

PRACE PRZEGLĄDOWE

Picie kontrolowane

Badania naukowe, doświadczenia płynące z praktyki oraz debata publiczna w Szwajcarii i Niemczech

Controlled drinking

A review of the literature, practice and public debate in Switzerland and Germany

Harald Klingemann

Südhang Klinik für Suchttherapien
Kirchlindach, Szwajcaria

Abstract – The article presents an overview of the debate on controlled drinking (cd) in Switzerland and Germany. More specifically, it reviews research findings which are relevant for the implementation and feasibility of cd programs both in the outpatient and the inpatient sector. As to the former, cd as a therapeutic objective is for example discussed on the basis of national monitoring data, as to the latter outcome results of catamnestic studies are summarized. At the same time, conceptual issues and definitions of cd are illustrated by referring to

Tłumaczenie z języka niemieckiego Bernadetta Olszyńska-Bazała

Artykuł opracowany na podstawie rozdziału autorstwa H. Klingemanna i S. Schatzmann: *Forschungs- und Diskussionsstand zum Kontrollierten Trinken in der Schweiz und ausgewählten Nachbarländern*, z raportu pt. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (Bern, Dezember 2004, No F03-90, 80–122). Raport przygotowano na zlecenie Federalnego Urzędu ds Zdrowia (Bundesamts für Gesundheit) w Szwajcarii, we współpracy z Federalną Komisją ds Problemów Alkoholowych (Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen). Autorzy raportu: H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell i M. Sobell.

various studies. In the second part of the article, experience from treatment practice is highlighted by drawing particularly on current cd programs and by differentiating between ‘controlled drinking’ and ‘drinking under control’. The reduction of drinking even on a high level and the use of drinking plans shows to be useful even with chronic groups, such as homeless alcoholics in terms of ‘harm reduction’. The article concludes with a discussion of recent trends in the development of treatment systems and the role of cd as an example of the possible variation of treatment goals which are negotiated with the client during the treatment process.

Key words: controlled drinking, Switzerland, Germany, treatment objectives

Streszczenie – W artykule zaprezentowano debatę publiczną dotyczącą zagadnienia picia kontrolowanego, jaka miała miejsce w Szwajcarii i Niemczech. Omówione zostały wyniki badań nad piciem kontrolowanym, próby ich implementacji oraz praktyczne znaczenie programów picia kontrolowanego – zarówno w sektorze ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym leczenia uzależnień. Na podstawie szwajcarskich danych statystycznych poddano pod dyskusję problem picia kontrolowanego jako jednego z celów terapii w leczeniu ambulatoryjnym, omówiono też wyniki badań katamnesticznych realizowanych w leczeniu stacjonarnym. Przedyskutowano samą koncepcję i definicję picia kontrolowanego w odniesieniu do prezentowanych projektów naukowych.

W drugiej części artykułu przedstawiono doświadczenia z realizowanych w leczeniu programów picia kontrolowanego – w ramach programów „picia kontrolowanego” i „instytucjonalnie kontrolowanego picia”. Ograniczenie picia oraz opracowanie „planu picia” wydaje się być użyteczne nawet w przypadkach szkodliwego i przewlekłego picia (np. bezdomnych alkoholików), jeśli za cel postawimy sobie zadanie redukcji szkód.

W końcowej części artykułu omówiono trendy w rozwoju leczenia uzależnień oraz rolę picia kontrolowanego jako przykładu zróżnicowania celów terapii, które są negocjowane z pacjentem w trakcie procesu leczenia.

Słowa kluczowe: picie kontrolowane, cele leczenia, Szwajcaria, Niemcy

Wstęp

Począwszy od lat 70. debata na temat picia kontrolowanego pojawia się co jakiś czas i przebiega z różną intensywnością, nie tylko w krajach Ameryki Północnej, ale też w Szwajcarii i w innych krajach niemieckojęzycznych. Szczególnie w ostatnich latach tematyka ta cieszy się w Szwajcarii rosnącym zainteresowaniem, co jednak w niewielkim stopniu znajduje odbicie w literaturze fachowej, rzadko też stanowi główny temat analiz czy rozważań teoretycznych.

W artykule zaprezentowano przegląd badań na temat picia kontrolowanego, realizowanych w Szwajcarii i Niemczech – zarówno w leczeniu stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Opisane są tu również różne podejścia lecznicze oraz doświadczenia płynące z praktyki. Na koniec omówiono wpływ badań nad piciem kontrolowanym (*controlled drinking*) na ewolucję systemu leczenia uzależnień.

Badania na temat picia kontrolowanego w Szwajcarii

1. Badania w sektorze stacjonarnym

Impulsy do badań naukowych na temat picia kontrolowanego w Szwajcarii wyszły z lecznictwa stacjonarnego, a dokładniej z Forel Klinik (Specjalistyczna Klinika dla Mężczyzn i Kobiet Uzależnionych od Alkoholu, Leków i Nikotyny), ze stowarzyszenia SAKRAM (Szwajcarska Grupa Robocza Klinik i Centrów Rehabilitacyjnych dla Uzależnionych od Alkoholu i Leków), a także z EKA (Federalna Komisja ds Problemów Alkoholowych). Wgląd w przebieg procesu uzależnienia i zmian na poziomie jednostki dają badania katamnesticzne, które przynajmniej pośrednio odnoszą się również do picia kontrolowanego. Badania te prowadzono jednak bez grup kontrolnych, co ogranicza ich wiarygodność.

- Forel Klinik pod koniec lat 80. zleca Szwajcarskiemu Instytutowi ds Alkoholizmu i Narkomanii (ISPA) przeprowadzenie badań dotyczących dalszych losów pacjentów po zakończeniu leczenia. Badania polegały na zbadaniu 497 mężczyzn, którzy w latach 1974–1984 przeszli w Forel Klinik długotrwałą terapię stacjonarną (1).

- W niemieckojęzycznej części Szwajcarii w 1995 roku przeprowadzono siedmioletnie wielośrodkowe badania katamnesticzne pacjentów hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu. Programem objęto grupę pacjentów (N=915) z lat 1986/87–1994 leczonych w 8 klinikach specjalistycznych (2).

- Forel Klinik w latach 1999/2000 prezentuje wyniki własnych badań katamnesticznych 692 pacjentów, przebywających w latach 1987–1995 w klinice i obserwowanych po zakończeniu leczenia stacjonarnego przez 12 do 50 miesięcy (3, 4).

- Badania dalszych losów 118 pacjentów – po 3-tygodniowej terapii stacjonarnej w Oddziale Psychosomatycznym (PSA) Szpitala Wattwil (1992/1993) oraz ponownie po 3 i 12 miesiącach od zakończenia terapii – udzieliły odpowiedzi na pytanie, czy tę formę terapii należy uznać za przejaw mody rodem z USA, czy też raczej za skuteczną i ekonomiczną metodę terapeutyczną (5). Badania katamnesticzne, realizowane w ciągu kolejnych 10 lat, do kryteriów sukcesu terapeutycznego włączały picie kontrolowane i redukcję ilości pitego alkoholu (6, 7, 8).

Badania katamnesticzne z reguły są tak projektowane, by wykazały skuteczność danego ośrodka terapeutycznego, trzeba jednak brać pod uwagę nie tylko efekty, ale i koszty (*cost effectiveness*). Bühringer (9) w pracy na temat wpływu picia kontrolowanego na kryteria oceny w badaniach katamnesticznych, zwraca całkiem słusznie uwagę, że „w badaniach katamnesticznych w centrum zainteresowania znajduje się odsetek pacjentów, którzy odnieśli sukces, co równa się trwałej abstynencji, a cała reszta uważana jest ogólnie za porażkę” (9: 71).

W wyżej wymienionych badaniach katamnesticznych możliwość picia kontrolowanego, jako pozytywnego wyniku leczenia, została potraktowana na ogół bardzo pobieżnie. Jedynie ostatnie katamnesticzne z Forel Klinik i Szpitala Wattwil odnoszą się wyraźnie do problemu picia kontrolowanego i do wyboru celu terapeutycznego.

W pierwszych przeprowadzonych przez ISPA badaniach katamnesticznych pacjentów z Forel Klinik uwzględniono zmienne związane z używaniem alkoholu i z jakością życia. Co ciekawe, za kryterium skuteczności leczenia przyjęto tu poprawę jakości życia, niezależnie od zmian w konsumpcji alkoholu. Jest to oczywiste w przypadku badania wyników leczenia innych chorób, natomiast w uzależnieniu od alkoholu uważano dotąd, nieco jednostronnie, że sukcesem terapeutycznym może być jedynie zmiana zachowania w odniesieniu do picia. Zmienne związane z używaniem alkoholu analizowano w 3 grupach: abstynentów, osób używających alkoholu w sposób problemowy i pijących okazjonalnie. „Opcja «trzeciej drogi» pomiędzy całkowitą abstynencją a piciem problemowym wydaje się być możliwym długofalowym wzorem skutecznego zachowania. Dotyczy jednak specyficznej grupy diagnostycznej, jaką stanowią alkoholicy typu gamma, u których choroba alkoholowa nie przeszła jeszcze w stadium przewlekłe” (1: 26). Już w 1991 roku Spinatsch wysunął postulat, by koncepcję sukcesu terapeutycznego rozszerzyć o inne – poza piciem – ważne dziedziny życia.

Przeprowadzenie siedmioletnich wielośrodkowych badań katamnesticznych było postępowaniem nie tylko z metodologicznego punktu widzenia, lecz ze względu na rozszerzenie kryteriów sukcesu terapeutycznego, np. o subiektywnie odczuwaną jakość życia. Okazało się również, że znaczna poprawa jakości życia nie musi być koniecznie powiązana ze zmianą poziomu konsumpcji alkoholu; w 22% przypadków nawrotu (samoocena i/lub spożycie więcej niż 60 g czystego alkoholu dziennie przez kobiety lub 80 g przez mężczyzn) oceniano jakość życia jako znakomitą. W dyskusji na temat picia kontrolowanego istotny jest fakt, iż 24% mężczyzn oraz 27% kobiet można było zakwalifikować do grupy osób „spożywających alkohol w okresie po wypisaniu z ośrodka leczniczego (jednakże bez nawrotu choroby)”. Wnioski autorów są więc następujące: „Zidentyfikowanie stosunkowo dużej grupy osób (...) pozornie wolnej latami od nawrotów, mimo częściowo okazjonalnego, częściowo zaś częstego spożywania alkoholu wskazuje, że złamanie abstynencji nie musi zawsze oznaczać nawrotu uzależnienia (...). Możliwość powrotu do kontrolowanego spożywania alkoholu nie może być ignorowana przez osoby, udzielające alkoholikom pomocy profesjonalnej lub nieprofesjonalnej” (2: 20; 10).

Hasło przeprowadzonych parę lat później przez naukowców z Forel Klinik dużych badań katamnesticznych brzmi: „150 lat alkoholizmu: czy powraca temat picia kontrolowanego?”. W ramach tych badań picie kontrolowane zdefiniowano w sposób restrykcyjny według pięciu kryteriów:

- a) spożywanie maksymalnie 2 standardowych drinków dziennie przez kobiety lub 3 – przez mężczyzn,
- b) aktualnie brak abstynencji,
- c) brak epizodów upojenia alkoholowego od czasu wypisania z kliniki,
- d) maksymalnie trzydniowy nawrót choroby od czasu opuszczenia kliniki,
- e) bez oznak uzależnienia.

Warunki tej rygorystycznej definicji spełnia 5,8% ankietowanych; przypuszcza się, że odsetek ten jest jeszcze wyższy w grupie osób leczonych ambulatoryjnie (11:

46). Dalsze 40% pacjentów wykazuje pozytywną tendencję, co oznacza przynajmniej sześciomiesięczną abstynencję lub umiarkowane spożywanie alkoholu (11: 49). Porównanie grupy pacjentów pijących w sposób kontrolowany z abstynentami i z pijącymi dużo pokazuje, że ci pierwsi w wielu sprawach podobni są raczej do abstynentów. Mają przede wszystkim lepszą sytuację zawodową oraz wyższe poczucie własnej wartości (przekonanie o możliwości zachowania kontroli) (12). Z wcześniejszych badań wynika jednak, że wśród pacjentów, którzy jako cel terapii wybrali picie kontrolowane, wzrasta ponadprzeciętnie częstość występowania epizodów upojen alkoholowych, a także ryzyko nawrotu choroby (13). Możliwą interpretacją sugerującą, że pijący w sposób kontrolowany przed rozpoczęciem leczenia stacjonarnego w mniejszym stopniu byli poddani terapii wstępnej, należy jednak potraktować z dużą dozą ostrożności. Odrzucenie bądź akceptacja proponowanych możliwości terapeutycznych nie może być związane z zaawansowaniem uzależnienia.

W badaniach katamnesticznych Szpitala Wattwil picie kontrolowane zostało zdefiniowane jako spożycie nie przekraczające 20 cl wina lub 60 cl piwa dziennie u kobiet oraz 40 cl wina lub litra piwa u mężczyzn (następnie zostało to sprecyzowane jako „nie spożywanie więcej niż 16 gram czystego alkoholu dziennie w przypadku kobiet i 24 gram w przypadku mężczyzn”). Do dalszych kategorii zachowań należą obok „abstynencji”: „poprawa”, „spożycie bez zmian” oraz „pogorszenie”. Analiza badań pacjentów z lat 1992/1993 pokazała, że po 12 miesiącach odsetek pacjentów zaliczających się według definicji do pijących w sposób kontrolowany wynosił 9,3%, u 13,6% osób stwierdzono poprawę zachowań związanych z piciem (5: 51–53). W obserwacjach dalszych losów pacjentów leczonych w Oddziale Psychosomatycznym (PSA) stwierdzono, że odsetek osób kontrolujących picie wahał się między 5 a 23% (6, 7, 8). W doniesieniach prasowych wyniki te umieszczono pod tytułem „Dokładnie zdefiniowane”, gdzie czytamy: „Picie kontrolowane, jako dokładnie zdefiniowane spożycie alkoholu (co, ile, kiedy, z kim itd.), udaje się, jak wykazały również poprzednie lata, tylko niewielkiej liczbie osób uzależnionych od alkoholu – po roku jest ich już tylko pięć procent” (14).

Powyższy przegląd wybranych badań katamnesticznych pokazuje jak bardzo ocena (i propagowanie) picia kontrolowanego, jako możliwego i znaczącego wyniku terapeutycznego, zależy od przyjętych schematów postępowania. Dobrym tego przykładem jest porównanie Szpitala Wattwil z Forel Klinik. W raporcie z badań katamnesticznych Forel Klinik czytamy: „Celem udzielenia odpowiedzi na pytanie [jak duży jest odsetek osób kontrolujących picie w porównaniu z odsetkiem w Szpitalu Wattwil – przyp. aut.], w całej grupie ankietowanych przeprowadzona została klasyfikacja pijących w sposób kontrolowany według szerzej pojętej definicji Grethera i wsp., użytej w badaniach Szpitala Wattwil (...). Zabieg ten sprawił, że odsetek kontrolujących picie w Forel Klinik wzrósł z 5,8 do 30% – okazał się znacznie wyższy niż wśród badanych w Szpitalu Wattwil (9,3%)” (11: 48). Z reguły definicje picia kontrolowanego opierają się na ilości spożywanego alkoholu i uzupełnione są o dodatkowe kryteria, takie jak częstość picia, picie do stanu upojenia oraz obecność symptomów uzależnienia. Zgodnie z tą logiką, osoby z przerywanymi dłuższymi fazami

abstynencji oraz umiarkowanym spożyciem alkoholu w badaniach Forel Klinik będą należeć do „pijących w sposób niekontrolowany”.

2. Badania w sektorze ambulatoryjnym

Do chwili obecnej projekty badawcze zajmujące się głównie tematem picia kontrolowanego – poza kilkoma wyjątkami – w lecznictwie ambulatoryjnym praktycznie nie istnieją. Do tych wyjątków (w coraz większego znaczenia nabierającej dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej) należy dość już dawno przeprowadzone pionierskie badanie pt. „Samokontrola spożywania alkoholu u pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu” (15, 16, 17). Badanie jest próbą przetestowania możliwości i skuteczności interwencji w praktykach lekarskich, opierających się na idei picia kontrolowanego jako celu terapeutycznego we wczesnym stadium rozwoju uzależnienia. Zadaniem projektu było zbadanie, w jakich warunkach i z jakim skutkiem mogłyby zostać wprowadzone narzędzia do samoregulacji picia alkoholu u pacjentów lekarzy ogólnych.

Już wynik wstępnego rozpoznania sytuacji wśród lekarzy był bardzo interesujący: 84% pytanym oceniło metody samokontroli jako bardzo obiecujące (17: 136). Jednocześnie okazało się, że lekarze mają znaczne opory natury psychologicznej przed poruszaniem z pacjentami tematu picia alkoholu oraz przed zaproponowaniem im właściwego instrumentu samokontroli (16). Metody takie jak wywiad motywacyjny poprawiły nieco sytuację (18, 19).

W badaniu przeprowadzonym przez Noschisa wyróżniono, obok grupy kontrolnej, dwie grupy eksperymentalne. Pacjenci z grupy A zgłaszali się raz w miesiącu przez trzy miesiące na konsultacje i pomiar enzymów wątrobowych oraz prowadzili tzw. „pamiętnik picia” (*drinking diary*). Pacjenci z grupy B oddawali lekarzowi jedynie swój „pamiętnik”. W tym kontekście „kontrolowane spożycie alkoholu” zdefiniowano jako takie, które według lekarza nie szkodzi zdrowiu pacjenta. Ogólnie, poprawę zachowania w stosunku do picia stwierdzono u jednej czwartej pacjentów oraz poprawę klimatu terapeutycznego w obydwu grupach eksperymentalnych (17: 140).

Z punktu widzenia praktyki terapeutycznej doświadczenia Sondheimera stanowią jeszcze jedną ilustrację opisanej metody (20). Jako niezmiernie ważne dla warunków leczenia określa on życzliwe i neutralne podejście do pacjenta, łatwiej bowiem we wspólnej rozmowie z jego rodziną usunąć obiekcje co do celu terapii. Z pacjentem zawierana jest umowa w sprawie „picia kontrolowanego”, która określa maksymalną liczbę jednostek alkoholowych wypijanych dziennie (M: 3–4, K: 2–3 jednostki) oraz minimalną liczbę dni bez alkoholu (2 dni w tygodniu). Zależnie od wzoru konsumpcji pacjent może od początku terapii pić w sposób kontrolowany lub też rozpocząć picie kontrolowane po co najmniej trzymiesięcznej abstynencji. Sondheimer przeanalizował przebieg terapii wszystkich swoich pacjentów, leczonych z powodu choroby alkoholowej w okresie od lutego 1997 do października 1999 roku (20). Spośród 29 przeprowadzonych terapii w 20 przypadkach odniesiono, zgodnie z kryteriami Sondheimera, sukces terapeutyczny, z czego w sześciu – celem terapeutycznym była abstynencja, w 14 – picie kontrolowane. Sześciu pacjentów spośród

„pijących w sposób kontrolowany” zdecydowało się na prowadzenie „pamiętnika picia”, pozostali zrezygnowali z tego instrumentu pomocniczego. U 10 osób fazę umiarkowanego picia poprzedzała faza ograniczonej abstynencji. U pozostałych 9 pacjentów doszło do ponownego picia problemowego, w trzech przypadkach – sytuacja wyjściowa uległa nawet pogorszeniu.

Przeprowadzona ostatnio powtórna analiza statystyk pacjentów sektora ambulatoryjnego SAMBAD (Statystyka leczenia i opieki ambulatoryjnej z zakresie alkoholizmu i narkomanii) dostarcza po raz pierwszy wyczerpujących i reprezentatywnych danych – nie tylko na temat preferowanych przez pacjentów celów terapeutycznych, ale również na temat przyczyn ich wyborów (21). Analizy te opierają się na danych wyjściowych i końcowych dotyczących 14.799 osób, objętych narodowym ambulatoryjnym systemem monitoringu, zebranych w latach 1995–2001. Przy rozpoczęciu leczenia personel medyczny kwalifikuje deklarowany przez pacjenta cel terapii według następujących kategorii: „konsekwentna i nieograniczona abstynencja”, „czasowo ograniczona abstynencja”, „kontrolowane spożycie alkoholu”, „bez zamiaru ograniczenia spożycia alkoholu” oraz „niezdecydowany co do celu terapii”. W ankiecie na końcu leczenia przeprowadzono ponowną kwalifikację celów terapeutycznych według identycznych kategorii. Okazuje się, że przy rozpoczęciu leczenia ponad połowa pacjentów (55%) nie dąży do całkowitej abstynencji, tylko do abstynencji ograniczonej czasowo (22%) albo do picia kontrolowanego (19%); 13% pacjentów jest niezdecydowanych. (1,5%, tj. 221 osób „odważyło się” przyznać personelowi medycznemu, że wcale nie chcą zmieniać swojej konsumpcji – to intrygująca podgrupa, której cele nie związane ze zmianą spożycia alkoholu byłyby bardzo ciekawe do oceny.) Niezmiennie ważną rolę odgrywa jednak chęć utrzymania całkowitej abstynencji (45%) (21: 3–4).

Porównywalne dane niemieckie można znaleźć w nie opublikowanej jeszcze pracy dyplomowej S. Federa (*Cele dotyczące używania substancji psychoaktywnych u klientów stacjonarnych ośrodków leczenia narkomanii*), zawierającej badanie 82 pacjentów z bawarskiego ośrodka długoterminowej terapii narkomanii. Przeciwno abstynencji od alkoholu, jako celowi terapii, wypowiedziało się 86% pytanym, a umiarkowane spożycie jako cel terapeutyczny w przypadku marihuany wybrało 46%, w przypadku heroiny – 12% i w przypadku papierosów – 90% (22: 670–671).

Dokładne przyjrzenie się czynnikom determinującym wybór celu leczenia wykazało jednak, że decydującą rolę w tej kwestii odgrywają wcześniejsze doświadczenia z terapią, zachowanie przy poszukiwaniu pomocy oraz czynniki socjodemograficzne. Relatywizuje to więc znaczenie wybieranych celów terapeutycznych. Do całkowitej abstynencji dążą przede wszystkim pacjenci z doświadczeniem terapeutycznym zdobytym w grupach samopomocy (przypuszczalnie AA), propagujących abstynencję oraz w stacjonarnych oddziałach terapeutycznych i/lub kierowani do leczenia przez instytucje bądź lekarzy. I tak podczas gdy do kontrolowania picia dąży 30% tych, którzy do poradni trafili dzięki rodzinie czy pracodawcy, to wśród pacjentów skierowanych przymusowo lub przez lekarza czy instytucję jest ich w przybliżeniu o połowę mniej. Drugim ważnym czynnikiem wpływającym na wybór

celu terapeutycznego jest ocena dokonana przez terapeutę – czy mamy do czynienia z nadużywaniem alkoholu czy też z uzależnieniem. W analizie wielozmiennowej w przypadku diagnozy *uzależnienie* zarejestrowano o połowę mniej „picia kontrolowanego” lub „czasowo ograniczonej abstynencji” jako celów terapeutycznych niż w przypadku diagnozy *nadużywanie alkoholu* (21: 10–11). Ze względu na brak obiektywnych rozpoznań, otwartą kwestią pozostaje, w jakim stopniu dane pacjentów naprawdę odzwierciedlają niezależne pomiary, a w jakim – ujęte w ankiecie wybrane cele terapii są już wynikiem procesu negocjacji. W końcu można również zauważyć wpływ wieku pacjentów na wybór celu. U osób poniżej 30 r.ż. „picie kontrolowane” jako cel odgrywa znacznie ważniejszą rolę niż w innych grupach wiekowych (ok. 27% w porównaniu z ok. 18%); może mieć tu znaczenie obawa przed izolacją społeczną, wiążącą się z wyborem abstynencji jako celu terapii. Porównanie tych wyników z wynikami zebranymi na końcu leczenia, pozwala zauważyć wzrost liczby pacjentów dążących do umiarkowanego picia w przebiegu terapii – z 21 do 29%; podobnie wzrasta odsetek tych, którzy odrzucają jakiegokolwiek ograniczenia – z 1,4 do 4,5%. Jak przypuszcza Maffli, pacjenci w procesie leczenia zaczynają bardziej realistycznie oceniać swoje możliwości.

Przeprowadzone wśród pacjentów badanie statystyczne SAMBAD dostarcza pierwszych ważnych wskazówek, dotyczących różnicowania i indywidualizacji procesów terapeutycznych w sektorze ambulatoryjnym. Nadal jednak brakuje danych empirycznych na temat procesu terapeutycznego oraz dynamiki zmian celów terapeutycznych. Ogólnie rzecz biorąc, bardzo dużo osób dąży do umiarkowania jako celu terapii, zwłaszcza w grupie, do której z rzadka docierają propozycje leczenia. Dają się zauważyć także różnice w zasadach i filozofiach terapeutycznych pomiędzy leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym. Kwestie te zostaną dokładniej naświetlone w następnym części artykułu.

Osiągnięcie umiejętności picia kontrolowanego – techniki interwencyjne oraz doświadczenia kliniczne

1. Próby w leczeniu stacjonarnym

Oficjalną opinię na temat picia kontrolowanego w leczeniu stacjonarnym najlepiej oddaje stwierdzenie Knausa (12) „Cel «picie kontrolowane»: sensowny tylko w niektórych wyjątkowych przypadkach”. Ta ocena odnosi się, oczywiście, przede wszystkim do grupy bardzo wybiórczo rekrutowanych pacjentów, przebywających w klinikach specjalistycznych. Picie kontrolowane jako temat ma więc znaczenie przede wszystkim w leczeniu ambulatoryjnym. Pewien sceptycyzm oraz brak pewności terapeutów w stosunku do picia kontrolowanego jako celu terapii, trafnie ilustruje opis wyników badań katamnestycznych z Forel Klinik: „Dziwnym trafem rokowania pacjentów dążących do picia kontrolowanego zostały ocenione przez terapeutów Forel Klinik jako raczej niekorzystne. Staje się jasne, iż terapeuci mają trudności z ocenianiem tej grupy pacjentów” (11: 50). Jednocześnie picie kontrolowane zostało w zasadzie uznane przez wiodące kliniki specjalistyczne w niemiecko-

języcznej części Szwajcarii za możliwy cel leczenia i włączone do koncepcji leczniczej, jako część samodzielnego wyboru pacjenta. W koncepcji terapeutycznej Forel Klinik decyzja pacjenta dotycząca picia, opierająca się na kategoriach ABC (Abstinenz lebenslang, begrenzte Abstinenz, kontrolliertes Trinken – całkowita abstynencja, ograniczona w czasie abstynencja, picie kontrolowane) (23: 42–43), jest stale weryfikowana. Wielu pacjentów nie może sobie wyobrazić życia w całkowitej abstynencji po opuszczeniu kliniki. Jednocześnie placówki stacjonarne uznają abstynencję za główny cel terapii i wobec tego nie prowadzą prób ćwiczenia picia kontrolowanego. Przyjęto stanowisko, że „pacjentom, którzy zdecydowali się na picie kontrolowane i nie chcą się dalej identyfikować z nakazem abstynencji w klinice, proponuje się w pojedynczych przypadkach, dla konfrontacji z rzeczywistością, aby po zakończeniu leczenia stacjonarnego spróbowali pić w sposób kontrolowany w określonym czasie. Konieczne jest ustalenie w rozmowie z pacjentem, co dokładnie należy rozumieć pod pojęciem picia kontrolowanego” (23: 43).

Bardzo podobnie sytuacja przedstawia się w Südhang Klinik. W wewnętrznej gazecie kliniki picie kontrolowane – obok abstynencji – zostało zaakceptowane jako cel terapeutyczny. Równocześnie wysunięto przypuszczenie, iż szanse na sukces są większe, jeżeli od samego początku leczenia, a nie dopiero na końcu, zostaje obrany ten cel oraz jeżeli, w miarę możliwości, unika się ingerencji partnera w samokontrolę pacjenta. Wskazuje się tu także na ograniczenia metody picia kontrolowanego w ramach lecznictwa stacjonarnego: „Nie ma możliwości wypróbowania planu picia, uwzględniającego picie kontrolowane, podczas procesu leczenia (...), po wyjściu z kliniki ten plan może się okazać całkowicie lub częściowo nieadekwatny” (24).

Z ostatnio prowadzonych w Szwajcarii badań wielośrodkowych wynikają pierwsze ważne wskazówki, dotyczące znaczenia wyboru celu terapeutycznego w lecznictwie stacjonarnym¹. Opierają się one na danych uzyskanych od 791 pacjentów przed rozpoczęciem terapii w jednym z 12 niemieckojęzycznych stacjonarnych ośrodków terapeutycznych dla uzależnionych od alkoholu, następnie od 654 pacjentów po zakończeniu terapii oraz od 589 pacjentów w rok po zakończeniu terapii (jednoroczne katamnezy – dane, które mogą być zresztą porównane z danymi 3.700 pacjentów z 15 ośrodków w USA).

a) Przed rozpoczęciem terapii abstynencję jako cel leczenia podaje 75% pacjentów, natomiast picie kontrolowane – 25%, po zakończeniu terapii jako cel na rok następny abstynencję podaje 78%, a picie kontrolowane – 22% (brak zmian istotnych statystycznie).

b) Pacjentom dążącym do picia kontrolowanego częściej zdarza się wypić alkohol w trakcie terapii (przynajmniej raz) (46%), niż pacjentom dążącym do abstynencji (38%).

c) Pacjenci dążący do picia kontrolowanego są bardziej niezadowoleni z terapii, uważają, że leczenie nie odpowiada ich wymaganiom, w przypadku ponownej

¹ Poniżej zostały opisane wstępne wyniki i analizy sporządzone przez Franza Moggiego po zapoznaniu się z pierwszą wersją tego tekstu. Moggi prywatnie przekazał mi te dane drogą elektroniczną dnia 11 października 2004 r. (przyp. aut.)

hospitalizacji nie zdecydowałoby się na ten program terapeutyczny ani nie doradzałyby go przyjacielowi. Uważają też, że nie doszło do zgodności pomiędzy terapeutą i pacjentem w kwestii celu leczenia.

d) Pacjenci dążący do picie kontrolowanego jako celu terapii, w rok po jej zakończeniu częściej pili alkohol (przynajmniej raz) (88%), niż pacjenci zdecydowani na abstynencję (63%).

e) Pacjenci dążący do picia kontrolowanego jako celu terapii, w rok po jej zakończeniu w typowym „dniu picia” konsumują nieco więcej alkoholu (99 g) niż pacjenci dążący do abstynencji, u których nastąpił nawrót (95 g). Pacjenci dążący do picia kontrolowanego po opuszczeniu kliniki, wcześniej zaczynają pić alkohol niż pacjenci dążący do abstynencji, dłużej jednak kontrolują picie. Wyniki te wymagają dalszych analiz, ale wydaje się, że picie kontrolowane – niezależnie od postawionych celów terapeutycznych – staje się dominującym wzorcem picia po zakończeniu terapii.

Wracamy do pytania, czy i w jakim stopniu można znaleźć przykłady trenowania picia kontrolowanego w ramach leczenia stacjonarnego. W prowadzonym w Genewie na niewielką skalę eksperymentalnym projekcie, w ramach długoterminowego programu terapeutycznego „Le Petit-Beaulieu”, pacjenci podczas terapii wystawiani są w sposób kontrolowany na działanie pokus alkoholowych. A konkretnie: „Projekt eksperymentalny składa się z 6 sesji, podzielonych na dwie fazy. W fazie pierwszej prowokuje się chęć wypicia alkoholu poprzez pokazanie alkoholu pacjentowi i jednocześnie wywołuje się trudne stany emocjonalne związane z piciem. W fazie drugiej poszukuje się alternatywnych, do upicia się, strategii radzenia sobie w takiej sytuacji. Dzięki tym ćwiczeniom pacjent nabiera pewności siebie, która sprzyja ograniczeniu ryzyka nawrotu” (25).

Analogicznie do metadonowych lub heroinowych programów substytucyjnych, można znaleźć przykłady kontrolowanego wydawania pacjentom alkoholu w domach opieki i hospicjach. W tym zakresie pionierem w Szwajcarii jest od 1976 roku jurajski Hospiz Le Pre-aux-Boeufs: „Hospicjum Le Pre-aux-Boeufs jest stacją końcową, gdzie nawet tak zwane przypadki beznadziejne mogą zostać zintegrowane we wspólnocie. Od czasu do czasu zdarza się nawet, że ktoś odchodzi stąd z bardziej pozytywnym nastawieniem do życia” (26). Przyczyny tych pozytywnych doświadczeń upatruje się również w dostępności alkoholu w ośrodku: „Decyzja ta wpłynęła znacząco na uspokojenie atmosfery. Bo jaki to ma sens, gdy ludzie muszą pić po kryjomu?” (26: 74).

Innym przykładem ośrodka, w którym nie dąży się do abstynencji jest *Werk- und Wohnhaus zur Weid (WWW-Rossau)* – hostel prowadzony przez Wydział Spraw Społecznych miasta Zürich. W historii tej instytucji, w rozdziale „Abstynencja jako wytyczna” napisano: „Z historycznego punktu widzenia, w domach pomocy dla mężczyzn przyjęto zasadę abstynencji, jednak mimo tego dążenia ciągle zdarzały się ustępstwa wobec siły uzależnienia. W związku z tym, ośrodek Rossau można scharakteryzować jako pioniera w akceptacji kontrolowanego obchodzenia się ze środkami uzależniającymi przez osoby podlegające jego opiece” (27: 64).

Przykładem kontrolowanego wydawania alkoholu osobom uzależnionym jest dom opieki społecznej w Meklenburgii–Pomorzu Przednim w Niemczech. Przy przyjęciu

nie wymaga się od pacjenta uzależnionego od alkoholu zobowiązania do zachowania abstynencji. Założono, iż wydawanie alkoholu ułatwia opiekę, podobnie jak w przypadku przepisywania metadonu. Tak jak w programach substytucyjnych, występuje tu problem dodatkowego spożycia i dlatego wyciągnięto analogiczne wnioski: „Ogólnie rzecz biorąc, koncepcja opiekuńcza zezwalająca na instytucjonalnie kontrolowane spożycie alkoholu (*drinking under control*) zdała egzamin (...). Koncepcja ta jest kompromisem – oznacza rezygnację z wielokrotnych, pozbawionych szans terapii, w których dąży się do abstynencji i powrotu do społeczeństwa, na rzecz zapobiegania zupełnemu upadkowi i wylądowaniu w ryszotoku” (28: 240).

Warunki wydawania alkoholu i występujące przy tym trudności opisano w sposób następujący: „Przy zezwoleniu na picie muszą być wzięte pod uwagę aspekty zdrowotne, nie można dopuścić do powstania nowych szkód. Codzienna dopuszczalna ilość alkoholu ustalana jest dla każdego indywidualnie i określana przez kierownictwo personelu pielęgniarskiego, w porozumieniu z zaufanym lekarzem, w zależności od stanu zdrowia, objętości ciała, wieku i płci. Ilość maksymalną stanowią trzy butelki piwa dziennie, minimalną – trzy butelki piwa na tydzień. Określona dla danej osoby ilość alkoholu wydaje się sukcesywnie w porcjach w ciągu dnia, np. trzy razy po jednej butelce. Płacenie za alkohol jest możliwe dzięki regule zapewniającej pacjentom kieszonkowe. Oddawana miesięcznie do dyspozycji kwota musi być limitowana, a cel jej użycia zdefiniowany. Podobne domy opieki muszą się znajdować w «korzystnym» otoczeniu, tzn. w pobliżu nie powinno być restauracji/barów oraz punktów sprzedaży alkoholu. Picie kontrolowane wymaga stałej oceny stanu psychicznego pacjenta. Ogólnie rzecz biorąc, koncepcja opiekuńcza zezwalająca na instytucjonalnie kontrolowane spożycie alkoholu zdała egzamin” (28: 234, 235).

Na koniec należałoby wspomnieć, że Katolickie Towarzystwo Opieki nad Mężczyznami z Monachium (KMFV) razem z Quest Akademie z Heidelbergu w maju 2003 roku wylansowały projekt o nazwie „Walk” („Wohnungslosigkeit und Alkohol” – „Bezdomność i Alkohol: wprowadzenie do pracy w ośrodkach pomocy dla bezdomnych należących do KMFV”) (www.kontrolliertes-trinken.de/www.kontrolliertes-trinken.ch). Wśród bezdomnych bardzo często występuje uzależnienie, a niekontrolowane spożycie alkoholu znacząco utrudnia życie w społeczeństwie. Ośrodki pomocy dla bezdomnych koncentrowały się dotychczas głównie na pośredniczeniu w zdobywaniu przestrzeni mieszkalnej, a mniej na problematyce uzależnień, często leżącej u podstaw bezdomności. Z tego powodu, w ramach środków rozwojowych organizacji, projekt „Walk” wziął sobie za cel szkolenie personelu pedagogicznego KMFV, aby byli w stanie – w rozmowach z bezdomnymi, którymi się zajmują – podejmować problematykę alkoholową, wspierać ich motywację do zmian i pomóc im w osiągnięciu zmniejszenia spożycia alkoholu lub abstynencji. Od lipca 2003 do lutego 2004 roku 80 pedagogów zostało przeszkolonych zarówno w technikach wywiadu motywacyjnego (*motivational interviewing*), jak i w prowadzeniu programów pracy z uzależnionymi „na otwartych celach” (*zieloffene Suchtarbeit*). W międzyczasie we wszystkich 12 ośrodkach KMFV zostały wprowadzone i realizowane programy picia kontrolowanego. Projekt „Walk” podlega stałej ocenie i wspar-

ciu naukowemu. Pierwsze doświadczenia wskazują na znaczne zainteresowanie klientów oraz na ogólnie pozytywne rezultaty działań w grupach z programem picia kontrolowanego.

W ramach ogólnego zróżnicowania w lecznictwie stacjonarnym, dotyczącego czasu trwania leczenia oraz podziału na grupy terapeutyczne, picie kontrolowane związane z całościowo zorientowaną definicją sukcesu terapeutycznego, odnalazło tu swoje miejsce. Nie ma jednak ani specjalnych grup, ani cząstkowych programów terapeutycznych dla pacjentów dążących do kontrolowania picia. Zgłaszane są bowiem wątpliwości co do tego, że pacjenci którzy mają za cel abstynencję mogliby zostać zdemotywowani, a nawet zagrożeni przez inne programy realizowane pod jednym dachem.

W definicji *picia kontrolowanego* na pierwszy plan wysuwa się w istocie *ilość pitego alkoholu* oraz *wzór picia* po opuszczeniu kliniki („ograniczenie konsumpcji alkoholu”). „Zaostrzenie” definicji przez dodanie dalszych kryteriów, poza ilością i wzorem picia, sprawia, że odsetek sukcesów terapeutycznych jest raczej niewielki, co z kolei bywa wykorzystywane do przedstawiania opinii publicznej picia kontrolowanego jako zjawiska wyjątkowego. Jednocześnie z perspektywy terapii behawioralnej w lecznictwie ambulatoryjnym oraz z punktu widzenia polityki prewencyjnej (29, 30), picie kontrolowane postrzegane jest bardziej ambitnie, jako indywidualna *strategia* konsekwentnego *realizowania planu picia* (*drinking plan*). W kwestii czy i jak dokładnie jest to praktykowane przez pacjentów wypisanych ze szpitala, brak jeszcze empirycznych badań, nie licząc badań na temat spontanicznych remisji czy samoleczenia (por. 31, 32).

Odrębnym zagadnieniem jest rzadko dotychczas stosowane *instytucjonalnie kontrolowane wydawanie alkoholu* (picie pod kontrolą). Redukuje ono dostępność środka uzależniającego oraz, być może, pacjentom opornym na leczenie otwiera drogę do ambitniejszych programów terapeutycznych. Podobieństwo do metody „ograniczania szkód” w przypadku narkotyków jest oczywiste.

Ze względów politycznych i organizacyjnych te trzy perspektywy nie są ze sobą związane. Kontrolowane wydawanie alkoholu nie jest powiązane z systematycznym ćwiczeniem picia kontrolowanego, gdyż jak dotychczas jest ono praktykowane (jeśli w ogóle) jedynie w pojedynczych hospicjach i domach opieki. Zasadniczo pacjenci mają wolny wybór w określeniu celu terapii, ale w klinikach specjalistycznych picie kontrolowane pozostaje „ćwiczeniem na sucho”, chociaż wypróbowanie czy wprowadzanie poprawek we wzorach picia lub w strategiach kontroli, właściwie najlepiej sprawdzałoby się w chronionych stacjonarnych warunkach, pod okiem profesjonalistów. Doświadczenia zdobyte w domach opieki mogłyby być źródłem ważnych wskazówek dla praktycznej organizacji kontrolowanego wydawania alkoholu w modelu przyszłych klinik specjalistycznych. W swoim wkładzie do dyskusji, pt. „Realistyczne cele i adekwatne metody w medycynie uzależnień – wyjścia z pułapki abstynencji”, dotyczącym w zasadzie również legalnych narkotyków, Meili i Eyal (33) zaznaczają, że: „Podział lecznictwa uzależnień na stacjonarne dążące do abstynencji oraz ambulatoryjne oparte na substytucji środka jest historycznym błę-

dem. Przecież to instytucja – przede wszystkim w stacjonarnym programie terapeutycznym – definiuje główny cel leczenia, w tym przypadku abstynencję. Potrzebna jest (...) zmiana całego toku myślenia. Podobnie, jak w przypadku każdego innego schorzenia, i tu trzeba dysponować optymalnymi metodami i technikami leczenia we właściwych warunkach terapeutycznych” (33: 1).

2. Próby w leczeniu ambulatoryjnym

W Szwajcarii już pod koniec lat 80. przedstawiony został przez zespół Polli, Ketterer i Weber (34) program kursu „Picie kontrolowane”, którego celem było nauczenie się kontrolowania picia (w kolejnych wydaniach udoskonalony i uszczegółowiony). Program ten dzieli się na siedem jednostek kursowych i cztery kroki terapeutyczne (zebranie danych wyjściowych, określenie ilości dozwolonego alkoholu, 12-tygodniowy program samokontroli, odniesienie sukcesu przez zachowanie kontroli) i prowadzony jest jako terapia indywidualna bądź grupowa. Po określeniu punktu wyjścia zalecany jest czas abstynencji (dwie jednostki kursowe), by umożliwić następnie, przy uwzględnieniu różnych środków pomocniczych (formularz kontroli spożycia, pisemna umowa), krótko- i średnioterminowe sprawdzenie strategii i metod dotrzymania maksymalnych limitów spożycia alkoholu. Chodzi o zbilansowanie dotychczasowych osiągnięć i porażek w kontrolowaniu picia (35). Co do rozpowszechnienia i zastosowania tej metody w praktyce terapeutycznej brak jest na razie danych. Możliwe, że metoda ta pojawiła się „zbyt wcześnie” i że koniec lat 80. nie był dobrym czasem dla tak innowacyjnych pomysłów.

Realizowany od października 1999 roku w Niemczech przez Joachima Körtela, oparty na podręczniku, program przekazywania kompetencji do samokontroli picia o nazwie „Ambulatoryjny program grupowy picia kontrolowanego” (*AkT – Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken*). Program jakkolwiek w wielu punktach podobny do swego szwajcarskiego poprzednika, wywołał jednakże niewspółmiernie większy odzew w krajach niemieckojęzycznych. O picciu kontrolowanym możemy mówić, gdy „dana osoba trzyma się w picciu wcześniej ustalonego planu bądź reguł. Picie kontrolowane określa się więc jako zdyscyplinowane, planowane i limitowane spożywanie alkoholu” (36). Program ułożony przez Joachima Körtela streszczono krótko w poniższym przeglądzie (patrz także 22, 37, 38, 39, 40, 41).

Części składowe treningu picia kontrolowanego według Körtela (24):

- przyswojenie podstawowych informacji na temat alkoholu,
- obserwacja, rejestrowanie i analiza zachowań wobec alkoholu,
- określenie celów spożycia,
- wybór strategii ograniczenia spożycia,
- stworzenie systemu nagród,
- uczenie bezalkoholowych form organizowania sobie czasu wolnego,
- zdobywanie umiejętności radzenia sobie z trudnościami bez alkoholu,
- stworzenie planu awaryjnego do radzenia sobie z niepowodzeniami i nawrotami.

Ważnym środkiem pomocniczym przy picciu kontrolowanym jest *pamiętnik picia*. Składa się z tabeli, w której po stronie lewej wypisane są dni tygodnia, a w główce

znajdują się następujące rubryki: dzień tygodnia, godzina, rodzaj i ilość alkoholu, liczba jednostek standardowych planowanych/wypitych (1 jednostka standardowa alkoholu = 10 cl wina, 2 cl wódki lub 30 cl piwa), miejsce, obecne osoby, bodziec i spełnienie własnych założeń.

Następnym koniecznym instrumentem przy picciu kontrolowanym jest plan picia:

- rodzaj alkoholu, np. bez napojów spirytusowych i nie w celu zaspokojenia pragnienia,
- ilość, np. górna granica nieszkodliwego dla zdrowia dziennego spożycia alkoholu według WHO wynosi: 40 g w przypadku mężczyzn lub 20 g w przypadku kobiet,
- prędkość picia, np. powoli, małymi łykami, z przerwami,
- częstość, np. 1–2 dni abstinencji w tygodniu,
- czas, np. nie w czasie pracy, nigdy na pusty żołądek,
- miejsce, np. nie tam, gdzie wcześniej chętnie piłem,
- otoczenie, np. nie w samotności,
- samopoczucie, np. nie, gdy czuję się źle, nie, gdy pragnienie alkoholu jest szczególnie silne,
- inne, np. nigdy razem z lekami.

Znane są już wyniki rocznej katamnezy, analizującej losy 58 uczestników pięciu grup AkT z Norymbergii (42). Wśród uczestników znajdowało się 21 kobiet oraz 32 mężczyzn (średnia wieku 48 lat). Na początku programu postawiono diagnozę nadużywania alkoholu w 18 przypadkach, zaś w 34 – uzależnienia od alkoholu. Nigdy przedtem nie było leczonych z powodu problemów alkoholowych 30 z 58 osób. Pięć osób przerwało program przedwcześnie, dwie z nich zmieniły cel terapii na abstinencję. 12 miesięcy po zakończeniu programu sukces terapeutyczny zarejestrowano średnio w 58% przypadków, 8% pacjentów utrzymywało abstinencję, u 25% odnotowano ponad 50-procentową redukcję pierwotnego spożycia alkoholu, jedna piąta ograniczyła spożycie alkoholu o 30–50%. U jednej czwartej badanych nie odnotowano żadnej lub prawie żadnej poprawy. O losach pozostałych 17% brak danych.

Program wymaga dalszych pogłębionych badań ewaluacyjnych, nie było to jednak przeszkodą w jego wprowadzeniu i realizacji poza granicami Niemiec. W ramach specjalistycznych konferencji – np. konferencji w maju 2001 r. *Picie kontrolowane: iluzja czy opcja terapeutyczna?* (43) lub w październiku 2003 r. w Wyższej Szkole Pracowników Społecznych w Lucernie *Trening prewencji nawrotów STAR* – certyfikat trenera w programie AkT uzyskało w Szwajcarii 30 osób (w Niemczech 400) (44: 9).

W uzupełnieniu programu AkT zastosowano także metody biblioterapeutyczne. Na podstawie kieszonkowej książki Heila i Jaenscha (1978) *Mniej alkoholu – program samokontroli*, Körkel napisał *Program 10 kroków do samodzielnego nauczenia się picia kontrolowanego*, łatwo dostępny również w internecie (www.kontrolliertes-trinken.de; www.kontrolliertes-trinken.ch). Program składa się z wykonywanego na początku testu dotyczącego konsumpcji alkoholu i z 10 modułów pracy własnej. Jego realizacja trwa około trzech miesięcy, przy tygodniowym nakładzie pracy wynoszącym godzinę albo dwie. Skierowany jest do osób, które doświadczają

problemów alkoholowych o różnym stopniu ciężkości i odrzucają, przynajmniej początkowo, abstynencję jako cel terapii. Pierwsze wyniki „Programu 10 kroków” zanotowano dla okresu od października 2002 do czerwca 2003 roku (45). W tym czasie 151 osób zamówiło program przez internet i zgodziło się na wypełnienie anonimowej ankiety. Po około 4 miesiącach osoby te otrzymały *online* ankietę, którą wypełniło i odesłało 57 osób (38%). Do czasu otrzymania ankiety 35 z 57 respondentów przerobiło podręcznik, wśród nich znajdowało się 13 kobiet i 22 mężczyzn, średnia wiekowa wynosiła 46 lat. Większość ankietowanych (78%) żyło w trwałym związku, prawie 2/3 miało dzieci, a około 80% osób w czasie przeprowadzania ankiety pracowało zawodowo. Prawie 3/4 ankietowanych nie korzystało nigdy dotąd z innych form pomocy w celu przezwyciężenia problemu z alkoholem. Po przerobieniu podręcznika internetowego, u osób pijących mniej niż 800 g tygodniowe spożycie alkoholu spadło o około 50%, w przypadku spożycia 800 g i więcej – o 30 do 50%. Około 2/3 korzystających z podręcznika samopomocy poleciłoby go innym bez zastrzeżeń. Wymagana duża samodyscyplina jest akceptowana przez część osób jako zło konieczne, inni natomiast uważają ją za nadmierne wymaganie.

Niemieckie Federalne Centrum Oświaty Zdrowotnej (BGA) w 2001 roku wydało broszurę, zawierającą rady dotyczące odpowiedzialnego picia alkoholu, bez używania jednak pojęcia „picie kontrolowane”. Pierwsze grupy samopomocy dla osób pijących w sposób kontrolowany powstały w Norymberdze, Bielefeldzie, Duisburgu, Stuttgartarcie i innych niemieckich miastach. Pracują według programu AkT lub PEC-PAK (*Psychoedukacyjny program grupowy w przypadku problemowego używania alkoholu*) (46). Dalej idącym krokiem – co widać na przykładzie szwajcarskiej kampanii społecznej, w latach 2002–2006 w kantonie Schwyz, dotyczącej polityki alkoholowej „Picie za dużo” – jest włączenie w spójną ofertę prewencyjno-terapeutyczną programów terapii behawioralnej dążących do nauczenia picia kontrolowanego, takich jak AkT. Obok specyficznych projektów profilaktycznych oraz niskoprogowej oferty informacyjnej odnoszącej się do ryzykownego spożywania alkoholu, w modułach „poradnictwo”, „prewencja” i „informacja alkoholowa” proponowany jest ambulatoryjny grupowy program picia kontrolowanego AkT (47: 3)

Mniej znaną, niż program AkT Körtkela, jest koncepcja terapeutyczna przedstawiona przez Arend (48) i oparta na teoretycznym modelu procesu terapeutycznego (49). Koncepcja ta obejmuje następujące elementy: pierwsza rozmowa (pierwszy kontakt), faza początkowa (m.in. wypracowanie wzorca podejmowania decyzji oraz przeniesienie odpowiedzialności za cel terapeutyczny na klienta), leczenie objawowe (rozwój kompetencji do samozarządzania) i tak zwane „leczenie nieobjawowe” (rozwój zdolności intra- i interpersonalnych za pomocą treningu relaksacyjnego, treningu rozwiązywania problemów, treningu asertywności, poradnictwa w zakresie stylu życia) (50: 228). Metoda ta przez wiele lat była stosowana w poradni „Die Bruegg” (Neunkirchen, Niemcy): pacjenci nie byli tu rekrutowani dla nauki picia kontrolowanego, ale terapeuci pozostawiali im wolny wybór w określeniu celu terapeutycznego. Ważną nauką płynącą z praktyki klinicznej jest rezygnacja na początku terapii z ustalania zbyt sztywnych ograniczeń dotyczących spożycia alkoholu

(np. 20 g względnie 40 g czystego alkoholu dziennie według standardów WHO). Arend ujmuje istotę tego całkowitego zindywidualizowania procesu terapeutycznego w sposób niemal prowokacyjny: „Z punktu widzenia doświadczeń praktycznych można stwierdzić, iż nie istnieje coś takiego jak picie kontrolowane, a jedynie ustalone indywidualnie dla danego klienta górne granice spożycia alkoholu, ze specyficznymi regułami kontroli” (50: 233). Przetłumaczono na język niemiecki podręcznik „Guided Self Change” (51) i wykorzystywano go w poradnictwie w Szwajcarii.

Sprzeczne koncepcje dotyczące uzależnienia od alkoholu: debata na temat picia kontrolowanego w Szwajcarii i w Niemczech

W tej części artykułu zostanie przedstawiony krótki przegląd dotyczący cyklicznie powracającej debaty publicznej na temat picia kontrolowanego w Szwajcarii i w Niemczech.

Opis przebiegu debaty na temat picia kontrolowanego w Europie można znaleźć w pracy Bertenghiego (52: 40–48) oraz u Kōrkela (22), który propaguje programy picia kontrolowanego (a więc jest stroną zainteresowaną). Według nich można różnić dwie fazy zainteresowania tematem picia kontrolowanego: w latach 70. i na początku lat 80. Pierwsza ożywiona dyskusja miała miejsce po zakończeniu badań Daviesa (*landmark study*, 1962) i była wywołana przede wszystkim pojawieniem się sprawozdania „RAND report” (53, 54, 55, 56, 57) oraz pierwszych badań dotyczących picia kontrolowanego Sobella i Sobell (58, 59). W 1978 roku Sondheimer – dyrektor medyczny szwajcarskiej Forel Klinik – w oficjalnym oświadczeniu podczas debaty pt. *Picie kontrolowane – alternatywa pełnej abstynencji dla alkoholiczków?* (60) wyraził swoją ostrożną aprobatę: „Naszym zdaniem prawdziwe jest twierdzenie, że przy wczesnym rozpoznaniu zagrożenia uzależnieniem od alkoholu, po przewyciężeniu obciążających objawów i problemów, możliwy jest powrót do umiarkowanego picia. I dlatego nie wątpimy, iż niewielki odsetek osób z określonym typem uzależnienia, po zakończonym leczeniu lub po tak zwanym spontanicznym uzdrowieniu, może powrócić do spożywania alkoholu jak każda inna osoba” (60: 13).

Temat picia kontrolowanego powrócił jesienią 1976 roku i pojawił się w wielu szwajcarskich gazetach, jak również na międzynarodowym kongresie terapii behawioralnej w Wiedniu we wrześniu 1978 roku (np. 61). Na naukowe badania długoterminowe dotyczące remisji spontanicznych, postulowane przez Sondheimera, trzeba było poczekać aż do 1989 roku (31, 32, 62, 63).

Typowymi argumentami przemawiającymi za piciem kontrolowanym była większa akceptacja społeczna oraz uniknięcie stygmatyzacji, atrakcyjność celu terapeutycznego i związane z tym korzyści programów niskoprogowych. Przeciwnicy natomiast utrzymują, iż to właśnie koncepcja choroby przeciwdziała stygmatyzacji, podkreślają, że abstynencja jako cel terapii jest prostym i zrozumiałym przekazem, działającym odciażająco na najbliższe otoczenie pacjenta oraz że przy akceptacji picia kontrolowanego, grupy samopomocy dążące do abstynencji nie mogłyby

wspierać pacjentów po zakończeniu leczenia (64: 97). Ostatecznie mamy do czynienia z dwiema przeciwstawnymi koncepcjami: medyczną, progresywną koncepcją choroby z tezą o utracie kontroli oraz socjologiczną związaną z teorią uczenia. Zgodnie z tymi koncepcjami nawrót choroby postrzegany jest albo jako katastrofa, albo też jako szansa na wyciągnięcie wniosków na przyszłość (65: 55), co może być wspomagane przez odpowiednie programy profilaktyczne (22: 679). Watzl tak opisuje nastrój debaty w Niemczech, debaty, która i w ówczesnej NRD nie przeszła bez echa (66): „W emocjonalnie zabarwionych kontrowersyjnych dyskusjach zwolennicy picia kontrolowanego byli podejrzewani o nieodpowiedzialny «rewolucjonizm», natomiast sceptycy zostali określani mianem «dalekich od rzeczywistości reakcjonistów». Dyskusje te nie oszczędziły nawet ośrodków terapeutycznych, chociaż nie jest nam znany żaden stacjonarny program terapeutyczny w RFN oferujący w sposób konsekwentny picie kontrolowane jako cel terapii” (67: 99).

Pod koniec lat 90. – przede wszystkim w związku ze stworzonym przez Kőrkelę programem AkT – wybucha ponownie burzliwa debata, odbijająca się echem również w prasie, na przykład w *Der Spiegel* w 2000 roku czy w *Psychologie Heute*. Pięć największych organizacji samopomocowych reaguje gwałtownym, kategorycznym odrzuceniem: „Opartą na doświadczeniach i tym samym udowodnioną koniecznością utrzymywania całkowitej abstynencji przez alkoholików należy stale głosić i bardzo wyraźnie podkreślać. Niżej podpisani sprzeciwiają się jednomyślnie i zdecydowanie jakimkolwiek podważaniu tej konieczności w odniesieniu do pacjentów uzależnionych od alkoholu. Pacjentom tym – mimo odmiennych opinii niektórych naukowców – nie pozostaje nic innego, jak po przyznaniu się do uzależnienia, zdecydować się na całkowitą abstynencję od środka uzależniającego” (68: 3).

Opór wobec picia kontrolowanego zostaje zorganizowany również przez „Private Aktion gegen Alkoholismus” (Prywatna Akcja przeciwko Alkoholizmowi), która występuje z kampanią pod hasłem „Picie kontrolowane ... jak długo?” i naświetla sytuację przede wszystkim z perspektywy samych chorych (52: 45–46). W Niemczech naukowe polemiki na ten temat częściowo znajdują – kontrowersyjne zresztą – odbicie w numerze specjalnym czasopisma *Sucht* 2001 (47/4, np. w „Petry przeciwko Springer & Kőrkel”) (69, 70, 71).

W Szwajcarii, jak już wspomniano, program AkT został ogólnie dobrze przyjęty i zaakceptowany w praktyce klinicznej, a temat picia kontrolowanego był poruszony przez organizację skupiającą fachowców z dziedziny alkoholizmu i innych uzależnień (Fachverband A+S) na obradach w 1989 roku. W Szwajcarii Zachodniej w 2002 r. na międzynarodowym kongresie w Lozannie zajęto się również tematem krótkich interwencji i wywiadu motywującego. Organizacja GREAT (Fachverband) zorganizowała w styczniu 2003 roku spotkanie robocze pt. „La consommation controle d'alcool: un concept, un moyen? Pour quel public?” i w ramach aktualnych fachowych publikacji zajęła się pytaniem: „Picie za dużo, to znaczy ile?” (72). Do debaty dołączyły się głosy z Belgii (73) i z Kanady (Quebec) (74). W końcu tematem zainteresowała się grupa robocza Federalnej Komisji do spraw Problemów Alkoholowych (EKA) zajmująca się sprawami terapii, jak również Federalny Urząd

do spraw Zdrowia (BGA), zlecając na przykład przygotowania tego przeglądu. Debata w Szwajcarii, inaczej niż w Niemczech, wydaje się być bardziej pragmatyczna i rzeczowa; analogie do polityki narkotykowej i zastosowania strategii „ograniczenia szkód”, podobnie jak przy narkotykach, są może łatwiejsze do zauważenia niż w innych krajach.

Picie kontrolowane na tle zmieniających się systemów leczenia uzależnień

Zarówno w Szwajcarii, jak i w wielu innych krajach, można zauważyć ogólny trend do indywidualizacji i otwarcia się systemów leczenia uzależnień. I jak wcześniej typowe były takie konstrukcje terapeutyczne jak „łańcuch terapeutyczny”, z zaprogramowanymi procedurami kierowania pacjenta i sztywnymi rocznymi pobytami, tak teraz regułą jest bezpośrednie podejście do pacjenta i otwartość systemu.

Indywidualizacja ta przejawia się w możliwości współuczestniczenia pacjenta w określaniu celu terapeutycznego, z dyskutowanym tu piciem kontrolowanym włącznie oraz w odejściu od arbitralnego ustalania dawki w leczeniu substytucyjnym (terapia wspierana metadonem lub heroiną). Ogólnie rzecz biorąc, większego znaczenia nabierają placówki ambulatoryjne, ale również w lecznictwie stacjonarnym oferowane są programy terapeutyczne o różnym czasie trwania, w pewnym sensie „szyte na miarę” (75, 76, 77). Podejmowane są starania, by docierać do coraz to nowych grup docelowych, które jak dotąd nie korzystały z profesjonalnej pomocy. W połowie lat 90. Bühlinger pisał: „wcześniejsze ograniczanie zainteresowania terapeutycznego jedynie do ciężkich przypadków uzależnień uległo zmianie. Na pierwszym planie znalazła się obecnie kwestia objęcia opieką pełnego spektrum szkód zdrowotnych – psychicznych i społecznych, wynikających z używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych” (9: 70).

Nadal problematyczny wydaje się wspomniany wyżej podział filozofii terapeutycznych na filozofię sektora stacjonarnego, z jego dążeniem do całkowitej abstynencji oraz sektora ambulatoryjnego, charakteryzującego się większą różnorodnością celów i programów terapeutycznych. Jeden z zaangażowanych przez nas ekspertów trafnie ujmuje istotę tej krytyki i przedstawia ją w szerszym kontekście: „Systemy opieki, zaangażowane w leczenie uzależnień, praktycznie ze sobą nie współpracują i moim zdaniem nie są zbyt na siebie otwarte. Po zakończeniu leczenia stacjonarnego, prowadzi to często do przerwania terapii i niestety – do nawrotów choroby, których może udałoby się uniknąć przez zapewnienie fachowej opieki w ramach programu picia kontrolowanego. Wprowadzenie picia kontrolowanego do terapii stacjonarnej jest ... raczej niemożliwe (chyba że instytucjonalnie kontrolowanego wydawania alkoholu, a nie przez samego pacjenta) (...) jednocześnie da się zauważyć, że pierwszeństwo abstynencji jako celu terapeutycznego oraz brak stacjonarnych programów picia kontrolowanego nie jest przez klientów oceniane negatywnie. Otwarte pozostaje zatem pytanie, czy inne grupy pacjentów [dotychczas nie obejmowanych leczeniem – przyp. autora] zdecydowałyby się na terapię,

gdyby oferowane były programy picia kontrolowanego w chronionych warunkach stacjonarnych.”

W Szwajcarii w latach 90. trend postępującej integracji ofert terapeutycznych przeznaczonych dla alkoholików z ofertami adresowanymi do osób uzależnionych od nielegalnych narkotyków (model integracyjny), mógłby na dłuższą metę prowadzić do pożądanej dywersyfikacji propozycji terapeutycznych oraz do relatywizacji nakazu abstynencji (78). Chodzi przede wszystkim o to, by metody terapeutyczne były jak najmniej inwazyjne, by pozostawić pacjenta w jego własnym środowisku oraz by poprzez minimalne interwencje wspierać jego indywidualny potencjał, pomocny w rozwiązywaniu problemów. Odpowiada to wymogom modelu opieki kroczącej (79: 150).

Dotychczas bowiem oferty terapeutyczne docierały tylko do niewielkiej liczby osób, zmuszonych do rozwiązywania problemów związanych z alkoholem. Można to zaobserwować na przykładzie Niemiec, które mają bardzo dobrze rozbudowany system terapeutyczny. Jak pisze Petry (80) „W krajach niemieckojęzycznych, co należy ocenić bardzo krytycznie, nastawiona na abstynencję oferta terapeutyczna w sektorze ambulatoryjnym i stacjonarnym dociera maksymalnie do 20% potrzebujących. Paradoksem jest, że leczenie obejmuje jedynie wierzchołek góry lodowej, podczas gdy dla ogromnej, 2,7-milionowej, grupy nadużywających alkoholu nie ma żadnych propozycji terapeutycznych”. Można dodać, że w zakresie grup samopomocy jest również zbyt mała możliwość wyboru. Obok dużej liczby dążących do abstynencji grup AA – które mają bezpośredni wpływ na leczenie stacjonarne oraz na profesjonalny system terapeutyczny, także i w Szwajcarii (81, 82) – grupy samopomocy dla osób dążących do umiarkowania w picu (*moderation management*) są ciągle jeszcze egzotycznymi, pojedynczymi przypadkami.

Większa elastyczność i atrakcyjność w kwestii wyboru celu terapii, nie ograniczającego się jedynie do abstynencji, lecz uwzględniającego również zmniejszenie spożycia lub też redukcję szkodliwości picia – mogłaby rozszerzyć oddziaływanie całego systemu terapeutycznego. Młodzież i młodzi dorośli stanowią, na przykład, ważną grupę „zainteresowanych” piciem kontrolowanym.

Powołani przez nas eksperci zwracają uwagę – zresztą nie bez racji – na brak wystarczających podstaw naukowych dla zmian strukturalnych w całym systemie terapeutycznym: „Z różnych względów i mimo jej znaczenia dla polityki zdrowotnej, dziedzina uzależnień nie jest «lubianym» przez specjalistów polem działania. Również w Szwajcarii brakuje specjalistów, którzy mogliby opracować kryteria wdrożenia programów picia kontrolowanego, względnie abstynencji, do istniejącego systemu opieki zdrowotnej, i to nie tylko jako postulaty z perspektywy praktyki klinicznej, lecz na podstawie odpowiednich koncepcji teoretycznych. Byłoby to wszakże konieczne w celu różnicowania wskazań na podstawie uzasadnień naukowych”.

Należałoby również upowszechnić metodę wczesnej interwencji w opiece podstawowej, przy uwzględnieniu doświadczeń z wcześniejszych programów picia kontrolowanego, jak na przykład projekt pilotażowy Noschisa (15, 16, 17). Propagowanie

wśród lekarzy idei picia kontrolowanego, przez ulotki informacyjne w gabinetach lekarskich (*teachable moments*), porady z wykorzystaniem podręczników do programów samokontroli (np. program 10 kroków do samodzielnej redukcji spożycia alkoholu stworzony przez K rkela w 2001 roku), jest dzi s bardziej na czasie niż kiedykolwiek i stanowi wyzwanie dla medycznego systemu opieki (69).

Burzliwe dyskusje na temat picia kontrolowanego i kwestii do jakich grup pacjentów powinny byc skierowane takie programy nabierają innego znaczenia, gdy zaczniemy myśleć o leczeniu uzależnienia jako kontinuum – od samowyleceń z uzależnienia aż po leczenie z użyciem wyspecjalizowanych programów terapii uzależnień.

Podziękowania

Autor pragnie wyrazić swoją wdzi czno c wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania polskiej wersji tego artykułu. Szczególne podziękowania nale z  si  Justynie Klingemann, która zadbała o poprawną interpretacj  tego tekstu w jego polskiej wersji i Jackowi Moskalewiczowi za cenne uwagi dotyczące wyjątkowo trudnych fragmentów tekstu.

PIŚMIENNICTWO

1. Spinatsch M (1991) Die Prognose von Langzeitverl ufen für Drop-outs am Beispiel von station r behandelten alkoholabh ngigen M nnern in einer Deutschschweizer Klinik. *Drogalkohol*, 15, 13–28.
2. Maffli E (1996) 7 Jahre nach der stationären Behandlung: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnese von Alkoholabhängigen. *Abhängigkeiten*, 3, 5–25.
3. Christoffel U, Liechti U, Meyer T, Sieber M, Sondheimer G (1999) Kontrolliertes Trinken und Kontrollüberzeugungen. Ellikon a.d. Thur: Forel-Klinik, *Bulletin*, 2.
4. Meyer T, Müller R, Petry J, Nille U, Sieber M, Sondheimer G, Utz T, D rr M (red.) (2000) 150 Jahre Alkoholismus: Ist kontrolliertes Trinken wieder ein Thema? Ellikon a.d. Thur: Forel Klinik, *Bulletin*, 1, I.
5. Grether P, Worall H, Polli E (1997) Praxisberichte – Stationäre Kurzzeittherapie mit alkoholabhängigen Frauen und Männern in der Psychosomatischen Abteilung (PSA) am Spital Wattwil (SG) – Katamneseergebnisse der dreiwöchigen Behandlung. *Abhängigkeiten*, 1, 50–60.
6. Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung (2001) *PSA-Katamnese für das Jahr 2000*. Wattwil.
7. Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung (2002) *PSA-Katamnese für das Jahr 2001*. Wattwil.
8. Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung (2003) *Auswertung Statistik 2002*. Wattwil.
9. B hringer G (1996) Auswirkungen des kontrollierten Trinkens auf Beurteilungskriterien in Katamneseuntersuchungen – Einführende Anmerkungen zur Podiumsdiskussion. *Abhängigkeiten*, 2 (3), 69–74.
10. Maffli E, Wacker H-R, Mathey M-C (1995) *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz*. Schlussbericht eines durch die

- Schweizer Stiftung für Alkoholforschung und das Bundesamt für Gesundheitswesen geförderten Projektes. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
11. Sieber M (2000) Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Ergebnisse aus den Katamnesen der Forel Klinik. W: Meyer T, Müller R, Petry J, Nille U, Sieber M, Sondheimer G, Utz T, Dürr M (red.) *150 Jahre Alkoholismus: Ist Kontrolliertes Trinken wieder ein Thema?* Bulletin, 2, II, 45–50.
 12. Knaus A (2000) Ziel «kontrolliertes Trinken»: In manchen Fällen sinnvoll und trotzdem die Ausnahme – Forel Klinik veröffentlicht Studie zu umstrittenem Behandlungsangebot. *Standpunkte*, 4, 6–7.
 13. Sieber M, Baumann E, Deinlein W, Schiess U, Sondheimer G (1996) Abstinenz und Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen – Eine Katamnese von PatientInnen der Forel-Klinik. *Abhängigkeiten*, 3, 24–38.
 14. Toggenburger Zeitung (2004, 22.2.04) *Erfolge nach Alkoholkurzzeittherapie – Psychosomatische Abteilung des Spitals Wattwil weist für das Jahr 2002 wiederum ein eindruckliches Ergebnis aus.*
 15. Noschis K (1987) *Une approche thérapeutique nouvelle du buveur excessif oblige aussi à changer de héros de conte.* Paper presented at the Colloque «Manieres de Boire», Rennes.
 16. Noschis K (1988) Questions psychologiques autour de l'introduction d'un nouvel instrument thérapeutique pour buveurs excessifs. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, Mai, 182–187.
 17. Noschis K, Müller R, Weiss W (1989) Selbstkontrolle des Alkoholkonsums bei Patienten von Hausärzten: Vorstellung eines Forschungsprojekts. *Suchtprobleme & Sozialarbeit*, 3, 134–140.
 18. Sobell LC, Sobell MB (1995) *Guided Self-Change Clinical Treatment Manual*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
 19. Sobell LC, Sobell MB (1995) *Motivational strategies for promoting self-change: Dealing with alcohol and drug problems*. Instructional training video (videotape). Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
 20. Sondheimer G (2000) Kontrolliertes Trinken als Therapiewunsch vieler Menschen mit Alkoholproblemen. W: Meyer T, Müller R, Petry J, Nille U, Sieber M, Sondheimer G, Utz T, Dürr M (red.) *150 Jahre Alkoholismus: Ist Kontrolliertes Trinken wieder ein Thema?* Ellikon a.d. Thur: Forel Klinik. Bulletin, 2, Teil II, 65–80.
 21. Maffli E, Kuntsche S, Delgrande Jordan M (2003) *Drinking goals of outpatients with alcohol-related problems in the Swiss care supply*. Paper presented at the 29th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Kraków, Poland.
 22. Körkel J (2002) Controlled drinking as a treatment goal in Germany. *Journal of Drug Issues*, Spring, 667–688.
 23. Meyer T, Fehr M, Köhler C, Lang F, Peter B, Wolfensberger T (2000) *Therapiekonzept der Forel-Klinik*. Ellikon a.d. Thur: Forel-Klinik.
 24. Rondez M (2004) *Kontrolliertes Trinken -nur in manchen Fällen erfolgsversprechend.* Südhang ex press, Hauszeitschrift der Klinik Südhang, Kirchlindach, 97, 4–7.

25. Mori P (2002) *Le Petit-Beaulieu fete ses 10 ans*. Pulsations - Hôpitaux universitaires de Geneve, Janvier, 2.
26. Schweizer B (1998) Endlich Ruhe! Ein jurassisches Hospiz leistet Pionierarbeit in der kontrollierten Alkoholabgabe. *Die Weltwoche*, 74.
27. Huonker T, Schuppli M, Biasio F (2003) *Wandlungen einer Institution – Vom Männerheim zum Werk-und Wohnhaus*. Mettmenstetten: Werk -und Wohnheim zur Weid.
28. Ihlefeld U (1999) Kontrollierte Alkoholvergabe. W: Zerdick J (red.) *Entwicklungen in der Suchtmedizin*. 7. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS 6–8 November 1998 in Berlin. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, 233–243.
29. Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme SFA, & Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2004) *Alcool -trop, c'est combien? Ayez soif de modération*. Informationsbroschüre erstellt im Rahmen des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff».
30. Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme SFA, & Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2004) *Alkohol -wie viel ist zu viel? Auf's Mass kommts an!* Informationsbroschüre erstellt im Rahmen des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff».
31. Klingemann H (1990) „Der Freitag wo alles kaputt war“ oder „die Macht des Positiven“? Eine dimensionale Analyse „natürlicher Heilungen“ bei kritischem Alkohol-und Heroinkonsum. *Zeitschrift für Soziologie*, 19 (6), 444–457.
32. Klingemann H (1991) *Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland*. Paper presented at the 17th Annual Alcohol Epidemiological Symposium, Sigtuna, Sweden.
33. Meili D, Dober S, Eyal E (2004) Realistische Ziele und adäquate Methoden in der Suchtmedizin – Auswege aus der Abstinenzfalle. *SuchtMagazin*, 3, 3–10.
34. Polli E, Ketterer H, Weber E (1989) Kursprogramm Kontrolliertes Trinken. *Sozialarbeit & Suchtprobleme*, 3.
35. Polli E (1997) Kontrolliertes Trinken – Therapieziel Abstinenz und Kontrolliertes Trinken. *Eysenck-Journal*, 1, 77–102.
36. Körkel J (2003) Folien zur Präsentation: *Kontrolliertes Trinken = Kontrolliertes Risiko*. Paper presented at the 10th Stillberger Gespräche, 19 November 2003, Warstein.
37. Körkel J (2000) AkT: Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken. Grundlagen, Programmmerkmale und erste Befunde. *Konturen*, 21 (5), 18–12.
38. Körkel J (2000) Kontrollierter Alkoholkonsum – Strategien der Risikominderung. W: Heudtlass J-H, Stöver H (red.) *Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen*. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 148–178.
39. Körkel J (2003) Folien zur Präsentation: *Where research meets practice the case of moderation-focused treatment*. Paper presented at the Tenth International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, 4-8 September 2003, Heidelberg.
40. Körkel J, Langguth W, Schellberg B, Neu B (2002) Kontrolliertes Trinken als Ziel und als Weg – Zwei Fallvignetten. *Suchttherapie*, 3, 112–116.
41. Körkel J, Schellberg B, Haberacker K, Langguth W, Neu B (2002) Das «ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)». *Suchttherapie*, 3, 106–111.

42. Körkel J (2004) *Kontrolliertes Trinken: Grundlagen - Kompetenzen - Programme - Ergebnisse - Folgerungen*. Foliensatz. Heidelberg (D): GK Quest Akademie.
43. Bötschi M (2001) Kontrolliertes Trinken: Illusion oder Behandlungsoption? *Verbandszeit-schrift des Blauen Kreuzes*, 106, 1–3.
44. Körkel J (2003) *Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Sich ergänzende Ziele in der Sucht-behandlung*. Unpublished manuscript.
45. König D, Wehmhöner M (2004) Das 10-Schritte-Programm zum kontrollierten Trinken. *Die BKK*, 3, 115–118.
46. Wessel T, Westermann H (2002) Problematischer Alkoholkonsum – Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. *Suchttherapie*, 3, 97–102.
47. Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons Schwyz. (2002) *Drinking too much? Ein alko-holspezifisches Kommunikationsprojekt 2002–2006 im Kanton Schwyz*.
48. Arend H (1991) Kontrolliertes Trinken: Ein alternatives Therapiekonzept für die Behan-dlung von Problemtrinkern. W: Hoellen B (red.) *Aspekte der Klinischen Psychologie. Fest-schrift für Prof. Dr. Josef Laux*. Pfaffenweiler: Centaurus, 105–134.
49. Kanfer FH, Grimm LG (1980) Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419–444.
50. Arend H (2002) Kontrolliertes Trinken – Behandlungskonzept und Erfahrungen aus der Praxis. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 224–234.
51. Allemann PI (1997) *Strukturierte Kurzintervention bei Alkoholpatienten – Ein Handbuch mit praktischen Übungen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol-und andere Drogenprobleme.
52. Bertenghi P (2001) *Kontrolliertes Trinken – Die aktuelle Debatte um das kontrollierte Trinken und ihre Relevanz für die Soziale Arbeit im Suchtbereich*. Diplomarbeit. (No. 0203/4288388 DA/SOZ 2001:04). Solothurn: HSS-FHS Solothurn.
53. Armor DJ (1979) Reply to “Alcoholism and Treatment: A Critical Analysis”. *World Alco-hol Project*, 2, 2–3.
54. Armor DJ, Meshkoff JE (1983) Remission among treated and untreated alcoholics. W: Mello NK (red.) *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research*. Vol. 3. Greenwich, CN: JAI Press, 239–269.
55. Armor DJ, Polich J, Stambul H (1976) *Alcoholism and Treatment – Report for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Santa Monica, CA: The Rand Corporation.
56. Armor DJ, Polich JM, Stambul H (1977) A reply to “The Rand Report: A brief critique”. *Addictive Behaviors*, 2, 147–150.
57. Armor DJ, Polich JM, Stambul HB (1978) *Alcoholism and treatment*. New York: Wiley.
58. Sobell MB, Sobell LC (1973) Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 599–618.
59. Sobell MB, Sobell LC (1978) *Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum Press.
60. Sondheimer G (1978) Kontrolliertes Trinken -eine Alternative zur Vollabstinenz für Alko-holiker? *Drogalkohol*, 2, 3–15.
61. Watzl H, Olbrich R (1978) Abstinenz und Kontrolliertes Trinken: Überlegungen zur Wahl des Therapieziels bei der Behandlung von Alkoholismus. *Prävention*, 1 (4), 17–21.

62. Kline RB (1990) The relation of alcohol expectancies to drinking patterns among alcoholics: Generalization across gender and race. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 175–182.
63. Klingemann H (1988) Der soziale Kontext von Autoremissionen bei problematischem Alkoholkonsum. *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 13, 123–131.
64. Scheerer S, Vogt I (1989) *Drogen und Drogenpolitik*. Frankfurt: Campus.
65. Körkel J (1996) Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung – Folgerungen für die Rückfallprävention. *Abhängigkeiten*, 2 (3), 39–60.
66. Neumann J, Kluge H, Müller R (1979) «Kontrolliertes Trinken» als Therapieziel bei Alkoholikern. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 31, 738–745.
67. Watzl H (1983) Kontrolliertes Trinken als Alternative für Alkoholabhängige? W: Faust V (red.) *Suchtgefahren unserer Zeit*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 99–110.
68. Janssen H-J (2000) *Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum «Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken Akt» 26.10.00*. Retrieved 29.03.04, 2004, from http://www.alkohol-hilfe.de/umfrage_kt/stellungnahme_1.htm
69. Körkel J (2002) Kontrolliertes Trinken -Herausforderung für das medizinische Behandlungssystem. W: Fachverband Sucht e.V. (red.) *Die Zukunft der Suchtbehandlung*. Geesthacht: Neuland, 100–114.
70. Petry J (2001) Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. *Sucht*, 47 (4), 233–249.
71. Springer A (2001) Bemerkungen zu Jörg Petrys «Trinkkontrolle». *Sucht*, 47 (4), 259–261.
72. Gache P, Sekera E, Stalder H (2003) Problemes d'alcool. *Primary Care*, 3, 270–275.
73. Roussaux J-P, Nozeret Y (1996) La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique? W: Roussaux J-P, Faoro-Kreit B, Hers D (red.) *L'alcoolique en famille*. Bruxelles: De Boeck Université, 247–257.
74. Suissa AJ (1998) Alcoolisme, boire contrôlé et abstinence. Fondements scientifiques et enjeux sociaux. *Psychotropes*, 4 (3), 35–43.
75. Klingemann H (1992) The role of alcohol treatment in a consensus democracy: The case of the Swiss confederation. W: Klingemann H, Takala J-P, Hunt G (red.) *Cure, care, and control. Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press, 151–172.
76. Klingemann H (1995) Alkoholisierungsbehandlungssysteme im Wandel: Behandlung-Betreuung-Kontrolle im interkulturellen Vergleich. W: Fachverband Sucht e.V. (red.) *Therapieziele im Wandel?* Geesthacht: Neuland.
77. Klingemann H (1996) *Stationäre Drogentherapie: Aktuelle Entwicklungstendenzen -fortgesetzter Anpassungsdruck*. Erste Ergebnisse einer SFA-“Blitzumfrage” im Sommer 1996. Unpublished manuscript.
78. Galliker M (2001) Organisation und Evaluation – Zur SFA-Studie, Integrationsprozesse in der ambulanten Suchthilfe'. *Abhängigkeiten*, 1, 56–68.
79. Sobell MB, Sobell LC (1993) Treatment for problem drinkers: A public health priority. W: Baer JS, Marlatt GA, McMahon RJ (red.) *Addictive behaviors across the lifespan: Prevention, treatment, and policy issues*. Beverly Hills, CA: Sage, 138–157.
80. Petry J (2001) Forum: Weitere Anmerkungen über die Debatte zum «kontrollierten Trinken». *Sucht*, 47 (6), 442–445.

81. Mariolini N (1992) Anonyme Alkoholiker und das professionelle Behandlungssystem in der französischsprachigen Schweiz. *Drogalkohol*, 16, 193–209.
82. Rehm J (1994) Anonyme Alkoholiker und professionelles Behandlungssystem in der deutschsprachigen Schweiz. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 17, 15–18.

Adres do korespondencji
Dr. Dr. h.c. Harald Klingemann
Südhang Klinik für Suchttherapien
3038 Kirchlindach, Schwyz
e-mail harald.klingemann@suedhang.ch