

Z BADAŃ I DOSWIADCZEŃ ZAGRANICZNYCH

Zamieszczone w niniejszej rubryce teksty były wygłoszone podczas Narady Specjalistów Wojewódzkich ds Psychiatrii w Dobieszkwie k. Łodzi w dniach 1-4 czerwca 1989 r.

John P. Allen

PRZEGLĄD PLACÓWEK I METOD LECZNICTWA ODWYKOWEGO W USA*

W ostatnich latach dużą wagę przywiązuje się w USA do wczesnego rozpoznawania i leczenia alkoholizmu.

W referacie omawiam zakres amerykańskiego lecznictwa odwykowego z uwzględnieniem jego cech charakterystycznych, kosztów związanych z leczeniem oraz liczby różnego typu placówek. Przedstawiam także dominujący w USA model leczenia i najbardziej interesujące innowacje, jak również aktualne kontrowersje, które niewątpliwie ukształtują przyszły model lecznictwa odwykowego w Stanach Zjednoczonych.

Raport został opracowany na podstawie danych statystycznych za 1987 rok, podanych przez Amerykańskie Biuro Badań nad Lecznictwem Odwykowym (National Drug and Alcoholism Treatment Unit Survey - NDATUS). Wykorzystałem też rozdział o leczeniu alkoholizmu z przygotowywanej obecnie kolejnej edycji wydawanego co trzy lata specjalistycznego raportu dla Kongresu Amerykańskiego pt. "Alkohol i zdrowie" (Alcohol and Health) oraz dwa niedawno opublikowane artykuły na temat "Modelu Minnesota", który stanowi najpowszechniej przyjęty model leczenia alkoholizmu w Stanach Zjednoczonych.

PLACÓWKI ODWYKOWE W USA

Do rządu federalnego wpływają roczne sprawozdania z blisko siedmiu tysięcy placówek lecznictwa odwykowego w kraju; liczba ta obejmuje wszystkie ośrodki dotowane z funduszy publicznych oraz ok. 80% placówek prywatnych. Większość spośród nich prowadzi leczenie zarówno alkoholików, jak i narkomanów, chociaż istnieją też ośrodki nastawione wyłącznie na leczenie alkoholików. Dominującym modelem leczenia w całym kraju jest Model Minnesota.

Przeważająca liczba pacjentów lecznictwa odwykowego leczy się w placówkach niestacjonarnych. Liczba tych, którzy odbywają leczenie w zakładach zamkniętych, obejmuje zarówno pacjentów szpitali (szpitali posiadających najczęściej specjalistyczne oddziały odwykowe) lub pacjentów wydzielonych ośrodków wyspecjalizowanych wyłącznie w leczeniu uzależnień od substancji chemicznych. Do klienteli placówek psychiatrycznych i innych placówek służby zdrowia należą też niewątpliwie osoby z problemem alkoholowym, lecz statystyki biura NDATUS z reguły tej grupy nie obejmują.

* Skróć referatu dr J. P. Allena - Dyrektora Wydziału Badań ds Leczenia w Narodowym Instytucie Badań nad Alkoholem (NIAAA).

W referacie zostały wyrażone prywatne poglądy autora.

W 1987 roku leczeniem odwykowym objęto w USA 2,3 miliona osób, z przewagą mężczyzn. Wśród narkomanów, z reguły młodszych wiekiem, większość stanowiła młodzież skierowana do leczenia przez szkoły. Pacjentów w wieku dojrzałym najczęściej kierują zakłady pracy. Mniejszą liczbę kobiet leczących się w placówkach odwykowych można tłumaczyć tym, że po pierwsze, kobiety w USA w mniejszym stopniu od mężczyzn uczestniczą w życiu zawodowo-produkcyjnym i po drugie, częściej trafiają one do placówek psychiatrycznych, podczas gdy mężczyźni nadużywający alkoholu kierowani są zwykle wprost do placówek odwykowych.

Większość pacjentów lecznictwa odwykowego stanowią biali; liczby Murzynów i członków południowoamerykańskich grup etnicznych w placówkach odwykowych odpowiadają ogólnym proporcjom ludnościowym. Większość pacjentów trafia do leczenia w wieku 25-34 lata, przy znikomo niewielkiej liczbie osób powyżej 55 roku życia. Statystyki wskazują również, że leżeni narkomani są przeciętnie młodszy od alkoholików.

Większość placówek odwykowych w USA stanowią płatne instytucje prywatne nie nastawione na zysk. Placówki subsydiowane z funduszy federalnych są nieliczne i bywają nimi najczęściej szpitale wojskowe lub więzienne. Ostatnio rośnie też liczba odwykowych placówek dochodowych należących do prywatnych kompanii ochrony zdrowia takich jak Compicare, Horizon, Mediplex i American Healthcorp. Najwięcej pacjentów obsługują jednak placówki stanowych i lokalnych systemów ochrony zdrowia.

Mimo coraz większej prywatyzacji placówek leczenia narkomanów i alkoholików, większość funduszy wpływa nie bezpośrednio od pacjentów, lecz od firm ubezpieczeniowych, subsydiowanych przez przedsiębiorstwa produkcyjne i usługowe, oraz z puli podatkowej. Jedną czwartą całego funduszu lecznictwa odwykowego w USA stanowią sumy przekazywane przez rząd federalny do lokalnych budżetów stanowych.

LECZENIE ALKOHOLOWANIE WEDŁUG MODELU MINNESOTA

Wprawdzie w USA wciąż jeszcze istnieją placówki odwykowe oparte na metodzie awersyjnej lub na tradycyjnym podejściu psychiatrycznym czy teorii uczenia się, lecz przeważająca większość amerykańskich programów, zwłaszcza stacjonarnych, wykorzystuje elementy modelu leczenia wypracowanego w latach czterdziestych w trzech zakładach odwykowych, ulokowanych w okolicach Minneapolis w stanie Minnesota.

Nie jest to model monolityczny. Realizuje się go w różnorodny sposób w zależności od możliwości oraz potrzeb poszczególnych zakładów i specyficznych grup pacjentów. Pewne elementy modelu są jednak niezmiennie w rozmaitych jego wariantach: we wszystkich programach wspólne są zasady doboru personelu, typ zajęć terapeutycznych oraz zasadniczy cel leczenia.

W skład personelu większości placówek wchodzi lekarze, psychologowie, pielęgniarki, dietetycy, fizyko-terapeuci, a często też duchowni. Zasadnicze jednak poradnictwo i kierownictwo programów terapeutycznych znajduje się przeważnie w rękach specjalnie przeszkolonych osób, nie posiadających wykształcenia akademickiego, wśród których jest wielu niepijących alkoholików. Najczęściej wymagane są od nich kwalifikacje licencjonowanego doradcy d/s alkoholizmu (Certified

Alcoholism Counselor) oraz co najmniej dwuletni okres nieprzerwanej abstynencji.

W myśl koncepcji "leczenia całej osoby" na Model Minnesota składa się całodzienny program zajęć o dużej różnorodności, łącznie z ćwiczeniami podnoszącymi fizyczną sprawność i ogólny stan zdrowia pacjentów. Terapia o profilu psychologicznym zawiera obszerny program nastawiony na ogólną poprawę zdrowia psychicznego, doskonalenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i niepokojem, trening interpersonalny, zwłaszcza w zakresie komunikacji międzyludzkiej, oraz diagnostykę psychiatryczną i testy psychologiczne. Zajęcia o charakterze religijnym, pogadanki o duchowości, wspólne modlitwy (np. Ojcze Nasz i Modlitwa o Pogodę Ducha) stanowią nieodłączną część wielu programów odwykowych. Zajęcia dotyczące samego alkoholizmu obejmują częste uczestnictwo w meetingach Anonimowych Alkoholików, przerabianie kilku Kroków AA i wykłady na temat negatywnych skutków nadużywania alkoholu. Do udziału w programie terapeutycznym i edukacyjnym na temat alkoholizmu mobilizowani są również członkowie rodzin pacjentów oraz ich bezpośredni zwierzchnicy z miejsca pracy.

Ten model leczenia oparty jest na koncepcji alkoholizmu jako choroby i przyjmuje, że pacjent nie jest odpowiedzialny za swoje uzależnienie od alkoholu; z chwilą jednak, gdy uzyska wiedzę na temat istoty alkoholizmu, staje się odpowiedzialny za utrzymanie abstynencji. W modelu tym podkreśla się ogromne znaczenie trwałego uczestnictwa w ruchu Anonimowych Alkoholików oraz zakłada się całkowitą abstynencję od alkoholu i innych substancji zmieniających nastrój. (Ostatnio w niektórych placówkach opartych na Modelu Minnesota zaleca się również abstynencję od kofeiny i nikotyny). Model Minnesota ujmuje leczenie alkoholizmu nie tylko w kategoriach zaprzestania picia, lecz również stopniowej pozytywnej zmiany sposobu życia pod każdym względem. Mimo niewątpliwej powszechności tej formy leczenia alkoholizmu w USA, brakuje danych określających jej efektywność.

INNOWACJE I KONTROWERSJE W DZIEDZINIE LECZENIA ALKOHOLOWIZMU

Wprowadzie leczenie oparte na koncepcji alkoholizmu jako choroby reprezentuje obecnie większość placówek odwykowych w USA, jednak w ostatnich latach ożywił się spór co do tego, czy alkoholizm jest chorobą, zaburzeniem behawioralnym czy kwestią braku samodyscypliny. Wykaz zaburzeń zdrowia psychicznego DSM III-R (najnowsza edycja poprawiona) podaje całą listę objawów stanowiących podstawę diagnostyczną "zespołu uzależnienia od alkoholu". Wiadomo jednak, że setki innych kombinacji objawów i oznak, związanych z nadmiernym piciem alkoholu niektórych osób nie uzależnionych, można by również zdiagnozować jako "alkoholizm". Pozostaje zatem nie rozstrzygnięte, jak we współczesnej psychiatrii powinno zostać ujęte rozumienie "alkoholizmu" z uwzględnieniem wszystkich genetycznych, fizjologicznych i behawioralnych czynników powodujących uzależnienie od alkoholu.

Inna kontrowersja dotyczy form leczenia w odniesieniu do różnych kategorii pacjentów. Z badań McLellana wynika, że alkoholicy, nie wymagający szczególnie intensywnej pomocy psychiatrycznej lub medycznej, doskonale nadają się do leczenia w ośrodkach oferujących "czesciową" hospitalizację (np. opartych na 5-godzinnych programach dziennych). Nawet

odtrucie i pomoc w stanach zespołu abstynencyjnego coraz częściej odbywa się w warunkach ambulatoryjnych.

Podjęmowane są także różne eksperymenty nastawione na doskonalenie Modelu Minnesota, jak np.: łącznie dwojek pacjent-terapeuta, podawanie stabilizujących leków psychotropowych w początkach leczenia odwykowego, czy pozostawianie pacjentom większej swobody w wyborze celu leczenia i jego konkretnych form.

Nie uwzględniane w Modelu Minnesota, a nawet sprzeczne z nim, stosowanie środków farmakologicznych wciąż interesuje naukowców, prowadzących badania nad wynalezieniem substancji, która mogłaby wpływać na zmniejszenie fizjologicznego głodu alkoholu w początkach abstynencji (np. przez zahamowanie poboru serotoniny w presynaptycznych receptorach). Za zgodą pacjenta można też stosować wspomaganie autodyscypliny za pomocą dziennych dawek disulfiramu.

I wreszcie, coraz częściej w dyskusji publicznej kwestionowana jest ostatnio konieczność całkowitej abstynencji jako cel leczenia wszystkich pacjentów z problemem alkoholowym. Dotyczy to przede wszystkim osób pijących w sposób destrukcyjny, ale nie wykazujących chronicznego fizjologicznego uzależnienia od alkoholu (zwłaszcza ludzi bardzo młodych). Ze względu na wymaganie całkowitej abstynencji wiele osób może też w ogóle nie zgłaszać się na leczenie, obawiając się, że tego celu nie potrafią nigdy osiągnąć.

Te i inne znaki zapytania nie przeszkadzają jednak w upowszechnianiu ogólnej, coraz głębszej, wiedzy na temat alkoholizmu, traktowanego coraz częściej przez Amerykanów jako problem nadający się do leczenia, nie zaś przejaw słabości charakteru.

z angielskiego tłumaczyła Ewa Wołyńko