłada się także na „pobieżną” formę porad udzielanych przez lekarza innemu lekarzowi: „przecież sam wie, co mu dolega”. Zazwyczaj diagnozy mają więc jedynie potwierdzać zdanie lub przypuszczenie pacjenta-medyka. Co więcej, często ma on obawy, obiekcje i opory przed podważaniem autorytetu swojego kolegi, który próbował udzielić mu pomocy. Zatem milczy.

To tylko część negatywnych zjawisk w świecie medycznym.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Na niektóre choroby – zwłaszcza somatyczne – wypada jeszcze zachorować. Gorzej sytuacja przedstawia się na płaszczyźnie **chorób psychicznych**.

Lekarz i w ogóle medyk ma przecież, jak się powszechnie uważa, żelazną konstrukcję. Zawsze sobie radzi.

Stres?

Trzeba się po prostu bardziej zmobilizować lub ewentualnie odstresować – pojechać szybko samochodem, pójść na siłownię, a może w lecie w góry. Jednak na to wszystko trzeba mieć siłę. Po wielogodzinnej pracy na oddziale i w poradni brakuje już energii. Pozostają więc inne drogi odprężenia.



Dobre whisky z lodem, czasem lek uspokajający, może dla młodszego pokolenia trawka? Wszystko to przecież jest pod kontrolą.

Proszę pani, jestem lekarzem, przecież znam się na działaniu układu nerwowego! Uzależniony? Ależ jestem lekarzem! Jestem pielęgniarzką! Wiem, ile można bezpiecznie wypić/zażyć!

Ponieważ moją specjalnością jest terapia uzależnień, mogłabym przytoczyć wiele autentycznych wypowiedzi, które ilustrują funkcjonowanie tego mechanizmu.

Oto jedna taka historia:

Pewnego dnia odwiedził mnie pan doktor, specjalność – chirurg, i w trakcie rozmowy stwierdził: *Wie pani, ja to nie rozumiem tych pani pacjentów – oni po prostu nie umieją pić. Przecież i pół litra można sobie spokojnie wieczorkiem wypić, aby tylko najpierw robota była zrobiona.*

Kurtyna.

CZY WIĘC PROBLEM UZALEŻNIEŃ ISTNIEJE W ŚRODOWISKU PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH?

Dane wskazują, że wśród przedstawicieli wolnych zawodów (tak zwanych wysoko funkcjonujących) można spotkać 3-4-krotnie więcej uzależnionych niż w populacji generalnej. Wysoko funkcjonujący to prawnicy, aktorzy, dziennikarze, menedżerowie, ale także lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych! Wykształceni, wykonujący odpowiedzialną pracę, ogólnie mówiąc „ludzie na poziomie”.

Profesor Jörg Fengler z Uniwersytetu w Kolonii, zajmujący się od lat problematyką **wypalenia zawodowego**, stwierdza, że osoby profesjonalnie pomagające innym są bardziej niż inne grupy zagrożone samobójstwami i uzależnieniami.

W tym miejscu przypomina mi się sytuacja z mojej praktyki wykładowcy WUM, gdy trafiła do mnie na zajęcia grupa dość spłoszonych studentów. Przytoczyli oni *żart* (?) innego, nieznanego mi asystenta. Powitał on ich słowami: „O witamy w gronie przyszłych samobójców i alkoholików”.

Prace naukowe z wielu krajów potwierdzają, że problem jest i to nie mały. Zgodnie z nimi zjawiska te dotyczą 10-12% pracowników z sektora ochrony zdrowia. Istnieją badania wskazujące na większy niż w populacji generalnej odsetek uzależnionych przedstawicieli zawodów medycznych.

Badania z 1997 roku w USA wykazały, że **uzależnionych od alkoholu jest 8-10% lekarzy – podczas gdy ogółem w społeczeństwie ten odsetek waha się od 6 do 10%**. Natomiast kolejne 20-25% pije problemowo (Setness, 1997).





Późniejsze badania ujawniły, że **najczęściej używaną substancją jest alkohol, następnie benzodiazepiny i opiaty** (Avery i wsp., 2000; Maulen, 2013).

Wiele z nich wskazuje także na wyższy niż w ogóle populacji odsetek osób uzależnionych wśród przedstawicieli zawodów medycznych (Reimer i wsp., 1996; Stetter, 2001).

- Uzależnienie od alkoholu wśród szkockich lekarzy występuje 2,7 razy częściej niż w populacji ogólnej.
- Prawdopodobieństwo uzależnienia od narkotyków lekarzy w USA oceniane jest na co najmniej kilkakrotnie większe niż w całej populacji (Fengler, 2001).
- Badania, którym poddano lekarzy objętych programem PHP (Program Ochrony Zdrowia dla Profesjonalistów Medycznych), wykazały, że najwięcej było uzależnień od alkoholu (50,3%) oraz opiatów (35,9%), a 50% pacjentów nadużywało więcej niż jedną substancję (Berge i wsp., 2009).

UZALEŻNIENIA WŚRÓD GRUP ZAWODÓW MEDYCZNYCH W POLSCE

Jak podaje **Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych** (obecnie razem z Krajowym Biurem ds. Narkotyków stanowi Krajowe Centrum ds. Uzależnień), **ok. 2-3% to osoby uzależnione od alkoholu, a kolejne kilka (kilkanaście?) procent to osoby pijące problemowo**. Liczba uzależnionych waha się wg różnych szacunków pomiędzy 600 a 900 tysięcy, a pijących problemowo jest ok. 2 mln. Tymczasem doktor Bohdan Woronowicz, psychiatra specjalizujący się w uzależnieniach, szereg lat pełniący funkcję Pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, oszacował **liczbę uzależnionych lekarzy na ok. 18 tysięcy** (Woronowicz, 2016). **Byłby to więc wyższy wskaźnik niż w całym społeczeństwie. Szacuje się także, że odsetek lekarzy, u których występuje uzależnienie od narkotyków, waha się pomiędzy 10-15%** (Szczyrba-Maróń, Wons, 2008).

Badania dotyczące używania substancji psychoaktywnych przeprowadzone w latach 2012-13 przez Barbarę Purandare z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu objęły 245 lekarzy stażystów, których średnia wiekowa wyniosła 26 lat. Były to więc młode osoby u progu kariery za wodowej.

Okazało się, że w analizowanej grupie 95% potwierdziło spożywanie alkoholu, 7% robiło to często, a na podstawie przeprowadzonej analizy wyników testu CAGE (przesiewowego testu wskazującego, czy i w jakim stopniu występuje problem alkoholowy) stwierdzono, że 13% badanych pije problemowo. Natomiast 6% osób potwierdziło zażywanie narkotyków.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Badania na świecie prowadzone w populacji **studentów uczelni medycznych** pokazują, że **nawet 60% z nich rekreacyjnie pije alkohol lub zażywa narkotyki** (Avery i wsp., 2000), a inne badania potwierdzają, że nadmierna, powodująca problemy konsumpcja alkoholu może dotyczyć nawet 15% z nich (Shah i wsp., 2009). Inne badania amerykańskie wskazały, że około 33,2% studentów kierunków medycznych zdecydowanie przekracza bezpieczne dawki alkoholu, pijąc przy jednej okazji 5 lub więcej porcji standardowych (10 gramów czystego etanolu) (Baldwin i wsp., 2008). Z kolei polskie badania Perzyńskiego pokazują, że leczący się z powodu uzależnienia lekarze już na studiach zdradzali oznaki picia problemowego (Perzyński, 1993).

Nieliczne są na razie badania dotyczące takich profesji medycznych jak pielęgniarzy i ratownicy. W artykule Pawła Rasmusa i wsp., opublikowanym w „Anestezjologii i Ratownictwie” w 2015 roku przedstawiono wyniki badań na grupie 140 ratowników (kobiet i mężczyzn) o wpływie stresu na zachowania ryzykowne. Według nich:

- 92,14% badanej populacji pije alkohol,
- 8% przyznało, że robi to codziennie,
- część osób grała hazardowo, 4,29% przyznało, że robi to stosunkowo często,
- 32% kobiet i 12% mężczyzn używało leków bez wskazań lekarskich.





Nikt nie potwierdził używania narkotyków, jednak można się do tego akurat wyniku nie przywiązywać, biorąc pod uwagę poziom obciążenia tego pytania zmienną aprobaty społecznej – innymi słowy mówiąc – **wstydem lub obawą, zwłaszcza że część osób potwierdzała zażywanie tych substancji w przeszłości.**

Ważne zagadnienie stanowi nadużywanie w grupie profesjonalistów medycznych **leków uspokajających i nasennych** – oprócz obserwacji klinicznych danych dostarczają analizy prowadzone na podstawie historii chorób lekarzy już leczących się z powodu uzależnienia. Przykładowo analiza przebiegu chorób 124 lekarzy leczących się w II Klinice Psychiatrycznej Śląskiej Akademii Medycznej wykazała, że **spośród uzależnionych połowa uzależniona była od alkoholu, a 70% od leków.** Wszyscy uzależnieni od alkoholu przyjmowali benzodiazepiny, a uzależnienie krzyżowe wystąpiło u 69% z nich (Matysiakiewicz i wsp., 1999).

Substancją najczęściej nadużywaną przez profesjonalistów medycznych jest alkohol. Na drugim miejscu plasują się leki z grupy benzodiazepin i na bazie opiatów (Avery i wsp., 2000; Maulen, 2013), a w takich profesjach jak medycyna ratunkowa i anestezjologia ich nadużywanie wysuwa się na plan pierwszy.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE ZACHOROWANIU SPECYFICZNE DLA ŚRODOWISKAMEDYCZNEGO

Aby się uzależnić, trzeba regularnie powtarzać pewne zachowania. Czynniki wpływające na zwiększenie konsumpcji środków psychoaktywnych w środowisku medycznym to (na podstawie B. Purandere):

- wysokie wymagania zawodowe w stosunku do siebie – mam być zawsze sprawna/y, gotowa/y do działania, mój obraz to kamienna twarz; nic mnie nie rusza, jeśli pomagam innym, to mi nic nie może dolegać. Takie przeświadczenia powodują brak zgody na zauważanie u siebie problemu, a także gotowości do zwierzania się, szukania wsparcia relacyjnego w sytuacjach kryzysu – który to mechanizm w naturalny sposób reguluje poziom napięcia;
- długi czas kształcenia i doksztalcania, trudne studia i znaczne obciążenie stresem już na tym etapie;
- stres związany z pracą: ciągły niedoczas, zła organizacja, brak do końca określonych procedur, częste działania w ekstremalnych sytuacjach, nieregularny czas pracy, dyżury w godzinach nocnych, przeciążenie pracą w kilku miejscach;
- odpowiedzialność za życie i zdrowie ludzi;
- duża ilość pacjentów;
- niedostateczna gratyfikacja;
- zakłócenia w życiu osobistym z powodu nadmiaru pracy;
- łatwy dostęp do leków;
- fałszywa solidarność zawodowa powodująca przemilczanie ewidentnych niekiedy oznak u kolegi, w tym także milczenie ze strachu;
- wypalenie zawodowe z powodu nadmiernej ilości kontaktów z ludźmi;
- brak dostatecznego przygotowania do radzenia sobie z własnym stresem.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Oprócz czynników wspólnych dla całej grupy zawodowej są też **elementy indywidualne**. Niektóre z nich charakterystyczne są dla całej populacji. Należą do nich m.in.:

1. podłoże genetyczne – uzależnienia nie są wprost warunkowane żadnym genem, ale istnieją udowodnione związki pomiędzy wybranymi genami a podatnością na uzależnienie m.in. uwarunkowane tempo metabolizowania alkoholu przez wątrobę, a także siła efektu euforyzującego wywołanego przez napoje wysokokowe;
2. doświadczenia z okresu dzieciństwa i adolescencji;
3. czynniki osobowościowe.

Mówimy także o czynnikach **zwiększających ryzyko** uzależnień właśnie pośród grup wysoko funkcjonujących (np. lekarzy). Opisała je Sarah Benton w książce „Wysoko funkcjonujący alkoholicy”. Według niej osoby takie mają charakterystyczne cechy osobowościowe, które uwidaczniają się już w czasie studiów. Wymienia:

- nastawienie na cel,
- naturalnie dobra pamięć,
- wysokie kwalifikacje intelektualne,
- zdolność do intensywnej nauki,
- skłonność do systematyczności,
- kojarzenie dobrych ocen z poczuciem własnej wartości,
- motywacja do osiągnięć,
- silny mechanizm wyparcia,
- przebojowość,
- tendencje perfekcjonistyczne,
- silny system wsparcia w rodzinie,
- wysokie wymagania ze strony rodziny, presja na osiągnięcie sukcesów!

No cóż, to przecież sylwetka świetnego studenta i przyszłego lekarza!

Jednakże...takie cechy powodują wysoki poziom napięcia, a także brak zgody na swój błąd i porażkę.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczypospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DLACZEGO TAK TRUDNO ZIDENTYFIKOWAĆ PROBLEM?

A. Stereotyp osoby uzależnionej

Problem uzależnień i nadużywania substancji psychoaktywnych w populacji generalnej obciążony jest **stygmatyzacją, nieporozumieniami, a także tzw. zmową milczenia i mitologizacją**. Nie inaczej działa to w środowisku medycznym. Może tylko treść zbiorowych mechanizmów obronnych jest inna.

Alkoholik, zataczając się, idzie ulicą w brudnym ubraniu, śmierdzi i bełkocze niezrozumiale. Narkoman podobnie – zapewne leży w melinie z brudnymi włosami lub prosi na dworcu o parę groszy „na bilet do chorej matki”. Obaj sprawiają liczne kłopoty i tak przeciążonym już pracownikom SOR-u. Są niechlujni, często także agresywni. To jednak jedynie stereotypy.

Najbardziej to błędne postrzeganie widoczne jest właśnie wśród przedstawicieli zawodów wysoko funkcjonujących. Elegancki lekarz, wysportowany fizjoterapeuta, kompetentna i zadbana pielęgniarka – żadne z nich nie zidentyfikuje się z opisanym wcześniej schematem.

Tymczasem tylko 5-10% uzależnionych w chronicznej fazie choroby tak wygląda i tak się zachowuje.



Między innymi z powodu silnego obciążenia negatywnymi skojarzeniami Światowa Organizacja Zdrowia zaleca odejście od używania tych określeń w języku profesjonalnym, a zamiast tego posługiwanie się pojęciem „**osoba uzależniona**”, „**osoba z problemem uzależnienia**”.

Wielokrotnie w trakcie zajęć rozmawiałam ze studentami medycyny, jakie mają skojarzenia ze słowem alkoholik, narkoman, co myślą i czują w kontekście pacjentów uzależnionych. Odpowiedź, jaką otrzymywałam, jest częścią odpowiedzi na pytanie, **dlatego tak niewielu lekarzy dostrzega u siebie problem uzależnienia.**

Początkowo zwykle padają ze strony studentów formalne deklaracje np. że to choroba. Kiedy porozmawiamy dłużej i bardziej szczerze, okazuje się, że **osoba uzależniona to dla nich ktoś z jednej strony nieszczęśliwy, słaby, przegrany w życiu, doznający porażki, z drugiej budzący jednak lekkie przynajmniej zniecierpliwienie lub nawet niechęć, bo „sam sobie jest winien”. Nie jest to w ich oczach taki sam chory jak inny.** Trudno więc oczekiwać, aby ambitny, pragnący się po szczeblach kariery medyk zidentyfikował się z kimś takim.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





B. Mechanizm iluzji i zaprzeczeń

Oprócz objawów klinicznych, które omówimy później, uzależnienie charakteryzuje się **systemem rozbudowanych mechanizmów psychologicznych** takich jak:

- nałogowe regulowanie uczuć,
- mechanizm rozproszonego JA,
- mechanizm iluzji i zaprzeczeń.

To właśnie ostatni z nich powoduje, że trudno jest dostrzec problem u siebie nawet przy założeniu, że posiada się stosowną wiedzę.

Są to nic innego jak sztywne i trudno modyfikowalne mechanizmy obronne. Służą ochronie własnego wizerunku, a także pozwalają na kontynuację zachowań uzależnieniowych.

Wśród nich na pierwszy plan u profesjonalistów wysuwa się, jak można sądzić, **rozbudowana iluzja kontroli**. Warunkuje ona utrzymanie dobrej, wysokiej samooceny. Stąd często uzależniony profesjonalista jest bardzo pracowity, zorganizowany, sprawny, ambitny, a wszystkie zadania ma wykonane. Inteligencja oraz wiedza medyczna pozwalają unikać co wyrazistszych konsekwencji – na przykład kaca, drastycznego ubóstwa, większych „wpadek” zawodowych. **Tymczasem to właśnie destrukcja w uzależnieniu i widoczne z zewnątrz kryzysy konfrontują i powodują najczęściej decyzje o leczeniu.**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zjawisko iluzorycznej kontroli prowadzi czasem do zdumiewających sytuacji. Pewien lekarz, właściciel prywatnej przychodni, namówiony przez zrozpaczonego syna, studenta medycyny, do kontaktu ze specjalistą stwierdził z pewną irytacją w rozmowie: „*ale ja jestem lekarzem, doskonale wiem, że jestem alkohikiem, skoro co wieczór wypijam butelkę whisky*”. Problemem było to, że od dawna poprzestawał na tym stwierdzeniu, zakładając, że skoro postawił diagnozę, to może już dalej pić spokojnie.

Badacze i klinicyści podkreślają – to paniczny lęk przed utratą twarzy i obawa przed przekreśleniem szans na dalszą karierę najsilniej przeszkadzają medykom zobaczyć u siebie uzależnienia, a następnie poprosić o pomoc.

Metody kontroli to m.in. **przeprowadzanie u siebie testów wątrobowych** i uspokajanie się, że nie jest jeszcze źle z piciem, jeśli próby są w porządku.

Inne składowe mechanizmu iluzji i zaprzeczeń to np.:

- racjonalizacja (mój zawód jest stresujący, mam prawo),
- minimalizacja (nie jest jeszcze tak źle),
- projekcja (to nie moja wina, przełożony jest beznadziejny, a pacjenci roszczeniowi).

Środowisko, jak współuzależniona żona, wzdycha i kryje – bierze dyżury za kolegę, tłumaczy ciężką pracą itp. Dodatkowo podwładni nic nie powiedzą, bo się obawiają, a przełożeni przymkną oko, bo potrzebują specjalistów.

Autentyczna historia – lekarz na dyżurze nadużył BZD do takiego stopnia, że kontakt z nim był słaby. Wezwany przez przełożonego konsultant na podstawie zebranego wywiadu stwierdził zaawansowane uzależnienie, zalecił podjęcie natychmiastowej detoksykacji i leczenia, a także zasugerował zwolnienie lekarskie na czas leczenia, na co zatroskany przełożony: „*ale kto będzie prowadził zajęcia ze studentami? To taki dobry wykładowca...*”

Osoba uzależniona nie jest zmarginalizowanym, słabym, przegranym nie-szczęśnikiem. Jest natomiast osobą chorą na uzależnienie, często mającą sukcesy, ambitną, inteligentną i zdolną. Oczywiście choroba może w dalszym przebiegu zniszczyć jej życie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



JAK DZIAŁA UZALEŻNIENIE?

Za powstawanie uzależnień odpowiedzialny jest istniejący w mózgu **układ nagrody**, a podstawowym neuroprzekaźnikiem odpowiedzialnym za powstawanie uczucia przyjemności jest **dopamina**. Istotne jest pobudzenie neuronów szlaku mezolimbicznego biegnącego z pola brzuszego nakrywki (VTA) do jądra półleżącego przegrody (NAC). Jest to ważny szlak dopaminowy, a jego rolą jest kontrola zachowań motywacyjnych związanych z działaniem zewnętrznych bodźców wzmacniających. Ciało komórek nerwowych mieszczące się w VTA projektują do NAC, które, jak się przyjmuje, jest mózgowym centrum przyjemności. Docierają tam również impulsy z ciała migdałowatego niosące informacje o kontekście sytuacyjnym. Odczuwanie przyjemności jest związane z wydzielaniem się dużych ilości dopaminy w NAC. Ten neuroprzekaźnik wywołuje subiektywne doznanie przyjemności i satysfakcji pojawiające się w trakcie i/lub po zażyciu pewnych substancji i wykonywaniu niektórych czynności. Dopamina reguluje motywację do poszukiwania bodźców wzmacniających.

Alkohol, narkotyki a dopamina

Alkohol i większość narkotyków z uwagi na specyficzną budowę chemiczną przesyłają do komórek mózgu „fałszywą” informację o konieczności produkcji dużej ilości dopaminy. Ponadto blokują przetwarzanie nadmiaru tego neuroprzekaźnika, co powoduje tzw. **efekt zalewania układu nagrody** w mózgu, wprowadzając go w stan nadmiernego pobudzenia.



Mózg pobudzony przez alkohol lub inną substancję psychoaktywną **uwalnia od 2 do 10 razy więcej dopaminy niż przy zwykłych życiowych przyjemnościach** takich jak uprawianie seksu, kosztowanie dobrego jedzenia, słuchanie muzyki (di Chiara i Imperato, 1988). Niektóre źródła podają, że w **przypadku amfetaminy jest to wzrost 20-krotny!** Odczuwana w takiej sytuacji euforia wywołuje silne pragnienie powtarzania tego doznania.

Reakcja przyjemności wywołana wielokrotnym używaniem narkotyków lub alkoholu powoduje zmniejszenie zdolności odczuwania przyjemności związanych z wykonywaniem czynności podtrzymujących życie.

Wielokrotne używanie alkoholu i/lub narkotyku powoduje spadek produkcji dopaminy w mózgu, co generuje uczucie przykrości, apatii, beznadziei. To następnie wywołuje przymus sięgania po większe dawki substancji – efekt tolerancji.



Gdy w mózgu spada poziom substancji uzależniającej, pojawia się zespół odstawienia, który charakteryzuje się licznymi objawami somatycznymi i psychicznymi. Na poziomie fizjologicznym mamy do czynienia z reakcją stresową. Następuje wydzielanie hormonów stresu, w tym kortyzolu. Mniejszy jest poziom uwalniania dopaminy z NAC, a aktywność całego układu nagrody jest drastycznie obniżona.

Im więcej razy powtarzana jest czynność zażywania substancji, tym większy wpływ regulacyjny na zachowanie człowieka ma pień mózgu, a zmniejsza się wpływ kory płatów przedczołowych.

Innymi słowy, **działa fizjologia. Mimo złudzenia kontroli nad czynnością zażywania, chory zaczyna mieć coraz silniejszy przymus jej przyjęcia po to, aby przywrócić stan równowagi psychofizycznej. Wybór jest coraz mniejszy.**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OBJAWY UZALEŻNIENIA

Zgodnie z dotychczas stosowaną klasyfikacją ICD-10 w uzależnieniach chemicznych występuje 6 objawów, z których wystarczy znaleźć 3 w ciągu ostatniego roku, aby rozpoznać uzależnienie.

- Przymus zażywania, natrętna potrzeba zażycia – manifestuje się bezwiednym do pewnego momentu szukaniem dostępu do używki, zapewnianiem dostępu do niej, z czasem irytacją, napięciem, gdy jej nie ma. We wstępnych fazach uzależnienia nie oznacza to konieczności zażywania codziennie, może być to jedynie zrytualizowane np. zawsze po dyżurze, zawsze w piątek, zawsze, by celebrować sukces, odpoczywać lub regulować stres.
- Upośledzenie kontroli – zażywanie w sytuacjach, w których się nie zamierzało, zażywanie w niewłaściwych sytuacjach, w większych ilościach niż się planowało. Udowadnianie sobie i innym, że nie ma się problemu z kontrolą np. obietnice abstynencji, dowody kontroli, wyznaczanie sobie okresów abstynencji.
- Zespół odstawienny, abstynencyjny – w mniejszym nasileniu może dotyczyć objawów głównie psychicznych:
 - niepokoju,
 - rozdrażnienia,
 - spadku energii,
 - wyrzutów sumienia,
 - lęku.

W większym nasileniu dołączają się objawy somatyczne:

- mdłości,
- wymioty,
- biegunki,
- zawroty głowy,
- zaburzenia snu,
- wzmożona potliwość tzw. zlewne poty,
- bóle głowy,
- przy opiatkach bóle mięśniowe, stawowe, a także bóle głowy,
- drżenie mięśniowe.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





- Zażywanie niewielkiej dawki substancji, aby uspokoić efekty zespołu abstynencyjnego, zażywanie BZD, aby zmniejszyć efekty zespołu odstawienego po alkoholu. Zażywanie innej substancji, aby móc wrócić do funkcjonowania – np. po przepitej nocy. Zażycie kokainy, aby móc pracować. Stosowanie medycznych metod, aby móc pracować – kroplówki, płukanie żołądka.
- Zmiana tolerancji – potrzeba zażywania zwiększonej dawki dla uzyskania tego samego efektu lub zmniejszony efekt przy tej samej dawce. Ewentualnie odczucie dyskomfortu, rozdrażnienia, jeśli nie można zażyć „odpowiedniej” ilości. Niekiedy podejmowanie decyzji, by nie zaczynać np. pić, jeśli wiadomo, że można wypić mało. Szybsze picie/zażywanie niż robią to inni lub niż samemu się dawniej robiło.
- Koncentracja życia wokół zażywania – odczuwalny spadek zainteresowania alternatywnym źródłami przyjemności, zajęciami, które dawniej angażowały. Spadek zainteresowania rodziną, odczucie znudzenia w towarzystwie osób, które np. nie piją. Planowanie dnia, tygodnia pod kątem zażywania, wykonywanie pracy, aby czuć, że zasłużyło się na drinka/na zażycie.
- Zażywanie pomimo wiedzy o szkodliwości – chodzi o szkody, problemy, które już wystąpiły u danej osoby. Mogą to być dolegliwe zespoły abstynencyjne, wyrzuty sumienia, stany lękowe, rozdrażnienie, apatia – ważne jest, aby osoba uzależniona miała świadomość wystąpienia ich u siebie. Nie jest konieczna obecność poważnych szkód typu marskość wątroby, chociaż w bardziej zaawansowanych stadiach występują konsekwencje somatyczne.

Nowa klasyfikacja ICD-11 nieco inaczej porządkuje wyżej wymienione elementy, grupując je parami w trzy główne objawy, z których wystarczą dwa do stwierdzenia uzależnienia. Jednak nie zmienia się ich opis kliniczny.

Objawy te odnoszą się także do wszystkich uzależnień od chemicznych substancji psychoaktywnych (takich jak alkohol, opiaty, kanabinoły, leki uspokajające i nasenne, kokaina i inne stymulanty).



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





ETAPY ZAŻYWANIA PROBLEMOWEGO

Istotą nowoczesnego rozumienia problemów związanych z używaniem/nadużywaniem substancji psychoaktywnych – alkoholu, narkotyków, leków – jest rozpatrywanie ich na continuum od zażywania ryzykownego, poprzez nadużywanie, aż do uzależnienia.

Zażywanie ryzykowne

To przyjmowanie za dużo i za często w przypadku alkoholu. Tymczasem w zasadzie każde zażywanie narkotyków nielegalnych oraz leków w większych dawkach i dłużej niż terapeutyczna dla danej jednostki chorobowej traktowane jest jak zażywanie ryzykowne. Przy czym nie musi być jeszcze szkód zdrowotnych czy społecznych, ani biologicznych cech uzależnienia. Nie jest to nadal jednostka chorobowa. Jest to jednak stan, który, jeśli nie ulegnie zmianie, implikuje pojawienie się szkód w bliższej lub dalszej przyszłości.

W przypadku alkoholu Światowa Organizacja Zdrowia po latach badań wskazała dawkę, która jest obciążona względnie niewielkim ryzykiem powstania szkód czy uzależnienia. Jest to:

- 20 g czystego etanolu dla kobiet – tzw. **dwie porcje standardowe**,
- 49 g czystego etanolu dla mężczyzn – tzw. **cztery porcje standardowe**,
- nie więcej niż pięć razy w tygodniu przy konsumpcji regularnej,
- nie więcej niż 60 g czystego etanolu dla mężczyzn i 60 g czystego etanolu dla kobiet przy konsumpcji okazjonalnej np. kilka razy w roku.

20 g etanolu – 1 porcja standardowa - zawarta jest w:

- 250 ml piwa o zawartości etanolu 5%,
- 100 ml wina o zawartości etanolu 10%,
- 30 ml wódki i innych napojów spirytusowych o zawartości etanolu 40%.



Zażywanie szkodliwe

To zgodnie z ICD-10 jest już jednostką chorobową. Oprócz nadużywania substancji pojawiają się już szkody

- zdrowotne,
- stany depresyjne, nerwice, zaburzenia snu i/lub szkody somatyczne,
- społeczne – napomnienia w miejscu pracy, problemy z prawem, nawet drobne, gubienie ważnych przedmiotów, urazy ciała, kłótnie z rodziną itp.

Brak jest jeszcze pełnych objawów uzależnienia, chociaż już pojawiają się ich zapowiedzi, a także zaczynają tworzyć się psychologiczne mechanizmy obronne.

Sygnaly alarmowe

Ponieważ mechanizmy obronne usłużnie ukrywają przed osobą zainteresowaną fakt, że rozwija się u niej uzależnienie, warto spojrzeć na tzw. sygnały alarmowe. Należą do nich:

- myślenie w kategoriach: jak ukryć, że piłem/brałem, niepokój, czy nikt się nie zorientuje, nadmierne używanie perfum, wody toaletowej, odświeżaczy do ust, długie rękawy w przypadku iniekcji;
- kłamstwa dotyczące ilości i częstotliwości zażywania substancji;
- składanie sobie obietnic dotyczących kontroli zażywania substancji, udowadnianie sobie kontroli nad substancją;
- konieczność stosowania medycznych metod leczenia skutków nadużycia substancji (kroplówki, płukanie żołądka);
- szukanie przykładów osób i identyfikowanie się z tymi, którzy mimo nadużywania substancji osiągają sukcesy;
- rozwijanie wewnętrznych systemów wyjaśnień i racjonalizacji, dlaczego tyle piję/biorę;
- myślenie od rana o zażywaniu substancji, planowanie dnia/tygodnia pod kątem picia/zażycia;



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- irytacja i drażliwość, gdy ktoś porusza temat zażywania/picia;
- podważanie wiarygodności osób, autorytetów piszących/mówiących o uzależnieniu, przekonanie o własnej wiedzy eksperckiej na ten temat;
- wielokrotne studiowanie, mimo posiadanej wiedzy, materiałów na temat bezpiecznych i skutecznych dawek leków uspokajających i nasennych;
- gwałtowne zmiany nastroju – od apatii po euforię;
- zamykanie się w sobie lub nadmierna gadatliwość;
- trudność w zmobilizowaniu się do pracy, spadek wydajności pracy;
- branie urlopów na żądanie – zwłaszcza w poniedziałki lub piątki;
- spóźnianie się do pracy;
- potrzeba wyjścia wcześniej z pracy nie uzasadniona względami organizacyjnymi lub rodzinnymi, a także szukanie pretekstów do wyjścia;
- luki w pamięci, zapominanie o zobowiązaniach, umówionych spotkaniach, odbytych rozmowach;
- nagłe, nie uzasadnione obiektywnymi zmianami poczucie, że nie mogą wyrobić się z pracą;
- poczucie znudzenia kontaktem z niepijącymi, niezażywającymi;
- spadek zainteresowania dawnymi pasjami;
- pojawianie się konfliktów ze współpracownikami i pacjentami;
- napomnienia ze strony przełożonych;
- skargi ze strony pacjentów;
- uwagi ze strony rodziny na temat mojego zażywania substancji;
- kradzież substancji z apteczki oddziałowej, wypisywanie zapotrzebowania na zbyt duże dawki dla pacjentów;
- wypisywanie recept dla siebie na leki uspokajające, nasenne, przeciwbólowe;
- zapewnianie sobie dostępu do substancji oraz lęk, że zabraknie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



TEST AUDIT

Światowa Organizacja Zdrowia po latach prac nad normalizacją i standaryzacją opracowała skuteczne narzędzie w postaci testu przesiewowego Alcohol Use Disorders Identification **Test AUDIT** pozwalające wstępnie ocenić, czy u kogoś występuje problem typu picie ryzykowne, szkodliwe lub uzależnienie. Jest on skutecznym narzędziem autodiagnostycznym.

Instrukcja:

Jedna porcja standardowa (10 g czystego alkoholu) zawarta jest w około:

- 250 ml piwa o mocy 5%
- 100 ml wina o mocy 12%
- 30 ml wódki o mocy 40%

• Jak często pijesz napoje alkoholowe?

- nigdy (0 pkt)
- raz w miesiącu (1 pkt)
- 2-4 razy w miesiącu (2pkt)
- 2-3 razy w tygodniu (3pkt)
- ≥ 4 razy w tygodniu (4pkt)

• Ile standardowych porcji zawierających alkohol wypijasz w dniu, w którym pijesz?

- 1-2 porcje (0pkt)
- 3-4 porcje (1pkt)
- 5-6 porcji (2pkt)
- 7-9 porcji (3pkt)
- ≥ 10 porcji (4pkt)

• Jak często wypijasz ≥ 6 porcji alkoholu podczas jednego dnia?

- nigdy (0pkt)
- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4pkt)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- **Jak często w ostatnim roku nie mogłeś/aś przerwać picia po jego rozpoczęciu?**
 - nigdy (0pkt)
 - rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
 - około raz w miesiącu (2pkt)
 - około raz w tygodniu (3pkt)
 - codziennie lub prawie codziennie (4pkt)
- **Jak często w ciągu ostatniego roku z powodu picia alkoholu zrobiłeś/aś coś niewłaściwego, niegodnego z przyjętymi w Twoim środowisku normami postępowania?**
 - nigdy (0pkt)
 - rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
 - około raz w miesiącu (2pkt)
 - około raz w tygodniu (3pkt)
 - codziennie lub prawie codziennie (4pkt)
- **Jak często w ostatnim roku potrzebowałeś/aś napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dojść do siebie?**
 - nigdy (0pkt)
 - rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
 - około raz w miesiącu (2pkt)
 - około raz w tygodniu (3pkt)
 - codziennie lub prawie codziennie (4pkt)
- **Jak często w ostatnim roku miałeś/aś poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?**
 - nigdy (0pkt)
 - rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
 - około raz w miesiącu (2pkt)
 - około raz w tygodniu (3pkt)
 - codziennie lub prawie codziennie (4pkt)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Jak często w ostatnim roku nie mogłeś/aś przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy, z powodu picia?
 - nigdy (0pkt)
 - rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
 - około raz w miesiącu (2pkt)
 - około raz w tygodniu (3pkt)
 - codziennie lub prawie codziennie (4pkt)
- Czy kiedykolwiek doznałeś/aś lub ktoś inny doznał jakiegoś urazu fizycznego w wyniku Twojego picia?
 - nie (0pkt)
 - tak, ale nie w ostatnim roku (2pkt)
 - tak, w ostatnim roku (4pkt)
- Czy ktoś z rodziny albo lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej interesował się Twoim piciem albo sugerował jego ograniczenie?
 - nie (0pkt)
 - tak, ale nie w ostatnim roku (2pkt)
 - tak, w ostatnim roku (4pkt).



Interpretacja wyników:

- ≥ 8 punktów – **wskazane** pogłębione badanie diagnostyczne u terapeuty uzależnień;
- 8-15 pkt podwyższone wyniki w trzech pierwszych pytaniach (przy niskich wynikach w pozostałych) – prawdopodobnie jest to picie ryzykowne, trzeba ograniczyć spożycie i dowiedzieć się więcej na ten temat;
- 16-19 pkt – podwyższone wyniki w pytaniach 1-3 i 7-10 prawdopodobnie jest to **picie szkodliwe**, wskazana jest konsultacja u specjalisty terapii uzależnień i przynajmniej czasowe zachowanie całkowitej abstynencji;
- podwyższone wyniki w skalach 4–6 – prawdopodobnie jesteś **uzależniony od alkoholu**, konieczne jest leczenie odwykowe.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



LECZENIE UZALEŻNIENIA

Mogłoby się wydawać, że **wiedza o chorobach powinna działać profilaktycznie**, a jeśli już medyk na chorobę zapadnie, to powinien zgłosić się szybciej niż inni do specjalisty.

Otóż nie.

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez dr Magdalenę Flagę-Łuczkiewicz w 2016 r. na grupie 1000 lekarzy dotyczącej nastawienia do leczenia psychiatrycznego lekarza wyglądały następująco: 86% osób zadeklarowało, że leczenie psychiatryczne to prywatna sprawa medyka, ale.. gdyby profesjonalista U SIEBIE podejrzewał chorobę to – 2 na 10 nie zrobiłoby nic („wzięło się ostrzej do pracy”), kolejnych 2 na 10 samemu sobie przepisałoby lek, 3 na 10 skorzystałoby z nieformalnej porady kolegi i tylko 3 na 10 zapisałoby się do specjalisty.

Wydaje się, że z uzależnieniami jest podobnie, chociaż jeszcze trudniej, bo w naszych czasach depresję od biedy wypada mieć, zwłaszcza z przepracowania...

Zgłoszenie się na leczenie w środowisku medycznym jest odroczone o 6-10 lat i następuje zwykle pod presją poważnych konsekwencji prawnych lub zawodowych.

Tylko trzech lekarzy, którzy zapisaliby się w powyższym przykładzie do specjalisty, postąpiłoby właściwie.



Mimo przekonania o posiadanej wiedzy nie jest możliwe samoleczenie w przypadku uzależnienia z uwagi na siłę mechanizmów fizjologicznych nazywanych **głodem alkoholowym**.

Uzależnienie nie jest dolegliwością psychologiczną, zaburzeniem woli. Jest zaburzeniem procesów fizjologicznych. Mimo prawidłowej decyzji presja złego samopoczucia w głodzie substancji jest zbyt duża, aby móc samodzielnie opierać się chęci zażycia.

Oczywiście, w przypadku niektórych substancji możliwe jest odraczanie zażycia i czasowy sukces. Ostatecznie jednak nie zalecamy nikomu samoleczenia.

Leczenie uzależnienia przebiega zwykle w dwóch etapach

- detoksykacji – w tym odtrucia organizmu i poradzenia sobie z zespołem odstawiennym
- samego leczenia odwykowego, którego podstawą jest psychoterapia wspierana niekiedy lekami.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Detoksykacja

Detoksykacja nie zawsze jest konieczna w przypadku alkoholu – zależy to od wzorca zażywania i aktualnego stanu pacjenta. Jest wskazana, gdy:

- pacjent pije codziennie małymi dawkami, utrzymując się cały czas w stanie intoksykacji;
- aktualnie występuje ostry zespół odstawienny z poważnymi zaburzeniami somatycznymi, np. silnie podwyższonymi wskaźnikami ciśnienia tętniczego lub silnym lękiem, myślami samobójczymi;
- jeśli występują lub w przeszłości występowały powikłania psychiatryczne lub napady padaczkowe, jest konieczna hospitalizacja na oddziale detoksykacyjnym (Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych-OLAZA) lub ogólnopsychiatrycznym.

Natomiast detoksykacja jest zawsze konieczna w przypadku uzależnienia od leków na bazie opiatów lub benzodiazepin czy innych leków nasennych (takich jak zolpidem). Nie należy spodziewać się, że pacjent nawet z wykształceniem medycznym samodzielnie odstawi leki tego typu – zmniejszenie do pewnego poziomu tak, jest możliwe ale... najtrudniejszy jest ostatni okres całkowite odstawienie małych dawek.

Potrzebę detoksu MUSI ocenić specjalista, nigdy sam zainteresowany.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Terapia uzależnień

Jest to konieczny etap dla wszystkich chorych. W Polsce mamy bardzo dobrze rozwiniętą sieć placówek terapii uzależnienia:

- stacjonarnych (całodobowych) – ponad 90, najczęściej z dwumiesięcznym programem terapii,
- oddziałów dziennych – około 70,
- poradni terapii uzależnienia, których jest około 400.

Po programie dwumiesięcznym niezbędna jest terapia wspierająca w poradni. W uzależnieniu charakterystyczne są **nawroty – w pierwszym roku abstynencji doświadczą ich około 97% pacjentów**. Nie znaczy to, że muszą one skończyć się złamaniem abstynencji.

Warunkiem leczenia odwykowego jest zachowywanie abstynencji, a wspieranie wczesnej abstynencji jest jednym z celów leczenia odwykowego.

To specjalista ocenia, do której placówki ma zgłosić się pacjent.

Programy nauczania

Najczęściej spotykamy zwłaszcza w placówkach z dziedziny leczenia alkoholizmu jest **program strategiczno-strukturalny**, opracowany w Polsce na bazie podejścia poznawczo-behawioralnego. Kadra lecznictwa odwykowego w naszym kraju ma rygorystycznie postawiony wymóg kształcenia. Programy kształcenia przygotowują wchodzące dziś w skład Krajowego Centrum ds. Uzależnień Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów alkoholowych i Krajowe Biuro ds. Narkomanii, w związku z czym placówki mające kontrakt z NFZ muszą spełniać wymogi odnośnie wykształcenia personelu.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Program ma wyraźną strukturę, zawiera także zalecenia dla pacjentów, **jak mają radzić sobie z regulacją psychofizyczną bez użycia substancji**. Niezbędna jest też zwykle konsultacja psychiatry, aby ocenić, czy istnieją choroby współistniejące takie jak depresja czy zaburzenia osobowości.

Adresy placówek dostępne są na stronach www.parpa.pl i www.kbpn.gov.pl.

Istnieje też sieć instytucji prywatnych, niektóre bardzo dobre, warto jednak wtedy upewnić się, **jakie wykształcenie mają pracujący tam specjaliści, czy mają certyfikaty specjalistów i instruktorów terapii uzależnienia nadane przez instytucje państwowe wyżej wymienione**.

Terapia uzależnienia na ogół ma formę **grupową**. Można jednak próbować zacząć od konsultacji indywidualnych. Zazwyczaj początkiem leczenia jest diagnoza prowadzona właśnie w ten sposób. Personel placówek zobowiązany jest do szczególnie wzmocnionej ochrony poufności danych osobowych, gdyż w myśl ustawy są one informacjami o szczególnej wrażliwości.



Leczenie wspiera uczestnictwo w ruchach samopomocowych takich jak *Anonimowi Alkoholicy* lub *Anonimowi Narkomanie*. **Ich zaletą jest duża dostępność** – adresy miejsc spotkań zwanych mityngami również są dostępne w Internecie na stronach AA i NA. Zaletą, przynajmniej tak mogłoby się wydawać, jest też brak list, wymogu podawania nazwiska, stanowiska, adresu. Minusem jest jednak brak wymogu regularnej pracy nad sobą, uczestnictwa, a nie wszystkie problemy natury psychologicznej i zdrowotnej znajdą tam swoje rozwiązanie.

Leczenie skutecznie wspierają różne aplikacje trzeźwościowe, które można ściągnąć ze sklepu internetowego np. „Nie piję, nie biorę - Anioł stróż”. **Nie zastąpią one jednak leczenia.**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Lekarze mogą skontaktować się z pełnomocnikami Okręgowych Izb Lekarskich ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Gdy nie jest to kontakt wymuszony przez okoliczności dyscyplinarne, poufność jest zagwarantowana, a i w tych szczególnych sytuacjach ujawnianie danych jest ściśle limitowane.

Dane pokazują, że, jeśli lekarz zaakceptuje już diagnozę i przejdzie terapię uzależnień, skuteczność leczenia i brak powrotu do nałogu kształtuje się na poziomie 74-90 %.

A więc MEDYKU NIE LECZ SIĘ SAM !!!



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

LITERATURA

1. Antosik-Wójcińska A., *Lekarz pacjentem psychiatry* „Psychiatria po dyplomie”, 2016; nr 06.
2. Benton S, *Wysokofunkcjonujący alkoholicy z perspektywy profesjonalnej i osobistej*, Wyd. 1., Łódź, Wydawnictwo JK, 2015.
3. Berge K.H., Seppala M.D., Schipper A.M., *Problem uzależnień psychofizycznych wśród lekarzy* „Medycyna po dyplomie”, 2009, nr 12.
4. Flaga-Łuczkiwicz M., *Lekarz versus psychiatra. Jak o sobie nie dbamy?* „Gazeta Lekarska”, 2016.
5. Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, Wyd. 1., Wrocław, Edra Urban and Partner, 2018.
6. Glasner-Edwards S., *Uzależniony mózg*, Wyd.1., Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2019.
7. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2006.
8. Purandare B., *Socjomedyczne aspekty zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów na terenie Wielkopolski*, Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. med. Jerzego T. Marcinkowskiego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2013.
9. Rasmus P., Kozłowska E., Sudra S., Machała W., Sobów T., *Czy poziom doświadczanego stresu wpływa na wystąpienie zachowań ryzykownych w grupie pracowników zespołów ratownictwa medycznego?* „Anestezjologia i Ratownictwo” 2009; nr 9.
10. Woronowicz B.T., *Pomagajmy sobie* „Puls, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza”, Warszawa, 2016.
11. www.parpa.pl



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



O autorce



Joanna Mikuła

Psycholog, specjalista terapii uzależnień, długoletni pracownik II Kliniki Psychiatrycznej WUM, kierowała Oddziałem Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu, wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w latach 1996-2004 pracowała w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, między innymi kierując Działem Lecznictwa Odwykowego, w latach 2005-2006 dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, autorka publikacji i artykułów dotyczących problematyki uzależnienia i terapii uzależnienia, prowadziła szkolenia z zakresu wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji w problemach alkoholowych dla różnych grup zawodowych, w tym lekarzy rodzinnych i pielęgniarek.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

