



pomagajmy sobie!

Wprowadzenie

Od wieków wiadomo, że alkohol etylowy należy do grupy substancji chemicznych, których systematyczne i długotrwałe używanie prowadzi do wystąpienia w ludzkim organizmie niekorzystnych zmian. Informacje na ten temat można znaleźć w Biblii, Talmudzie czy w pismach Seneki.

Szacuje się, że obecnie ponad 2 mld ludzi na świecie korzysta z alkoholu w sposób patologiczny. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazuje, że alkohol znajduje się na trzecim, a w Europie na drugim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Około 200 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem. Należą do nich przede wszystkim: wypadki i utonięcia, zaburzenia psychiczne (w tym uzależnienia, depresje i próby samobójcze), zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nowotwory, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu, zaburzenia immunologiczne, choroby układu kostno-szkieletowego, dysfunkcje układu rozrodczego i szkody prenatalne (alkoholowy zespół płodowy, wady wrodzone, niska masa urodzeniowa – FAS i FASD).

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia konsumpcja alkoholu w regionie europejskim jest najwyższa w porównaniu z jego spożyciem w innych regionach świata. W krajach rozwiniętych, do których zalicza się również Polska, alkohol jest trzecim najważniejszym czynnikiem ryzyka dla zdrowia populacji (zaraz po tytoniu i nadciśnieniu tętniczym krwi), odpowiedzialnym za ponad 9 proc. całkowitego obciążenia chorobami i urazami. 3,3 mln zgonów na świecie w każdym roku jest wynikiem nadużywania alkoholu i stanowi 5,9 proc. wszystkich zgonów. Szacuje się, że w Polsce 15 proc. zgonów mężczyzn oraz 6 proc. zgonów kobiet można przypisać schorzeniom powstałym wskutek konsumpcji alkoholu.

Polska należy do krajów, w których poziom konsumpcji alkoholu w porównaniu ze średnim spożyciem w regionie europejskim jest obecnie wysoki (9,4 l 100-proc. alkoholu na osobę w 2014 r.). Polacy przeznaczają ponad 53 mld zł rocznie na dziesięć najpopularniejszych produktów spożywczych. Od grudnia 2013 r. do listopada 2014 prawie 14,5 mld zł wydali na piwo, co dało mu pierwsze miejsce wśród dziesięciu najpopularniejszych produktów spożywczych w naszym kraju. Drugie miejsce zajęła wódka, której sprzedaż w 2014 r. sięgnęła 10,3 mld zł (badanie The Nielsen Company, 2015).

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że alkohol spożywa ponad 80 proc. dorosłych Polaków, a postawy abstynenckie są częstsze wśród kobiet (25,5 proc.) niż wśród mężczyzn (10,9 proc.). Ponad 11 proc. dorosłych Polaków pije alkohol w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Jednocześnie wiadomo, że problemy zdrowotne związane z alkoholem występują 3–4 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, u kobiet – w nieco późniejszym wieku. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu są w Polsce najczęstszą przyczyną leczenia psychiatrycznego.

Raport z pierwszych w Polsce badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej” (EZOP – Polska 2012), które zostały przeprowadzone na liczącej ponad 10 tys. respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata, dowodzi, że:

- liczbę nadużywających alkoholu należy szacować na ponad 3 mln, a wśród nich ponad 600 tys. to osoby z zespołem uzależnienia;
- w grupie nadużywających zdecydowanie dominują mężczyźni, wśród których zidentyfikowano 20,5 proc. nadużywających alkoholu i 4,4 proc. uzależnionych. Wśród kobiet nadużywających jest znacznie mniej – 3,4 proc.;
- jedna czwarta populacji polskiej w wieku 18–64 lata sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu. Wśród mężczyzn odsetek ten wynosi 38 proc., a wśród kobiet ponad 10 proc.;
- 11,9 proc. mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym nadużywa alkoholu, w tym 2,4 proc. spełnia kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu.

Problemy wynikające z nieumiarkowanego picia alkoholu, nadużywania leków i przyjmowania narkotyków mogą dotyczyć wszystkich środowisk, także środowiska lekarskiego.

Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że 8–12, a nawet 15 proc. lekarzy ma problemy spowodowane piciem alkoholu lub przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych, u 20–25 proc. lekarzy mężczyzn występują poważne problemy alkoholowe, a uzależnienie od alkoholu dotyczy 8–10 proc. Wskaźniki dotyczące kobiet lekarzy są odpowiednio o połowę niższe. 5-letnie badania przekrojowe grupy 904 lekarzy (87 proc. to mężczyźni) uczestniczących w stanowych programach leczenia lekarzy (Physician Health Programs) świadczą, że najczęściej, bo w 50,3 proc. przypadków, nadużywany jest alkohol, w 35,9 proc. – opioidy, w 7,9 proc. – psychostymulanty, a w 5,9 proc. – inne substancje psychoaktywne. 50 proc. badanych przyznało się do nadużywania kilku substancji, 13,9 proc. stosowało środki dożylnie, 17 proc. uczestniczyło wcześniej w terapii uzależnienia (McLellan i wsp. BMJ, 2008). W Wielkiej Brytanii szacuje się, że problem uzależnienia dotyczy około 7 proc. lekarzy.

W Polsce nie publikowano badań na temat rozpowszechnienia uzależnień wśród lekarzy. Nie można jednak wykluczyć, że problemy wynikające z używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, leków, narkotyków) mogą dotyczyć około 10 proc. lekarzy, a więc około 18 tys. naszych kolegów.

Wprawdzie „*Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – Salus aegroti suprema lex est*” (KEL, art. 2.2.), jednak pamiętajmy o tym, że lekarz również może być chory i potrzebować naszego wsparcia. Każdy z nas powinien wiedzieć, że **uzależnienia nazywane są chorobami zaprzeczeń, więc nic dziwnego, że lekarz, podobnie jak jego pacjenci, bardzo długo nie zauważa swojej choroby** (swojego uzależnienia). Dlatego powinniśmy zrobić wszystko, aby pomóc mu w zidentyfikowaniu choroby i podjęciu leczenia.

Znajomość objawów świadczących o problemie związanym z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, świadomość przyczyn trudności z zauważeniem tych problemów, znajomość najczęściej powtarzających się błędów w postępowaniu z osobami, które w sposób patologiczny przyjmują te substancje, oraz wiedza o tym, jak rozmawiać i jak interweniować w przypadku stwierdzenia określonych objawów, mogą pomóc w skutecznym udzieleniu pomocy zarówno koledze lekarzowi, jak i osobie bliskiej czy pacjentowi. Temu właśnie celowi ma służyć niniejsza publikacja.

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
dr n. med. Bohdan T. Woronowicz
psychiatra, specjalista i superwizor terapii uzależnień

www.oilwaw.org.pl
www.b.woronowicz.dr-med.pl

pomagajmy sobie!

Po czym poznać, że mamy do czynienia z nadużywaniem alkoholu albo leków lub z braniem narkotyków?

Wygląd

- częste korzystanie z różnego rodzaju odświeżaczy do ust (płynów, tabletek, gumy do żucia) oraz stosowanie wody kolońskiej lub dezodorantów o intensywnym zapachu, po to, żeby ukryć zapach świeżego lub przetrawionego alkoholu,
- w godzinach przedpołudniowych – zapach świeżego lub przetrawionego alkoholu z ust,
- zaburzenia równowagi, zaburzenia koordynacji ruchowej, trudności z wymową, tzw. mowa zamazana, spowolnienie, senność (*leki, narkotyki*),
- mniej lub bardziej wyraźne drżenie rąk (czasami całego ciała),
- zaczerwieniona i obrzmiała twarz, z obecnymi niekiedy rozszerzeniami naczyń skórnych i pajęczkami, przekrwione spojówki, po opiatach – „szklane oczy”,
- blizny i sińce, czasami trądzik, zły stan higieniczny jamy ustnej,
- niepokój, pobudzenie, wielomówność (gadulstwo), bezsenność (*amfetamina, kokaina*),
- zbyt wąskie lub zbyt szerokie źrenice (*leki, narkotyki*),
- stany zapalne i obrzęk nosa, łuszcząca się skóra w tej okolicy (*kokaina*),
- zaniedbywanie higieny osobistej i wyglądu zewnętrznego (np. zmiany w ubiorze).

Funkcjonowanie w miejscu pracy

- wykonywanie obowiązków zawodowych pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej (patrz wyżej),
- sygnały lub skargi ze strony pacjentów lub ich rodzin, współpracowników,
- spadek aktywności, trudności z koncentracją i wypełnianiem obowiązków, a co za tym idzie – poważne zaległości w prowadzeniu dokumentacji lekarskiej,
- spadek wydajności pracy, szczególnie w godzinach popołudniowych,
- niespotykane wcześniej unikanie odpowiedzialności,
- trudne do uzasadnienia zmiany w dotychczasowych metodach pracy,
- podejmowanie błędnych decyzji, powtarzające się pomyłki,
- mało wiarygodne uzasadnianie przyczyn pomyłek, spóźnień czy nieobecności,
- powtarzające się, nagłe zmiany terminów spotkań, wizyt itp.,
- powtarzające się urlopy „na żądanie” lub „nagłe zachorowania”, szczególnie po weekendach,
- unikanie kontaktów z przełożonymi,
- przewlekające się uzyskiwanie zarówno specjalizacji, jak i nowych umiejętności zawodowych,
- sygnały dotyczące niejasnych relacji z pacjentami (często finansowych),
- przekraczanie granic w relacjach ze współpracownikami i pacjentami (art. 14 KEL).

Relacje interpersonalne

- nadmierna „nerwowość”, „wybuchowość”, nadpobudliwość, niezbyt uzasadnione wpadanie w złość (obrażanie się), huśtawki nastroju, czasami agresja,
- nadmierna wrażliwość na krytykę, zarówno rzeczywistą, jak i wymagowaną,
- niezrozumiałe lub nieadekwatne reakcje na krytykę,
- unikanie rozmów na temat picia alkoholu, reagowanie gniewem bądź agresją na sygnały sugerujące potrzebę ograniczenia picia,
- bardzo chętne uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich z alkoholem, wypijanie więcej i szybciej niż inni, wyprzedzanie „kolejek”, powtarzające się stany upojenia alkoholowego,
- oznaki niepokoju, obniżony nastrój, izolowanie się, stawianie się „samotnikiem”,
- nadmierna aktywność lub spowolnienie (*leki, narkotyki*),
- zaciąganie pożyczek od kolegów, znajomych, a czasami nawet od pacjentów (art. 14 KEL).

Możliwe do zaobserwowania zmiany w stanie zdrowia

- pogorszenie wydolności fizycznej i intelektualnej, osłabienie i nadmierna męczliwość, spadek aktywności, obfite pocenie się,
- nagłe zmiany nastroju,
- podatność na urazy oraz częste uleganie wypadkom,
- konsultacje u kolegów lekarzy w związku z nietypowymi i często trudnymi do jednoznacznego zdiagnozowania dolegliwościami, takimi jak: bóle w jamie brzusznej, w klatce piersiowej, zaburzenia żołądkowo-jelitowe (wymioty, biegunki), przewlekłe bóle głowy, zaburzenia snu, zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją uwagi, „depresja”, przygnębienie, myśli „S”, zaburzenia neurologiczne (dotyczące najczęściej czucia i siły mięśniowej),
- częste korzystanie ze zwolnień lekarskich („załatwianych” z kolegami),
- wychudzenie, a nawet wyniszczenie.

Inne

- przypadki prowadzenia samochodu pod wpływem substancji psychoaktywnej,
- pojawiające się problemy małżeńskie, rodzinne, zawodowe, finansowe, prawne itp.

Podczas rozmowy na temat używania substancji psychoaktywnych można zaobserwować niepokój, a nawet rozdrażnienie, podenerwowanie, bardzo niechętnie udzielanie informacji na temat swojego picia/brania, próby bagatelizowania niektórych faktów i zatajania innych (*taka postawa jest jednym z objawów choroby i nie należy jej traktować wyłącznie jak wyraz złej woli*).

Zachowanie, gdy padają „niewygodne” pytania, np. na temat picia alkoholu, brania leków czy palenia marihuany – spuszczenie wzroku, pojawianie się rumieńca na twarzy, odwracanie twarzy, nerwowe ruchy, zmiana rytmu oddychania.

UWAGA – wiele z wymienionych zachowań i objawów może występować również w innych stanach chorobowych, dlatego podejrzewając ich związek z używaniem substancji psychoaktywnych, warto zasięgnąć opinii specjalisty terapii uzależnień.

pomagajmy sobie!

Dlaczego osoby uzależnione od alkoholu nie poszukują pomocy i unikają leczenia?

Ponieważ wśród kolegów lekarzy spotykamy osoby, które piją alkohol problemowo i nie usiłują tego zmienić, warto poszukać odpowiedzi na postawione wyżej pytanie.

1. Rozpowszechnione w naszym społeczeństwie, także w środowisku lekarskim, błędne przekonania o tym, kto jest alkoholikiem, pomagają osobom pijącym nadmiernie dystansować się od problemu oraz utrudniają zauważenie swojego problemu i przyznanie się do niego („nie jestem alkoholikiem, bo pracuję, mam rodzinę, nie piję codziennie”, „lekarz alkoholik? to niemożliwe, przecież on tak wiele wie na temat zdrowia” itp.).
2. Nikt nie chce być „alkoholikiem”, bowiem słowo „alkoholik” ma w naszym społeczeństwie wydźwięk negatywny i jest kojarzone z kimś, kto w wyniku picia stracił bardzo dużo, np. pracę, rodzinę, dom, zdrowie, i funkcjonuje na marginesie życia społecznego, często jest „menelem”. Tymczasem wśród uzależnionych takich osób jest jedynie około 5 proc. Powszechne jest więc dystansowanie się od problemu z obawy przed stygmatyzacją. Na pewno słowo „alkoholik” nie kojarzy się nikomu z wykształconym, często utytułowanym lekarzem, dobrym specjalistą, który ratuje życie innym, angażuje się w swoją pracę, zajmuje odpowiedzialne stanowisko, a do tego pachnie dobrymi perfumami i chodzi w markowych garniturach. W odbiorze społecznym człowiek sukcesu nie może mieć poważnych problemów wewnętrznych.
3. Dystansowanie się od alkoholizmu ułatwia także niewłaściwe wsparcie ze strony najbliższych. Rodzina chroni osobę uzależnioną przed ponoszeniem konsekwencji picia, a jednocześnie zaprzecza problemowi, bowiem bardzo wstydzi się i nie chce mieć u siebie kogoś z takim problemem.
4. W oczach społeczeństwa, również w oczach wielu lekarzy, „alkoholikiem” stajesz się dopiero wówczas, kiedy zdecydujesz się na podjęcie leczenia albo zaczniesz uczęszczać na spotkania Anonimowych Alkoholików i dowie się o tym otoczenie. Dopóki tego nie zrobisz, wszystko jest w porządku, a to, że ktoś „lubi wypić”, nikomu nie przeszkadza.
5. Osoby z problemem alkoholowym, wyjaśniając powody swojego picia, są przekonane, że przyczyna leży poza nimi (winni są inni ludzie, sytuacje, zdarzenia, los, warunki życia, pracy, „zła” żona, „zły” szef itp.). Jednocześnie wierzą, że wkrótce sytuacja się poprawi bez podejmowania przez nich jakichkolwiek działań (w tym bez leczenia). Jeśli nawet odczuwają negatywne konsekwencje swojego picia, nie wiążą ich z piciem alkoholu. Dodatkowo lekarze, dzięki posiadanej wiedzy medycznej, potrafią bez większych trudności znaleźć wiele wyjaśnień dla stwierdzonych u siebie objawów i uzasadnić brak ich związku z piciem alkoholu, braniem leków czy narkotyków.
6. Jedynie niewielki procent uzależnionych od alkoholu (około 6 proc. populacji tych osób) decyduje się na spotkanie ze specjalistą i ewentualne podjęcie leczenia. Nie myślą o tym, bo nie tylko nie zdają sobie sprawy z tego, że są chorzy, ale nawet nie dopuszczają myśli, że mogą być chorzy (nie bez powodu alkoholizm nazywany jest „chorobą zaprzeczeń”). Niekiedy zauważają, że być może piją zbyt wiele albo zbyt często, ale zawsze znajdują jakieś „ważne” powody. Argumentem przytaczanym przez lekarzy jest bardzo często przewlekły stres związany z odpowiedzialnością za ludzkie zdrowie i życie oraz przemęczenie pracą. Większość pijących nadmiernie głęboko wierzy, że jest w stanie zapanować nad swoim piciem.
7. Osoby podejrzewające u siebie uzależnienie unikają spotkania z terapeutą uzależnień, psychologiem czy psychiatrą także dlatego, że może zakończyć się rozpoznaniem uzależnienia. Wówczas trzeba będzie ograniczyć picie, a może nawet rozstać się z alkoholem, który mimo różnych złych wspomnień pozwala na chwilową poprawę samopoczucia. Jednocześnie nie widzą wyraźnych korzyści z powstrzymywania się od alkoholu, a często nie wyobrażają sobie w ogóle życia bez niego.

8. Ważnym powodem unikania kontaktu ze specjalistami terapii uzależnień oraz negatywnego stosunku do leczenia są także komentarze osób, które po terapii wracały do picia, bowiem nie stosowały się do zaleceń, krążące mity i plotki, a często także książki oraz filmy (np. J. Pilch, „Pod Mocnym Aniołem”) ośmieszające terapię i wypaczające obraz jej przebiegu oraz warunki, w jakich jest prowadzona.

Przytoczone fakty wpływają na to, że aż 81 proc. uzależnionych nie jest zdiagnozowanych, a spośród 19 proc. osób zdiagnozowanych aż 68 proc. nie podejmuje leczenia.

pomagajmy sobie!

Jaka postawa otoczenia pomaga osobie uzależnionej we wcześniejszym zauważeniu problemu?

Rzadko kiedy zdajemy sobie sprawę, że dalsze picie alkoholu, branie leków czy narkotyków przez osobę uzależnioną może mieć związek z naszą postawą i naszymi reakcjami. Jest wiele zachowań ułatwiających picie bądź branie, ale są też zachowania utrudniające to, dzięki którym osoba uzależniona znacznie wcześniej zaczyna zauważać problem i poszukiwać specjalistycznej pomocy. Nasuwa się więc pytanie, jak postępować, żeby nieświadomie nie pomagać w piciu lub w braniu? Oto kilka wskazówek:

- nie należy traktować uzależnień tak samo jak spraw dotyczących etyki lub moralności;
- nie należy traktować uzależnienia, jakby było hańbą dla osoby uzależnionej czy wystawiało złą opinię pracodawcy, i głęboko je ukrywać;
- nie należy zapominać, że uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków to choroby przewlekłe; aby pomóc w wyzdrowieniu, trzeba koniecznie zaakceptować ten fakt i przestać się wstydzić;
- trzeba mieć świadomość, że powrót do zdrowia jest możliwy, podobnie jak w większości innych chorób;
- nie należy traktować osoby uzależnionej, jakby była niegrzecznym dzieckiem, bo przecież nie postępuje się tak, kiedy ktoś cierpi na jakąkolwiek inną chorobę;
- wątpliwy sens ma robienie wyrzutów i wdawanie się w dyskusje, kłótnie, szczególnie wówczas, kiedy osoba uzależniona znajduje się pod działaniem alkoholu, leków czy narkotyków;
- używanie szantażu, w formie „*gdybyś poważnie traktował/a pracę, kolegów i pacjentów, to byś przestał/a pić, brać...*”, niczego nie zmienia, jedynie zwiększa poczucie winy; nie mówi się przecież „*gdybyś mnie kochał, nie przeziębilibyś się*”;
- wygłaszanie kazań i robienie wykładów również nie ma większego sensu, ponieważ osoba uzależniona prawdopodobnie wie już wszystko, o czym chcemy jej powiedzieć; można w ten sposób sprowokować ją jedynie do dalszych kłamstw i wymusić obietnice, których nie będzie w stanie spełnić;
- nie należy przyjmować obietnic, o których wiadomo, że nie będą możliwe do spełnienia w istniejących warunkach;
- dając się okłamywać, można łatwo utwierdzić osobę uzależnioną w przekonaniu, że potrafi każdego przechytrzyć;

- wypowiedzianie gróźb, których nie jest się w stanie spełnić, pozwala osobie z problemem alkoholowym, lekowym lub narkotykowym sądzić, że nie traktuje się poważnie swoich słów;
- nie należy robić za osobę uzależnioną niczego, co mogłaby zrobić sama;
- usuwanie problemów, chronienie przed ponoszeniem konsekwencji nieodpowiedzialnych zachowań (np. krycie nieobecności, niedyspozycji czy błędów w pracy albo pożyczanie pieniędzy, ze świadomością, że zostaną wykorzystane na zakup substancji psychoaktywnej) przekreślają szansę na to, że osoba uzależniona zauważy, co tak naprawdę się dzieje, do czego doprowadziło ją picie lub branie, oraz na to, że zechce zmienić swoje postępowanie;
- nie warto sprawdzać, ile osoba z problemem alkoholowym, lekowym czy narkotykowym pije bądź bierze, bowiem i tak nie ma szans na to, aby wiedzieć o wszystkim;
- szukanie schowanego alkoholu, leków lub narkotyków zmusza osobę uzależnioną do ciągłego wymyślania nowych kryjówek;
- chowanie, wylewanie alkoholu, odbieranie leków czy narkotyków przez bliskich bądź kolegów skłaniają jedynie do bardziej desperackich prób zdobycia tych substancji;
- wspólne picie alkoholu z osobą podejrzaną o uzależnienie i ułatwianie jej zdobywania leków bądź narkotyków utwierdza tę osobę w przekonaniu, że nic złego się nie dzieje.

Nie należy oczekiwać natychmiastowego wyleczenia. Tak jak w wielu przewlekłych chorobach okres leczenia i rekonwalescencji jest długi, możliwe są też nawroty choroby.

Trzeba pamiętać, że osobie uzależnionej bardzo potrzebne jest mądre wsparcie i zrozumienie podczas podejmowanych prób leczenia bądź powstrzymywania się od picia lub od brania.

Konsekwentne przestrzeganie wymienionych wskazówek daje szansę na zmianę postawy osoby uzależnionej. Wówczas stosowanie metody interwencji lub podejmowanie kroków dyscyplinarnych może okazać się niepotrzebne. Szczególną rolę powinni odgrywać w tym pracodawcy/przełożeni. W tych wszystkich działaniach bardzo pomocne jest wsparcie ze strony bliskich, profesjonalnych terapeutów oraz grup samopomocowych.

pomagajmy sobie!

Jak rozmawiać z osobą, która nadużywa alkoholu/leków albo bierze narkotyki

Wcześniej zidentyfikowanie problemu i podjęcie odpowiednich działań zwiększa szansę na jego eliminację i bardziej skuteczną pomoc uzależnionemu.

Przed rozmową należy podjąć próbę wyjaśnienia zaobserwowanych faktów, np. czy i na ile wynikają z problemów „zdrowotnych”, bez nastawienia, że są niewątpliwie związane z alkoholem lub z inną substancją psychoaktywną.

Planując rozmowę dotyczącą problemów związanych z alkoholem, lekami lub narkotykami, trzeba pamiętać o tym, że:

1. Pierwszą rozmowę należy przeprowadzić na osobności, zapewnić o jej poufności. Jeśli rozmówca jest pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, trzeba poczekać, aż będzie trzeźwy („czysty”).

2. Przebieg rozmowy powinien być starannie zaplanowany. Konieczne jest zachowanie ostrożności (nie należy stawiać diagnozy, bo od tego są specjaliści, lecz poinformować o swoich obawach wynikających z zaobserwowanych sytuacji lub z docierających sygnałów dotyczących zachowań rozmówcy). Jednocześnie trzeba unikać słów „alkoholik”, „lekoman”, „narkoman”, zastępując je określeniami „problemy ze zdrowiem”, „problemy z alkoholem, lekami, narkotykami”.
3. Na wstępie należy poinformować, że celem rozmowy będzie próba wyjaśnienia zaobserwowanych w konkretnych sytuacjach niepokojących zachowań, które mogą świadczyć o obecności jakiegoś problemu. Mówiąc o nich, trzeba przytoczyć datę, miejsce, okoliczności, świadków wydarzenia itp. Wyjaśnienie nie może brzmieć jak oskarżanie o problemy z alkoholem, z lekami czy narkotykami.
4. Powinno się uwzględnić różne możliwe przyczyny zaobserwowanych i niepokojących zachowań, np. kłopoty rodzinne, finansowe, nadmierne obciążenie pracą, zbyt dużą odpowiedzialność itd., oraz przeanalizować ich wpływ na postępowanie rozmówcy.
5. Jeżeli zostaną podniesione problemy osobiste, należy wyrazić troskę i tylko wysłuchać. Nie dawać rad, jedynie zasugerować zwrócenie się o pomoc do profesjonalistów.
6. Konieczne jest omówienie i ustalenie działań, które pozwolą na wyeliminowanie problemu, łącznie z koniecznością spotkania ze specjalistą w celu zdiagnozowania, a w przypadku stwierdzenia uzależnienia – przedstawienie form wsparcia i możliwości leczenia, które nie grożą utratą dotychczasowych warunków pracy.
7. Jeśli rozmowę przeprowadza przełożony, powinien zapewnić o swojej życzliwości, chęci pomocy oraz o możliwościach dalszej pracy i dalszego rozwoju, po wyeliminowaniu problemu.
8. Przełożony lub pracodawca powinien koniecznie poinformować o procedurach stosowanych wobec osób, które mają problemy związane z piciem alkoholu, przyjmowaniem nadmiernej ilości leków lub braniem narkotyków, oraz o dostępnych formach pomocy i konsekwencjach w przypadku odmowy współpracy.

Zwolnienie z pracy lub rozstanie z bliską osobą należy traktować jak ostateczność, o której można myśleć dopiero wówczas, kiedy próby udzielenia profesjonalnej pomocy osobie uzależnionej okażą się nieskuteczne.

Sugestie dla przełożonego, który przeprowadza rozmowę

Należy:	Nie należy:
Być obiektywnym i opierać się wyłącznie na potwierdzonych faktach.	Opierać się na nieudokumentowanych zdarzeniach, plotkach, wrażeniach.
Być neutralnym i starać się nie okazywać negatywnych emocji.	Rozpatrywać problemu w kategoriach moralnych.
Być konkretnym i dokładnym.	Wypowiadać mało precyzyjnych zastrzeżeń.
Pokazać, jak bardzo doceniane są dotychczasowe osiągnięcia podwładnego.	Ignorować dotychczasowych osiągnięć.
Słuchać i okazywać troskę, a jeśli podwładny chce porozmawiać o problemach osobistych, pokazać różne rozwiązania, dając mu wybór.	Udzielać rad na temat rozwiązywania problemów osobistych.
Wyjaśnić dokładnie, co należy zrobić w celu poprawy sytuacji.	Pozostawiać wątpliwości odnośnie do tego, co rozmówca powinien zrobić.
Upewnić się, czy rozmówca rozumie konsekwencje dyscyplinarne oraz stosowane procedury, i wówczas pozostawić mu wybór.	Dopuszczać do tego, aby postępowanie dyscyplinarne stało się jedynie groźbą.
Być stanowczym i konsekwentnym.	Wahać się między zbyt dużym dystansem a byciem zbyt przyjaznym i wyrozumiałym.

Rozmowa z przełożonym przyniesie jeden z trzech skutków

Skutek	Działanie
Postępowanie uległo zmianie i utrzymuje się na akceptowalnym poziomie.	Wyrazić uznanie dla dokonanej zmiany. Uszanować i wspierać abstynencję, pomóc w jej utrzymywaniu oraz chronić przed ostracyzmem ze strony otoczenia. Kontynuować monitorowanie, uważnie sprawdzać, czy zachowania i wykonywanie obowiązków utrzymują się na właściwym poziomie. Utrzymywać kontakt z podwładnym i zachęcać go do kontynuowania korzystnych zmian.
Jest zauważalna poprawa, jednak nadal występują okresowo zachowania, które nie powinny mieć miejsca.	Zaprosić na kolejne spotkanie, poinformować o zaobserwowanej poprawie, zachęcić do dalszych starań. Określić, co jeszcze wymaga zmiany. Przypomnieć o konsekwencjach braku poprawy. Zasugerować swoją pomoc w wyeliminowaniu niewłaściwych zachowań. Zaplanować datę kolejnego spotkania w celu weryfikacji postępów.
Brak poprawy.	Zaprosić na kolejne spotkanie. W oparciu o konkretne wydarzenia wypunktować powtarzające się problemy i przypomnieć o konsekwencjach braku poprawy. Poinformować, że konieczna jest wizyta u specjalisty w celu zdiagnozowania problemu. Poinformować, że w przypadku rozpoznania uzależnienia konieczne będzie odbycie terapii. Poinformować również, że odmowa poddania się leczeniu, bez podania racjonalnego wyjaśnienia, będzie podstawą do wszczęcia procedury postępowania dyscyplinarnego.

Należy pamiętać, że szansę na zaprzestanie picia alkoholu lub brania leków albo narkotyków przez osoby uzależnione **dają jedynie**:

- podjęcie wielomiesięcznej, a nawet wieloletniej profesjonalnej terapii,
- uczciwe zaangażowanie się w realizację Programu Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików, Anonimowych Lekomanów lub Anonimowych Narkomanów (praca ze sponsorem i uczestniczenie w mityngach).

pomagajmy sobie!

Jak pomóc osobie, która nadużywa alkoholu bądź leków lub bierze narkotyki i nie widzi w tym problemu

Wielokrotnie spotykamy się z opinią, że osoba przyjmująca substancje psychoaktywne (najczęściej dotyczy to alkoholików) „musi sięgnąć dna”, żeby mieć się od czego odbić, wypłynąć na powierzchnię i rozpocząć nowe życie. Doświadczenie jednak mówi, że nie należy zbyt długo czekać na ten moment, bowiem czekając na osiągnięcie „dna”, które u różnych osób leży na różnej głębokości, można nie zdążyć z udzieleniem pomocy nieświadomej obecności problemu osobie.

Ze względu na to w latach 60. XX w. w Instytucie Johnsona w Minneapolis (USA) pojawiła się idea przybliżenia (podniesienia, podwyższenia) wspomnianego „dna”. Nazwano to metodą interwencji. Początkowo dotyczyła wyłącznie osób pijących alkohol szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu. Obecnie stosuje się ją także wtedy, kiedy w grę wchodzi uzależnienie od wszelkich innych substancji psychoaktywnych lub tzw. uzależnienie behawioralne.

Celem interwencji jest uzyskanie zgody osoby pijącej szkodliwie, nadużywającej leków lub biorącej narkotyki na wizytę u specjalisty, który oceni powagę problemu, zasugeruje dalsze postępowanie w celu zminimalizowania problemu, a w razie zdiagnozowania uzależnienia skłoni osobę uzależnioną do podjęcia leczenia.

Interwencja może być przeprowadzona wyłącznie wówczas, kiedy jej adresat nie jest pod wpływem alkoholu, leków lub narkotyków. Miejscem interwencji może być mieszkanie, miejsce pracy, przychodnia, a nawet szpital (bezpośrednio po odtruciu).

Uczestnikami interwencji, oprócz adresata oraz prowadzącego (wskazane, aby to był profesjonalny terapeuta uzależnień), powinny być osoby znaczące dla adresata interwencji, np. członkowie rodziny, w tym dorosłe dzieci, koledzy i przełożeni z pracy, przyjaciele, sąsiedzi, a nawet lekarz rodzinny. Należy liczyć się z tym, że na decyzję o udziale bliskich może wpływać ich zależność finansowa od adresata interwencji.

Interwencja polega na obiektywnym przedstawieniu rzeczywistości (konkretnych zdarzeń i faktów dotyczących zachowań adresata interwencji, a związanych z piciem lub używaniem innych substancji psychoaktywnych) w taki sposób, aby była możliwa do przyjęcia przez osobę, wobec której prowadzona jest interwencja.

Powinna odbywać się w atmosferze życzliwości, miłości i troski, a zakończyć dokonaniem konkretnych ustaleń co do dalszego postępowania oraz określeniem terminu i miejsca podjęcia leczenia.

Poważnym błędem jest omawianie faktów, świadczących o istnieniu problemu, w kategoriach moralnych. Taka postawa wyklucza skuteczność interwencji.

Interwencję należy zaplanować bardzo starannie, w tajemnicy przed zainteresowanym, żeby nie miał czasu na przygotowanie się do obrony swojego postępowania. Niezwykle ważne jest to, aby podczas interwencji naruszyć mit o niemożności udzielenia skutecznej pomocy osobom pijącym alkohol w sposób problemowy czy biorącym leki lub narkotyki.

Przygotowując się do interwencji, należy:

1. Wyszukać i odpowiednio przygotować uczestników interwencji, czyli osoby, którym szczerze zależy na zdiagnozowaniu adresata interwencji lub na podjęciu przez niego leczenia. Każda z nich musi szczegółowo znać swoją rolę i scenariusz interwencji. Powinno to być 3–5 osób bardzo ważnych dla adresata interwencji, które jednocześnie nie są z nim w poważniejszym konflikcie.
2. Zebrać jak największą ilość informacji na temat picia alkoholu (brania leków, narkotyków) i towarzyszących wydarzeń. Uczestnicy powinni przypomnieć sobie sytuacje związane z piciem alkoholu przez adresata interwencji (braniem leków, narkotyków), najlepiej z ostatnich miesięcy, a następnie spisać je na kartce (emocje mogą przeszkadzać w spokojnym i rzeczowym przypomnieniu sytuacji). Każdy z uczestników powinien opisać kilka sytuacji, których był świadkiem i które dotyczyły jego osoby. Ważne, aby sytuacje były opisywane z dystansem, bez oceny i zbyt dużego ładunku emocjonalnego.
3. Zebrać informacje o miejscach, w których można otrzymać pomoc. Potrzebne są adresy i telefony najbliższych placówek terapii uzależnień (poradni, oddziałów), zasady przyjęć do tych placówek oraz informacje na temat programów terapeutycznych. Czasami przyda się ustalenie terminu spotkania z terapeutą lub terminu przyjęcia do oddziału, gdyby interwencja zakończyła się sukcesem.
4. Wybrać osobę prowadzącą, która będzie czuwała nad przebiegiem spotkania, a na zakończenie dokona podsumowania i przedstawi warunki (ewentualnie ultimatum).
5. Uzgodnić miejsce i warunki, w jakich ma odbyć się interwencja, biorąc pod uwagę wszystkie za i przeciw.
6. Koniecznie poprzedzić spotkanie próbą generalną, próbną sesją, „treningiem”, aby ułatwić uczestnikom wejście w role, wyjaśnienie wątpliwości, skorygowanie błędnych zachowań, odkrycie spraw, które zostały przeoczone.

7. Kilkakrotnie przećwiczyć przebieg całej sesji ze wszystkimi uczestnikami interwencji. Pamiętać też trzeba, żeby ktoś, znający problem i zachowania charakterystyczne dla osoby z problemem, odegrał rolę adresata interwencji (najczęściej osoby pijącej szkodliwie lub uzależnionej).
8. Interwencję rozpocząć od wprowadzenia, które uświadomi adresatowi interwencji, że ma przed sobą osoby życzliwe, w przypadku rodziny – kochające, które cierpią, obserwując to, co z nim się dzieje, którym bardzo zależy na nim i które bardzo chcą udzielić mu pomocy.
9. Przewidzieć możliwość wystąpienia zachowania agresywnego, obrażenia się itp. oraz zaplanować postępowanie w takich przypadkach.

Należy pamiętać, że podczas interwencji trzeba koniecznie powiedzieć:

- o tym, jak bardzo zależy nam na osobie adresata interwencji, że jest doceniany, kochany (gdy w interwencji uczestniczą bliskie osoby) itp.,
- o konkretnych incydentach i faktach związanych z piciem lub braniem,
- że nie ma zgody na dalsze incydenty i ekscesy z powodu picia lub brania,
- gdzie i kiedy adresat interwencji ma się zgłosić do specjalisty lub do placówki terapii uzależnień i co go tam czeka.

Należy też pamiętać, że interwencja to:

- **nie jest atak na osobę**, lecz atak na mechanizmy choroby,
- udzielanie pomocy osobie, która nie chce i unika pomocy,
- próba uświadomienia konkretnych faktów świadczących o istnieniu problemu,
- działanie wbrew temu, co adresat interwencji myśli i czego pragnie, w związku z problemem, którego na dodatek nie dostrzega.

W czasie interwencji nie wolno dopuścić do dyskusji. Trzeba konsekwentnie realizować ustalony wcześniej scenariusz i prosić uzależnionego, żeby wysłuchał do końca wszystkich uczestników spotkania i dopiero wtedy zabrał głos.

Efektom prawidłowo przeprowadzonej interwencji powinno być zaprzestanie lub wyraźne ograniczenie przyjmowania substancji psychoaktywnych przez osobę, która pije alkohol szkodliwie bądź pije alkohol lub bierze leki czy narkotyki w sposób nasuwający podejrzenie uzależnienia.

Niestety, nie każda interwencja przynosi sukces. Kiedy już wiadomo, że nie zakończy się ona zgodą na wizytę u specjalisty lub na podjęcie leczenia, należy (jeszcze przed jej zakończeniem) poinformować adresata interwencji o kolejnych krokach, jakie zostaną podjęte, łącznie z możliwością ograniczenia lub zerwania kontaktów przez bliskie osoby czy postępowania dyscyplinarnego w miejscu pracy. Adresat interwencji powinien bowiem wiedzieć, jakie kroki zostaną podjęte, jeżeli nie zmieni swojego postępowania.

Należy też zaplanować kolejną interwencję, ale już w innych okolicznościach i z uwzględnieniem doświadczeń z interwencji nieudanej.

*Oprac. dr n. med. Bohdan T. Woronowicz
specjalista psychiatra, specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień*