

Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń

Total abstinence or harm reduction – different strategies of alcohol treatment in research studies and international guidelines

Andrzej Jakubczyk¹, Marcin Wojnar^{1,2}

¹ Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Wojnar

² Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA
Chair of the Department: G. W. Dalack, M.D.

Summary

Alcohol use is considered to be one of the major factors contributing to global health burden as well as social and economic harm. Only about 16% of alcohol dependent individuals enter addiction treatment programs in Poland, with only a few more in Western Europe. The aim of the paper was to present two main treatment strategies of alcohol dependence: total abstinence and harm reduction. The advantages and disadvantages of both treatment goals are presented, pointing to a possibility of treating them as complementary strategies. A need to choose a proper, personalised patient-oriented aim of a treatment program is emphasised, with an option to revise the objective during long-term therapy. The paper describes implications from investigating the problem of alcohol dependence from a population health perspective. The surprisingly high amount of individuals remitting spontaneously from alcohol dependence without treatment is also discussed, and a possible bias resulting from analysing data on alcoholic subjects coming only from addiction centres, not from general population is taken into consideration. In the second part of the paper, American as well as British alcohol treatment guidelines are presented.

Słowa kluczowe: abstynencja, redukcja szkód, alkohol

Key words: abstinence, harm reduction, alcohol

Wprowadzenie

Używanie alkoholu wiąże się z licznymi konsekwencjami zarówno natury zdrowotnej, społecznej jak i ekonomicznej. Szacuje się, że 3–8% wszystkich zgonów rocznie na świecie ma związek ze spożywaniem etanolu [1]. W krajach rozwiniętych koszty związane ze szkodami poniesionymi na skutek picia alkoholu przekraczają 1% produktu krajowego brutto [1], a wartości te mogą być niedoszacowane, ponieważ prawdopo-

dobnie około 25% światowego spożycia alkoholu nie jest rejestrowane [1]. Uważa się, że w perspektywie globalne koszty zdrowotne związane z używaniem alkoholu są o wiele poważniejsze niż te będące konsekwencją palenia papierosów [2].

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych liczbę osób uzależnionych od alkoholu w Polsce szacuje się obecnie na ok. 800 tysięcy (2% populacji). Grupa ludzi pijących szkodliwie, a więc potencjalnie narażonych na rozwój uzależnienia, liczy aktualnie 2–2,5 mln osób, tj. ok. 5–7% populacji [3]. Problem nadmiernego używania alkoholu dotyczy zatem ok. 9% populacji polskiej i prowadzi do co najmniej 10 tys. zgonów rocznie [3].

Pomimo tak jednoznacznych statystyk oraz licznych akcji społecznych ukierunkowanych na ukazanie szkodliwości spożywania alkoholu, średnie spożycie etanolu przeliczone na jednego mieszkańca stopniowo wzrasta. W latach 1993–2009 konsumpcja alkoholu wzrosła w naszym kraju o prawie 50% [1]. Choć polskie dane statystyczne z ostatnich lat [3] mówią o nieznacznym spadku spożycia alkoholu w naszym kraju, to należy podkreślić, że dane Światowej Organizacji Zdrowia WHO (World Health Organization: Global Information System on Alcohol and Health; http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_patterns/en/) uwzględniają również spożycie alkoholu nierejestrowanego, stąd też statystyki te wydają się bardziej wiarygodne. Z drugiej strony bezsprzeczny jest fakt, że w ostatnich latach rośnie w Polsce procentowy udział spożycia alkoholi wysokoprocentowych [3].

Jednocześnie wiadomo, że leczenie odwykowe podejmuje w Polsce jedynie około jedna szóstą osób uzależnionych [1], a wskaźniki te są jedynie nieco bardziej optymistyczne w krajach zachodnich [4]. Dodatkowo skuteczność programów terapii uzależnienia od alkoholu jest nadal ograniczona, co powoduje, że spośród niewielkiego już odsetka osób docierających na terapię jedynie część odniesie z niej jakiegokolwiek korzyści.

Strategie terapii uzależnienia od alkoholu

Strategia całkowitej abstynencji

Strategia ta od wielu lat pozostaje uznanym i w wielu przypadkach jedynym celem terapeutycznym w kontekście osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W przypadku uzależnienia od alkoholu postawienie takiego celu wydaje się jak najbardziej uzasadnione, przede wszystkim w świetle wymienionych w klasyfikacji ICD-10 kryteriów rozpoznania uzależnienia od alkoholu, dotyczących trudności w kontrolovaniu zachowań związanych z używaniem tej substancji w sensie upośledzenia kontrolovania nie tylko rozpoczęcia picia, ale również ilości wypijanego alkoholu [5].

Strategia całkowitej abstynencji – jako podstawowy cel terapii – wywodzi się jeszcze ze stworzonego w połowie XX wieku przez Elvina Mortona Jellinka modelu uzależnienia od alkoholu jako przewlekłej, nieuleczalnej choroby, której przebieg charakteryzuje się nawrotowością [6]. Taka koncepcja została następnie ugruntowana przez wiele badań potwierdzających neurobiologiczne podłoże uzależnienia od alkoholu [7–9]. W ostatnich latach coraz częściej podnosi się jednak kwestię zasadności

traktowania uzależnienia od alkoholu jako choroby przewlekłej i nieuleczalnej [10]. Zwraca się przede wszystkim uwagę na fakt, że do placówek leczenia odwykowego (gdzie zazwyczaj prowadzone są badania naukowe) trafiają osoby z najcięższym przebiegiem uzależnienia [11], co może powodować mylny, bo ograniczony obraz przebiegu zaburzenia.

Uzależnienie od alkoholu – czy rzeczywiście nieuleczalna choroba?

Cunningham i McCambridge [10] podkreślają, że zagadnienie przebiegu uzależnienia od alkoholu przybiera zupełnie inny kształt w świetle szerszej, ogólnopopulacyjnej perspektywy zdrowia publicznego. Dokładna analiza badań populacyjnych pozwala stwierdzić, że u większości badanych osób, u których w pewnym momencie życia spełnione zostały kryteria uzależnienia od alkoholu, obserwowano przebieg zaburzenia dalece odbiegający od tego, czego oczekiwano od pacjentów cierpiących na chorobę przewlekłą. Poniżej znajduje się krótka charakterystyka wyników tych prac:

W większości przypadków osoby uzależnione od alkoholu nie poszukiwały i nie zgłaszały się na leczenie odwykowe [10, 12, 13]. Fakt ten wydaje się zjawiskiem spodziewanym, potwierdzającym istnienie systemu iluzji i zaprzeczeń u osób uzależnionych;

Co zaskakujące, w wielu przypadkach obserwowano spontaniczne ustąpienie objawów uzależnienia od alkoholu, bez uzyskania jakiegokolwiek pomocy ze strony leczenia odwykowego [4, 10, 14]. W dużym, amerykańskim badaniu epidemiologicznym NESARC [4] wykazano, że w grupie osób, u których stwierdzono objawy uzależnienia od alkoholu, obserwowano istotną dynamikę objawów, w wysokim odsetku zmierzającą do uzyskania remisji: 25% badanych pacjentów po upływie roku od pierwszej oceny było nadal klasyfikowanych jako osoby uzależnione od alkoholu, 27,3% sklasyfikowano jako będących w częściowej remisji (partial remission), 11,8% opisano jako jednostki pijące ryzykownie (z dużym ryzykiem nawrotu objawów uzależnienia), 17,7% jako osoby pijące, jednak z małym ryzykiem nawrotu, 18,2% zaś utrzymywało abstynencję. Spośród wszystkich badanych osób jedynie 25,5% skorzystało z terapii odwykowej;

W ponad połowie przypadków osób uzależnionych od alkoholu uzyskujących remisję nie opisywano powtarzających się nawrotów picia [10, 15, 16]. W dużej, prospektywnej pracy de Brujin i wsp. [15] stwierdzono, że ok. 70% osób, które uzyskały remisję objawów, pozostawało bez nawrotu uzależnienia w okresie 3-letniej obserwacji.

Warto podkreślić, że opisane powyżej wyniki nie podważają tezy, że uzależnienie od alkoholu może mieć ciężki i nawrotowy przebieg. Przytoczone wnioski, wynikające z opisu uzależnienia od alkoholu z perspektywy populacyjnej, świadczą bardziej o heterogenności obrazu klinicznego i przebiegu tej jednostki chorobowej. Być może implikacją nowego spojrzenia powinna być konieczność zweryfikowania mianownictwa i kategorii diagnostycznych tak, aby lepiej odzwierciedlały one rzeczywisty przebieg i rokowanie w konkretnych sytuacjach klinicznych związanych z używaniem alkoholu.

Przytoczone powyżej wyniki badań znalazły również swoje odzwierciedlenie w metodologii badań naukowych, w których coraz częściej oprócz analizy „czasu do pierwszego napicia się” (time to first drink) w ocenie skuteczności terapii bierze się pod uwagę zmienne, takie jak liczba dni intensywnego picia, liczba dni z zachowaną abstynencją czy liczba spożytych porcji standardowych alkoholu [17]. W badaniu Millera i wsp. [18] oceniającym skuteczność terapii uzależnienia od alkoholu wykazano, że jedynie 25% pacjentów utrzymywało całkowitą abstynencję w okresie rocznej obserwacji. Jednocześnie w grupie pacjentów nieutrzymujących abstynencji obserwowano znaczny, 87% spadek średniej ilości spożywanego dziennie alkoholu oraz 60% redukcję nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu (alcohol related problems). Wyniki te pokazują, że dychotomiczna, uproszczona ocena skuteczności leczenia jedynie w kategoriach utrzymania całkowitej abstynencji lub jej nieutrzymania może spowodować przeoczenie istotnych zmian, które rozgrywają się w aspekcie sposobu picia i ilości spożywanego alkoholu [17]. W rozważaniach nad zasadnością stawiania całkowitej abstynencji jako warunku sukcesu terapeutycznego McLellan i wsp. [19] podnoszą również fakt, że w żadnej innej przewlekłej chorobie somatycznej warunkiem sukcesu terapeutycznego nie jest całkowite ustąpienie wszystkich objawów.

Strategia redukcji szkód (harm reduction)

W obliczu niesatysfakcjonujących wyników terapii uzależnienia od alkoholu oraz małej liczby osób decydujących się poddać klasycznym formom leczenia, coraz częściej podejmuje się temat możliwości zastosowania u osób uzależnionych od alkoholu strategii redukcji szkód (ang. harm reduction). Podejście to było pierwotnie pomyślane jako metoda skierowana do osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach dożylnych i zakażonych wirusem HIV [20]. Jednakże w okresie ostatnich lat coraz częściej mówi się o możliwości inkorporowania jej założeń do standardów postępowania z osobami uzależnionymi od alkoholu. Co więcej, w omówionych w dalszej części pracy standardach amerykańskich oraz angielskich strategia redukcji szkód znalazła konkretne, jasno sprecyzowane miejsce w terapii osób uzależnionych od alkoholu.

Według Riley i wsp. [21] strategia redukcji szkód kładzie nacisk przede wszystkim na złagodzenie negatywnych konsekwencji używania substancji. Podejście to nie zakłada zatem całkowitej abstynencji, a jedynie ograniczenie ilości spożywanego alkoholu czy zażywanego narkotyku. Oczywiście koncepcja ta nie wyklucza zachowania abstynencji, jednak oferuje alternatywę dla tradycyjnego podejścia do leczenia uzależnień, a także możliwość indywidualnego dostosowania postępowania w zależności od potrzeb i aktualnej kondycji pacjenta [22]. Strategia redukcji szkód zakłada zatem przede wszystkim zwiększenie dostępu do opieki medycznej, poprzez złagodzenie warunków koniecznych do otrzymania fachowej pomocy (low-threshold services) [22].

Podejście „harm reduction” zakłada ograniczenie barier, stygmatyzacji i wyjście do pacjenta, aby zaopiekować się nim w jego realnej rzeczywistości, w „miejscu, gdzie dana jednostka się aktualnie znajduje, a nie tam, gdzie powinna się znajdować” („meeting people where they are rather than where they should be”) [23]. Marlatt

podkreśla również, że koncepcja ta nastawiona jest bardziej na traktowanie używania substancji jako dysfunkcjonalnej metody radzenia sobie z trudną sytuacją czy złym samopoczuciem. W tym ujęciu picie alkoholu jawi się nie jako problem pierwotny, ale zagadnienie wtórne, które w obrazie klinicznym wysunęło się na pierwszy plan w toku rozwoju uzależnienia [23].

Oczywiście pojęcie „redukcji szkód” odnosi się do zminimalizowania psychologicznych i społecznych konsekwencji, wynikających z picia alkoholu. Sugerowaną w literaturze drogą, mającą prowadzić do osiągnięcia takiego celu, jest przede wszystkim zmniejszenie liczby tzw. „heavy drinking days”, a więc dni, w których wypijana przez pacjenta ilość alkoholu przekracza 4 porcje standardowe dla mężczyzny i 3 porcje standardowe dla kobiety (1 porcja standardowa = 10 g czystego etanolu) [17]. W licznych badaniach [17, 24] wykazano, że styl picia alkoholu polegający na dużej liczbie „heavy drinking days” sprzyja występowaniu przemocy pomiędzy partnerami (intimate partner violence) [25], zwiększa ryzyko zachowań samobójczych [26], zwiększa ryzyko szkód zdrowotnych [17] i w ogólnym rozrachunku podnosi wskaźniki śmiertelności [17]. Jak wykazano, nie tylko całkowita abstynencja, ale również każda redukcja ilości spożywanego alkoholu przynosi korzyści zdrowotne [2]. Szczególnie efekty obserwowano przy zmniejszeniu jego spożycia do wartości poniżej 1 porcji standardowej na dobę [2].

Przywołane wyniki badań stały się przyczynkiem do rozwoju koncepcji redukcji liczby „heavy drinking days” jako celu terapeutycznego i strategii w walce z uzależnieniem od alkoholu i jego konsekwencjami [2, 27, 28].

Całkowita abstynencja a redukcja szkód

Jak wynika z przytoczonych powyżej definicji i założeń, obydwie koncepcje terapeutyczne w sferze teoretycznej niosą zarówno elementy pozytywne jak i negatywne. Niewątpliwie wybór stosowanej strategii może mieć również znaczenie w kontekście podejmowania decyzji o ewentualnej farmakoterapii. Wyniki przeprowadzonych badań wydają się świadczyć, że akamprozat może być szczególnie przydatny jako uzupełnienie terapii nastawionej na całkowitą abstynencję, podczas gdy naltrekson czy nalmeften swym profilem działania bardziej odpowiadają oddziaływaniom ukierunkowanym na ograniczenie ilości wypijanego alkoholu [29].

Analiza dostępnej literatury pozwala stwierdzić, że niewiele przeprowadzonych dotychczas badań dotyczyło porównania efektywności dwóch omawianych strategii. W badaniu Adamson i wsp. [30] wykazano, że pacjenci wybierający jako cel terapii osiągnięcie całkowitej abstynencji istotnie częściej osiągnęli sukces terapeutyczny niż osoby deklarujące jedynie chęć ograniczenia ilości spożywanego alkoholu. Warto jednakże zaznaczyć, że jako sukces terapeutyczny definiowano w tym badaniu (dla obydwu grup) zarówno osiągnięcie abstynencji, jak i picie alkoholu w sposób nie przynoszący szkód (non-problem drinking).

W innej pracy [31] uwidoczono istotne różnice w charakterystyce osób wybierających jako cel terapii abstynencję oraz osób preferujących strategię związaną z ograniczeniem ilości spożywanego alkoholu. Abstynencję istotnie częściej wybierały

osoby płci żeńskiej, bezrobotne, o mniejszym poziomie oparcia społecznego, częściej detoksykowane oraz relacjonujące cięższy przebieg uzależnienia od alkoholu. Prawdopodobnie były to zatem osoby, które doświadczyły poważniejszych konsekwencji uzależnienia, a więc bardziej zmotywowane do leczenia.

Interesującą obserwacją jest również fakt, że stosunkowo często obserwowano „migracje” pomiędzy dwiema grupami. W pracy Adamsona i wsp. [30] wykazano, że aż jedna trzecia osób, którym ostatecznie udało się osiągnąć 90-dniową abstynencję, pochodziła z grupy pierwotnie deklarującej chęć jedynie ograniczenia ilości spożywanego alkoholu. Analogiczną sytuację (również pod względem częstości zjawiska) obserwowano w drugim kierunku. W innej pracy [32] wykazano jednakże, że istotnie częściej obserwuje się zmianę decyzji w kierunku zachowania całkowitej abstynencji. W badaniu Hodgins i wsp. [32] w chwili rozpoczęcia projektu 46% pacjentów uzależnionych od alkoholu, kwalifikowanych do grupy badanej, wybrało abstynencję jako cel terapii, 44% – strategię ograniczenia ilości spożywanego alkoholu (moderate drinking), a 9% nie miało zdania na temat swoich preferencji. Po 4 tygodniach trwania badania odsetek osób wybierających abstynencję jako cel terapii zwiększył się do 66%. Również wykazano w tej pracy, że osoby wybierające abstynencję charakteryzowały się cięższym przebiegiem uzależnienia i były bardziej zmotywowane do podjęcia leczenia.

W innej pracy [33] zaobserwowano z kolei, że jeżeli chodzi o osiągnięcie celów terapeutycznych, pacjenci wybierający różne strategie osiągalni podobne wyniki, jednak „picie kontrolowane” (controlled drinking) było uznawane za łatwiejszą do zaakceptowania formę terapii. W toku badania obserwowano spontaniczne przechodzenie pacjentów z grupy „abstynentów” do grupy osób pijących w sposób kontrolowany.

Powyższe obserwacje mogą stać się przyczynkiem do rozważań na temat potraktowania dwóch strategii nie tylko jako dwóch rozłącznych metod terapeutycznych, ale swojego rodzaju continuum [34], w którym strategia redukcji szkód służyłaby przede wszystkim zwiększeniu odsetka osób rozpoczynających terapię. Ambrogne [34] podkreśla znaczenie zaoferowania pacjentowi uzależnionemu od alkoholu więcej niż tylko jednej możliwości terapeutycznej. Przez ten fakt daje się pacjentowi poczucie kontroli oraz odpowiedzialności za przebieg terapii, co zwiększa szansę utrzymania osoby uzależnionej w procesie terapeutycznym. Utrzymanie kontaktu z pacjentem, danie mu możliwości powrotu do terapii pomimo niepowodzenia może dać dodatkową możliwość szybkiego przeanalizowania przyczyn nawrotu.

W kontekście praktycznym warto zapytać o możliwość umiejscowienia założeń strategii redukcji szkód w podstawowym, obowiązującym w Polsce modelu leczenia uzależnienia od alkoholu, uwzględniającym w swoich założeniach eklektyczne podejście psychoterapeutyczne (w związku z heterogennym charakterem tego zaburzenia odnoszące się do różnych nurtów terapeutycznych, głównie terapii poznawczo-behawioralnych) oraz upowszechniony w niektórych ośrodkach program 12 kroków i wspólnotę anonimowych alkoholików (AA). W ciekawym badaniu Lee i wsp. [20] przeprowadzonym w grupie profesjonalistów pracujących z osobami uzależnionymi od alkoholu wykazano, że większość terapeutów uznaje obydwa podejścia za nie wykluczające się, możliwe do pogodzenia i jednoczesnego realizowania. Warto zwrócić

uwagę, że choć program 12 kroków uważany jest powszechnie za nastawiony na utrzymanie abstynencji, to tak naprawdę podstawowym warunkiem wstąpienia do ruchu AA jest jedynie „silna chęć zaprzestania picia alkoholu” (desire to stop drinking) [35]. Miller i Kurtz [35] podkreślają, że nieporozumieniem jest przypisywanie ruchowi AA wymogu całkowitej abstynencji i odrzucenie możliwości picia w sposób kontrolowany.

Z uwagi na heterogenność obrazu klinicznego i przebiegu uzależnienia od alkoholu kluczowe wydaje się zindywidualizowanie i uelastycznienie podejścia terapeutycznego do konkretnego pacjenta oraz do konkretnego momentu w czasie. Doskonałym przykładem praktycznym takiej tezy wydaje się określenie przez Schlaff i wsp. [36] konkretnych zaleceń i celów terapeutycznych w zależności od charakterystyki danego pacjenta wg typologii Lescha [37]. I tak, według autorów tych zaleceń, dla pacjenta uzależnionego od alkoholu opisanego przez typ I (a więc cechującego się silnie wyrażonymi zespołami abstynencyjnymi oraz silnym głodem alkoholowym) celem terapeutycznym powinna być całkowita abstynencja, podczas gdy dla pacjenta opisanego przez typ IV oraz III najlepszym podejściem jest strategia redukcji szkód.

To, jak różnorodny obraz kliniczny może przybierać uzależnienie od alkoholu, prześledzić można na przykładzie typowego – wydawałoby się – objawu, jakim jest występowanie alkoholowego zespołu abstynencyjnego. W epidemiologicznym badaniu Caetano i wsp. [38] wykazano, że objawy wegetatywne alkoholowego zespołu abstynencyjnego występowały u ok. 70% uzależnionych pacjentów rasy kaukaskiej (od 50 do 80% – w zależności od rodzaju objawu) i tylko u ok. 40% pacjentów rasy czarnej. Warto zauważyć, że nawet stosunkowo wysoka procentowa wartość obserwowana dla rasy kaukaskiej oznacza, że mniej więcej jedna na trzy osoby uzależnione od alkoholu nie ma lub ma bardzo słabo wyrażone objawy zespołu abstynencyjnego. Odrębną kwestią, przekraczającą ramy niniejszego artykułu, jest zagadnienie wpływu rasy na obraz kliniczny i przebieg uzależnienia.

Wspomniana powyżej typologia Lescha daje również kilka wskazówek co do tego, w przypadku których pacjentów uzasadnione jest potraktowanie picia alkoholu jako dysfunkcyjnego sposobu radzenia sobie ze stresem, a nie jako problemu pierwotnego (co podkreśla się w ogólnym modelu strategii redukcji szkód). Podejście takie wydaje się uzasadnione w stosunku do pacjentów typu II i III według typologii Lescha [36], cechujących się występowaniem objawów depresyjnych i zaburzeń snu (typ III) oraz objawów lękowych (typ II). Z drugiej strony doszukiwanie się objawów zespołu depresyjnego czy zaburzeń lękowych u pacjenta opisywanego przez typ I może mieć efekt nieterapeutyczny, ponieważ może wiązać się z dostarczeniem fałszywego wytłumaczenia dla postępujących objawów uzależnienia.

Podejście zaprezentowane w pracy Schlaff i wsp. [36] należałoby prawdopodobnie uzupełnić o możliwość zmiany, wyznaczanych dla konkretnego pacjenta, celów terapeutycznych, w zależności od aktualnej sytuacji, stanu psychicznego i (jak pokazano, zmieniających się w czasie) preferencji pacjenta [30]. W tym właśnie kontekście [34] podkreśla się także psychologiczne znaczenie okazania gotowości do „pracy z pacjentem” (poprzez zaoferowanie i zaakceptowanie różnych wyborów pacjenta) w miejsce narzucania standardowych procedur. Utrzymanie kontaktu z pacjentem

być może pozwoli mu (pacjentowi!) wyznaczyć inne cele terapeutyczne w przypadku niepowodzenia dotychczasowej strategii.

Międzynarodowe zalecenia dotyczące strategii leczenia uzależnienia od alkoholu

Odnosząc się do wspomnianych wniosków, dotyczących konieczności indywidualizacji procesu terapeutycznego, z tym większym uznaniem należy odnieść się do zaleceń Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dotyczących wykonywania usług zdrowotnych z zakresu leczenia odwykowego [3]. W standardach tych zaleca się tworzenie multidyscyplinarnych zespołów, w skład których wchodzi specjalista psychiatra, psycholog kliniczny oraz certyfikowany psychoterapeuta. Choć sformułowanie tego typu zaleceń z pewnością niesie implikacje kliniczne dotyczące możliwości pracy z pacjentem (zarówno pod względem psychoterapeutycznym, jak i farmakologicznym oraz psychoterapeutycznym), to opis ten dotyczy przede wszystkim zagadnień organizacyjnych. Dotychczas nie udało się w Polsce przedstawić formalnych algorytmów precyzujących konkretne cele terapeutyczne oraz drogi ich osiągania. Brak tego typu standardów postępowania może być związany zarówno z heterogennością samego zaburzenia, jak również z różnorodnością stosowanych metod terapeutycznych, które w naszym kraju co prawda łączą się zazwyczaj z jednolitym celem terapeutycznym (całkowita abstynencja), jednak różnią się istotnie w kontekście metody dochodzenia do pożądanego efektu końcowego. Poniżej opisano główne założenia standardów sformułowanych w dwóch – wiodących pod względem badań naukowych nad problematyką uzależnień – krajach. Następnie pokrótce omówiono główne elementy algorytmów stosowanych w innych państwach, gdzie udało się sformułować tego typu standardy.

Standardy amerykańskie

Według zaleceń amerykańskiej agencji NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) [39] w przypadku pacjenta z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu wg kryteriów DSM-IV [40] abstynencja pozostaje najbardziej zalecanym celem terapii. Jednakże w przypadku osób z „łagodniejszą formą uzależnienia” (milder form of dependence) lub też pacjentów nie dopuszczających możliwości postawienia sobie za cel całkowitej abstynencji, NIAAA postuluje wytyczenie bardziej realnych celów (reachable goals), a więc strategię redukcji szkód poprzez zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu. W dalszej części dokumentu dotyczącej kontroli pacjentów, dla których uzgodniono cel terapii, zaleca się:

Dla osób, które nie są w stanie osiągnąć założonego celu, NIAAA postuluje „dalsze wspieranie wysiłków mających na celu jego osiągnięcie”, jednocześnie podkreślając, że rekomendowana jest całkowita abstynencja;

Dla osób, które osiągnęły założony cel (a więc całkowitą abstynencję lub ograniczenie ilości spożywanego alkoholu), NIAAA postuluje „dalsze utwierdzenie w poczynionych wcześniej założeniach”. Oznacza to zatem, że dla pacjentów, którzy

z sukcesem zredukowali ilość spożywanego etanolu, nie osiągając całkowitej abstynencji, nie zaleca się stawiania dalszych, ambitnych celów, a jedynie utrzymywanie dotychczasowego stanu.

Komentując zalecenia NIAAA należy z pewnością zwrócić uwagę na użycie terminu „łagodniejsze formy uzależnienia”. Termin ten pozostaje określeniem aktualnie trudnym do zdefiniowania. W międzynarodowych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych DSM-IV i ICD-10 [5, 40] nie wyróżnia się różnych stopni uzależnień, a jedynie picie szkodliwe lub nadużywanie alkoholu jako oddzielne jednostki diagnostyczne.

Warto jednak zaznaczyć, że w proponowanym kształcie klasyfikacji DSM-V [41] zaproponowano dość rewolucyjną zmianę, polegającą na całkowitym odejściu od kategorii diagnostycznych „nadużywania alkoholu” oraz „uzależnienia od alkoholu” i stworzeniu nowej kategorii – „zaburzenia związanego z używaniem alkoholu” (alcohol use disorder) z podziałem na stopnie ciężkości zaburzenia: umiarkowany i ciężki – w zależności od liczby stwierdzonych objawów. Zmiana taka podyktowana została uznaniem, że nadużywanie i uzależnienie nie są odrębnymi jednostkami nozologicznymi, a reprezentują różne stopnie ciężkości tego samego zaburzenia [42]. Jednocześnie warto zauważyć, że angielska federacja NICE już w swoich obecnych standardach dokonuje rozróżnienia na podstawie wyników uzyskiwanych przez pacjenta w kwestionariuszu SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire).

W ogólnym schemacie postępowania uwagę zwraca również fakt, że wsparcie farmakologiczne zaleca się jedynie pacjentom, którzy zgodzili się przyjąć całkowitą abstynencję za cel terapii. Z drugiej strony w części dokumentu poświęconej farmakoterapii zalecenia te są sformułowane w sposób dużo bardziej liberalny – mówi się jedynie, że pacjenci, którzy jako cel określili sobie całkowitą abstynencję lub którym udało się osiągnąć kilkudniową abstynencję przed rozpoczęciem farmakoterapii, mają większe szanse na osiągnięcie pozytywnych wyników zastosowanego leczenia. Dopuszcza się jednocześnie zastosowanie farmakoterapii u pacjentów, którzy za cel terapii postawili sobie zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu.

Standardy brytyjskie

We wstępie do zaleceń brytyjskiej agencji NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) [43] znaleźć można definicję „łagodnego uzależnienia od alkoholu” – kategoria ta ma dotyczyć pacjentów uzyskujących 15 lub mniej punktów w kwestionariuszu SADQ. Wyróżniono ponadto dwa inne stopnie ciężkości uzależnienia: umiarkowane (15–30 punktów SADQ) oraz ciężkie (powyżej 30 punktów). W podrozdziale dotyczącym celów terapeutycznych podkreśla się znaczenie uzgodnienia wspólnego, akceptowanego przez pacjenta, czy też „klienta” (service user), stanowiska dotyczącego celów terapii. Co istotne, w przypadku zaleceń NICE dużą rolę przypisuje się współwystępowaniu u pacjenta innych niż uzależnienie zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych.

W przypadku osób uzależnionych zaleca się jednakże niezmiennie całkowitą abstynencję, jako optymalny i najbardziej pożądaný cel terapeutyczny. Abstynencja zalecana jest również w przypadku osób używających alkohol w sposób szkodliwy,

u których występują współistniejące zaburzenia psychiczne lub choroby somatyczne. Z kolei dla osób pijących szkodliwie, u których nie stwierdza się współistniejących zaburzeń, jak również w przypadku osób z łagodnym uzależnieniem od alkoholu, NICE zaleca rozważenie redukcji ilości spożywanego alkoholu, chyba że pacjent sam preferuje całkowitą abstynencję jako cel terapii. Strategia redukcji szkód zalecana jest również dla osób, które deklarują chęć leczenia, jednak nie zgadzają się na wyznaczenie abstynencji jako celu terapii.

Zalecenia szkockie (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) [44] – w swojej wymowie przypominają zalecenia NICE. Określono w nich jednakże konkretne sytuacje będące bezwzględnyymi wskazaniem do określenia abstynencji jako celu terapii. Wymienia się tu ciężkie uzależnienie od alkoholu (picie poranne w celu złagodzenia objawów AZA, czyli tzw. „klinowanie”, poprzednie, nieudane próby ograniczenia ilości spożywanego alkoholu), stwierdzenie poalkoholowego uszkodzenia narządów (alcohol related organ damage) oraz współistniejące poważne zaburzenia psychiczne. Do względnych wskazań zaliczono padaczkę, uwarunkowania społeczne (prawne, rodzinne, związane z charakterem pracy).

Inne zalecenia

W większości państw europejskich udało się sformułować standardy leczenia uzależnienia od alkoholu. We wszystkich praktycznie krajach celem terapeutycznym najbardziej pożądanym pozostaje abstynencja, jednak w przypadku niepowodzenia tej strategii, braku na nią zgody lub występowania „łagodniejszych form uzależnienia” [45] dopuszcza się możliwość zarekomendowania pacjentowi strategii redukcji szkód poprzez zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu i liczby „heavy drinking days”. W wielu przypadkach strategię „harm reduction” określa się jako tzw. cel przejściowy (intermediate goal) umożliwiający rozpoczęcie terapii i stopniową zmianę jej założeń.

W standardach austriackich [45] zwraca uwagę fakt, że w przypadku pacjentów starszych zaleca się strategię redukcji szkód jako metodę z wyboru. Warto także zauważyć, że w opracowaniu bardzo wyraźnie podano sposób, w jaki ma dojść do redukcji szkód – środkiem do tego ma być zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu. Co charakterystyczne, krajem, w którym prawdopodobnie akceptacja strategii redukcji szkód jest największa (67–93% w zależności od badania) [45] jest Szwajcaria, w której nie sformułowano dotychczas oficjalnych zaleceń dotyczących terapii uzależnienia od alkoholu.

Podsumowanie

Podsumowując przytoczone w artykule wyniki badań oraz odnosząc się do sformułowanych w poszczególnych krajach standardów terapii, należy uznać uzależnienie od alkoholu za zaburzenie niezwykle heterogenne. Różnorodność obrazu klinicznego i przebiegu uzależnienia od alkoholu stanowią podstawę do stwierdzenia, że konieczne jest zindywidualizowanie i uelastycznienie podejścia terapeutycznego do konkretnego

pacjenta, przebiegu uzależnienia oraz do konkretnej sytuacji, w której dany pacjent się w danej chwili znajduje [22].

Powyższe wnioski doskonale wpisują się w trendy opisywane w kontekście farmakoterapii uzależnienia od alkoholu. Coraz częściej wskazuje się na rosnące możliwości indywidualnego dostosowania rodzaju farmakoterapii do cech fenotypowych pacjenta, materiału genetycznego czy przebiegu uzależnienia [46]. Z drugiej strony w przypadku oddziaływań terapeutycznych przeprowadzone badania ciągle nie pozwoliły na optymalizację leczenia poprzez przyporządkowanie określonych grup pacjentów konkretnym metodom terapeutycznym [47], przy czym, jak wspomniano w większości analiz, brano pod uwagę długość trwania abstynencji jako wykładnik sukcesu terapeutycznego.

W świetle aktualnej wiedzy zachowanie całkowitej abstynencji należy uznać za optymalny, ale nie jedyny cel terapeutyczny. Zastosowanie strategii redukcji szkód poprzez zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu może potencjalnie zwiększyć odsetek osób rozpoczynających i kontynuujących leczenie.

Być może implikacją nowego spojrzenia powinno być zweryfikowanie mianownictwa i kategorii diagnostycznych tak, aby lepiej odzwierciedlały one rzeczywisty przebieg i rokowanie w konkretnych sytuacjach klinicznych związanych z używaniem alkoholu [48].

Полная абстиненция или редукция ущерба – различные стратегии зависимости от алкоголя в свете исследований и международных предложений

Содержание

Употребление алкоголя связывается с многочисленными последствиями так в состоянии здоровья, как общественной и экономической. Также известно, что лечение против алкогольной зависимости предпринимает в Польше только каждый шестой зависимый. Такие показатели немного более оптимистичны в западных государствах. В предлагаемой статье обсуждены две стратегии терапии зависимости от алкоголя: стратегия полной абстиненции и редукции, т.е. уменьшение количества потребляемого алкоголя. Представлены пороки и успехи определенных концепций, а также возможность их оценки не только как двух отдельных методов лечения, но и своего рода продолжения. Подчеркнута необходимость приспособления выбора задания терапии до индивидуальных черт, а также ситуации пациента, обращая, при этом, внимания на возможность ревизии заданий во время проведения терапии. В работе обсуждены импликации, исходящие из общего взгляда на проблематику алкогольной зависимости. Указано на необыкновенно большое число спонтанных ремиссий, описываемых у лиц, зависимых от алкоголя без ее лечения. Подчеркнуты возможные интерпретационные ошибки, исходящие из проведения научных исследований только в группе пациентов, приходящих в центры терапии зависимостей. Во второй части работы представлены американские и британские стандарты терапии зависимости от алкоголя с особым учетом указаний, относящихся к выбору стратегии терапии.

L'abstinence totale ou la réduction des dommages – différentes stratégies du traitement de l'alcoolisme à la lumière des recherches et des recommandations internationales

Résumé

L'absorption d'alcool se lie avec plusieurs conséquences : sociaux, économiques, sanitaires. On sait aussi qu'en Pologne seulement 16% de personnes dépendantes à l'alcool suit la thérapie

antialcoolique en Europe de l'Ouest seulement un peu plus. L'article décrit deux stratégies du traitement de l'addiction à l'alcool : abstinence totale et réduction des dommages. On analyse aussi leurs avantages et leurs désavantages ainsi que la possibilité de traiter ces deux stratégies comme un continuum. Les auteurs soulignent la nécessité d'individualiser le traitement et les objectifs à atteindre durant la thérapie. On discute encore les implications venant du point de vue de la population, indiquant le grand nombre des rémissions spontanées chez les personnes non-traitées. Les auteurs présentent aussi les fautes d'interprétation des données venant seulement des patients traités aux centres thérapeutiques. La seconde part du travail décrit les stratégies thérapeutiques anglaises et américaines ainsi que leurs recommandations.

Piśmiennictwo

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. Lancet 2009; 373 (9682): 2223–33.
2. Rehm J, Zatoński W, Taylor B, Anderson P. *Epidemiology and alcohol policy in Europe*. Addiction 2011; 106 (supl. 1): 11–19.
3. *Statystyki: populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe)*. PARPA 2008. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16
4. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. *Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002*. Addiction 2005; 100 (3): 281–292.
5. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
6. Jellinek E. *The disease model of alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse; 1960.
7. Schuckit MA. *Alcohol-use disorders*. Lancet 2009; 37 (9662): 492–501.
8. Leshner AI. *Addiction is a brain disease, and it matters*. Science 1997; 278 (5335): 45–47.
9. Koob GF, Sanna PP, Bloom FE. *Neuroscience of addiction*. Neuron. 1998; 21 (3): 467–476.
10. Cunningham JA, McCambridge J. *Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?* Addiction 2012; 107 (1): 6–12.
11. McLellan AT. *Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective*. Addiction 2002; 97 (3): 249–252.
12. Cunningham JA, Breslin FC. *Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment*. Addict. Behav. 2004; 29 (1): 221–223.
13. Cohen E, Feinn R, Arias AK, Kranzler HR. *Alcohol treatment utilization: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Drug Alcohol Depend. 2007; 86 (2–3): 214–221.
14. Cunningham JA, Lin E, Ross HE, Walsh GW. *Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence*. Addict. Behav. 2000; 25 (2): 317–321.
15. de Bruijn C, van den Brink W, de Graaf R, Vollebergh WA. *The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model*. Addiction 2006; 101 (3): 385–392.
16. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. *Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2007; 31 (12): 2036–2045.
17. Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF. *Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence*. J. Subst. Abuse Treat. 2007; 33 (1): 71–80.
18. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. *How effective is alcoholism treatment in the United States?* J. Stud. Alcohol 2001; 62 (2): 211–220.

19. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring*. *Addiction* 2005; 100 (4): 447–458.
20. Lee HS, Engstrom M, Petersen SR. Harm reduction and 12 steps: complementary, oppositional, or something in-between? *Subst. Use Misuse* 2011; 46 (9): 1151–1161.
21. Riley D, Sawka E, Conley P, Hewitt D, Mitic W, Poulin C, Room R, Single E, Topp J. Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. *Subst. Use Misuse* 1999; 34 (1): 9–24.
22. Marlatt GA, Witkiewitz K. *Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment*. *Addict. Behav.* 2002; 27 (6): 867–886.
23. Marlatt GA. *Harm reduction: come as you are*. *Addict. Behav.* 1996; 21 (6): 779–788.
24. Harper C, Matsumoto I. *Ethanol and brain damage*. *Curr. Opin. Pharmacol.* 2005; 5 (1): 73–78.
25. Caetano R, McGrath C, Ramisetty-Mikler S, Field CA. *Drinking, alcohol problems and the five-year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2005; 29 (1): 98–106.
26. Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ. *Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1996; 20 (8): 1451–1455.
27. McLellan AT. *Reducing heavy drinking: a public health strategy and a treatment goal?* *J. Subst. Abuse Treat.* 2007; 33 (1): 81–83.
28. Thom B. *From alcoholism treatment to the alcohol harm reduction strategy for England: an overview of alcohol policy since 1950*. *Am. J. Addict.* 2005; 14 (5): 416–425.
29. Mann K, Kiefer F, Smolka M, Gann H, Wellek S, Heinz A. *Searching for responders to acamprosate and naltrexone in alcoholism treatment: rationale and design of the PREDICT study*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2009; 33 (4): 674–683.
30. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D. *Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes*. *Alcohol Alcohol.* 2010; 45 (2): 136–142.
31. Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP. *Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups*. *Alcohol Alcohol.* 2010; 45 (2): 128–135.
32. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. *Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics*. *Addict. Behav.* 1997; 22 (2): 247–255.
33. Sanchez-Craig M, Annis HM, Bornet AR, MacDonald KR. *Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1984; 52 (3): 390–403.
34. Ambrogne JA. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know*. *J. Subst. Abuse Treat.* 2002; 22 (1): 45–53.
35. Miller WR, Kurtz E. *Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused*. *J. Stud. Alcohol* 1994; 55 (2): 159–166.
36. Schlaff G WH, Lesch OM. *The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches*. *Ann. Gastroenterol.* 2011; 24: 89–97.
37. Lesch OM, Kefer J, Lentner S, Mader R, Marx B, Musalek M, Nimmerrichter A, Preinsberger H, Puchinger H, Rustembegovic A. *Diagnosis of chronic alcoholism--classificatory problems*. *Psychopathology* 1990; 23 (2): 88–96.
38. Caetano R, Clark CL, Greenfield TK. *Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms: analysis of general population and clinical samples*. *Alcohol Health Res. World* 1998; 22 (1): 73–79.
39. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA). *Helping patients who drink too much. A clinician's guide. Updated 2005 Edition*. <http://www.google.pl/url?sa=t&rcrct=j&q=helping%20>

patients%20who%20drink%20too%20much.%20a%20clinician%E2%80%99s%20guide.%20updated%202005%20edition.&source=web&cd=2&ved=0CE0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fpubs.niaaa.nih.gov%2Fpublications%2FPractitioner%2FCliniciansGuide2005%2Fguide.pdf&ei=va3TT_L4Ncnwsgb4weXkDw&usg=AFQjCNGznR0IXNj9oSs6iVPv7Z0RsTZMSA&cad=rja

40. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Text Revision*. Washington DC: APA; 2000.
41. www.dsm5.org
42. Li TK, Hewitt BG, Grant BF. *The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later: a commentary. the 2006 H. David Archibald lecture*. *Addiction* 2007; 102 (10): 1522–1530.
43. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG115>
44. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care: a national clinical guideline*. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>
45. Rehm JRM, Alho H. *Alcohol dependence treatment in the EU – a systematic review of treatment goals and modalities in all EU countries plus Iceland, Norway and Switzerland*. (nieopublikowane)
46. Johnson BA. *Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings*. *Biochem. Pharmacol.* 2008; 75 (1): 34–56.
47. Mann K, Hermann D. *Individualised treatment in alcohol-dependent patients*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2010; 260 (supl. 2): 116–120.
48. Lesch OM. [*Addiction in DSM V and ICD-11 state of the art*]. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2009; 77 (9): 507–512.

Adres: Marcin Wojnar
Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 30.03.2012
Zrecenzowano: 10.04.2012
Otrzymano po poprawie: 26.04.2012
Przyjęto do druku: 25.05.2012
Adiustacja: A. K.

Praca nie była w żaden sposób finansowana ani dofinansowywana.