

Rafał Skrzypek

Poradnia POZ, Centrum Medyczne Enel-Med SA w Warszawie

Jak możemy pomóc pacjentom z uzależnieniami?

Wstęp

Uzależnieniem nazywamy silną, niepohamowaną, ciągłą potrzebę zażycia danej substancji. Niezaspokojenie i deficyt czynnika uzależniającego powodują dokuczliwe i trudne objawy fizyczne bądź psychiczne.

W niniejszym artykule skupimy się na następujących jednostkach (według *Międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10*):

- F10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu,
- F17 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu.
- F50 – zaburzenia odżywiania się – w kontekście patologicznego objadania się.

Uzależnienie od alkoholu

Alkohol etylowy to jedna z najczęściej nadużywanych substancji negatywnie wpływających na stan zdrowia człowieka. Jest przyczyną szkód nie tylko zdrowotnych, lecz także społecznych i ekonomicznych. Według danych statystycznych alkohol powoduje ok. 14% zgonów mężczyzn i 8% zgonów kobiet w wieku 15–64 lat, wpływając na dobrostan organizmu zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni. Do najczęstszych przyczyn pośrednich

należą: marskość wątroby, nowotwory oraz urazy u osób będących pod wpływem alkoholu.

Objawy uzależnienia od alkoholu

Do kryteriów rozpoznania uzależnienia od alkoholu należą:

- silna potrzeba („głód”) lub picie kompulsywne,
- brak kontroli nad zachowaniem związanym ze spożywaniem alkoholu – dotyczy to pory spożywania alkoholu (picie poranne – nieakceptowane kulturowo), długości trwania picia (picie dłużej niż jeden dzień – ciąg alkoholowy), a także ilości spożywanego alkoholu (tzw. picie do dna),
- wystąpienie objawów odstawiennych, związanym z przerwaniem picia lub czasami ze zredukowaniem dawki alkoholu – zespół abstynencyjny (F10.4),
- pojawienie się tolerancji – dawka dotychczas wystarczająca nie wywołuje podobnego efektu (dość często spożywanie dawek bardzo wysokich, które jednorazowo mogłyby spowodować śmierć u osoby niepijącej),
- skupienie wyłącznie na picu – zaniechanie życia codziennego i przyjemności, które dotychczas wypełniały czas osoby uzależnionej,

poświęcenie czasu na poszukiwanie, zdobywanie substancji uzależniającej,

- picie świadome – mimo wiedzy i informowania danej osoby o szkodliwości alkoholu.

Do zakwalifikowania danej osoby jako uzależnionej konieczne jest spełnienie 3 z 6 powyższych kryteriów. Jeżeli pacjent nie spełnia tego warunku, może być zakwalifikowany jako osoba „pijąca szkodliwie”. Picie szkodliwe jest przyczyną wielu problemów we wszystkich sferach życia człowieka i w przyszłości może doprowadzić do uzależnienia.

Odrębną kwestią, która nie będzie poruszana szczegółowo w tym artykule, jest picie alkoholu w ciąży – zawsze kwalifikowane jako picie szkodliwe, gdyż z oczywistych względów niesie ryzyko dla zdrowia i życia płodu [1].

Do objawów somatycznych związanych z używaniem alkoholu w nadmiernych dawkach należą:

- zaburzenia świadomości,
- hipotonia,
- bradykardia,
- bradypono,
- objawy mózdkowe (uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego – OUN) – charakterystyczny chód na szerokiej podstawie,
- objawy z płatów czołowych (odhamowanie) – zachowania, których w normalnych warunkach dana osoba nie podjęłaby np. ze względów kulturowych czy społecznych,
- zespół Wernickego-Korsakova, związany z niedoborami witaminy B₁, charakteryzujący się ostrym zaburzeniem ruchów gałek ocznych, brakiem koordynacji ruchów mięśni (ataksja) i dezorientacją oraz zespołem amnestycznym i konfabulacjami,
- halucynozy alkoholowe, w tym zespół Otella – tzw. zespół niewiary małżeńskiej,
- polineuropatia,
- objawy niedożywienia z sylwetką asteniczną/kachektyczną,
- bóle brzucha spowodowane zapaleniem błony śluzowej żołądka,
- biegunki tłuszczowe w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki.

Narzędzia diagnostyczne

W diagnostyce uzależnienia od alkoholu wykorzystuje się Test CAGE, Test AUDIT oraz Test baltimorski. Test CAGE polega na odpowiedzi na następujące pytania: Czy zdarzały się w Twoim życiu takie okresy, kiedy odczuwałeś konieczność ograniczenia swojego picia? Czy zdarzało się, że różne osoby

z Twojego otoczenia denerwowały Cię uwagami na temat Twojego picia? Czy zdarzało się, że odczuwałeś wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia? Czy zdarzało Ci się, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia lub „postawienia na nogi”? Jeśli odpowiedź na jedno z pytań jest twierdząca, to istnieje podejrzenie problemów alkoholowych i należy skonsultować się ze specjalistą w celu przeprowadzenia pogłębionej analizy problemu uzależnienia.

Test AUDIT został opracowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia [2], a w Polsce jest propagowany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Treść pytań jest dostępna na stronie internetowej (<https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/1344-test-audit-wersja-zwalidowana>). W przypadku uzyskania ≥ 8 punktów wskazane jest pogłębione badanie diagnostyczne u terapeuty uzależnień. Podwyższone wyniki w trzech pierwszych pytaniach przy niskich wynikach w pozostałych oznaczają, że prawdopodobnie dana osoba pije w sposób ryzykowny i powinna dowiedzieć się więcej na ten temat. Podwyższone wyniki w skalach 4–6 oznaczają, że dana osoba prawdopodobnie jest uzależniona od alkoholu i wymaga leczenia odwykowego.

Test baltimorski pacjent może wykonać samodzielnie na stronie internetowej (<http://www.psychologia.net.pl/testy.php?test=alkohol>). Jedną odpowiedź „tak”, na którekolwiek z 21 pytań, to ostrzeżenie, że dana osoba może się uzależnić od alkoholu. Dwie odpowiedzi twierdzące oznaczają, że prawdopodobnie już jest lub wkrótce będzie uzależniona. Trzy odpowiedzi „tak” są sygnałem, aby natychmiast zwrócić się do lekarza.

Leczenie behawioralne/niefarmakologiczne

Jedną z metod leczenia uzależnienia jest terapia behawioralno-poznawcza. Jej celem jest zidentyfikowanie wyuczonych negatywnych przekonań, automatyzmów i myśli destrukcyjnych. Kolejny krok to oduczenie i korekta służące poprawie jakości życia oraz próba oceny związków przyczynowo-skutkowych między błędami a działaniami pacjenta. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 18–24 miesiące. Po zakończeniu terapii stacjonarnej osoby uzależnione są kierowane do dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta w celu kontynuowania leczenia [3].

Wspólnota Anonimowych Alkoholików to dobrowolna grupa samopomocowa zrzeszająca osoby uzależnione od alkoholu etylowego. Została stworzona w celu utrzymania własnej trzeźwości oraz wspierania innych alkoholików w drodze do trzeźwości. Podstawą funkcjonowania Anonimowych Alkoholików jest program 12 kroków, czyli zbiór zaleceń dla osób uzależnionych. Punktem wyjściowym jest krok 1 – przyznanie się do własnej bezsilności wobec alkoholu.

Leczenie farmakologiczne

W przypadku alkoholowego zespołu abstynencyjnego stosuje się leczenie szpitalne.

Idea podawania disulfiramu opiera się na terapii awersyjnej, wymuszającej abstynencję. Lek jest dostępny w formie doustnej lub implantów podskórnych, które jednak mają niską wchłanianiałość (efekt placebo). Powoduje wystąpienie szybkich i gwałtownych objawów zatrucia po spożyciu alkoholu, które mogą stanowić stan zagrożenia życia. Obecnie terapia ta nie jest stosowana, została uznana za nieskuteczną (pacjenci wracają do uzależnienia) oraz nieakceptowalną (potencjalne działanie kancerogenne). Lek został wycofany w krajach Unii Europejskiej z wyjątkiem Polski.

Naltrekson i nalmefen blokują receptory opioidowe w OUN. Dochodzi do zahamowania pozytywnego wzmocnienia. Przyjmowanie tych leków powoduje zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu, ale nie leczy uzależnienia (strategia redukcji szkód).

Akamprozat powoduje aktywację układu GABA i hamowanie aktywności glutaminergicznej. Ma działanie podobne do alkoholu etylowego, ale bez efektów euforyzujących.

Ośrodki pomocy

Instytut Psychologii Zdrowia prowadzi telefon zaufania dla osób cierpiących z powodu uzależnień behawioralnych (801 889 880). Telefon jest czynny codziennie, także w weekendy, w godzinach 17–22. Do poradni terapii uzależnień działających w ramach kontraktu z NFZ nie jest potrzebne skierowanie. Jest ono natomiast wymagane w przypadku leczenia w całodobowym ośrodku odwykowym. Takie skierowanie może wystawić lekarz psychiatra. Leczenie stacjonarne osób uzależnionych i współuzależnionych jest dobrowolne (z wyjątkami określonymi w ustawie). Koszt leczenia osób ubezpieczonych pokrywa NFZ, a osób nieubezpieczonych Ministerstwo Zdrowia (za pośrednictwem NFZ). Warunkiem przyjęcia na oddział detoksykacji lub

oddział terapii uzależnienia jest posiadanie aktualnego skierowania wystawionego przez lekarza na druku „skierowanie do szpitala psychiatrycznego” (ważne 14 dni od daty wystawienia). W przypadku prawomocnego postanowienia sądu zobowiązującego daną osobę do leczenia odwykowego skierowanie nie jest wymagane.

Uzależnienie od nikotyny

Uzależnienie od nikotyny także znalazło się w klasyfikacji ICD-10 jako choroba. Ma charakter przewlekły oraz niesie za sobą negatywne skutki zdrowotne (fizyczne i psychiczne) i społeczne.

Nikotyna jest substancją wpływającą na OUN, a jej brak powoduje charakterystyczny zespół odstawienny.

Mechanizm działania nikotyny polega na stymulowaniu receptorów nikotynowych. Efektem jest pobudzenie i stymulacja, które trwają tylko podczas utrzymywania odpowiedniego poziomu substancji czynnej w organizmie. Pozytywnym efektem wzmacniającym jest możliwość skupienia uwagi i utrzymania koncentracji.

Objawy uzależnienia oraz objawy związane z wystąpieniem zespołu abstynencyjnego:

- palenie mimo świadomości szkodliwości papierosów (substancje smoliste i kancerogenne),
- zaniedbywanie innych czynności na rzecz nałogu,
- stale rosnąca liczba wypalanych papierosów w celu zaspokojenia głodu,
- występowanie głodu nikotynowego (silna potrzeba sięgnięcia po papierosa z towarzyszącą irytacją w sytuacjach, kiedy nie można zapalić, np. zakaz palenia w samolocie),
- spadek koncentracji uwagi, ograniczenie skupienia się na czynnościach wymagających aktywnego procesu myślowego (np. spadek efektywności w pracy spowodowany długimi przerwami lub brakiem możliwości zapalenia),
- zaburzenia snu – przewlekłe palenie powoduje bezsenność, spłylenie faz głębokich snu oraz zmianę w strukturze snu,
- zaburzenia odżywiania – przewlekły nikotynizm może powodować zahamowanie apetytu (tradycyjna kawa i papieros z pominięciem śniadania), a odstawienie nikotyny może prowadzić do napadów objadania się (tzw. zajadanie), które jest mechanizmem obronnym służącym stymulowaniu układu nagrody w OUN.

U osób uzależnionych objawy pojawiają się szybko, a niewielki spadek stężenia substancji aktywnej

w organizmie może spowodować wystąpienie zespołu.

Konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu:

- choroby układu sercowo-naczyniowego – zwiększenie ryzyka udaru, zawału, przewlekłych chorób naczyń krążenia obwodowego,
- przyspieszenie procesu kancerogenezy – nowotwory tytoniozależne, w tym rak płuca, nerki, trzustki, krtani, pęcherza moczowego,
- przewlekłe choroby układu oddechowego – przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), rozedma, a w ostateczności konieczność domowej terapii tlenem jako leczenie przewlekłej niewydolności oddechowej,
- niepłodność – pogorszenie jakości nasienia u mężczyzn, nawracające poronienia u kobiet,
- negatywny wpływ palenia w ciąży na płód.

Warto wspomnieć o palaczach biernych, którzy z powodu kontaktu z dymem tytoniowym również są narażeni na wystąpienie wymienionych powikłań.

Narzędzia diagnostyczne

Do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny wykorzystuje się test Fagerströma (tab. 1) [5].

Leczenie uzależnienia od nikotyny

Zaleca się udzielanie przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej porady dotyczącej zaprzestania palenia wszystkim osobom palącym (silna rekomendacja, duża lub umiarkowana pewność danych). Zalecenie dotyczy także kobiet w ciąży. Porada (minimalna interwencja antytytoniowa – MIA) to interwencja personelu medycznego wo-

bec palącego pacjenta polegająca na realizowaniu 5 kroków (zasada 5P):

- pytanie każdego pacjenta, czy pali tytoń,
- poradzenie mu w sposób spersonalizowany i empatyczny, aby zaprzestał palenia, podkreślając wynikające z tego korzyści oraz zagrożenia związane z kontynuacją palenia,
- poznanie gotowości pacjenta do zaprzestania palenia,
- pomoc w doborze odpowiedniego leczenia farmakologicznego i skierowanie do miejsca, gdzie może uzyskać wsparcie behawioralne, np. Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym,
- zaplanowanie wizyt kontrolnych.

Pozostałe zalecenia w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu:

- zaleca się oferowanie poradnictwa grupowego wszystkim osobom palącym (grupy wsparcia),
- zaleca się stosowanie nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży,
- zaleca się stosowanie bupropionu u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży,
- zaleca się stosowanie warenikliny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży,
- zaleca się stosowanie cytyzyny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży,
- zaleca się łączenie leczenia farmakologicznego ze wsparciem behawioralnym u wszystkich palących.

W leczeniu farmakologicznym stosuje się bupropion, wareniklinę i cytyzynę.

Bupropion jest zalecany szczególnie dla osób sugerujących obniżenie nastroju oraz z wywiadem

Tabela 1. Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny według Fagerströma [5]

Pytanie	Odpowiedź	Punkcja
1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	do 5 min po 6–30 min po 31–60 min po 60 min	3 2 1 0
2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla ciebie problemem?	tak nie	1 0
3. Z którego papierosa najtrudniej ci zrezygnować?	z pierwszego rano z każdego innego	1 0
4. Ile papierosów wypalasz dziennie?	≤ 10 11–20 21–30 ≥ 31	0 1 2 3
5. Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu dnia?	tak nie	1 0
6. Czy nie możesz się powstrzymać od palenia nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku?	tak nie	1 0

Stopień uzależnienia od nikotyny: 0–3 słabe, 4–6 średnie, 7–10 silne.

epizodów depresyjnych w przeszłości. Znany jest także wpływ bupropionu na zmniejszenie apetytu, co jest istotne dla osób, które po zaprzestaniu palenia przekierowują napięcie na objadanie się.

Lek jest podawany w dawce 300 mg/dobę w dwóch dawkach podzielonych (150 mg 2 razy dziennie). Terapię rozpoczyna się od dawki 150 mg przyjmowanej rano przez 3 dni. Objawem ubocznym najczęściej zgłaszanym przez pacjentów była bezsenność. W przypadku wystąpienia problemów z regularnym zasypianiem należy zmienić dawkowanie leku i ograniczyć jego podawanie tylko do dawki porannej (150 mg lub 300 mg raz dziennie). Leczenie trwa minimum 7 tygodni, terapię można przedłużyć do 52 tygodni łącznie.

Wareniklina nie wchodzi w interakcje z lekami. Okres leczenia podstawowego to 3 miesiące. Przez pierwsze 7 dni pacjent powinien palić papierosy w celu wygenerowania działania awersyjnego. Dawkowanie: 1.–3. dzień – 0,5 mg raz dziennie, 4.–7. dzień – 0,5 mg 2 razy dziennie, od 8. dnia aż do zakończenia leczenia – 1 mg 2 razy dziennie. U pacjentów, którym udało się zaprzestać palenia tytoniu w ciągu 12 tygodni, można rozważyć zastosowanie dodatkowego 12-tygodniowego okresu leczenia w dawce 1 mg 2 razy dziennie w celu utrzymania abstynencji.

Cytyzynę warto wykorzystać, jeśli pacjent jest przekonany do jej zastosowania (np. na podstawie relacji znajomych, lektury lub własnych pozytywnych doświadczeń z tym lekiem). Terapia trwa 25 dni. Jeśli w trakcie zmniejszania dawki cytyzyny pojawią się objawy odstawienne, można kontynuować przyjmowanie najniższej skutecznej dawki leku dłużej (najlepiej ok. 3 miesiący) i podjąć kolejną próbę zmniejszenia dawki po 2–3 tygodniach. Spośród wymienionych leków cytyzyna ma najmniej danych naukowych przemawiających za jej skutecznością.

Ośrodki pomocy

Opiekę nad pacjentem uzależnionym od nikotyny może przejąć poradnia antynikotynowa. Poradnie te zajmują się leczeniem osób powyżej 18. roku życia i oferują opiekę w ramach *Programu profilaktyki chorób odtytoniowych*. Jego cele to edukacja, ustalenie wskazań do leczenia i terapii grupowej, opracowanie schematu leczenia, zaplanowanie terapii farmakologicznej.

Uzależnienie od jedzenia

Czy istnieje coś takiego jak uzależnienie od jedzenia? *Food craving* to nowe pojęcie, funkcjonujące w medycynie od kilku lat, jeszcze niewłączone do

klasyfikacji ICD-10/DSM. W tłumaczeniu na język polski jest to „nieodparta chęć jedzenia”, która została uznana za zaburzenie mogące prowadzić do poważnych chorób oraz noszące znamiona uzależnienia.

Tak zwane „zachcianki” to zachowania skupiające się na poszukiwaniu i konieczności zdobycia danego pokarmu, związane z odczuciem intensywnego pragnienia. Aby dany przypadek został uznany za zaburzenie typu *food craving*, takie zachowania muszą się pojawiać z pewną częstotliwością. Każdy z nas w swoim życiu doświadcza potrzeby spełnienia „zachcianki”, lecz są to pojedyncze epizody. Systematyczne nawracanie takich myśli o jedzeniu jest już zaburzeniem.

Elementy składowe *food craving*

Patofizjologicznie uzależnienie od jedzenia prawdopodobnie wiąże się z obniżeniem poziomu serotoniny w organizmie. Zachcianki najczęściej dotyczą węglowodanów.

Do wystąpienia tego zaburzenia predysponowane są osoby z fenotypowymi cechami nadwagi lub otyłości, cechujące się kompulsywnością zachowań (pilna i nagła potrzeba).

Dla przebiegu *food craving* charakterystyczne jest wielokrotne podejmowanie prób zrezygnowania z niezdrowej żywności, które okazują się nieskuteczne. Pacjenci wymyślają wymówki, by usprawiedliwić zjedzenie danej potrawy, a po posiłkach mają poczucie winy.

Food craving jest uznawany za pierwszy krok do rozwoju anoreksji lub bulimii.

Leczenie uzależnienia od jedzenia

W farmakoterapii tego zaburzenia można zastosować fluoksetynę oraz bupropion + naltrekson.

Fluoksetyna jest zarejestrowana do leczenia epizodów depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz bulimii (z uzupełniającą psychoterapią). W związku z tym podejmowane są próby jej wykorzystania w leczeniu *food craving*.

Połączenie bupropion + naltrekson to ośrodkowo działający lek wspomagający odchudzanie, wpływający na układ nagrody oraz ośrodek głodu i sytości. Ma on powodować ograniczenie ilości przyjmowanego pokarmu poprzez zmniejszenie apetytu, a także poprawę nastroju i zwiększenie chęci do działania, co wpływa pozytywnie na podejmowanie aktywności fizycznej.

Siedem kroków, aby zwalczyć *food craving*:

- zapytaj siebie, czy faktycznie jesteś głodny,
- zmniejsz wielkość zachcianki,

- ćwicz świadome jedzenie – w sytuacjach stresowych odczekaj 10 minut i zastanów się, czy naprawdę jesteś głodny, czy to tylko zachcianka,
- zdrzemnij się – niedobory snu mogą powodować wilczy apetyt, sen reguluje gospodarkę leptyną i greliną,
- pij wodę,
- stosuj taktykę rozproszenia – spróbuj zająć się myśleniem o czymś innym, np. idź na spacer,
- zastanów się, dlaczego wybierasz akurat tę zachciankę i w tym konkretnym momencie, węglowodany uzupełnij białkiem, aby na dłużej utrzymać uczucie sytości.

Podsumowanie

Alkohol, nikotyna i jedzenie to tylko trzy czynniki z wielu, które mogą powodować uzależnienie. Tak naprawdę każda substancja, rzecz czy zachowanie pobudzające układ nagrody mogą stać się uzależniające. Ważne jest, by to dostrzec, zdiagnozować i spróbować leczyć. Nieocenioną rolę odgrywa środowisko pacjenta – rodzina, przyjaciele, ale także specjalista medycyny rodzinnej – lekarz POZ. Istnieje wiele narzędzi wspomagających go w rozmowie z pacjentem. Ważna jest też współpraca z psychologiem, aby chory zrozumiał podłoże swojego uzależnienia. Tylko pacjent ze zdiagnozowaną chorobą ma szansę na pełne wyleczenie.

Piśmiennictwo

1. Wojnar M, Klimkiewicz AK, Radziwoń-Zaleska MT (red.). Psychiatria. Dział Redakcji i Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2015.
2. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF i wsp. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
3. Fundacja Vis Salutis. Behawioralno-poznawcze strategie pracy z klientem chcącym ograniczyć spożywanie alkoholu. <https://vissalutis.pl/blog/behawioralno-poznawcze-strategie-pracy-z-klientem-chcacym-ograniczyc-spozywanie-alkoholu>.
4. Jarvik ME. Beneficial effects of nicotine. *Br J Addict* 1991; 86: 571-575.
5. Bała M, Cedzyńska M, Balwicki Ł i wsp. Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. <https://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/inne/29977-5,wytyczne-leczenia-uzaleznienia-od-nikotyny-podsumowanie-zalecen>.

Adres do korespondencji:

lek. Rafał Skrzypek
 Poradnia POZ
 Centrum Medyczne Enel-Med SA
 ul. Zgrupowania AK „Kampinos” 15
 01-943 Warszawa
 e-mail: rafalaleksanderskrzypek@gmail.com