Wszywka nie leczy alkoholizmu – i właśnie dlatego pomaga

data aktualizacji: 2026.05.18 autor: ARTYKUŁ SPONSOROWANY



(fot.pexels)

Czy wszywka alkoholowa może pomóc osobie uzależnionej, skoro sama nie leczy alkoholizmu? Odpowiedź jest mniej oczywista, niż sugerują reklamy zabiegów. Implant z disulfiramem nie usuwa głodu alkoholowego, nie zmienia mechanizmów uzależnienia i nie zastępuje psychoterapii. Może jednak stać się ważnym narzędziem w pierwszych miesiącach trzeźwienia — pod warunkiem, że pacjent rozumie jego ograniczenia i wykorzystuje czas działania wszywki na realną pracę terapeutyczną.

Czy lek, który nie leczy choroby, może pomóc choremu?

Pytanie wydaje się sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem. A jednak właśnie tak działa wszywka alkoholowa - implant podpowięziowy, który blokuje fizjologiczną możliwość picia, ale uzależnienia nie cofa. Pacjent, który wychodzi z gabinetu z kilkoma tabletkami pod powięzią mięśnia, jest dokładnie tym samym człowiekiem, który wszedł. Mózg ten sam, schematy myślowe te same, głód alkoholowy zostaje tam, gdzie był. A jednak coś się zmienia.

W rozmowach z osobami, które przeszły zabieg w gabinetach takich jak **wszywka alkoholowa Wrocław**, powtarza się ten sam moment. Lekarz, zanim wszczepi pierwszą tabletkę, mówi pacjentowi trzy zdania. Te zdania nie obiecują wyleczenia. Mówią coś przeciwnego - i to przeciwieństwo bywa początkiem terapii, która naprawdę działa.

Skuteczność wszywki tkwi w świadomości pacjenta, a nie w biochemii. Badania zaślepione nie wykryły żadnej przewagi nad placebo. Brak obietnicy "tabletka załatwi sprawę" okazuje się głównym mechanizmem, dzięki któremu zabieg w ogóle działa.

W skrócie

- **Wszywka** blokuje rozkład alkoholu w wątrobie i wywołuje reakcję awersyjną przy próbie picia, ale nie zmienia uzależnienia w mózgu. Mit, że wszywka leczy, wraca w gabinecie co tydzień.
- Meta-analiza 22 badań klinicznych z 2014 roku wykazała wielkość efektu wszywki 0,58. Tylko w badaniach otwartych, gdzie pacjent wiedział, co dostaje. W próbach zaślepionych zabieg nie różnił się od placebo.
- W długoletnich obserwacjach wszywka działała wyłącznie wtedy, gdy pacjent był świadomy aktywnej terapii. Świadomość jest częścią mechanizmu, nie tłem.
- Wszywka pomaga, bo nie obiecuje wyleczenia. Brak obietnicy zmusza pacjenta do podjęcia świadomej decyzji o terapii zamiast pasywnego czekania na cud.
- Okres działania implantu, czyli 8-12 miesięcy, to okno terapeutyczne, a nie koniec leczenia. Jeśli pacjent nie podejmie wtedy psychoterapii, zegar nawrotu zaczyna chodzić od pierwszego dnia.

Co wszywka naprawdę robi w organizmie?

Żeby zrozumieć, dlaczego skuteczność wszywki nie tkwi w farmakologii, trzeba najpierw wiedzieć, co dzieje się w organizmie po zabiegu. Mechanizm jest prostszy, niż wynika z reklam zabiegu, i bardziej ograniczony, niż się powszechnie myśli.

Reakcja awersyjna w trzech zdaniach

Substancja czynna implantu blokuje pracę dehydrogenazy aldehydowej, czyli enzymu wątrobowego, który rozkłada toksyczny aldehyd octowy powstający z metabolizmu alkoholu. Po wypiciu nawet niewielkiej ilości alkoholu osoba z aktywną wszywką doświadcza gwałtownej reakcji awersyjnej - czyli reakcji, w której organizm gwałtownie buntuje się przeciwko substancji: nudności, wymioty, zaczerwienienie skóry, kołatanie serca, czasem zaburzenia krążenia. W cięższych przypadkach kończy się to utratą przytomności albo zaburzeniami rytmu serca.

W Polsce wszywka podawana jest najczęściej w formie implantu podpowięziowego. Charakterystyka

Produktu Leczniczego dla preparatu zarejestrowanego w Polsce opisuje zabieg szczegółowo. Lekarz wszczepia 8-10 tabletek po 100 miligramów, ułożonych w kształt gwiazdy, w okolicy pośladka. Substancja uwalnia się stopniowo przez 8-12 miesięcy. Reimplantacja jest możliwa po 8 miesiącach. Warunkiem zabiegu jest co najmniej 12 godzin abstynencji. Przez 14 dni po jego zakończeniu pacjent nie może pić żadnych napojów alkoholowych ani brać leków z zawartością alkoholu.

Mechanizm jest czysto fizjologiczny. Wszywka nie zna myśli pacjenta, nie analizuje jego motywacji, nie reaguje na poziom stresu. Robi jedno: zatrzymuje jeden enzym w wątrobie.

Czego wszywka nie ruszy w mózgu pacjenta

To, co dzieje się powyżej szyi, pozostaje nietknięte. Wszywka nie obniża głodu alkoholowego - chęć wypicia drinka pojawia się tak samo, czasem nawet silniej w pierwszych miesiącach po zabiegu, bo na nią nakłada się frustracja zablokowanej możliwości picia. Implant nie zmienia wzorców myślenia o alkoholu jako sposobie radzenia sobie ze stresem. Nie naprawia relacji rodzinnych, nie rozprawia się z traumami, nie buduje nowych nawyków.

Uzależnienie nie jest stanem zatrucia, który mija po wypłukaniu organizmu. To stan neuropsychiczny, w którym mózg nauczył się traktować alkohol jako rozwiązanie problemów: stresu, lęku, samotności, gniewu. Te schematy nie znikają, kiedy pod skórę pacjenta trafia kilka tabletek. Zostają tam, gdzie były - w obwodach nagrody, w korze przedczołowej, w pamięci emocjonalnej.

Wszywka dotyka tylko jednego poziomu choroby. Pozostałe to teren psychoterapii, grup wsparcia, najbliższego otoczenia i samego pacjenta. Bez nich zegar nawrotu zaczyna chodzić od pierwszej chwili po zabiegu.

Dlaczego wszywka "działa" tylko wtedy, gdy pacjent o niej wie?

Dane kliniczne wokół wszywki mówią dwie różne rzeczy naraz. Pokazują skuteczność zabiegu, ale ta skuteczność zachowuje się dziwnie - zależnie od tego, jak zaprojektowano badanie, wynik zmienia się o 180 stopni.

Meta-analiza 22 badań: dwa różne światy

W 2014 roku Marilyn Skinner i jej współpracownicy opublikowali w PLOS One meta-analizę obejmującą 22 randomizowane badania kliniczne nad skutecznością wszywki w leczeniu uzależnienia alkoholowego. Ogólna wielkość efektu wyniosła 0,58 na korzyść zabiegu. To solidny wynik jak na farmakoterapię uzależnień, porównywalny z innymi opcjami farmakologicznymi stosowanymi w tej dziedzinie.

Autorzy zrobili jednak coś nieoczywistego. Podzielili 22 badania na dwie grupy. Pierwsza obejmowała badania otwarte, w których pacjent wiedział, że dostaje aktywną substancję. Druga - badania zaślepione, w których ani pacjent, ani lekarz prowadzący nie wiedzieli, kto otrzymuje aktywny implant, a kto placebo.

Wynik tego podziału był rozstrzygający. W badaniach otwartych wszywka miała wielkość efektu rzędu 0,70 - wyraźną i statystycznie istotną przewagę nad grupą kontrolną. W badaniach

zaślepionych nie różniła się od placebo. Żadnej różnicy. Żadnej widocznej skuteczności farmakologicznej.

To nie był błąd metodologiczny ani anomalia jednego badania. Powtarzało się to przez dekady kolejnych prób klinicznych.

Placebo, które działa tak samo jak wszywka

Wniosek z meta-analizy Skinnera brzmi paradoksalnie. Wszywka pomaga, ale w sposób, którego pacjenci się nie spodziewają. Mechanizm nie jest farmakologiczny. Jest psychologiczny.

Pacjent, który wie, że ma w sobie aktywny implant, podejmuje decyzję o niepiciu zupełnie inaczej niż pacjent, który nie wie, co dostał. Strach przed reakcją awersyjną - tym samym, czego oczekuje od zabiegu - sam w sobie wystarcza, żeby zmienić zachowanie. Sama wiedza, że kieliszek skończy się wymiotami, kołataniem serca i wizytą na izbie przyjęć, daje taki sam efekt jak biochemia.

W długoletniej obserwacji pacjentów uzależnionych od alkoholu, cytowanej w bazie StatPearls amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia, placebo dawało takie same wyniki jak aktywna substancja, jeśli pacjent wierzył, że dostaje aktywny preparat. Korzyść z terapii była psychologiczna, a nie farmakologiczna.

W 2024 roku ta linia argumentów wróciła w Journal of Addiction Medicine. Autorzy zaproponowali, by wszywkę traktować jednocześnie jako interwencję farmakologiczną i behawioralną. W tej optyce - i tylko w tej optyce - zabieg zasługuje na status pierwszej linii leczenia w wytycznych klinicznych. Nie jako sama substancja chemiczna. Jako narzędzie, którego działanie wymaga świadomego pacjenta.

Wniosek jest prosty i niewygodny. Wszywka pomaga, kiedy pacjent o niej wie. Bez tej wiedzy - nie. Cały mechanizm dzieje się w głowie pacjenta, nie w wątrobie.

Pierwsza wizyta: trzy zdania, które wszystko zmieniają

Reportaże z gabinetów uzależnieniowych mają jedną wspólną cechę. Niezależnie od miasta i specjalizacji ośrodka, lekarz prowadzący zaczyna konsultację kwalifikującą do wszywki w bardzo podobny sposób. Trzy zdania - rzadko więcej, czasem mniej - i pacjent słyszy coś przeciwnego do tego, po co przyszedł.

"Wszyję się i będzie dobrze" - co pacjent słyszy w odpowiedzi

Typowy wstęp pacjenta brzmi mniej więcej tak: "Pani doktor, niech mi pani da wszywkę, bo inaczej żona zostawia". Albo: "Doktorze, ja już naprawdę chcę przestać, niech pan to wszczepi, to będę miał spokój". Wariantów jest wiele, ale ich logika jest jedna - pacjent wierzy, że zabieg rozwiąże problem za niego.

Lekarz, który ma za sobą setki podobnych rozmów, odpowiada w przewidywalny sposób. Pierwsze zdanie: "Wszywka nie wyleczy pana z alkoholizmu". Drugie: "Da panu czas, ale tym czasem trzeba coś zrobić". Trzecie: "Bez psychoterapii to są zmarnowane miesiące".

Pacjent słyszy te zdania i często milknie. Czasem od razu zaprzecza ("No tak, ale wszyję, to przynajmniej miesiąc nie zapiję"). Czasem dopytuje, dlaczego niby nie wystarczy sama wszywka. Czasem wychodzi po skierowanie do terapeuty, którego wcześniej omijał. Ten moment - zderzenie z faktem, że lekarz nie obiecuje cudu - bywa jedynym, w którym pacjent po raz pierwszy zaczyna

myśleć o uzależnieniu w prawdziwych kategoriach.

Co rodzina chce usłyszeć, a czego lekarz nie powie

Druga warstwa rozmowy dzieje się po drugiej stronie drzwi, w poczekalni. Rodzina alkoholika - małżonek, dorosłe dziecko, czasem rodzic - przychodzi z nadzieją, że lekarz potwierdzi to, co już od miesięcy powtarzają sami sobie: "Niech mu pan to coś wszczepi, on inaczej nie przestanie". To prośba o przerzucenie odpowiedzialności z chorego na narzędzie medyczne.

Lekarz wskazuje wtedy na coś, czego rodzina rzadko chce słyszeć. Wszywka pomaga tylko temu pacjentowi, który sam się na nią zgłosił. Pacjent zmuszony przez rodzinę - żoną stojącą z walizką w drzwiach, decyzją pracodawcy, presją sądu - statystycznie wraca do picia po wygaśnięciu działania zabiegu. Decyzja musi wyjść od pacjenta, inaczej zegar zacznie chodzić od pierwszego dnia.

To trudne do przyjęcia dla rodziny, która wyczerpała własne siły i widzi we wszywce ostatnią szansę. A jednak jest to jedyna uczciwa odpowiedź lekarza, który nie chce sprzedawać iluzji. Polskie i międzynarodowe standardy leczenia uzależnień, w tym dokumenty Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, traktują wszywkę jako pomoc dla pacjenta, który sam podjął decyzję. Dla pacjenta, który decyzji nie podjął, jest tylko przedłużeniem ciągu o kilka miesięcy.

Dlaczego brak obietnicy wyleczenia uruchamia pacjenta?

Paradoks Skinnera pokazuje twardy fakt: wszywka pomaga przez świadomość pacjenta, nie przez biochemię. Pytanie, które stąd wynika, jest psychologiczne. Dlaczego konkretnie świadomość pacjenta - świadomość, że nie ma wyleczenia, że jest tylko narzędzie - przekłada się na zmianę zachowania?

Pasywny odbiorca terapii kontra świadomy uczestnik

W psychologii leczenia wyróżnia się dwa style relacji pacjent-terapia. Pierwszy to pasywny odbiorca. Pacjent traktuje terapię jak coś, co się z nim dzieje. Bierze tabletkę, zostawia organizm w rękach zabiegu, nie planuje własnego udziału w procesie. Drugi to świadomy uczestnik. Pacjent rozumie, co zabieg robi, co może, a czego nie może. Wbudowuje terapię w plan swojego życia i podejmuje decyzje zgodne z tym planem.

Większość pacjentów, którzy zgłaszają się po wszywkę, zaczyna jako pasywni odbiorcy. Marzenie o magicznej tabletce jest częścią kultury, w której od lat obiecuje się szybkie rozwiązanie każdego problemu. Pacjent oczekuje, że wszywka dokończy decyzję za niego - tak jak antybiotyk dokończy infekcję, a środek przeciwbólowy dokończy ból zęba.

Trzy zdania lekarza burzą ten model. Pacjent nagle dowiaduje się, że metoda, na którą się zdecydował, nie działa tak, jak myślał. Nie dostaje za to obietnicy wyleczenia. Dostaje natomiast informację - precyzyjną, niewygodną i prawdziwą - że jego rola nie kończy się na położeniu się na stole zabiegowym.

To moment przejścia od pasywnego odbiorcy do świadomego uczestnika. Nie u każdego się udaje, ale tam, gdzie się udaje, jest fundamentem dalszej skuteczności wszywki.

Informacja, że to nie jest cud, ma terapeutyczny ciężar

Polskie ośrodki uzależnieniowe i wytyczne międzynarodowe wskazują na jeden punkt. Rzetelne wytłumaczenie pacjentowi, czym wszywka jest, a czym nie jest, nie podważa terapii. Wzmacnia ją.

Jeśli pacjent rozumie, że wszywka jest narzędziem wymuszającym fizyczną abstynencję, a nie sposobem na uzależnienie, lepiej przygotowuje się do nadchodzących miesięcy. Wie, że głód alkoholowy przyjdzie. Spodziewa się okoliczności, które kiedyś uruchamiały picie - wesela, świąt, kryzysu w pracy, śmierci bliskiej osoby - i ma świadomość, że będą wymagały innych narzędzi niż implant pod skórą. Rozumie też, że psychoterapia, grupa wsparcia albo rozmowa z osobą zaufaną są częścią planu, a nie luksusem dla zaawansowanych.

Pacjent, któremu obiecano wyleczenie - choć w polskim systemie ochrony zdrowia nie wolno obiecać czegoś takiego, a etyka zawodowa wprost tego zakazuje - reagowałby zupełnie inaczej. Poddałby się zabiegowi w przeświadczeniu, że problem jest już za nim. Nie szykowałby się na nadchodzące pokusy, nie chodziłby na terapię, nie budowałby planu na czas po wygaśnięciu zabiegu.

Brak obietnicy wyleczenia nie jest słabością komunikatu lekarza. Jest jego siłą terapeutyczną. Każda inna postawa - obietnica cudu, pochwalenie zabiegu jako rozwiązania ostatecznego, prezentowanie wszywki jako "najlepszego sposobu na alkoholizm" - obniża skuteczność tego samego zabiegu, który chwali.

Wszywka jako okno terapeutyczne: co realnie daje

Praktyczny wniosek z paradoksu jest prosty. Wszywka nie leczy. Daje pacjentowi czas - czas, w którym leczenie może się w ogóle zacząć.

Osiem do dwunastu miesięcy, w których można zacząć pracę

Substancja czynna uwalnia się z tabletek wszczepionych pod powięź mięśnia stopniowo, przez 8 do 12 miesięcy. W tym okresie pacjent fizjologicznie nie może pić alkoholu w klasycznym sensie - próba wypicia kończy się reakcją awersyjną o nasileniu od nieprzyjemnego do zagrażającego zdrowiu. Ciało gra po stronie abstynencji, niezależnie od stanu psychicznego pacjenta.

Z punktu widzenia terapeutycznego ten czas jest oknem o ograniczonym horyzoncie. Pacjent, który chce zmienić sposób życia, ma 8-12 miesięcy, w których:

- może wejść w psychoterapię uzależnień, niezależnie od formy (poradnia odwykowa NFZ, prywatny gabinet, terapia zdalna),
- ma czas na odbudowę higieny dnia bez alkoholu - rytm snu, regularne posiłki, kontakt z bliskimi,
- uczy się rozpoznawać sytuacje wysokiego ryzyka i przygotowywać reakcje, które nie kończą się sięgnięciem po kieliszek,
- znajduje miejsce w grupie wsparcia (Anonimowi Alkoholicy, AA dla rodzin, mityngi terapeutyczne),

- rozmawia z osobami bliskimi, których relacje ucierpiały w okresie picia.

Każde z tych działań wymaga czasu, którego pacjent w aktywnym ciągu nie ma. Wszywka daje mu ten czas, bo wstrzymuje automatyczne sięganie po kieliszek.

Co dzieje się w trzynastym miesiącu

Tabletki uwalniają substancję czynną przez 8 do 12 miesięcy. Po tym czasie blokada dehydrogenazy aldehydowej ustaje, enzym wraca do normalnej aktywności, a pacjent fizjologicznie znowu może wypić alkohol bez reakcji awersyjnej. Z biochemicznego punktu widzenia jest dokładnie w tym samym miejscu, co przed zabiegiem.

Z psychologicznego punktu widzenia jest w jednym z dwóch zupełnie różnych miejsc. Jeśli w ciągu tych miesięcy pacjent wszedł w psychoterapię, zbudował nowe rutyny, zaczął rozumieć swoje wyzwalacze i odbudował relacje, trzynasty miesiąc jest naturalną kontynuacją trzeźwości. Wszywka już nie jest potrzebna, bo praca, którą wykonała głowa pacjenta, niesie go dalej.

Jeśli przez te miesiące pacjent traktował wszywkę jako rozwiązanie ostateczne i nie podjął żadnej innej aktywności, trzynasty miesiąc jest momentem najwyższego ryzyka nawrotu. Klinicyści nazywają ten okres zegarem nawrotu. Każdy miesiąc bez pracy nad mechanizmami uzależnienia tylko przedłuża pauzę, a nie buduje fundamentu trzeźwości.

Polskie wytyczne, w tym dokumenty Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, wskazują wprost: wszywka działa najlepiej jako element planu leczenia, który obejmuje psychoterapię, wsparcie grupowe i nadzór specjalisty uzależnień. Bez tych elementów zabieg przedłuża abstynencję, ale nie buduje trzeźwości. Różnica między tymi dwoma rzeczami decyduje o tym, co się stanie po wygaśnięciu wszywki.

Artykuł nie zastępuje porady medycznej. Każda decyzja o farmakoterapii uzależnienia, w tym o wszywce, należy do lekarza prowadzącego, który ocenia stan zdrowia, przeciwwskazania (ciąża, choroby serca, padaczka, niewydolność wątroby lub nerek, psychozy) oraz indywidualny plan leczenia pacjenta.

Najczęściej zadawane pytania

Czy wszywka leczy alkoholizm?

Nie. Wszywka jest narzędziem farmakologicznym, które blokuje fizjologiczną możliwość picia alkoholu na 8-12 miesięcy. Nie zmienia mechanizmów uzależnienia w mózgu, nie obniża głodu alkoholowego, nie naprawia wzorców emocjonalnych ani relacji rodzinnych. Leczenie alkoholizmu wymaga pracy psychoterapeutycznej, wsparcia grupowego i często zmiany stylu życia. Wszywka pomaga, dając czas, w którym ta praca może się odbyć. Sama nie zastępuje żadnego z jej elementów.

Dlaczego badania zaślepione nie wykazują skuteczności wszywki?

Meta-analiza Skinnera i współpracowników z 2014 roku, opublikowana w PLOS One, podzieliła 22 randomizowane badania kliniczne na otwarte i zaślepione. W otwartych - gdzie pacjent wiedział, że dostaje aktywną substancję - wielkość efektu wyniosła 0,70 i była statystycznie istotna. W zaślepionych - gdzie pacjent nie wiedział, co dostał - zabieg nie różnił się od placebo. Wniosek autorów: mechanizm działania wszywki jest psychologiczny, a nie farmakologiczny. Strach przed reakcją awersyjną - tym, czego pacjent oczekuje - sam w sobie zmienia zachowanie. Zabieg nie działa

bez świadomości pacjenta, że jest aktywny.

Czy psychoterapia jest obowiązkowa po wszywce?

W polskim systemie ochrony zdrowia psychoterapia nie jest prawnie obowiązkowa. Klinicznie - tak. Polskie standardy leczenia uzależnień, wytyczne Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz Charakterystyka Produktu Leczniczego dla preparatu zarejestrowanego w Polsce wskazują na wszywkę jako element planu terapeutycznego, nie jako interwencję samodzielną. Bez psychoterapii zabieg przedłuża abstynencję o kilka miesięcy, a po jego wygaśnięciu ryzyko nawrotu wraca do poziomu sprzed wszywki. Pacjent, który nie podjął terapii, statystycznie wraca do picia w pierwszym roku po wygaśnięciu zabiegu.

Jakie są przeciwwskazania do wszywki?

Decyzję o zabiegu podejmuje lekarz po ocenie stanu zdrowia pacjenta. Wszywki nie wykonuje się u kobiet w ciąży, u osób z ciężkimi chorobami serca i naczyń (świeży zawał, niewydolność krążenia), padaczką i innymi stanami drgawkowymi, niewydolnością wątroby lub nerek, czynnymi psychozami ani u osób w aktywnym zatruciu alkoholem. Warunkiem zabiegu jest co najmniej 12 godzin abstynencji - próba wszywki podczas aktywnego picia może spowodować gwałtowną reakcję awersyjną już na stole zabiegowym. Po wszywce przez 14 dni pacjent nie może spożywać alkoholu w żadnej postaci, w tym leków zawierających alkohol oraz produktów, w których alkohol pojawia się w niewielkich ilościach (niektóre syropy, kosmetyki, środki dezynfekcyjne).

Co dzieje się po 8-12 miesiącach od zabiegu?

Tabletki uwalniają substancję czynną stopniowo, przez okres 8-12 miesięcy. Po tym czasie enzym dehydrogenazy aldehydowej wraca do normalnej aktywności, a pacjent ponownie może spożyć alkohol bez reakcji awersyjnej. Z biochemicznego punktu widzenia organizm wraca do stanu sprzed zabiegu. Z psychologicznego punktu widzenia wszystko zależy od tego, co działo się przez te miesiące. Pacjent, który podjął psychoterapię, zbudował nowe rutyny i odbudował relacje, ma szansę utrzymać trzeźwość bez wsparcia farmakologicznego. Pacjent, który traktował wszywkę jako jedyną interwencję, statystycznie wraca do picia w pierwszym roku po wygaśnięciu zabiegu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego reimplantacja jest możliwa po 8 miesiącach, ale decyzja o niej powinna być oceniona w kontekście całego planu leczenia, nie jako rutynowe przedłużenie.

Źródła

1. Skinner M.D., Lahmek P., Pham H., Aubin H.J., *Disulfiram Efficacy in the Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-Analysis*, PLOS One, 2014. PubMed ID: 24520330.

2. Holt S.R. i wsp., *Supervised Disulfiram Should Be Considered First-line Treatment for Alcohol Use Disorder*, Journal of Addiction Medicine, 2024. PubMed ID: 39150091.

3. Charakterystyka Produktu Leczniczego Disulfiram WZF (implant), Rejestr Produktów Leczniczych, rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl, dostęp 2026.

4. StatPearls, *Disulfiram*, Narodowa Biblioteka Medyczna (NIH), NCBI Bookshelf NBK459340, dostęp 2026.

5. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, *Standardy leczenia uzależnienia od alkoholu*, kcpu.gov.pl, 2024-2025.

6. Suh J.J., Pettinati H.M. i wsp., *The status of disulfiram: A half of a century later*, Journal of Clinical Psychopharmacology, opracowania kliniczne 2006-2024.

Potrzebujesz pomocy w walce z uzależnieniem?

Nasi specjaliści są gotowi Ci pomóc. Zadzwoń lub umów się na wizytę.

Zadzwoń: 880 808 880 | Umów wizytę

Źródło: https://eglos.pl/aktualnosci/item/45512-wszywka-nie-leczy-alkoholizmu-i-wlasnie-dlatego-pomaga