

Redukcja szkód i strategia picia kontrolowanego – nowy paradygmat w leczeniu uzależnień od alkoholu

Damage reduction and controlled drinking strategy – a new paradigm in treatment of alcohol addiction

MARIA NAPIERAŁA

Przychodnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Poznaniu

Zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami agencji NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) czy NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), dotyczącymi strategii leczenia uzależnień od alkoholu, abstynencja pozostaje najbardziej zalecanym celem terapii. Jednocześnie podkreśla się, że w określonych przypadkach ogólny schemat postępowania powinien przybierać formę działań, mających na celu redukcję szkód, postulując jedynie ograniczenie używania alkoholu, czyli terapię opartą o naukę picia kontrolowanego. Koncepcja picia kontrolowanego jest alternatywą dla tradycyjnego leczenia odwykowego, postulującego utrzymywanie pełnej abstynencji. Celem artykułu jest przybliżenie głównych założeń koncepcji picia kontrolowanego. Początkowo przedstawiona zostanie zmiana sposobu rozumienia uzależnienia od alkoholu, która stanowi tło rozwoju strategii picia kontrolowanego. Wykazane zostaną początki rozwoju paradygmatu redukcji szkód w leczeniu odwykowym, na podłożu którego rozwijała się koncepcja picia kontrolowanego. Na końcu artykułu przedstawione zostaną główne założenia programów picia kontrolowanego.

Słowa kluczowe: redukcja szkód, picie kontrolowane, leczenie uzależnienia od alkoholu, abstynencja

According to the international recommendations on treatment strategies for alcohol addiction, abstinence remains the most recommended goal of therapy in accordance with NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) or NICE standards (National Institute for Health and Clinical Excellence). At the same time it is accentuated that in certain situations the general scheme of the procedure should take different forms of action with an aim to reduce damage by merely limiting alcohol use. The concept of controlled drinking is an alternative to traditional rehab treatment which calls for maintaining complete abstinence. The aim of the article is to present the main objectives of the concept of controlled drinking. The change in the understanding of the concept of alcohol addiction is presented first, as it is the background of the development of strategies for controlled drinking. The article presents the beginnings of the development of the paradigm of damage reduction in drug rehabilitation therapy, on the ground of which the concept of controlled drinking was developed. At the end the article presents the main assumptions of the controlled drinking programs.

Key words: harm reduction, controlled drinking, treatment of alcohol addiction, abstinence

© Hygeia Public Health 2013, 49(2): 225-228

www.h-ph.pl

Nadesłano: 22.04.2014

Zakwalifikowano do druku: 18.05.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Maria Napierała

Przychodnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia

ul. Małeckiego 11, 60-706 Poznań

tel. +48-61 866 49 58, e-mail: maria.napierala@op.pl

Przegląd problematyki uzależnień od alkoholu

Problemy wynikające z uzależnienia od alkoholu prowadzą do poważnych następstw w sferze społecznej, medycznej i psychologicznej. Uzależnienie oddziałuje bezpośrednio na osoby zażywające i pośrednio na tych, którzy pozostają w związkach społecznych i zawodowych z osobami uzależnionymi. Zgodnie z danymi WHO, alkohol jest trzecim najniebezpieczniejszym czynnikiem ryzyka dla zdrowia populacji. Każdego roku, w wyniku konsekwencji nadużywania alkoholu, umiera około 55 tys. Europejczyków w wieku 15-29 lat. Koszty ponoszone na skutek szkód związanych z używaniem alkoholu wynoszą 1-3% dochodu krajów europejskich [1].

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce uzależnienie od alkoholu dotyczy 800 tys. osób (2% populacji). Grupa osób pijących ryzykowanie (tj. powyżej 10 litrów 100% alkoholu rocznie wśród mężczyzn oraz ponad 7,5 litra czystego 100% alkoholu wśród kobiet) stanowi 16% populacji. Ponadto spożywanie napojów alkoholowych charakteryzują się niesłabnącą od kilku lat dynamiką. Wyniki analiz GUS na przestrzeni lat 2002-2004 wykazują wzrost spożywania napojów alkoholowych nawet o 53% [2].

W dokładnym sprecyzowaniu danych dotyczących oceny skuteczności terapii napotyka się na trudności metodologiczne i techniczne [3]. Jednocześnie nieliczne badania pokazują, że skuteczność terapii, jako

główniej metody leczenia uzależnień w Polsce, jest ograniczona. Wyniki przedłużonych badań APETA (Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików) przeprowadzonych przez Instytut Psychologii Zdrowia pokazują, że duża część osób przerywa terapię, natomiast dwa lata po ukończeniu podstawowego programu terapii w placówkach objętych programem badawczym, pełną abstynencję utrzymuje tylko 33,4% badanych [4].

Paradygmat pełnej abstynencji

Jak dotąd, w Polsce nie istnieje formalny algorytm standaryzujący cele i metody terapeutyczne terapii uzależnień [5]. Jednocześnie, obserwując programy terapeutyczne publicznych placówek leczenia uzależnień, można zauważyć, że obowiązującym celem terapeutycznym jest zachowanie pełnej abstynencji od alkoholu. Odnosząc się do objawów uzależnienia zawartych w ICD-10, cel ten wydaje się zasadny, gdyż uznają się, że osoby uzależnione charakteryzują się upośledzoną zdolnością kontroli zakończenia picia [6].

Dodatkowo dr Andrzej Jakubczyk i prof. Marcin Wojnar [7] wiążą przyjęcie strategii pełnej abstynencji z obowiązującym w XX w. modelem uzależnienia od alkoholu jako choroby przewlekłej i nieuleczalnej, sformułowanym przez Elvina Mortona Jellinka, a potwierdzany przez badania neurobiologiczne [8]. Koncepcja ta zakłada, że osoby uzależnione, w wyniku deficytów w mózgu, nie są w stanie kontrolować swojego picia, szczególnie momentu zakończenia spożywania.

Podejście to odzwierciedlone jest także w samopomocowym programie AA, w którym to pierwszy krok dotyczy uznania własnej bezsilności, rozumianej często jako brak kontroli nad możliwością zakończenia rozpoczętego picia, a tym samym uznanie, by nie rozpoczynać picia w ogóle i zaakceptować fakt pełnej abstynencji.

Nowy obraz zespołu uzależnień od alkoholu

Obecnie zmienia się koncepcja uzależniania jako choroby nieuleczalnej i przewlekłej. Wskazuje się na coraz większą heterogeniczność obrazu klinicznego tej choroby [7]. W badaniach coraz liczniej odnotowuje się, że osoby pijące w sposób uzależniony potrafią ograniczyć swoje picie [7] i mimo wcześniejszego używania alkoholu, który wskazywałby na uzależnienie, potrafią powrócić do modelu picia charakterystycznego dla okresu sprzed uzależnienia. Oznaczać to może, że w przypadku uzależnienia nie mamy do czynienia z nieuleczalną chorobą. Wcześniejsze postulaty – zakładające, że osoba uzależniona nie jest w stanie już nigdy pić w sposób kontrolowany – wydają się niezgodne z obecnymi danymi. Odzwierciedla się to także w zmianie kryteriów diagnostycznych w amerykańskiej klasyfikacji DSM-V, w której to uznają się, że osoby te mogą mieć problem z alkoholem, niezależnie od tego, czy rozpozna się u nich uzależnienie [9].

Rosenberg zwraca uwagę na główne teorie i zaproponowane przez nie mechanizmy, które wyjaśniają możliwość picia w sposób kontrolowany [10] – tzn. mechanizmy odpowiedzialne za fakt, iż osoby uzależnione, czyli teoretycznie nie umiejące przerwać rozpoczętego picia (albo mające z tym duże kłopoty), potrafią przestać pić w założonym przez siebie momencie. Wśród koncepcji teoretycznych wymienia:

1. Zasadę uczenia się. W świetle mechanizmów warunkowania klasycznego i instrumentalnego możliwa jest zmiana modelu picia destrukcyjnego na umiarkowany, jeżeli wyeliminowane zostaną bodźce wzmacniające nałogowy sposób picia lub skojarzone pozytywnie z alkoholem. „Jeśli dana osoba unika kontekstu społecznego, w którym nadmierne picie jest modelowane i wzmacniane, a zamiast tego używa alkoholu w otoczeniu, w którym umiarkowane picie jest nagradzane, a nadmierne – karane, to umiarowe spożywanie może zastąpić nadużywanie alkoholu. Ponadto, jeśli osoba pijąca problemowo wykształci inne sposoby radzenia sobie z trudnymi emocjami, natrętnymi myślami i bólem fizycznym, nadmierne picie przestanie pełnić te same funkcje i nie będzie już doświadczane jako nagradzające” [10]. Ponadto Rosenberg zwraca uwagę na mechanizm nauki poprzez obserwacje, według którego uczestniczenie w środowisku umiarkowanie pijącym może skutkować zmianą stylu używania alkoholu.
2. Zachowania zautomatyzowane (*over-learned behaviour's*). Zgodnie z koncepcją automatyzacji zachowań możliwe jest wyuczenie się nowego sposobu używania alkoholu, przy czym wymaga o treningu i powtórzeń nim dawny automatyzm – picie destrukcyjne – zamieniony zostanie przez bardziej funkcjonalny, jakim może być picie umiarkowane.
3. Modele poznawcze. W koncepcjach poznawczych zmiana zniekształconych przekonań dotyczących pożądanych/pozytywnych efektów działania alkoholu na przekonania bardziej realistyczne, uwzględniające również długoterminowe konsekwencje używania substancji, może spowodować zmianę stylu picia na mniej szkodliwy. Przy czym ważna jest również zmiana przekonań dotyczących samego siebie: z osoby „niekontrolującej się” na osobę „pijącą w sposób umiarkowany”.
4. Poznawczo-behawioralny model nawrotu Marlatta. Nawrót może nastąpić w wyniku zaistnienia sytuacji wysokiego ryzyka (kontakt z bodźcami wewnętrznymi lub zewnętrznymi silnie skojarzonymi, np. kolegami od kieliszka). W momencie, gdy w takiej sytuacji osoba pijąca w sposób nadmiarowy nie uruchomi wyuczonych wcześniej mechanizmów radzenia sobie i w konsekwencji wypije alkohol, możliwe, że zinterpretuje to jako dowód na niskie poczucie własnej skuteczności, co w ostateczno-

ści może doprowadzić do uruchomienia procesu nawrotu. Zmiana interpretacji użycia alkoholu w sytuacji wysokiego ryzyka, która nie prowadzi do obniżenia własnej skuteczności, np. poprzez zdefiniowanie użycia jako okazji do weryfikacji dotychczasowego planu postępowania, niesie za sobą mniejsze ryzyko dalszego używania alkoholu i stwarza możliwość do wyćwiczenia umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka.

Paradygmat redukcji szkód

W wyniku coraz liczniejszych badań potwierdzających heterogeniczność obrazu klinicznego zespołu uzależnienia i jego przebiegu oraz braku satysfakcjonujących danych dotyczących liczby osób zgłaszających się na terapię, kończących ją oraz uzyskujących zmierzony cel (pełną abstynencję), poszukuje się nowych metod w lecznictwie odwykowym. Wśród dominujących kierunków w rozwoju metod leczenia uzależnienia, wyróżnić można, obok farmakoterapii i psychoterapii rodzin, procedurę leczenia opartą na redukcji szkód (*harm reduction*), której główną strategią w przypadku leczenia uzależnienia od alkoholu jest zmiana podejścia do celu terapii – zamiast pełnej abstynencji dopuszcza się picie alkoholu zgodnie z ustalonymi limitami, co określane jest mianem kontrolowanego picia (*controlled drinking*). Międzynarodowa organizacja IHRA (*International Harm Reduction Association*) definiuje redukcję szkód jako: „politykę i programy, które próbują przede wszystkim zredukować niepomysłne zdrowotne, społeczne i ekonomiczne konsekwencje dla osób używających narkotyków, ich rodzin i społeczeństwa, wynikające z przyjmowania przez osoby substancji zmieniających nastrój” [11]. Redukcja szkód jest zatem działaniem w obszarze opieki zdrowotnej, którego celem jest minimalizowanie negatywnych skutków używania substancji psychoaktywnych, natomiast picie kontrolowane stanowi metodę wykorzystywaną w przypadku redukcji szkód u osób uzależnionych od alkoholu.

Redukcja szkód w leczeniu uzależnień

Źródłem działań nastawionych na redukcję szkód jest zmiana metod leczenia osób uzależnionych od heroiny. Nieskuteczność tradycyjnej psychoterapii osób uzależnionych od heroiny – zapoczątkowała w latach 50. XX w. – i powstanie programów metadonowych, których celem było nie tyle zaprzestanie używania heroiny, co używanie zamiast niej bezpieczniejszego substytutu, jakim jest metadon, w warunkach kontrolowanych – pod opieką lekarza. Celem takiego działania miała być minimalizacja zagrożeń związanych z przyjmowaniem heroiny. Metoda ta została upowszechniona w okresie wzrostu chorób zakaźnych wśród osób uzależnionych od narkotyków. Z rozwojem programów metadonowych rosło zainteresowanie działaniami opartymi na redukcji szkód takimi, jak: bezpłatna dystrybucja igieł,

prezerwatyw, rozwój ośrodków umożliwiającym osobom uzależnionym zażywanie środka w bezpiecznych warunkach, miejsca zapewniające opiekę osobom odurzonym, czy wreszcie terapie skoncentrowane na piciu w sposób kontrolowany. W Europie pierwszy program metadonowy powstał w 1967 r. w Szwecji [12], natomiast w Polsce leczenie substytucyjne usankcjonowano dopiero w 1992 r. [13].

Początek debaty na temat picia kontrolowanego, jako alternatywy dla całkowitej abstynencji i polityki redukcji szkód w przypadku osób uzależnionych od alkoholu, wiąże się z badaniami przeprowadzonymi w latach 60-70. XX w. przez Davidsa oraz Marka Sobella i Lindy Sobell [14], w których to wykazano, że niektóre osoby uzależnione od alkoholu wracają do spożywania alkoholu w sposób umiarkowany. Pierwsze programy korzystające z polityki redukcji szkód w Europie powstały w latach 80. i 90. XX w. W Szwajcarii zespół Polii, Kettereri, Weber utworzył program „Picie kontrolowane”, mający na celu naukę ograniczania spożywania alkoholu przez osoby uzależnione. Dotychczas brak przeglądowych badań dotyczących skuteczności tego programu [15]. W latach 90. XX w. powstał jeden z najbardziej obecnie rozpowszechnionych programów picia kontrolowanego, utworzony przez Joachima Korkela: Ambulatoryjny program grupowy picia kontrolowanego (*AkT Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken*) [15]. Wyniki rocznych badań wykazują, że po 12 miesiącach od zakończenia programu sukces terapeutyczny zarejestrowano w przypadku 58% pacjentów [18]. Obecnie brak jeszcze danych na temat efektywności programów picia kontrolowanego w Polsce. Istnieją jednak ośrodki, które prócz standardowej terapii, oferują pacjentom program oparty na piciu kontrolowanym (np. PLUiW – Przychodnia Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia w Śremie, woj. wielkopolskie).

Ponadto w paradygmacie redukcji szkód wyróżnić można instytucjonalne kontrolowane wydawanie alkoholu. Wiąże się ono z wydawaniem alkoholu w ściśle określonych warunkach przygotowanych ku temu placówkach. Nie jest to jednak powiązane z treningiem kontrolowanego picia [15].

Picie kontrolowane – główne założenia

Picie kontrolowane definiowane jest jako „zdyscyplinowane, planowane i limitowane picie alkoholu” [14].

Justyna Kligemann podaje, że bardziej adekwatną nazwą, mógłby być termin „picie limitowane”, akcentujący konkretne zasady używania alkoholu [14]. Zasady te odnoszą się do sprecyzowania ustaleń dotyczących: 1. postaci wypijanego alkoholu (określenia co się będzie piło – np. wódkę czy piwo), 2. ilości (ustalenie górnych granic spożycia alkoholu jednorazowo), 3. prędkości picia (ustalenia jak długo

będzie się piło i w jakim tempie, np. 1 piwo przez godzinę), 4. częstości (określenia ile razy w ciągu tygodnia/miesiąca można spożyć alkohol), 5. czasu (określenie kiedy będzie się piło, np. nie podczas sprawowania opieki nad dzieckiem, a w sobotę wieczorem), 6. miejsca (ustalenie w jakim miejscu będzie się piło), 7. otoczenia (określenie w jakim towarzystwie będzie się piło), 8. samopoczucia (ustalenie w jakim stanie emocjonalnym dopuszczalne jest spożycie alkoholu, przy czym nie wskazane jest spożywanie w przypadku pogorszenia samopoczucia, czyli wtedy, kiedy zazwyczaj pragnienie wypicia jest silne) [15].

Ustalenia te precyzuje się w celu zmiany dawnych nawyków sprzyjających szkodliwemu używaniu alkoholu. Zmienia się np. towarzystwo osób pijących. Przy ustaleniu zasad bierze się pod uwagę wytyczne WHO, określające bezpieczne, tzn. nie obciążone zbyt dużym ryzykiem granice picia (mężczyźni: 4 standardowe dawki alkoholu dziennie, kobiety 2 dawki, najwyżej 5 razy w tygodniu). W programach picia kontrolowanego uwzględnia się poznawczo-społeczną teorię uczenia się, według której człowiek skłonny jest realizować cele, które sam wyznacza [16]. Implikacją takiego rozumienia jest dostosowanie wyboru celów i określenia granic do założeń pacjenta, a nie odwrotnie. Narzędziami pomocnymi przy ustalaniu indywidualnej strategii leczenia jest dziennik picia (pierwotnie rozpowszechniony i używany w programie AkT), który ma pomóc określać plan i monitorować własne picie.

W celu wprowadzenia ustalonego planu i celów terapii wykorzystuje się takie metody, jak: psycho-

edukacja, technikę „zatrzymaj się i pomyśl” (przed każdorazowym sięgnięciem po kieliszek należy przez 15 minut skupiać się na powodach picia) [14], wspomniany dzienniczek picia, ustalenie systemu nagród, trening umiejętności radzenia sobie z trudnościami bez alkoholu oraz organizowania czasu wolnego, trening tempa picia (sączenia lub picia naprzemiennie alkoholu i napoju bezalkoholowego) [15].

Podsumowanie

Niesatysfakcjonujące wyniki badań dotyczące efektywności terapii leczenia uzależnień były przyczynkiem do prób sformułowania nowych metod leczenia. Ponadto w świetle nowych badań wykazane zostało, że dotychczasowe pojmowanie uzależnienia jako choroby nieuleczalnej i przewlekłej może uwzględniać niepełny obraz tej heterogenicznej choroby. Na podłożu paradygmatu redukcji szkód powstałego w celu zmniejszenia zagrożeń spowodowanych używaniem narkotyków, zaczęły rozwijać się nowe metody w leczeniu odwykowym. W przypadku terapii uzależnień od alkoholu coraz częściej rozważa się stosowanie programów opartych na strategii kontrolowanego picia, które ma na celu nie tyle pełną abstynencję, co zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu, a więc redukcję szkód.

Należy jednak pamiętać, że istnieją przeciwwskazania do stosowania programów picia kontrolowanego [7] oraz, że brakuje jeszcze danych, które potwierdzałyby skuteczność takich programów na gruncie leczenia odwykowego w Polsce.

Piśmiennictwo / References

- Europejski Raport Zdrowia przygotowany przez WHO w 2002 r. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=187&Itemid=164
- Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przez PBS w Sopocie. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=248&Itemid=186
- Rogała-Obłękowska J. Problemy z oceną skuteczności programów terapii uzależnień. *Remedium* 2002, 10: 16-17.
- Kucińska M, Mellibruda J. Program Analizy Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA) – koncepcja i dotychczasowy przebieg badań. *Alkohol Narkom* 1997, 3(28): 325-334.
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Informacje – Aktualności. www.PARPA.pl (18.05.2014).
- Pużyński S, Wciórka J (red. przekładu). ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.
- Jakubczyk A, Wojnar M. Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnień od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń. *Psychiatr Pol* 2012, XLVI, 3: 373-386.
- Woronowicz B. Alkoholizm jako choroba. PARPA, Warszawa 1993.
- DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. www.dsm5.org
- Rosenberg H. Teoretyczne wyjaśnienie picia kontrolowanego. *Alkoholizm i Narkomania* 2007, 20(1): 45-54.
- International Harm Reduction Association. <http://www.ihra.net> (18.05.2014).
- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction). Sprawozdanie Roczne – Stan problemu narkotykowego w Europie 2006. EMCDDA, Lizbona 2006.
- Moskalewicz J, Sierosławski J, Bujalski M. Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie. IPiN, Warszawa 2006.
- Klingemann J. Programy nauki picia kontrolowanego – kontekst, percepcja, przykład. *Świat Probl* 2013, 242(8): 32-35.
- Klingemann H. Picie kontrolowane. Badania naukowe, doświadczenia płynące z praktyki oraz debata publiczna w Szwajcarii i Niemczech. *Alkohol Narkom* 2006, 19(3): 259-283.
- Sobell M, Sobell L. Picie kontrolowane – zagadnienia kliniczne. *Alkohol Narkom* 2009, 22: 149-167.