

## Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu

Broadening of aims and strategies of an alcohol dependence treatment

**Bogusław Habrat**

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień

Artykuł sponsorowany: według oświadczenia autora artykuł jest częściowo sponsorowany przez firmę farmaceutyczną Lundbeck Poland Sp. z o.o.

**Abstract** – The effectiveness of alcoholism treatment is unsatisfying. This concerns at once the low percentage of dependent persons who receive treatment, as the relatively small group of those receiving treatment who successfully fulfilled therapy aims. The small variety of therapies on offer and the dominance of programmes the main, and sometimes only, therapeutic aim of which is complete abstinence, may be among the main causes of this phenomenon. Such an aim is unattractive for the majority of patients and difficult to realise even for the most motivated group. Despite the recommendations of the research community and institutional standards, the reducing of the amount and intensity of drinking is rare as a therapeutical aim of clinical practice. Meanwhile, pharmacotherapy (acamprosate, naltrexone, nalmefene, topiramate and others) obviously acts to reduce the total amount of consumed alcohol as well as the number of days of binge drinking. The recommendation to reduce alcohol consumption and binge drinking as an aim of therapy is based, amongst other things, on: 1) drink reduction as more attractive for many patients, which would encourage them to undertake treatment, 2) success in realising a more realistic aim could lead to a decision to attempt complete abstinence, 3) each reduction of alcohol consumption is connected with a decreased risk of medical, psychological, social, economic consequences, with at times the relation being of a geometric character, 4) the total amount of consumed alcohol correlates with a risk of alcohol dependence, 5) the number of binge drinking days correlates with a risk of alcohol dependence, with in both parameters (4 and 5) one can expect a reduction of the risk of alcohol dependency, 6) pharmacotherapy might be addressed not only to dependent subjects, but also to those at risk and binge-drinkers, 7) a pharmacotherapy model where the patient self-medicates drugs (nalmefen) “as needed on risky days” could have a significant relevance for the patient regarding themselves as the subject rather than the object of treatment.

**Key words:** alcohol dependence, treatment aims, pharmacotherapy, alcohol consumption reduction

**Streszczenie** – Efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest niezadowalająca. Dotyczy to zarówno małego odsetka uzależnionych trafiających do programów leczniczych, jak i stosunkowo małej liczby osób, które podjęły leczenie, a którym udało się osiągnąć zakładane cele terapeutyczne. Wśród przyczyn tego zjawiska istotną rolę odgrywa m.in. małe zróżnicowanie ofert terapeutycznych i dominacja programów, których głównym, a czasami jedynym, celem jest utrzymywanie całkowitej i długotrwałej abstynencji. Cel ten dla wielu pacjentów jest nieatrakcyjny, a dla części tych, którzy chcą go realizować – trudny do osiągnięcia. Mimo rekomendacji środowisk akademickich i standardów instytucjonalnych, ograniczenie ilości i intensywności picia alkoholu rzadko jest celem leczenia w praktyce klinicznej.

Tymczasem, farmakoterapia (akamprozat, naltrekson, nalmefen, topiramet i in.) ewidentnie wpływa głównie na zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu oraz zmniejszenie intensywności picia. Rekomendowanie zmniejszenia ilości oraz intensywności picia jako celu leczenia opiera się m.in. na następujących faktach: 1) ograniczenie picia może być bardziej atrakcyjne dla wielu uzależnionych i zachęcać ich do podjęcia leczenia; 2) sukces w osiągnięciu bardziej realistycznego celu może być zachętą do podejmowania prób utrzymania całkowitej abstynencji; 3) każde zmniejszenie ilości picia wiąże się m.in. ze zmniejszeniem szkód zdrowotnych, psychicznych, społecznych, ekonomicznych i nieraz zależność ta ma charakter geometryczny; 4) ilość wypijanego alkoholu koreluje z ryzykiem uzależnienia od alkoholu; 5) intensywność picia koreluje z ryzykiem uzależnienia od alkoholu – w obu przypadkach (pkt 4 i 5) można spodziewać się zmniejszenia ryzyka rozwoju uzależnienia od alkoholu; 6) w tym ujęciu farmakoterapia może być adresowana nie tylko do osób uzależnionych, ale i do nieuzależnionych, lecz intensywnie pijących, a co za tym idzie – mieć również charakter profilaktyczny; 7) model, w którym pacjent sam sobie dawkuje leki (nalmefen) w dniach ryzyka intensywnego picia, może mieć istotne znaczenie dla odczuwania podmiotowości, a nie przedmiotowości leczenia.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, cele leczenia, farmakoterapia, zmniejszenie spożycia

Mimo postępów wiedzy medycznej efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest niezadowolająca (1) i to mimo że badaniami najczęściej objęte są pozytywnie wyselekcjonowane osoby, które deklarują chęć leczenia (2, 3). Dotyczy to również leczenia osób pijących szkodliwie (nadużywających alkoholu).

### **Wybrane przyczyny małej efektywności leczenia uzależnienia od alkoholu i próby jej zwiększenia**

**Mała dostępność leczenia.** Jedną z barier ograniczających dostęp do leczenia uzależnienia od alkoholu jest niewystarczająca liczba programów. Psychoterapeutyczne programy stacjonarne są stosunkowo drogie i czasochłonne i nie zapewniają uczestnictwa wystarczającej liczbie osób. W programach ambulatoryjnych natomiast brakuje personelu, który byłby w stanie sprostać wszystkim potrzebom długotrwałego leczenia. Wysokie wymagania jakościowe (licencjonowani terapeuci, akredytowane ośrodki) skutkują zmniejszoną dostępnością. Z tego powodu w wielu krajach osoby pijące ryzykownie lub szkodliwie, ale też część osób uzależnionych pozostaje pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy rodzinnych). Zazwyczaj ich umiejętności rzadko wykraczają poza stosowanie metod krótkiej interwencji i prostych metod behawioralnych (4). Dlatego duże nadzieje wiąże się z wprowadzeniem farmakoterapii, która dzięki lekarzom rodzinnym może stać się bardziej dostępną formą pomocy osobom uzależnionym. Do niedawna panował pogląd, że farmakoterapia jedynie poprawia wyniki psychoterapii (a i to nie każdej), a stosowanie samej farmakoterapii (np. naltreksonem) jest niewiele bardziej skuteczne niż używanie placebo (5). Także polski system leczenia dopuszcza farmakoterapię jedynie do wspomagania psychoterapii (6). Poglądom tym zaprzeczyły duże amerykańskie badania COMBINE, w których wykazano, że farmakoterapia naltreksonem może być rekomendowana lekarzom rodzinnym o ograniczonych umiejętnościach psychoterapeutycznych (7). Potwierdzono to m.in. w badaniach nad nalmefenem (8) i naltreksonem o przedłużonym działaniu (9).

**Mała atrakcyjność całkowitej, długotrwałej abstynencji jako celu leczenia.**

Jednej z przyczyn upatruje się w rozmiłaniu się celów leczenia oczekiwanych przez pacjentów i oferowanych przez ośrodki i terapeutów. Większość z nich oferuje tylko jeden cel, tj. osiągnięcie całkowitej i długotrwałej abstynencji (np. 10) – bądź przez nabycie umiejętności psychicznych i społecznych, które pozwalają funkcjonować na poziomie indywidualnym i społecznym bez sięgania po alkohol, bądź przez wymuszanie abstynencji środkami farmakologicznymi (disulfiram). Na takiej postawie w znacznym stopniu zaważyły negatywne doświadczenia ze stosowania metod behawioralnych; zakładano bowiem, że picie niekontrolowane jest wyuczonym zachowaniem i że za pomocą tych metod można osiągnąć nie tylko całkowitą abstynencję, ale również przywrócić kontrolę nad piciem (11). Natomiast dla znacznej części osób, całkowita abstynencja jest trudną do przyjęcia ofertą (czasem, niestety, jedyną), ponieważ stany spowodowane przez alkohol są zazwyczaj atrakcyjne, choć konsekwencje picia i nadużywania alkoholu bywają uciążliwe, a nawet niebezpieczne (12). Osąd ten wzmacniają patologiczne mechanizmy obronne, które prowadzą do pseudoracjonalizacji przyczyn sięgania po alkohol i minimalizowania szkód. Stąd duże zainteresowanie różnego rodzaju detoksykacjami, a małe leczeniem odwykowym.

**Ograniczone możliwości osiągnięcia całkowitej, długotrwałej abstynencji.**

Nawet pacjenci z dużą inicjalną motywacją wewnętrzną lub motywacją zmienioną z zewnętrznej na wewnętrzną często nie mogą osiągnąć zakładanego celu (3), co skutkuje ich obniżoną samooceną i zniechęceniem oraz frustracją otoczenia i terapeutów (13). W leczeniu innych uzależnień, głównie opioidowego, zakłada się, że u znacznej części pacjentów zwiększenie motywacji do utrzymywania abstynencji nie przekłada się na wyniki leczenia i motywacja przegrywa z silnymi mechanizmami psychicznymi, u podstaw których leżą potężne mechanizmy neurobiologiczne (14). Skutkuje to akceptacją bardziej realistycznych celów, jakim jest np. zmniejszanie szkód. W odniesieniu do uzależnienia od alkoholu, takie pragmatyczne podejście występuje znacznie rzadziej, choć obserwuje się tendencję do interpretowania wpadek (*lapses*) i nawrotów (*relapses*) jako części obrazu psychopatologicznego uzależnienia, a nie jako przejawu nieskuteczności leczenia.

Przyczyna oferowania jako jedyne go celu leczenia całkowitej i długotrwałej abstynencji wydaje się mieć korzenie w kilku zjawiskach. Pierwsze, to złudna perspektywa, że uzależnienie od alkoholu „z definicji” jest chorobą przewlekłą, nawrotową i nieleczoną – prowadzi do zgonu. Obserwacje te bazują na najcięższych przypadkach pacjentów trafiających do szpitali z powodu poważnych powikłań i szczególnie zapadają w pamięć, gdy jest to kolejna hospitalizacja. Tymczasem tylko mniejsza część pacjentów poszukuje leczenia (12) i prawdopodobnie w grupie tej są zarówno przypadki cięższe, jak i lżejsze, o mniej poważnym przebiegu. Dodatkowo, znaczna część programów psychoterapeutycznych wywodzi się z modelu Minnesota opartego na Programie 12 Kroków AA, gdzie podstawą terapii jest uzyskanie wglądu – polega to na przyznaniu się do fatalistycznej bezsilności wobec alkoholu i trwałej niezdolności do kontrolowania picia. Tymczasem klasyczne badania Vaillanta, potwierdzone innymi licznymi badaniami nad tzw. naturalnym przebiegiem alkoholizmu, wykazały,

że w grupie osób z alkoholizmem (rozumianym jako nadużywanie alkoholu i uzależnienie) trajektorie przebiegu były bardzo zróżnicowane i oprócz przebiegów o złej charakterystyce (przewlekłość, nawrotowość, poważne szkody zdrowotne i społeczne, zgon z powodu chorób związanych z alkoholem), można było obserwować przebiegi od cięższych form po lżejsze, w tym picie kontrolowane na poziomie akceptowanym społecznie, a nawet utrzymywanie abstynencji (15). Interesujące, że znaczna część pacjentów o korzystnym przebiegu osiągała go często w sposób spontaniczny i bez udziału w jakiegokolwiek terapii. Grupa ta jest bardzo słabo przebadana, ale można sądzić, że egzekwowanie od tych pacjentów całkowitej, długotrwałej abstynencji jest niezasadne i wygórowane, natomiast zaoferowanie „łatwiejszych” programów interwencyjnych (w tym: farmakologicznych) może przyczynić się do zmniejszenia nasilenia picia oraz rzadszego upijania się.

Podnoszono zarówno nieefektywność programów behawioralnych nastawionych na kontrolowanie picia, jak również zwracano uwagę na wątpliwości etyczne w odniesieniu do takich celów (11). To i podobne stanowiska przełożyły się na postawy terapeutów. I tak: wykazano, że zmniejszenie intensywności picia jako cel leczenia jest akceptowane przez 76% terapeutów w Wielkiej Brytanii (16, 17), 72% w Australii (18), 50% we Francji (19), 27–62% w Kanadzie (20), 22–70% w Szwajcarii (21) i tylko w 17% w USA (17, 22). To ostatnie podejście ma duży wpływ na leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce. W badaniach nad polskimi lekarzami zatrudnionymi w lecznictwie odwykowym (23) stwierdzono niedostatki rzetelnej wiedzy o farmakoterapii i nieufność wobec stosowania farmaceutyków. Prawdopodobnie może to mieć pewien wpływ na dość jednostronne stawianie celów leczenia.

### **Wnioski z wyników badań nad farmakoterapią uzależnienia od alkoholu**

Zmiany postaw zaobserwowano głównie w wyniku wprowadzenia nowych efektywnych metod farmakoterapii. Uogólniając, można powiedzieć, że farmakoterapia (głównie naltreksonem, akamprozatem, topiramatem, nalmefenem) przyczynia się do podtrzymywania i wydłużania abstynencji, znacznie większy jej wpływ można jednak obserwować w odniesieniu do zmniejszenia intensywności picia. W międzynarodowych standardach służących do oceny efektywności leczenia (głównie farmakoterapii i nie tylko) wprowadzono szereg parametrów, które składają się na pojęcie mniej intensywnego picia (np. 24, 25). Dotyczy to także innych dużych badań (26); przyjęto tu m.in. takie parametry jak zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu w jednostce czasu (np. w czasie miesiąca), zmniejszenie liczby dni, w czasie których był pity alkohol, zmniejszenie ilości alkoholu w dni, w których był pity alkohol, zmniejszenie liczby dni intensywnego picia lub upijania się (*binge drinking*). Jako drugorzędne parametry pozytywnego wpływu leczenia przyjęto m.in. normalizację aktywności enzymów wątrobowych. W połączeniu ze zmniejszeniem liczby detoksykacji, wizyt w oddziałach ratunkowych i hospitalizacji z powodu chorób i urazów spowodowanych przez picie alkoholu, uzyskano wyraźny obraz wpływu farmakoterapii na redukcję szkód, nawet jeśli jej efektem nie była całkowita i długotrwała abstynencja.

### **Redukcja szkód jako cel leczenia według międzynarodowych i krajowych standardów oraz klinicystów**

Koniec XX wieku, to czas wprowadzania w psychiatrii, w tym także w addyktologii, standardów leczenia – nie tylko rekomendowania metod i technik, ale i wyznaczania celów oraz ewaluacji ich osiągnięcia.

Uogólniając, można powiedzieć, że w uznanych standardach międzynarodowych i krajowych dominuje preferowanie całkowitej i długotrwałej abstynencji od alkoholu jako celu leczenia, ale dopuszcza się u części pacjentów, którzy nie chcą lub nie mogą tego celu osiągnąć, wyznaczanie celu, jakim jest zmniejszenie spożycia alkoholu (27–31).

Wielu badaczy i klinicystów rekomenduje także stawianie u części pacjentów celu leczenia uzależnienia od alkoholu, polegającego na zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu oraz zmniejszeniu intensywności picia (upijania się) (32–37). Szczególnie przydatna jest tu farmakoterapia (38, 39).

### **Profilaktyczne działanie terapii zmniejszającej intensywność picia**

W badaniach retrospektywnych wykazano zależność między ilością wypijanego alkoholu a przedwczesnymi zgonami i szkodami zdrowotnymi, w tym powstaniem uzależnienia. Zależność ta często przybiera kształt pochylonej litery J (*J-curve*), a punkt gwałtownego zwiększania się ryzyka przyjęto za średnią granicę dopuszczalnego spożycia alkoholu. Stwierdzono również, że zmniejszenie dużego spożycia alkoholu może skutkować zmniejszeniem ryzyka różnych chorób somatycznych spowodowanych alkoholem (np. uszkodzenia wątroby, zapalenia trzustki). Z tego względu zmniejszenie spożycia i związane z tym zmniejszenie ryzyka może okazać się interesującą alternatywą dla osób uzależnionych, które nie mają zamiaru całkowicie zaprzestać picia. Dotyczy to także osób pijących ryzykownie i szkodliwie, u których dodatkowo może dojść do zmniejszenia ryzyka rozwinięcia się uzależnienia.

Wykazano, że w wyniku terapii z użyciem różnych leków dochodzi do zmniejszenia nie tylko ogólnego spożycia alkoholu, ale i do zmniejszenia liczby dni intensywnego picia. Podobnie jak w przypadku ogólnego spożycia, częste upijanie wiąże się ze zwiększeniem ryzyka powstania uzależnienia, można więc przypuszczać, że farmakoterapia zmniejszająca częstość upijania się może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka uzależnienia. Na razie brak dowodów empirycznych w tym zakresie, ponieważ farmakoterapię stosowano głównie u osób uzależnionych, natomiast u pijących szkodliwie wykonano jedynie w pojedynczych badaniach ocenę krótkoterminowej terapii (bez długoterminowych badań prospektywnych pod kątem powstania uzależnienia) (40, 41). W najbliższych latach dojdzie prawdopodobnie do zmian w klasyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Zebrano coraz więcej dowodów na brak kategoryzacji picia szkodliwego i uzależnienia. W nowej klasyfikacji DSM-5 powstanie jedna kategoria: „zaburzenia używania alkoholu” (*alcohol use disorders*), która w przybliżeniu będzie mieściła w sobie zarówno obecne „uzależnienie”, jak

i obecne „nadużywanie alkoholu” (picie szkodliwe) (42, 43). W sposób automatyczny poszerzy to wskazania do farmakoterapii lub oddziaływań nastawionych na zmniejszenie spożycia alkoholu, co – jak się wydaje – powinno mieć działanie zmniejszające ryzyko szkód zdrowotnych i rozwinięcia się obecnego „uzależnienia od alkoholu”, czyli przyszłej podkategorii: „zaburzenia używania alkoholu z cechami uzależnienia”.

Stosunkowo mało jest badań porównujących skuteczność leczenia, gdy celem jest całkowita abstynencja bądź zmniejszenie intensywności picia. Wykazano jednak użyteczność naltreksonu w poprawianiu wyników psychoterapii nastawionej na wyuczenie picia kontrolowanego (44).

Stwierdzono, że nastawienie pacjentów co do celu leczenia ma charakter dynamiczny i może się zmieniać. Na przykład, jak ustalili Hodgins i wsp. (45), początkowo tylko mniej niż połowa pacjentów chciała utrzymywania abstynencji (46%), a prawie tyle samo chciało jedynie ograniczenia picia (44%). Po zaaprobowaniu tych celów, po czterech sesjach terapeutycznych 23% osób z drugiej grupy zmieniło zdanie i postanowiło utrzymywać abstynencję, podczas gdy zmiana decyzji w odwrotnym kierunku miała miejsce tylko w 7% przypadków. Jeśli dodać do tego zmianę decyzji osób z grupy niezdecydowanych, to okazało się, że abstynencję chce utrzymywać dwa razy więcej pacjentów (65%), niż osób zainteresowanych tylko zmniejszeniem intensywności picia (32%).

Adamson i wsp. (3) porównali wyniki leczenia w zależności od wstępnego nastawienia. Po 3 miesiącach lepsze wyniki osiągnęły osoby zakładające całkowitą abstynencję, jednak po roku różnice te miały tendencję do zanikania. Autorzy zwrócili uwagę, że niezależnie od zakładanych przez pacjentów celów leczenia, po roku jego efektywność była mała, bo abstynencję zachowywało zaledwie 21,2% osób z pierwszej grupy i 10% z drugiej, natomiast picie niepowodujące problemów odnotowano dodatkowo odpowiednio: u 8,5% i 12,8% leczonych.

### **Podmiotowość jako jedna z podstaw współpracy pacjenta z terapeutami**

Znaczna część uzależnionych od alkoholu pacjentów rozpoczynających terapię nie ma motywacji do leczenia lub ma motywację zewnętrzną (wymuszoną okolicznościami). W przypadku farmakoterapii, na którą wyrażają zgodę często pacjenci bez motywacji do psychoterapii, sprawą podstawową jest współpraca między pacjentem a terapeutą. Zjawiskiem powszechnym (szacowanym nawet na 80%) jest wypróbowywanie, „czy lek działa”. O ile w przypadku leków blokujących receptor opioidowy (głównie naltreksonu) zjawisko bywa uznawane za korzystne (pacjent doświadcza mniejszej euforii i wygaszony zostaje mechanizm pozytywnego wzmocnienia), o tyle w przypadku pozostałych leków zjawisko to może nieść ze sobą niebezpieczeństwo bądź zatrucia aldehydem octowym (disulfiram) bądź interakcji alkoholu z lekiem (m.in. leki przeciwdrgawkowe). W związku z informacjami o potencjalnych zagrożeniach, znaczna część pacjentów podejmuje decyzję o odstawieniu leku przed planowanym piciem alkoholu. Zjawisko to widziane od strony pacjenta opisał m.in. Ameisen (13). Przeprowadzono również metaanalizę współpracy pacjent–lekarz

w badaniach z zastosowaniem naltreksonu i stwierdzono, że w odniesieniu do zaledwie 14% pacjentów współpracę można było określić jako dobrą (46).

W sytuacji, gdy nie udaje się wypracować motywacji wewnętrznej lub gdy motywacja wewnętrzna jest niewystarczająca do utrzymania abstynencji, w części programów terapeutycznych ucieka się do metod wymuszających używanie leków (np. podawanie disulfiramu i naltreksonu w warunkach nadzoru służb medycznych lub rodziny, leków o przedłużonym działaniu: implanty disulfiramu i naltreksonu, iniekcyjny naltrekson o przedłużonym działaniu) (9, 47). U części pacjentów powoduje to postawy demotywacyjne i podjęcie swoistej gry, w której opowiadają się po stronie „wolności do picia”, a przeciw wymuszaniu na nich abstynencji.

Jedne z pierwszych prób bardziej podmiotowego traktowania pacjenta podjęto w czasie leczenia naltreksonem, który pacjent może sobie dawkować względnie samodzielnie: bądź codziennie 50 mg, bądź co drugi dzień 100 mg, a w weekendy lub dni postrzegane jako związane z większym ryzykiem picia alkoholu – po 100–150 mg. Znacznie dalej posunięto się w badaniach nad leczeniem uzależnienia od alkoholu nalmefenem (8, 48). Po pouczeniu, jak działa nalmefen, czego się można spodziewać po jego użyciu i w jakich sytuacjach może być pomocny, pacjenci otrzymywali do domu tabletki nalmefenu lub placebo, które przyjmowali kiedy uważali, że mogą być przydatne do kontrolowania picia. Wstępna analiza wykazała, że osoby przyjmujące nalmefen, w porównaniu z grupą otrzymującą placebo, bardziej zmniejszyły liczbę dni intensywnego picia, bardziej zmniejszyły miesięczne spożycie alkoholu, osiągnęły większą poprawę w skalach CGI-GI i CGI-SI, oraz większą normalizację enzymów wątrobowych.

### **Kwestie niedostatecznie wyjaśnione**

Wprowadzenie leczenia osób z szeroko rozumianymi zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu (alkoholizmem), gdzie celem mogłoby być „jedynie” zmniejszenie spożycia alkoholu i jego intensywności, wydaje się obiecującą perspektywą oferowania szerszemu gronu osób terapii bardziej akceptowanej przez pacjentów, „łatwiejszej” i tańszej niż tradycyjne programy. Wiąże się z tym jednak kilka kwestii:

1. Czy programy „łatwiejsze” nie okażą się konkurencyjne przez swą atrakcyjność i nie odciągną części pacjentów, którzy mogliby być beneficjentami tradycyjnych programów o bardziej ambitnych celach? Co za tym idzie: czy nie należałoby opracować wytycznych co do kwalifikowania pacjentów do zróżnicowanych programów w zależności od przesłanek klinicznych, a nie tylko chęci pacjenta?
2. Czy wprowadzenie farmakoterapii zmniejszającej spożycie alkoholu i intensywność picia do powszechnego użytku, tzn. do podstawowej opieki zdrowotnej nie zwulgaryzuje całego procesu leczenia, głównie poprzez pomijanie składowej psychoterapeutycznej przez nieprzeszkolonych lekarzy?
3. Czy, kto i z jakich funduszy przeszkoli lekarzy p.o.z. w zakresie minimalnej interwencji psychologicznej, takiej, jaką stosowano w badaniach przedrejestacyjnych (np. model BRENDA) (49)?

4. Czy realizatorzy „tradycyjnych” programów nie zdezawuują koncepcji intencjonalnie lub z powodu niedostatecznej wiedzy?

**Wnioski.** Koncepcja oferowania pacjentom zróżnicowanych celów leczenia wydaje się interesująca, ponieważ m.in. zwiększa dostępność, atrakcyjność i zróżnicowanie oferty terapeutycznej oraz wychodzi naprzeciw coraz silniej akcentowanej konieczności indywidualizacji terapii, dostosowując ją zarówno do charakterystyki klinicznej, jak i potrzeb oraz możliwości pacjenta.

Jeśli tego typu koncepcja ma się przełożyć na konkretne korzyści dla pacjenta, jego otoczenia oraz aspekty farmakoeconomiczne, niezbędne będzie poddanie jej szerokiej konsultacji, głównie w środowiskach profesjonalnych, które nie tylko mogą zaakceptować optykę zawartą m.in. w tym artykule, ale również mogą wykazać słabe strony tej koncepcji, po to, by zapobiec ewentualnym zjawiskom niekorzystnym lub je zminimalizować.

## PIŚMIENNICTWO

1. Miller WR, Walters ST, Bennett ME (2001) How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Study on Alcohol*, 62, 211–223.
2. Mann K, Leher P, Morgan MY (2004) The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 51–63.
3. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D; UKATT Research Team (2010) Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 136–142.
4. Kaner ES, Heather N, McAvooy BR, Lock KA, Gilvarry E (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 599–566.
5. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G (1992) Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 876–880.
6. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015. [http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011\\_2015\\_11\\_011.pdf](http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf)
7. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA (2006) Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE Study: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 295, 2003–2017.
8. Karhuvaara S, Simojoki K, Rosberg M, Löyttyniemi E, Nurminen T, Kallio A, Mäkelä R (2007) Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1179–1187.
9. Lee JD, Grossman E, DiRocco D, Truncali A, Hanley K, Stevens D, Rotrosen J, Gourevitch MN (2010) Extended-release naltrexone for treatment of alcohol dependence in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 14–21.
10. [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=291&Itemid=197](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=291&Itemid=197)
11. Penderly ML, Maltzman IM, West LJ (1982) Controlled drinking by alcoholics? New findings and a evaluation of major affirmative study. *Science*, 217, 169–175.
12. Cunningham JA, Breslin FC (2004) Only one of three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 221–233.



13. Ameisen O (2008) *The end of my addiction*. Farrar, Straus and Giroux.
14. Koob GF (2009) Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology*, 56, supl. 1, 18–31.
15. Vaillant GE, Milofsky ES (1982) Natural history of male alcoholism. IV. Paths to recovery. *Archives of General Psychiatry*, 39, 127–133.
16. Rosenberg H, Melville J, Levell D, Hodge JE (1992) A 10-year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. *Journal of Study on Alcohol*, 53, 441–446.
17. Cox WM, Rosenberg H, Hazel C, Hodgins A, Macartney JI, Maurer KA (2004) United Kingdom and United States healthcare providers' recommendation of abstinence versus controlled drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 130–134.
18. Donovan M, Heather N (1997) Acceptability of the controlled-drinking goal among alcohol treatment agencies in New South Wales, Australia. *Journal of Study on Alcohol*, 58, 253–256.
19. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ (2011) Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 586–591.
20. Rosenberg H, Devine EG, Rothrock N (1996) Acceptance of moderate drinking by alcoholism treatment services in Canada. *Journal of Study on Alcohol*, 57, 559–562.
21. Klingemann H, Rosenberg H (2009): Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *European Addiction Research*, 15, 121–127.
22. Rosenberg H, Davis LA (1994) Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *Journal of Study on Alcohol*, 55, 167–172.
23. Fudała J (2012) Farmakoterapia w praktyce klinicznej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, nr 3, 5–8.
24. Plinius Maior Society (1994) Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. *Alcoholism*, 30, 315–336.
25. Center for Substance Abuse Treatment (1998) Naltrexone and Alcoholism Treatment. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, No. 28. Rockville.
26. Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Study on Alcohol*, 58, 7–29.
27. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ, British Association for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group (2012) BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*, 26, 7, 899–952. DOI: 10.1177/0269881112444324
28. Committee on Practice Guidelines, Area and Component Liaisons: American Psychiatric Association Practice Guidelines (2007) Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, second edition. *American Journal of Psychiatry*, 164, 4, supl.
29. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M, Gorelick D, Hesselbrock V, Johnson BA, Möller H-J and The WFSBP Task Force On Treatment Guidelines for Substance Use Disorders (2008) WFSBP Guidelines for Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders, Part 1: *Alcoholism*. *World Journal of Biological Psychiatry*, 9, 6–42.
30. European Medicines Agency (2010) *Overview of comments received on the draft guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence*. (CHMP/EWP/20097/08) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Other/2010/04/WC500089493.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2010/04/WC500089493.pdf)
31. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) *Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Quick reference guide NICE.
32. Marlatt GA, Witkiewitz K (2002) Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867–886.
33. Ambrogne JA (2002) Reduced drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 45–53.

34. Thom B (2005) From alcoholism treatment to the alcohol harm reduction strategy for England: an overview of alcohol policy since 1950. *American Journal of Addictions*, 14, 416–425.
35. McLellan AT (2007) Reducing of heavy drinking: a public health strategy and a treatment goal? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 81–83.
36. Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF (2007) Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 71–80.
37. Jakubczyk A, Wojnar M (2012) Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń. *Psychiatria Polska*, 46, 373–386.
38. Pettinati HM, O'Brien CP, Rabinowitz AR (2006) The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: Specific effect on heavy drinking. *Psychopharmacology*, 26, 610–625.
39. Rolland B, Karila L, Guardia D, Cottencin O (2011) Pharmacological approaches of binge drinking. *Current Pharmaceutical Design*, 17, 1333–1342.
40. Bohn MJ, Kranzler HR, Beazoglou D, Staehler BA (1994) Naltrexone and brief counseling to reduce heavy drinking. *American Journal on Addictions*, 3, 91–99.
41. Kranzler HR, Tennen HT, Penta CH, Bohn M (1997) Targeted naltrexone treatment of early problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 22, 431–436.
42. O'Brien C (2011) Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106, 866–867.
43. Habrat B (2011) Proponowane zmiany w klasyfikacji DSM-5 w odniesieniu do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 5–7.
44. Rubio G, Manzanares J, Lopez-Muñoz F, Alamo C, Ponce G, Jimenez-Arriero MA, Palomo T (2002) Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 361–366.
45. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R (1997) Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22, 247–255.
46. Swift R, Oslin DW, Alexander M, Forman R (2011) Adherence monitoring in naltrexone pharmacotherapy trials: a systematic review. *Studies on Alcohol and Drugs*, 72, 1012–1018.
47. Gastfriend DR (2011) Intramuscular extended-release naltrexone: current evidence. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1216, 144–166.
48. Mann K, Bladström A, Torup L, Gual A, van den Brink W (2012) Extending the treatment options in alcohol dependence: A randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biological Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.10.020>
49. Starosta AN, Leeman RF, Volpicelli JR (2006) The BRENDA Model: Integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 12, 80–89.

Adres do korespondencji  
Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
tel. (22) 4582 740  
e-mail: habratb@ipin.edu.pl

Otrzymano: 28.11. 2012  
Przyjęto do druku: 26.03.2013