

szczypta naszej nadziei

Leczenie substytucyjne uzależnionych
od opiatów w Krakowie, 2000-2007

Red. Jan Chrostek Maj, Grzegorz Wodowski

STOWARZYSZENIE ŻYCZLIWA DŁOŃ
Kraków 2008

Copyright © 2008 STOWARZYSZENIE ŻYCZLIWA DŁOŃ

Książka wydana przez STOWARZYSZENIE ŻYCZLIWA DŁOŃ dzięki dotacji z Foundation Open Society Institute.

Redakcja: Jan Chrostek Maj, Grzegorz Wodowski

Koordynator projektu: Elżbieta Fabiańczyk-Maj

Zdjęcia: Maciej Cioch

Projekt okładki, skład: Jonna Weck

Druk: DRUKMAR

ISBN: 978-83-927499-0-5

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

STOWARZYSZENIE ŻYCZLIWA DŁOŃ

Os. Boh. Września 1/4/G/4, 31-620 Kraków



OPEN SOCIETY INSTITUTE

International Harm Reduction Development

Spis treści

Wstęp	5
1. O rozwoju substytucji w Polsce. Wspomnienia i perspektywy. <i>Piotr Jabłoński</i>	9
2. Redukcja Szkód w Krakowie – krótki opis wydarzeń... Historia powstania programu krakowskiego jako wyraz potrzeby zastosowania nowych form leczenia. <i>Marek Zygałło</i>	19
3. Metadon w Krakowie - spóźniona interwencja <i>Grzegorz Wodowski</i>	25
4. Wspomnienia „toksykologa praktyka” i psychiatry <i>Jan Chrostek Maj</i>	33
5. Trzy parki, które przęda nić życia. Biologiczne i psychosocjalne aspekty zastosowania terapii substytucyjnej u osób uzależnionych <i>Jan Chrostek Maj</i>	41
6. Zadania leczenia substytucyjnego. Proponowane cele i struktura leczenia uzależnień opiatowych <i>Jan Chrostek Maj</i>	69
7. Uwagi o sytuacji w leczeniu uzależnienia od opiatów w latach 2000- 2007 <i>Jan Chrostek Maj</i>	89
8. Przebieg i parametry leczenia metadonem w krakowskim programie metadonowym i rezultaty substytucji <i>Jan Chrostek Maj, Ewa Kosecka Grzybek</i>	97
9. Objawy psychopatologiczne a uzależnienia <i>Jan Chrostek Maj</i>	113
10. Program metadonowy, lata 2000-2008 <i>Halina Świtalska</i>	125

11. Metadon: uzależnienie czy kuracja? <i>Łucja Szczepańska</i>	133
12. Zakażenie HIV, uzależnienia i metadon <i>Dorota Rogowska-Szadkowska</i>	149
13. Smak chleba <i>„Anita”</i>	163
14. Nic o nas bez nas <i>Marianna Iwulska</i>	171
15. Podstawy prawne leczenia substytucyjnego w Polsce <i>Justyna Sobeyko</i>	175
16. Projekt Methwork. Aktywizacja zawodowa i włączanie się osób leczonych substytucyjnie w realizację zadań z zakresu redukcji szkód <i>Grzegorz Wodowski</i>	187
17. Macierzyństwo w programie metadonowym <i>Małgorzata Jedynek</i>	201
18. Podstawy pracy z osadzonymi uzależnionymi od narkotyków <i>Marian Kopciuch</i>	209
19. Osoby uzależnione od środków odurzających lub psychotropowych w systemie penitencjarnym <i>Kajetan Dubiel</i>	217
20. Zastosowanie buprenorfiny i metadonu w przedłużonej detoksykacji <i>Aleksandra Kamenczak, Jan Chrostek Maj</i>	223
21. Uwagi o ultraszybkiej detoksykacji - UROD <i>Ryszard Woźnica, Jan Chrostek Maj</i>	229
22. Samobójstwa i narkomania wśród młodzieży <i>Andrzej Polewka, Zofia Foryś, Izabella Marchwińska</i>	235
22. Współpraca naukowa w krakowskim programie metadonowym <i>Jan Chrostek Maj, Agnieszka Szpanowska Wohn</i>	247
Osoby zaangażowane w przygotowanie książki	257

Wstęp

Profesor Robert G. Newman stwierdzając kiedyś, że metadon z oczywistych względów nie jest żadnym panaceum, podkreślił niezwykłą zdolność tego środka w przyciąganiu uzależnionych do leczenia i w łagodzeniu skutków choroby. Właściwości te uprawniają nas do porównań kuracji metadonem z leczeniem większości schorzeń przewlekłych. Jest to obecnie najskuteczniejsza interwencja wobec uzależnionych od opiatów, bez względu na szerokość geograficzną, uwarunkowania społeczne, polityczne czy ekonomiczne. Jest to także, w przeciwieństwie do innych form leczenia uzależnień, nieźle udokumentowane.

Ale mimo, że leczenie metadonem jest jedną z najlepiej opisanych procedur leczniczych na świecie – wywołuje nadal liczne kontrowersje natury ideologicznej, niekoniecznie merytorycznej. Chyba najwyraźniej widać, że przeszkody te zostały pokonane w krajach Europy Zachodniej. Tam pragmatyzm w podejściu do fenomenu, jakim jest używanie narkotyków i skoncentrowanie się na szkodach wynikających z ich konsumpcji wzięły górę na myśleniem życzeniowym i pustym moralizatorstwem. Uzyskane dość zadawalające rezultaty rozwiały wcześniejsze wątpliwości, a to spowodowało, że wdrażaniu leczenia substytucyjnego nie towarzyszą tak silne ograniczenia, jak w naszym kraju. I choć można doszukać się jeszcze większych „oporów materii” patrząc na wschód od Polski, to nie jest to żadne pocieszenie. Wydaje się, że na Ukrainie i w Rosji idea zbiorowego zafałszowywania rzeczywistości przetrwała nienaruszona: pomimo prawdziwej epidemii HIV, a także innych „nieprzewidywanych konsekwencji”, jakie dotyczą osób używających narkotyków - o formach i metodach leczenia nadal stanowią centralni decydenci i kasta narkologów, a nie fakty i dane naukowe.

I mimo, że ciągle jesteśmy zaskakiwani krucjatami przeciwko leczeniu substytucyjnemu to ich siła i zasięg zdecydowanie zdaje się słabnąć. To

dobrze. Co prawda, toczenie sporów przysparza dynamiki i rozwoju, ale prowadzenie wojen pozostawia za sobą ofiary i zgłiszcza. Ofiarami są osoby uzależnione, ale także ich rodziny i środowiska, w których żyją. Mimo, że artykuły tu zamieszczone poruszają wiele zagadnień związanych z leczeniem substytucyjnym – to zapewne nikt z osób, które nad nimi pracowały nie deprecjonuje potrzeby istnienia leczenia nastawionego przede wszystkim na abstynencję i posługującego się wyłącznie pozafarmakologicznymi procedurami. Istotą skutecznych oddziaływań jest mnogość oferty – mogąca być odpowiedzią na zapotrzebowanie różnych osób i, co nie mniej ważne – w różnych momentach ich zmagania z nałogiem.

Mamy także nadzieję, że tą publikacją namówimy osoby pracujące w programach substytucyjnych do tego, aby promowały ten rodzaj leczenia wśród swych koleżanek i kolegów z innych obszarów służby zdrowia, dzieląc się z nimi swoimi małymi i dużymi sukcesami. To niezmiernie ważne, że będąc tak blisko naszych pacjentów, widząc i przeżywając wraz z nimi ich problemy – możemy stać „ambasadorami” leczenia substytucyjnego, możemy działać na rzecz zmniejszenia zakresu społecznego odrzucenia, jakie bezwzględnie towarzyszy naszym pacjentom. Ale żeby to robić skutecznie, powinniśmy się nauczyć dostrzegać pozytywne zmiany dziejące się w życiu osób leczonych metadonem. Być może wybór zaproponowanych przez nas tekstów będzie w tym choć trochę pomocny.

Pisząc ten wstęp zamierzaliśmy podziękować Kasi Malinowskiej-Sempruch za to, jak bardzo przyczyniła się do powstania projektu, którego efektem jest niniejsza publikacja. Kasia będąc jeszcze do niedawna dyrektorem Programu ds. Rozwoju Redukcji Szkód przy Open Society Institute miała duży udział w przyznaniu grantu, dzięki któremu możliwe było wydanie tej książki. Pewnie zostaniemy posądzeni o nieskromność, ale doszliśmy do wniosku, że należy jednak podziękować Kasi Malinowskiej-Sempruch przede wszystkim za to, jak bardzo przyczyniła się swoją działalnością do popularyzowania i wdrażania leczenia substytucyjnego w tej części świata, która przez wiele lat była odgradzona od reszty żelazną kurtyną. Kasiu, życzymy Ci teraz wytrwałości i sił w zrywaniu żelaznych kurtyn światowej polityki narkotykowej!

Osobne podziękowania należą się tym wszystkim, którzy poddani kuracji substytucyjnej wyrozumiale znoszą nasze błędy i pomyłki, cierpliwie czekając, aż procedura leczenia metadonem upodobni się do innych

sposobów medycznych interwencji. Stanie się normalnym leczeniem nie wymagającym od pacjenta poświęceń i umożliwiającym prowadzenie normalnego życia, a także dostępnym dla wszystkich potrzebujących.

Jan Chrostek Maj i Grzegorz Wodowski



Rozdział 1

O rozwoju substytucji w Polsce. Wspomnienia i perspektywy.

Piotr Jabłoński

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa

W roku 2008 lecznictwo substytucyjne stało się dostępne dla około 1200 pacjentów, którzy korzystają z pomocy 16 programów zlokalizowanych w 12 miastach Polski. Świadczenia lecznicze oferowane są głównie w 14-stu programach realizowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz przez 2 programy o charakterze niepublicznym. Leczenie zastępcze dostępne jest również dla grupy ponad 20 osób przebywających w jednostkach penitencjarnych Służby Więziennej. Wszystkie, zarejestrowane zgodnie z prawem programy lecznicze, używają dla potrzeb substytucyjnych metadonu, choć istniejące rozwiązania legislacyjne dopuszczają stosowanie innych leków podtrzymujących [1].

Bazując na dostępnych oszacowaniach, liczbę osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w naszym kraju ocenia się obecnie w przedziale 100-120 tys., z czego użytkowników problemowych, uzależnionych od opiatów jest prawdopodobnie około 25-27 tys. osób [2],

Z analizy powyższych danych wynika, że dostępny poziom świadczeń substytucyjnych jest wysoce niezadowalający, gdyż obejmuje aktualnie około 4 do 5 % populacji osób kwalifikujących się do omawianej formy terapii. Zmianę powyższej sytuacji przewiduje Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 [3], który zakłada wzrost dostępności do terapii podtrzymującej do poziomu 20% populacji osób jej potrzebujących. Przy założeniu, więc utrzymania się obecnych wskaźników epidemiologicznych oznacza to, że

system pomocy osobom uzależnionym powinien wejść w nowy Krajowy Program w roku 2011 z ilością około 5000-5400 osób będących beneficjentami leczenia substytucyjnego. Zakładany i osiągnięty próg dostępności oznaczać będzie istotne zwiększenie szans dla osób uzależnionych od opiatów, przede wszystkim na ratowanie życia oraz na polepszenie jakości życia, ale jednocześnie powinien przełożyć się na poprawę szeroko rozumianego bezpieczeństwa odbiorców programów, ich rodzin i najbliższych, jak również społeczeństwa jako całości.

Polska, jako pierwszy z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, wprowadziła programy metadonowe do praktyki klinicznej. Pierwszy program terapii substytucyjnej został uruchomiony w 1992 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W celu ułatwienia jego implementacji nadano mu status programu badawczego. Podstawowym pytaniem, na które projekt miał odpowiedzieć, było pytanie czy metadon jest odpowiednim lekiem do substytucji „polskiej heroiny”. [4] Czas trwania programu był ograniczony do 6 miesięcy przy zakładanym celu osiągnięcia pełnej abstynencji. Wraz z metadonem klientom oferowano psychoterapię w wymiarze 1,5 godziny tygodniowo. Około 10 % pacjentów zakończyło program z powodzeniem, 50% zostało z programu wykluczonych, a pozostali kontynuowali terapię podtrzymującą [5].

W roku 1993 także w Warszawie, w Szpitalu przy ulicy Nowowiejskiej, powstał program dla osób uzależnionych od opiatów, zakażonych wirusem HIV, w którym nie było ograniczeń czasu przyjmowania metadonu [6]. Powstające w tym czasie programy miały charakter badawczy, żeby nie powiedzieć eksperymentalny. Dopiero Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku stworzyła jednoznaczne podstawy prawne pewnych form strategii redukcji szkód, przede wszystkim zaś substytucji lekowej za pomocą metadonu. Art. 15 ust. 1 Ustawy stwierdzał w sposób wyraźny, że osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego. Konsekwencją tego przepisu stało się to, że udzielanie metadonu osobom uzależnionym w ramach działającego w oparciu o przepisy ustawy programu metadonowego, nie stanowi czynu realizującego znamiona przestępstwa polegającym na dostarczaniu innej osobie środka odurzającego wbrew przepisom ustawy [7].

Ostatnie lata przyniosły istotne zmiany w naszym podejściu do terapii zastępczej, a przede wszystkim zmianę w postrzeganiu roli i pozycji podstawowego jej podmiotu, jakim jest potrzebujący pomocy ratującej życie i zdrowie -człowiek. Metadon jako substancja chemiczna obciążony jest „grzechem” bycia środkiem psychoaktywnym, który wymaga szczególnego nadzoru. Jest to niewątpliwie prawda i fakt ten pociąga za sobą potrzebę działań minimalizujących zagrożenia wydostawania się metadonu poza system zdrowotny, na rynek

nielegalny. Jednakże prawdą jest również, że koncentrowanie się na nadmiernej kontroli nad substancją chemiczną przeradzało się - i wniosek ten jest ciągle do pewnego stopnia prawdziwy - w nieadekwatną do potrzeb kontrolę nad podmiotem udzielającym świadczeń oraz nad odbiorcami substytucji. Efektem takiej postawy było:

- zawężenie grupy dostawców świadczeń substytucyjnych tylko do publicznych zakładów opieki zdrowotnej; ustawodawca wychodził z założenia, że powinny być one lepiej i pełniej przygotowane do spełniania szeroko pojmowanych standardów terapii i nadzoru ze względu na swoje osadzenie w strukturach państwowych oraz wypełnianie wielu wymogów w procesie uzyskiwania zezwolenia na prowadzenie programu,
- ograniczenie możliwości prowadzenia w Polsce tzw. programów niskoprogowych, tj. takich, w których akces pacjenta do partycypacji w programie nie jest uwarunkowany spełnieniem przez niego wielu formalnych kryteriów kwalifikacyjnych i partycypacyjnych.

Konsekwencją takich obaw stała się praktyka (przynajmniej teoretyczna) ścisłej kontroli nad codziennym wydawaniem dawki leku beneficjentom terapii substytucyjnej. Taka ostrożność wynikała ze stawianych często w tle wątpliwości, co do zdolności podejmowania przez osoby uzależnione, jak i korzystające z terapii, racjonalnych decyzji w obszarze ich zdrowia i bezpieczeństwa. Podejście takie dosyć szybko ujawniło swoją niepraktyczność i niezgodność z zasadniczymi celami terapii zastępczej, którymi jest m.in. powrót pacjenta do pełnienia wszystkich dostępnych mu ról społecznych, w tym do funkcji uznawanej w społeczeństwie kapitalistycznym za podstawową, jaką jest bycie płatnikiem podatków z tytułu osiąganych legalnie dochodów. Dla pacjenta dobrze osadzonego w rzeczywistości codzienne pojawianie się w punkcie „dystrybucji” leku staje się przeszkodą w osiąganiu coraz wyższego stopnia reintegracji społecznej. Rozwiązaniem takiego stanu rzeczy jest możliwość uzyskiwania leku w ilości pozwalającej na korzystanie z niego w okresach wielodniowych, w zależności od potrzeb życiowych i zaawansowania w program.

Zmiana ograniczeń w dostępie do dawek „wielodniowych”, która dokonała się z inicjatywy i we współpracy praktyków, lekarzy i terapeutów, Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) i Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) stała się jednym z istotnych kroków w kierunku podniesienia jakości programów substytucyjnych poprzez uwzględnienie potrzeb pacjentów.

Dokonanie zmian w prawie zawsze wymaga znalezienia zrozumiałych dla decydentów argumentów oraz pozyskania sojuszników dla proponowanych rozwiązań wśród polityków różnych szczebli i o różnych, często rozbież-

nych z naszymi, poglądach. Efektem takich negocjacji stały się zapisy w dokumencie podstawowym dla polityki antynarkotkowej w Polsce. W Ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii [8] wprowadzono dwie zasadnicze zmiany w obszarze terapii zastępczej. Obie są wyrazem odejścia od prymatu kontroli nad substancją na rzecz poprawy dostępności do terapii. Pierwsza z nich daje prawo prowadzenia programów substytucyjnych niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej. Nowe rozwiązania legislacyjne dały już pierwsze wymierne korzyści w tej dziedzinie, a w najbliższym czasie winny zaowocować jeszcze większym wzrostem zainteresowania terapią substytucyjną, szczególnie wśród organizacji pozarządowych (NGO). Osobiście jestem wielkim orędownikiem poglądu, iż właśnie taka zmiana prawna pozwoli na powtórzenie sukcesu, jakim stało się w Polsce rozwinięcie różnorodnych form pomocy osobom uzależnionym opartych o podejście abstynencyjne, a którego motorem był właśnie ruch NGO's (zapoczątkowany i najszerszej rozwinięty przez Stowarzyszenie MONAR) jako organizacji znacznie dynamiczniejszych i twórczych od skostniałych często instytucji publicznej opieki zdrowotnej. Mam głębokie przekonanie, że odejście od ograniczeń wynikających z przyczyn formalistycznych czy subiektywnych, a oparcie ich tylko i wyłącznie na prawie, dobrej praktyce i kontroli jakości świadczeń jest podejściem praktyczniejszym, skuteczniejszym i bardziej uczciwym. O ocenie programu leczniczego decydować winna tylko jakość świadczeń, a nie statut prawny – publiczny czy niepubliczny- organu założycielskiego danego zakładu opieki zdrowotnej.

W ślad za potrzebami zwiększenia dostępności leczenia Ustawa uprościła również proces wydawania zezwoleń na prowadzenie terapii substytucyjnej zarówno dla podmiotów zaangażowanych w powszechną ochronę zdrowia, jak i dla jednostek organizacyjnych Służby Więziennej.

Tak w skrócie można przedstawić historię i aktualne osiągnięcia substytucji lekowej w Polsce. Wiele dobrego zostało wypracowane i osiągnięte, a za wdzięczamy to przede wszystkim wielkiemu poświęceniu osobistemu szerokiego grona osób zaangażowanych w dostarczanie pomocy osobom uzależnionym. Rozwiązania prawne, strukturalne i organizacyjne skazane są na uwiad bądź wegetację, jeśli nie są permanentnie zasilane ludzką wiedzą, dobrą praktyką oraz etyczną i współczującą postawą wobec osób potrzebujących wsparcia i pomocy. Przejście od stanu sceptycyzmu czy czasami wręcz wrogości wobec terapii substytucyjnej, jaki obserwowaliśmy w Polsce na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, do stanu niezadowolenia z ułomności rozmiarów i charakterystyk obecnie dostępnych form leczenia podtrzymującego, to wymiar zmian, jakie zaszły w sztuce, organizacji i mentalności świadczeniodawców i w otoczeniu systemu ochrony zdrowia w Polsce w tym okresie. Warto przy

tym pamiętać, że stosunkowo niedawno programy substytucyjne czy redukcji szkód uznawane były za stojące w sprzeczności z legislacją krajową i kwestionowane z pozycji etycznych.

Obecnie stajemy wobec pilnego wyzwania, jakim jest uzyskanie w krótkim dystansie czasowym znacznego rozwoju - głównie ilościowego, ale i jakościowego - terapii substytucyjnej w naszym kraju. W efekcie spodziewamy się osiągnięcia wskaźników dostępności, które nie będą sytuowały nas wśród państw europejskich o najmniejszym poziomie rozpowszechnienia tego typu świadczeń.

Stając wobec powyższych faktów i wyzwań warto dokonać oceny aktualnych okoliczności obiektywnych i subiektywnych zarówno sprzyjających jak i utrudniających rozwój leczenia substytucyjnego w naszym kraju.

W chwili obecnej możemy stwierdzić, że sama organizacja systemu leczenia uzależnień w Polsce zaczyna ulegać dekompozycji i transformacji. Poszukuje się nowych wzorców organizacyjnych i koncepcyjnych, które pozwolą na przywrócenie stanu stabilizacji, ale już w oparciu o zmienione struktury formalne i merytoryczne. Prezentowana przez lata spójność działania i filozofii pracy osób zaangażowanych w leczenie i rehabilitację uzależnień ulega zmianom. Źródła zmian są, co najmniej dwojakiego rodzaju. Pierwszym z nich jest rola płatnika, który wprowadził do systemu element konkurencyjności. Pojęcie „wspólnego wroga,” które zwykle sprzyja konsolidacji szeregów, a którym dla zaniedbywanego i niedofinansowanego systemu pomocy osobom uzależnionym były zawsze instytucje reprezentujące struktury administracyjne i urzędnicze wszelkich szczebli, uległo częściowemu osłabieniu, bowiem okazuje się, że czasami nie wrogiem, ale konkurentem do tego samego budżetu staje się inny podmiot oferujący odmienną formę terapii osób uzależnionych. Jednakże podstawą zmian są różnice w rozumieniu potrzeb zdrowotnych osób uzależnionych. Leczenie substytucyjne, mocno dziś osadzone w koncepcji redukcji szkód, po latach powolnego w Polsce rozwoju, zyskało w ostatnim okresie silne impulsy rozwojowe płynące z różnych stron. Na rozwój ten mają wpływ pacjenci (reprezentowani przez pierwsze w naszym kraju organizacje osób używających substancje psychoaktywne), ich rodziny, eksperci i badacze skuteczności i efektywności podejmowanych działań prozdrowotnych, wybrane i rozrastające się grupy profesjonalistów terapii uzależnień, czy wreszcie politycy i urzędnicy organizujący i nadzorujący system świadczeń leczniczych, a także organizacje międzynarodowe. Dominujące przez ostatnie lata podejście skoncentrowane na abstynencji od używania substancji psychoaktywnych oraz formy terapii oparte na oddziaływaniach psychospołecznych – konfrontowane są z koncepcjami bazującymi na modelach redukcji szkód, dla których uzyskiwanie abstynencji nie jest już

conditio sine qua non sukcesu terapeutycznego, oraz ze wzrostem znaczenia farmakoterapii i generalnie wzorów medycznych zajmowania się pacjentem uzależnionym.

Wszystkie powyższe zjawiska, choć wyzwalające emocje i napięcia w środowiskach profesjonalistów, należy w moim rozumieniu, uznawać za korzystne dla systemu, ale przede wszystkim dla pacjentów, czy też szerzej pojmowanych beneficjentów programów. Korzyści te wydają się być bezsporne dla odbiorców terapii, gdyż nade wszystko zwiększają wachlarz potencjalnych metod oddziaływań i ofert pomocowych, co podnosi prawdopodobieństwo skierowania pacjenta nie tylko do dostępnej aktualnie formy leczenia, ale i dostosowania jej do specyfiki i zindywidualizowanych potrzeb uzależnionych pacjentów. System zaś jako całość wzmacnia się i rozbudowuje zarówno ilościowo, jak i jakościowo, profesjonalizuje się, przyciąga nowych udziałobiorców i przez to wszystko staje ważnym, a nie permanentnie marginalizowanym, elementem polityki zdrowotnej i społecznej. Jednocześnie staje się on liczącym aktorem w negocjacjach z partnerami z otoczenia zewnętrznego, w tym w negocjacjach finansowych z płatnikami świadczeń. Element konkurencyjności, choć nie powinien być decydujący dla oceny oddziaływań terapeutycznych, jednakże ze względu m.in. na fakt zaangażowania w terapię uzależnień w większości finansowych środków publicznych, w każdych warunkach jest czynnikiem skłaniającym do refleksji nad własnym warsztatem terapeutycznym i jego skutecznością, które to czynniki te bezpośrednio przekładają się na wzrost szans życiowych osób, powierzających nam część odpowiedzialności za swoje losy.

Analizując źródła i mechanizmy dotychczasowych zmian korzystnych w systemie terapii substytucyjnej, które są wypadkową odpowiedzi państwa i społeczeństwa na problem uzależnienia, warto podkreślić decydującą rolę osób zaangażowanych w niesienie pomocy oraz ich twórczą i otwartą postawę w podchodzeniu do zagadnienia terapii i rehabilitacji uzależnień. Cechy te nie tracą nigdy na aktualności i konstytuują trwałość i skuteczność systemu. Nic jednakże nie jest dane raz na zawsze, więc leczenie zastępcze rozwijając się, także natrafia na różnego rodzaju przeszkody czy ograniczenia, lecz świadomość tych barier sprzyjać może jego rozwojowi, natomiast jej brak grozi grzęźnięciu w jałowych działaniach i sporach.

Uzależnienie jest dziś powszechnie uznawane za chorobę, choć do niedawna traktowane było jako zjawisko do pewnego stopnia wyjątkowe w naszym życiu społecznym. Wzrostowi aktywności antynarkotykowych i wzrostowi świadomości i wiedzy o jego charakterystyce towarzyszy powolny proces odchodzenia od rozpatrywania narkotyków i narkomanii jako zjawiska nadzwyczajnego w bycie społecznym, które pociąga za sobą wręcz nakaz stosowania wobec niego wyjątkowych postaw czy form odnoszenia się. We współcze-

snym świecie występuje wiele chorób o charakterze społecznym i przewlekłym. Narkomania jest jedną z nich i tak jak one znajduje się w polu zainteresowań z jednej strony samych osób chorych i ich najbliższych, z drugiej świadczeniodawców i płatników. Wszystkie „grupy chorobowe” konkurują dziś o uwagę społeczną, zainteresowanie mediów, polityków i nade wszystko o finanse. Płatnicy i donatorzy wszystkich szczebli i rodzajów są pod presją różnych sfer interesów, w tym grup chorych wywodzących się z bardziej medialnych (modnych) i akceptowalnych społecznie środowisk. Stąd wynika wniosek, że terapia uzależnień i leczenie substytucyjne musi umieć walczyć o swoje interesy zabiegając o nie w obszarze całej opieki zdrowotnej oraz w zbiorze instytucji zaangażowanych i wyspecjalizowanych w terapii osób uzależnionych. Podstawową strategią powinno być oparcie działań na wiedzy naukowej, dobrej, skoncentrowanej na pacjencie praktyce, nie zapominanie o aspektach zdrowia publicznego i współpracy ze wszystkimi „interesariuszami” (*ang. stakeholders*).

Dążąc do rozwoju terapii substytucyjnej należy być świadomym jej specyfiki wynikającej z samego jej charakteru jak i ze zmieniającej się w Polsce sytuacji epidemiologicznej. Uzależnienie od opiatów w Polsce w ostatnich latach wykazuje tendencje spadkowe, tak więc terapia substytucyjna nie może rozwijać się ignorując fakt swoich ograniczeń w niesieniu pomocy pacjentom uzależnionym od innych niż opiaty substancji. Coraz częściej mamy do czynienia z pacjentami uzależnionymi od wielu substancji psychoaktywnych, przez co funkcja terapii zastępczej komplikuje się w tym wymiarze i może być rozpatrywana na przykład jako czasowa opcja terapeutyczna lub technika wspomagająca kontinuum leczenia. Realistyczne spojrzenie na całość problemu pomaga w dialogu i negocjacjach zarówno z partnerami, jak i oponentami. Terapia substytucyjna, czy szerzej ruch redukcji szkód, walcząc o swoje miejsce i wagę w systemie powinny walczyć *fair*, to znaczy. wysyłać przede wszystkim komunikaty o charakterze pozytywnym, podkreślać własną wartość, a nie używać agresywnych i kwestionujących wagi innych form oddziaływań, powinny także nade wszystko szukać sojuszników, a nie winnych potencjalnych i realnych niepowodzeń. Taktyka uzyskiwania rozwoju poprzez zdobywanie terenu „*krok po kroku*” i ustawiczne inwestowanie w wiedzę i jakość świadczeń zapewniają ugruntowany wzrost, uniezależniając metodę, do pewnego stopnia, od okresowych wahań systemu i lokalnych zmian mód czy nastawień. Potrzebą, a nie tylko wyzwaniem, jest współpraca ze środowiskami, które nie są przekonane do substytucji czy redukcji szkód, w tym z własnym środowiskiem terapii uzależnień. Choć świadomość bycia niezrozumianym zawsze jest nieprzyjemna, to właśnie skuteczny dialog z oponentami wzmacnia i ugruntowuje własne przekonania i wartości oraz daje pole do ich ocen i przewartościowań. Kultura kontaktów i konfrontacji, cierpliwość oraz

otwartość na argumentację innych wydają się być dobrymi wskazówkami dla prowadzenia rozmów i negocjacji na wszystkich poziomach, zarówno formalnych jak i pozaformalnych.

Grupa osób i instytucji zaangażowanych w pomoc ludziom uzależnionym jest środowiskiem stosunkowo niewielkim i dobrze się wzajemnie znającym. Ponieważ zagadnienia, którymi się zajmujemy nie należą do „pieszczosz-ków” społecznej uwagi, powinniśmy szczególnie pamiętać o potrzebie wzajemnego wspierania się. Różnicowanie ofert, które realizujemy jest korzystne dla naszych klientów, ale myślenie o ich potrzebach jest nam wspólne. Myśląc o tych potrzebach dochodzimy do podobnych wniosków, co do przyszłości systemu leczenia i rehabilitacji w naszym kraju. Na pewno szansę na rozwój zapewni powszechniejszy udział w terapii substytucyjnej aktywności podejmowanych przez NGO'sy i generalnie przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego. Jednakże płatnicy, a szczególnie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), nie czekają tylko na oferentów z obszaru terapii uzależnień. W opiniach NFZ często przywoływanym argumentem jest brak ofert konkursowych dotyczących terapii substytucyjnej w pewnych rejonach Polski. Jednocześnie w innych obszarach kraju oferty te są ignorowane, odrzucane lub przyjmowane na warunkach uniemożliwiających skuteczne działanie. Tak, więc podstawowym wymogiem staje się aktywność i nie zniechęcanie się brakiem szybkich sukcesów. Droga do sukcesu może też być współdziałanie ze środowiskiem *drug free*. Mam głębokie przekonanie, że następnym przełomowym momentem w rozwoju koncepcyjnym i organizacyjnym terapii uzależnień w Polsce będzie pojawienie się pacjentów korzystających z substytucji w placówkach oferujących całodobową terapię długoterminową. Inną grupą docelową współpracy powinni stać się lekarze rodzinni, których rola w zmniejszaniu barier mentalnych i technicznych w dostępie do leczenia uzależnień jest ciągle w naszym kraju minimalna, szczególnie w konfrontacji z naszymi potrzebami i doświadczeniami pozytywnymi innych krajów. Dążąc do poprawy dostępności terapii i nie zapominając jednocześnie o jakości świadczeń i bezpieczeństwie obrotu substancjami psychoaktywnymi, rozważać można obecnie takie rozwiązania, jak dystrybucja leków zastępczych w aptekach. Droga do takich rozwiązań wydaje się być dzisiaj bardzo daleka, ale czy daleko dłuższa od dystansu jaki dzieli nas od czasów, gdy wymianę igieł i strzykawek rozpatrywano w kategorii czynu zabronionego, wyczerpującego znamiona ułatwiania przyjmowania narkotyków?

Leczenie i rehabilitacja uzależnień to specyficzne, ale i bardzo szerokie, interdyscyplinarne spektrum zagadnień. Terapia narkomanii lokuje się gdzieś pomiędzy paradygmatem zdrowia publicznego, dla którego celem podstawowym jest osiągnięcie poprawy stanu zdrowia zbiorowości (przy minimalizowaniu nakładów i przy akceptowalnym poziomie jakości oferowanych usług), a para-

dygmatem zdrowia jednostki, dla którego podstawą wartością jest dostarczenie jak najskuteczniejszych form leczenia. Praktyka kliniczna koncentruje się na zdrowiu indywidualnym, w dalszym tle pozostawiając kwestie kosztów terapii. Programy redukcji szkód i leczenia substytucyjnego są przykładem działań w pełni odzwierciedlających powyższą specyfikę. Stały się dziś ważnym elementem naszej odpowiedzi na problem narkotyków i narkomanii przede wszystkim dlatego, że oferują pomoc osobom uzależnionym dostosowaną do różnych etapów ich choroby i zdrowienia i pozwalają na towarzyszenie zarówno osobom, które posiadają w sobie potencjał zmiany jak i tym, dla których podstawową ofertą jest przedłużenie szans na przeżycie.

Przypisy:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne.
2. Sierosławski J. (2007): „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa.
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.
4. Baran-Furga H., Chmielewska K. (1994): „Terapia Metadonem” Alkoholizm i Narkomania, 1(15), 25-45.
5. Świątkiewicz G., Moskalewicz J., Sierosławski J. „Therapeutic Communities as a major response to drug abuse in Poland” w Klingemann H., Hunt G. „Drug treatment system in an international perspective”, SAGE Publication.
6. Rogowska-Szadkowska D., Wodowski G. (2007): „Krótka historia metadonu” w: Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki, Open Society Institute.
7. Krajewski K. (2004) „Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim”, UNDP, Warszawa.

REJESTRACJA

WYKAZ KSIĄŻEK
WYDANYCH
W R. 1910
WYD. 1910
WYD. 1910

WYKAZ KSIĄŻEK
WYDANYCH
W R. 1910
WYD. 1910
WYD. 1910



Rozdział 2

Redukcja Szkód w Krakowie – krótki opis wydarzeń...

Historia powstania programu krakowskiego jako wyraz potrzeby zastosowania nowych form leczenia.

Marek Zygałło

CTN Monar - Kraków, Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym

Rok 1991 w Krakowie, dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych był, jak się później okazało, bardzo znaczący – powstało wtedy Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym, stowarzyszenie „non profit” mające na celu integrację środowiska zawodowego, osób pracujących w obszarze narkomanii, które odgrywa kluczową rolę w tworzeniu programów pomocy osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych w Małopolsce.

Największą bolączką w tamtych latach był brak lekarzy, którzy chcieliby pracować z pacjentami, których chorobę nie wiele osób rozumiało, a image narkomana był raczej zniechęcający do współpracy. W tamtych czasach narkomanem straszono dzieci.

Wyjątkową osobą była, nieżyjąca już, doktor Ola Burda, wtedy Kierowniczka Poradni Uzależnień Lekowych przy ul. Skarbowej 4. Trudno przecenić jej zasługi na rzecz tworzenia systemu pomocy osobom uzależnionym, a w szczególności budowy zespołu specjalistów do pracy z tą grupą pacjentów. Znaczna część kluczowych terapeutów zajmujących się leczeniem narkomanów w Krakowie, to jej uczniowie.

Przez wiele lat Kraków nie miał detoksu, klienci z przedawkowaniem trafiali do Kliniki Toksykologicznej przy ul. Kopernika (teraz jest tam Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna prowadzona przez Ojców Jezuitów), zaś

chcących się odtruć przed dalszym leczeniem w ośrodkach Monaru - musieliśmy kierować do placówek w Szopienicach, Lublinie a nawet we Wrocławiu. Zdarzały się „detoksy w Houston” (tak nazywano Szpital Neuropsychiatryczny w Kobierzynie), ale były to wyjątki. Rzadko kiedy udawało się przekonać któregoś z ordynatorów w szpitalu by przyjął narkomana na odtrucie.

Dzięki staraniom ludzi z Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionych w 1992 roku Stowarzyszenie MONAR otrzymało teren dworsko - parkowy w Pleszowie (na skraju miasta), gdzie powstał Dom Monaru. W pierwszych planach Marka Kotańskiego, miał to być ośrodek MARKOT, placówka dla osób bezdomnych, jednak terapeuci z Punktu Konsultacyjnego MONAR przy ul. Starowiślniej przekonali lidera Monaru, by jednak był to ośrodek leczenia narkomanów.

W 1994 roku otworzyliśmy obok Domu Monaru w Pleszowie Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny zajmujący się detoksykacją. To pierwszy w Polsce „detoks” z powodzeniem administrowany przez organizację pozarządową. Sukces zawsze ma wielu rodziców, i ten ma ich wielu, a główni to Pani Urszula Łach - Pełnomocnik Wojewody ds. Uzależnień i oczywiście ekipa krakowskiego Monaru.

W 1994 roku otwarty został ośrodek dla osób z nawrotami choroby - Dom GWAN, projekt ten powstał z inicjatywy pacjentów poszukujących nowego modelu terapii. Nowy projekt miał być adresowany do tych pacjentów, którzy miewają nawroty choroby mino, że ukończyły leczenie w formule społeczności terapeutycznej.

W roku 1995 rozpoczęliśmy profesjonalne działania związane z promocją i wdrażaniem programów redukcji szkód. Wchodząc we współpracę z klientami uzyskaliśmy od nich wiele ważnych informacji zwrotnych, które zastosowane mogły poprawiać jakość naszych programów.

Ważną osobą dla metadonu w Krakowie był pacjent o pseudonimie „Murzyn” (prawdopodobnie tak nazwany z powodu śniadej cery i czarnej, kędzierzawej czupryny), który przez lata promował leczenie metadonem, starał się zainteresować tematem specjalistów, dziennikarzy a także lokalne władze wojewódzkie odpowiedzialne za politykę zdrowotną. Jego działania miały nieocenioną wartość, – bowiem oswoił z tematem metadonu nie tylko terapeutów, ale także środowisko krakowskich użytkowników heroiny.

Po kilku latach starań udało nam się doprowadzić do otwarcia, z końcem 1999 roku, Programu Metadonowego w Krakowie. Tu chcę podziękować wszystkim osobom, które w tym procesie pomagały, a są to: Piotr Jabłoński - Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ks. Arkadiusz Nowak - Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Narkomanii, Urszula Łach - z Rady Nadzorczej Szpitala im. Rydygiera w Krakowie, Grzegorz Wodowski

- Kierownik Poradni MONAR w Krakowie, Bogdan Wojnar z Poradni Uzależnień Lekowych w Krakowie, Janusz Pach - Ordynator Kliniki Toksykologicznej w Krakowie. Jan Chrostek Maj z Oddziału Detoksykacji Szpitala im. Rydygiera.

Areszt Śledczy w Krakowie jako pierwsza w Polsce placówka penitencjarna otworzył program metadonowy za swoimi murami. Tu wiele zasług mieli Kajetan Dubiel - Dyrektor Biura Penitencjarnego CZSW, Zygmunt Lizak - Specjalista ds. Penitencjarnych w Krakowie, Marian Kopciuch - Lekarz Okręgowy Służby Więziennej w Krakowie.

Pisząc o programach redukcji szkód w Krakowie muszę wymienić jeszcze kilka osób, których rola dla nas w krakowskim Monarze była inspirującą i wspierającą.

Są to Kasia Malinowska-Sempruch, obecnie dyrektor Global Drug Policy Program OSI, Jean Paul Grund - były dyrektor International Harm Reduction Development Program OSI, Philip Alcabes - socjolog z Nowego Jorku (który badał skuteczność naszego programu ulicznej wymiany igieł i strzykawek), Dan Bigg z Chicago i Josch Steinmetz z Frankfurtu - nasi techniczni doradcy w pierwszym okresie wprowadzania w Krakowie programów redukcji szkód, które później ewaluowały na całą Polskę, a później na Europę Środkową i Wschodnią a także Azję Centralną.

Program metadonowy powinien stanowić element procesu upodmiotowienia osób wykluczonych społecznie. Pomimo tego, że powszechnie wiadomo iż narkomania jest chorobą, to społeczeństwo od wielu lat i nadal stygmatyzuje, marginalizuje, defaworyzuje i wyklucza społecznie osoby uzależnione od narkotyków. Jest tego wiele przyczyn, a główne to lęk i ignorancja. Lęk przed nieznanym, lęk przed utratą kontroli to istotne czynniki kreujące relacje społeczne.

W świecie „pomagaczy” (różnych specjalistów) da się zauważyć charakterystyczną różnicę w podejściu do realizacji pomocy osobom jej potrzebującym. Z jednej strony „kontroler” konfrontujący się z klientem, a z drugiej „ważny partner” w dialogu z osobą potrzebującą pomocy.

Kontrolerzy najlepiej wiedzą, co jest dobre dla klienta, co mu wolno a czego nie, jasno stawiają warunki swojego pomagania. W ich pracy klient staje się przedmiotem potwierdzania ich skuteczności terapeutycznej, a w efekcie ich bycie „guru” unosi ich wysoko, ponad realność i prozę życia pacjentów.

Ważni partnerzy pytają klienta o jego potrzeby, o potrzebę zmiany, prowadzą z nim nieustanny dialog o jego sprawach w „jego świecie” i dobrze wiedzą, że w odpowiednio postawionym pytaniu znajduje się początek rozwiązania, kierunek poszukiwania odpowiedzi.

Ofertami pomocy osobom uzależnionym zarządzają i jedni i drudzy, jedni administrują projektami drudzy zaś współtworzą je wraz z pacjentami. Z informacji od pacjentów wiadomo, że raczej niezbyt często są zapraszani do dialogu.

Kontrolerom wystarczały takie jednostki jak Punkty Konsultacyjne, detoksy i Ośrodki stacjonarnego leczenia.

Uważnym partnerom, wsłuchanym w oczekiwania pacjenta bliskie są też inne potrzeby pacjenta, takie jak: praca w środowisku (ang. *outreach work*), programy wymiany igieł i strzykawek, edukacja o narkotykach, o bezpieczniejszych iniekcjach, o profilaktyce przedawkowań, noclegownie dla czynnych narkomanów, gabinety do iniekcji, bezpieczne miejsca dla odpoczynku (ang. *drop-in center*), leczenie substytucyjne, grupy samopomocy, dzienne ośrodki terapii, hostele, pomoc socjalna i wiele innych.

Na tyle pacjent jest podmiotem naszych działań, na ile może wybierać ofertę pomocy, na ile uczestniczy w tworzeniu strategii pozytywnych zmian w jego życiu, na ile uwalnia się od stygmatu „ćpuna” i wychodzi z „marginesu”, by zaakceptować siebie i podjąć odpowiedzialne role społeczne.

Programy redukcji szkód, a w szczególności programy substytucji lekowej pomagają osobom wykluczonym z powodu choroby (narkomanii) odzyskiwać swoją podmiotowość we własnych oczach i w społeczeństwie.

Pamiętajmy jednak, że łatwo z ludzi chorych „zrobić metadonowych ćpunów” – wystarczy chwila nieuwagi, wystarczy bezduszny „kontroler”, a powstanie „system szantażu na metadonowej smyczy”, „metadonowy bajzel”, skanalizowany margines, kraina beznadziei i bezsensu.

Mając na uwadze przyszły rozwój programów redukcji szkód, należy jak najstaranniej wspierać powstawanie pozarządowych organizacji pacjentów, tak by oni sami pełniej uczestniczyli w tworzeniu strategii pomocy osobom uzależnionym. Efektem takiego podejścia może być wiele pożytków, a mam nadzieję, że największym będzie łatwiejszy dostęp do leczenia substytucyjnego.



Rozdział 3

Metadon w Krakowie – spóźniona interwencja

Grzegorz Wodowski

Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Krakowie

Poniższy artykuł opisuje początki leczenia substytucyjnego w Krakowie, koncentrując się na sytuacji osób uzależnionych od opiatów stanowiącej zarówno motor jak i tło dla zmian w strukturze oddziaływań leczniczych. Znajdziecie tu także kilka uwag na temat problemów w zakresie kwalifikowania pacjentów do programu metadonowego.

Zacznę jednak od przybliżenia atmosfery, jaka towarzyszyła leczeniu zastępczemu i jak było ono postrzegane przez pracowników instytucji leczniczo-odwykowych.

Mój pierwszy kontakt z substytucją metadonem wyglądał mało zachęcająco. Jest rok 1992, jakiś zakonnik powracający z Włoch przychodzi z butelką metadonu do placówki, w której pracuję. Sądzi, że skoro zajmujemy się osobami uzależnionymi to pewnie na coś się przyda. Gdy cały litr metadonu spływa do ścieków – na naszych twarzach maluje się wyraz triumfu i kompletny brak refleksji. Typowej dla pracowników ówczesnej „odwykówki” niewiedzy na temat terapii substytucyjnej towarzyszy cały szereg wyrazistych nader opinii, oczywiście negatywnych. I dlatego też zamiast próbować zrozumieć ideę leczenia zastępczego, ostrzymy sobie języki i zbieramy argumenty, by móc ją krytykować i podważać jej sens.

Pozwolę sobie tutaj zaryzykować stwierdzenie, że moje i moich kolegów przekonanie o szkodliwości metadonu wynikało głównie z silnego przeświadczenia, że działanie metadonu jest przyjemne, a uzależnieni powinni raczej ciężko pracować, a nie czerpać przyjemność, na którą w żadnym przypadku nie zasłużyli. Na dodatek panuje przekonanie, że dostęp do legalnych substytutów spowoduje, że narkomani zaczną mnożyć się jak króliki.

Pamiętam toczone z klientami dyskusje wokół leczenia substytucyjnego. Niektórzy z nich słysząc o tym, jak wiele osób jest leczonych tą metodą na zachodzie Europy i w Stanach Zjednoczonych – zaczęli coraz głośniejsze domagać się możliwości korzystania z terapii substytucyjnej. Jeden z naszych klientów zebrał imponującą ilość podpisów pod petycją w sprawie utworzenia w mieście programu metadonowego. Podpisów było kilka tysięcy, a on jeden, uzależniony od heroiny znalazł w sobie siły, aby je zebrać. Petycja wraz z podpisanymi została złożona, bodajże na ręce wojewody. Była przykładem ogromnej determinacji, która na urzędniku nie zrobiła większego wrażenia, ale spowodowała, że wiele osób zaczęło myśleć o leczeniu substytucyjnym w innych niż dotychczas kategoriach.

Jacek Charmast pisze w jednym z wydań MONAR NA BAJZLU: „(...) znaczna część terapeutów uważa, że pobyt w więzieniu jest lepszym wyjściem niż leczenie substytucyjne, prawie dla nich wszystkich więzienie jest lepszym wyjściem niż ćpanie”. To jak stawianie znaku równości pomiędzy destrukcyjnym uzależnieniem od heroiny, a leczeniem mającym doprowadzić do stabilizacji i polepszenia sytuacji uzależnionych.

Nikt nie znał szczegółów, bo nie było żadnych poważniejszych publikacji (zresztą nadal jest ich niewiele), dochodziły tylko ogólne informacje, na ogół z telewizyjnych newsów i z gazet, co podkreślało bardziej sensacyjny niż profesjonalny wątek terapii metadonem. Pracując wyobraźnią dorabiano sobie szczegóły: jak to może wyglądać, dlaczego podawanie jednego narkotyku w miejsce drugiego może mieć sens, kto może być w ten sposób leczony, czy to działa? I tak dalej.

Potem nastąpiły wydarzenia, które zdecydowały, że kuracja metadonowa przestała kojarzyć się z kataklizmem. W Warszawie powstał eksperymentalny program metadonowy, pierwszy w Polsce. Mówiono o nim jesienią 1994 roku, podczas konferencji w Jadwisinie pod Warszawą. Tam też można było dowiedzieć się czegoś więcej o metadonie i jego stosowaniu wobec uzależ-

nionych od heroiny; duża dawka rzetelnych informacji brzmiała całkiem przekonująco. Dyskutowano o różnorodnych celach tej terapii, mówiono czym różnią się od siebie programy nisko- i wysokoprogowe, pokazywano efekty leczenia.

Pośród tych „technicznych” szczegółów podniesiono wątek praw człowieka, praw i potrzeb klienta. W tym kontekście kuracja metadonem zaczęła zyskiwać jeszcze inny wymiar.

W połowie lat dziewięćdziesiątych dość powszechną kategorię uzależnionych od heroiny stanowią ci, którzy co i rusz podejmują próby leczenia: detoks za detoksem, jeden wyjazd do ośrodka za drugim. I tak dalej. Z niektórych żartuje się, że jadą do ośrodków nie po to, aby się leczyć, lecz aby zbierać materiały do informatorów o placówkach. Rekordziści mają za sobą po kilkanaście prób leczenia. Są jednak też tacy, którzy bazując na negatywnych doświadczeniach swoich kolegów omijają szerokim łukiem wszelkie instytucje oferujące leczenie. Również naszą poradnię. Dopiero rozpoczynając realizację programu ulicznej wymiany igieł i strzykawek możemy ich poznać. A przy okazji zobaczyć, co dzieje się na mieście, w jakich warunkach żyją nasi klienci, jakie mają potrzeby, a nade wszystko jak szybko zmienia się wokół świat.

Wśród tych uzależnionych od heroiny, którzy próbowali zмагаć się z nałogiem korzystając z placówek służby zdrowia, ukształtował się wtedy wzór zamknięty w trójkącie: bajzel – więzienie – ośrodek; wzór tak powtarzalny, że zdający się nie mieć końca. Ówczesny system leczniczy, mimo braku skutecznych oddziaływań (a może właśnie dlatego) był w stanie wchłonać każdego „recydywistę”, który tylko wyraził zainteresowanie kolejnym wyjazdem do ośrodka. Efektem częściej było rozczerowanie, bezsilność i pogłębiający się życiowy chaos, aniżeli abstynencja i stabilizacja.

Bezsilność nie dotyczyła zresztą jedynie uzależnionych – coraz częściej dzieliły ją osoby zaangażowane w pomoc uzależnionym. Powoli zaczynano zdawać sobie sprawę z tego, że dla większości naszych klientów poprzeczka z napisem „abstynencja” jest zawieszona zbyt wysoko. Na dodatek dychotomiczny wybór pomiędzy ćpaniem a byciem w ośrodku produkował więcej ofiar niż przynosił korzyści. Zachęcanie do abstynencji, obiecywanie wyleczenia nie przynosiło żadnych obiecujących rezultatów, było rodzajem twórczości terapeutycznej, w którą coraz trudniej było wierzyć.

Kiedyś, podczas dyżuru w programie wymiany strzykawek spotkałem na Plantach chłopaka, który pół roku wcześniej nieprzytomny od narkotyków - przeleżał na mrozie kilkanaście godzin. Przeżył, ale z odmrożonymi dłońmi. Lekarze amputowali mu wszystkie palce u rąk.

Używając tych małych, ledwo wystających z dłoni kikutów palców potrafił wkłuć się w żyłę, odciągnąć tłoczek strzykawki i wstrzyknąć sobie narkotyk. Siedzieliśmy na ławce na Plantach i długo rozmawialiśmy. Nie mógł znaleźć w sobie żadnej zachęty do leczenia.

Cóż, nawet jeśli metadon nie leczy samego uzależnienia od opiatów – to przecież redukuje i ogranicza skutki będące następstwem ich używania. A właśnie one są najbardziej bolesne dla uzależnionych i najbardziej widoczne dla otoczenia.

Tu i ówdzie pojawiają się informacje, że udana stabilizacja osoby uzależnionej (za pomocą metadonu) przyniosła szanse do podjęcia wysiłków na rzecz zupełnej abstynencji. Znam lekarza, który nazywa to „pozytywnym skutkiem ubocznym terapii metadonem”. Chodzi mniej więcej o to, że dążenie do abstynencji i zakończenie udziału w kuracji nie powinno nigdy być regułą. Nikt nie powinien czuć się rozczarowany tylko dlatego, że przez wiele lat korzysta z metadonu.

Nie minę się daleko z prawdą twierdząc, że znam większość osób, które były i są leczone metadonem w Szpitalu Rydygiera w Krakowie. Na dodatek znam te osoby jeszcze z okresu, kiedy brały „kompot” i tworzyły to, co w literaturze fachowej określa się sceną narkotykową, a mniej fachowo – po prostu bajzłem.

Był początek roku 2000, gdy powstał w Krakowie program metadonowy - czterdzieści lat po tym, jak Dole i Nyswander zaczęli wykorzystywać metadon do leczenia nowojorskich heroinistów i prawie dekadę po tym, jak leczenie substytucyjne zawitało do Polski w postaci programów eksperymentalnych. Poradnia, w której pracuję podjęła się prowadzenia kwalifikacji (jakże brzydkie określenie) i kierowania do udziału w leczeniu metadonem. Z uwagi na duże grono chętnych od początku wiązało się to z prowadzeniem listy oczekujących. Zgłaszające się osoby uzależnione zajmowały kolejne miejsca na tej liście i otrzymywały instrukcje na temat tego, jak nie dopuścić, aby z kolejki wypaść. W praktyce były to grupowe spotkania, co najmniej raz w tygodniu. W późniejszym okresie, kiedy chętnych było nieco mniej zaczęliśmy spotykać się indywidualnie.

Funkcje, jakie pełnią spotkania są dość różnorodne, bo dotyczą wielu spraw związanych z funkcjonowaniem oczekujących. Oczywiście następuje w ich trakcie weryfikacja tego, czy uzależniony kwalifikuje się do leczenia zastępczego. Standardy związane z weryfikacją nie obejmują prowadzenia badań moczu na obecność narkotyku. W większości przypadków pacjenci posiadają w naszej placówce dokumentację dotyczącą zarówno przebiegu choroby, jak i prób leczenia czy okresów abstynencji mogących świadczyć o nieskuteczności dotychczasowych wysiłków nastawionych na życie bez narkotyków.

Ważnym elementem spotkań pozostają wątki edukacyjne mające uświadomić i przygotowywać pacjenta do udziału w kuracji substytucyjnej. W celu ułatwienia prowadzenia tej edukacji – opracowaliśmy „Przewodnik po metadonie” zawierający najważniejsze informacje dotyczące w szczególności początków terapii.

Szczególnie z uwagi na długi czas oczekiwania na przyjęcie nasze spotkania mają na celu wzbudzenie wysiłku na rzecz pielęgnowania i wzmacniania decyzji pacjenta tak, aby nie zrezygnował z nieraz wielomiesięcznego oczekiwania na przyjęcie. Zniechęcenie mijającym czasem i codzienne problemy pogłębiają brak wiary i mogą spowodować rezygnację z ambitnych planów.

Mocno potraktowana przez nałóg i życie dziewczyna, po kilkunastu latach spędzonych na bajzlu, bezdomna, mocno podupadła na zdrowiu kilkakrotnie „podchodziła” do kolejki zapisując się i szybko rezygnując. Nie miała dowodu, nie była zameldowana w Krakowie, nawet nie bardzo wiedziała czym jest ubezpieczenie zdrowotne. Owszem, za każdym razem zobowiązywała się załatwić dokumenty i ubezpieczenie. Nic z tego jednak nie wychodziło. Zdecydowaliśmy się w końcu na to, aby asystować jej przy każdej sprawie, którą trzeba było załatwić. Streetworkerzy chodzili z nią nawet do fotografa, by zrobiła zdjęcia do dowodu.

Rutynowo, poza listą oczekujących kierowane są do programu metadonowego uzależnione kobiety w ciąży, a także osoby przechodzące ciężkie i długotrwałe schorzenia (najczęściej związane z zakażeniem HIV). Jednych i drugich przypadków mamy po kilka w ciągu roku.

Już na poziomie kwalifikowania do programu metadonowego jest odczuwalny brak zróżnicowanej oferty substytucyjnej dla różnych osób. Dla przy-

kładu, gdy uzależniony kierowany jest do leczenia rehabilitacyjnego – ma on do wyboru szeroką gamę różnorodnych programów, zarówno ambulatoryjnych, jak i prowadzonych w systemie stacjonarnym. Może pojechać do ośrodka, gdzie będzie otoczony przez rówieśników o podobnie długim stażu brania. Jeśli uzależnieniu towarzyszą nawet poważne zaburzenia psychiczne wymagające specjalistycznego leczenia trafia do ośrodka „dla podwójnych diagnoz”. Po leczeniu zamieszkuje w hostelu, albo w mieszkaniu readaptacyjnym. I tak dalej.

W leczeniu substytucyjnym – wszyscy wrzucani są do jednej grupy: bez względu na wiek, staż brania narkotyków, potencjał, ambicje, możliwości czy ograniczenia. I tak już pozostaje przez cały okres leczenia. Możemy kierować się jedynie kryteriami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (2004). Mówią one o tym, kto może zostać przyjęty do leczenia: skończony 18 rok życia, minimum 3 lata uzależnienia od opiatów i nieskuteczne doświadczenia w leczeniu nastawionym na abstynencję.

Z doświadczenia wynika, że właściwie niemal każda osoba uzależniona od opiatów zgłaszająca się z problemem do poradni spełnia te kryteria i może zostać skierowana do leczenia substytucyjnego. Może zostać wrzucona do jednego worka z napisem WYSOKOPROGOWY PROGRAM METADONOWY.

Młody człowiek, który na parę lat uwikłał się w narkotyki – przez najbliższe pół roku (bo przez taki okres musi codziennie zgłaszać się po swój lek) będzie spotykać byłego dilerka kompotu oferującego obecnie amfetaminę. Przepijający metadon piwem pacjent będzie oferował swoje codzienne towarzystwo koledze, który podejmuje niewiarygodny wysiłek, aby pogodzić przychodzenie po metadon z pracą. Takie przykłady można mnożyć, najwięcej znają ich osoby, które leczone są metadonem.

Wysokoprogowość programów metadonowych jest oczywistą fikcją, zważywszy jak wielu trafia do leczenia uzależnionych z ogromnymi problemami natury psychicznej i społecznej, których nawet w najśmielszych przypuszczeniach nie powinno posądzać się o to, że szybko zawężą konsumpcję środków psychoaktywnych tylko do legalnego substytutu heroiny, poddadzą się oddziaływaniom psychologów i pracowników socjalnych.

„Teraz, gdy mam metadon przestaję myśleć o tym, jak narkotyki były one ważne dla mnie. Wcześniej wszystko, co było związane z narkotykami było dla mnie najważniejsze, wyrażało się w tym, co robiłem, każda rzecz, jaką robiłem nawet najbardziej prozaiczna była związana z narkotykami. Nie było nic neutralnego, zapomniałem, że można inaczej. Nie stać mnie na pełną abstynencję. Wiesz, z abstynencją jest jak z depilacją – mówią, że tak lepiej i wygodniej, ale tak naprawdę to wbrew ludzkiej naturze”.

(Paweł, 1,5 roku w programie metadonowym)

W książce dokumentującej wspomnianą wcześniej konferencję w Jadwisinie, w jednym z referatów znalazłem taką wypowiedź: *„Sądzimy, że dla wielu z tych, którzy znajdują swoje miejsce w programie metadonowym, będzie to ostateczne przekreślenie szans na powrót do normalności”* (Karczyńska, Sękiewicz). To stwierdzenie być może miałoby sens, gdyby istniało jakieś skuteczne leczenie uzależnienia, gdyby uzależnienie nie było czymś chronicznym, gdzie nie ma remisji i nawrotów. I jeszcze, gdyby w ślad za iniekcyjnym przyjmowaniem opiatów nie szły groźne choroby zakaźne, ropnie i amputacje, śmiertelne przedawkowania czy rok kryminału za pół centa.

Pamiętam jeszcze kłótnię, do jakiej kiedyś doszło pomiędzy lekarzem i terapeutą: kłótnia była tak zażarta, że omal nie zakończyła się rękoczynami. To napięcie, które pojawiło się w trakcie intelektualnej rozmowy - stało się dla mnie symbolem późniejszych, a trwających do dzisiaj sporów wokół leczenia substytucyjnego i tego jak z największym trudem toruje sobie ono drogę, aby być uznane jako jeden właściwych sposobów leczenia uzależnionych.



Rozdział 4

Wspomnienia „toksykologa praktyka” i psychiatry

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Zacznę od wspominek o dawnych czasach, ale mam nadzieję, że wspomnienia te zilustrują ewolucję mojego myślenia lekarskiego na temat podejścia do leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych i pomogą czytelnikom w podjęciu własnych przemyśleń w tym zakresie.

Pod koniec lat 70 ubiegłego (!) wieku rozpocząłem pracę w Klinice Toksykologii jako dochodzący dyżurant w ramach rozpoczęcia stażu do specjalizacji z toksykologii klinicznej. Podstawowym miejscem mojej pracy była Poradnia dla Młodocianych obsługująca uczniów kilku szkół średnich z Nowej Huty, przemysłowej dzielnicy Krakowa. Poradnia pracowała w zakresie podstawowych porad medycznych oraz dokonywała nadzoru i kwalifikacji do zawodów wymagających szczególnych umiejętności. Populacja uczniów objętych opieką poradni była określana pod kątem zdrowia i przydatności do zawodu. Niezdolni do pracy, po prostu nie byli przyjmowani do szkół albo je opuszczali po pogorszeniu stanu zdrowia. Pomimo szumnych deklaracji charakterystycznych dla tego okresu, nikt nie zwracał sobie głowy przystosowaniem środowiska pracy do człowieka. Moja mentalność lekarza medycyny pracy była ukształtowana na wzór selekcjonera futbolowego.

Klinika Toksykologii w Krakowie działająca wtedy pod kierunkiem Prof. Leona Cholewy znajdowała się w starym poklasztornym budynku, na pierwszym piętrze, do którego prowadziły szerokie drewniane schody. Kończy-

ły się one drzwiami z okienkiem, w którym pojawiała się Pani Lucylla i pytała: Kogo mam zaanonsować?

W pracownikach Pogotowia Ratunkowego dźwigających po schodach leżącego na noszach, nieprzytomnego pacjenta, który aktualnie tracił oddech, takie odezwanie wzbudzało furję i krzyczeli mniej więcej tak: otwieraj szybko... i wołaj lekarza!

Nieprzytomnymi pacjentami byli często narkomani, dożylnie wstrzykujący sobie roztwór polskiej heroiny, czyli kompot. Był to niewystandaryzowany i niesterylny roztwór - mieszaninę różnych alkaloidów opiatowych i zawierającą dosłownie wszystkie inne możliwe do pomyślenia składniki. Chyba dlatego, że była ona przygotowana w prymitywnych warunkach. Tymczasem zbliżała się era AIDS.

W tym okresie, bez możliwości użycia naloxonu, utrzymanie tego typu pacjenta przy życiu było dość kłopotliwe i czasochłonne - stosowano intensywną terapię wg szkoły kopenhaskiej.

Po zakończeniu wyczerpującego leczenia, doktorzy toksykolodzy dumni ze swych wysiłków czekali na pierwsze słowa uznania ze strony pacjenta. Tymczasem ten, po dojściu do przytomności zarzucał swych wybawicieli stekiem pretensji. Głównie takich, że narazili go na dodatkowe koszty nabycia kolejnej porcji narkotyków. Po czym wypisywał się z kliniki na własne żądanie i odchodził w nie bardzo przyjacielskiej atmosferze.

Pacjenci „opiatowi” ponownie pojawiali się w Klinice w coraz gorszej kondycji i tak wielokrotnie, aż do ostatniego „spotkania” w Zakładzie Medycyny Sądowej.

W leczeniu narkomanów pojawiały się nowe prądy, powstawały ośrodki pomocy i procedury oparte na zasadzie pracy terapeutycznej i zabiegów społecznych. Jednym ze sposobów było organizowanie szkoły przetrwania w warunkach takiego ośrodka, lub próba organizowania życia narkomana przy użyciu wpływów ideologicznych czy religijnych.

W tej sytuacji całkiem spora grupa osób używających dożylnie narkotyki opiatowe nie korzystała z takich ofert albo ponawiała próby leczenia wielokrotnie z wielu powodów, motywowana rodzinnie, zdrowotnie lub pod przymusem prawnym, ale kończyło się to zwykle kolejnym nawrotem choroby.

Jak wiemy, początkiem każdej terapii uzależnień jest detoksykacja - toteż po przeniesieniu Kliniki Toksykologicznej do nowego, dużego wielospecjalistycznego szpitala Pan Prof. Janusz Pach, kierownik Kliniki i Pan Dyrektor Szpitala im Ludwika Rydygiera Dr Andrzej Hydzik stworzyli warunki do zorganizowania oddziału detoksykacyjnego. Pierwszym Organizatorem tego Oddziału był Pan Dr Adam Wiernikowski. Moje przytaczanie organizatorów pro-

gramu nie jest typową laurką krakowską i wspominaniem lokalnych dygnitarzy, tylko przedstawieniem trudu wielu ludzi, którzy doprowadzili do następnych decyzji, które pozwoliły na podjęcie nowych metod leczenia. Prawdopodobnie poglądy wyżej wymienionych osób na leczenie używających narkotyków w owym czasie nie wiele odbiegało od ówczesnych standardów. Jednak należy podkreślić, że pracownicy Kliniki Toksykologii z Oddziałem Detoksykacyjnym w Krakowie, w odróżnieniu od wielu innych specjalistów, przyjmowali wszystkich pacjentów bez wyjątku z objawami zespołów abstynencyjnych lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych, będących w każdym stanie zdrowia, nie dzieląc pacjentów na lepszych i gorszych. Klinika cechowała się otwartością i wielokierunkowym podejściem diagnostycznym i terapeutycznym do swoich pacjentów. W Klinice było wielu specjalistów. Póki to było możliwe (tj. do czasu reformy ochrony zdrowia), były dyżury psychologów w celu podjęcia interwencji kryzysowej; od zawsze byli zatrudniani neurologrzy, psychiatrzy, interniści, gastrologrzy, kardiologrzy, endokrynologrzy, biolodzy, magistry farmacji i toksykologrzy analitycy, a nawet prawnicy. Realizowano tzw. holistyczne podejście do pacjenta, zwane u nas kompleksowym a gdzie indziej zintegrowanym [1].

To był grunt praktyczny, na którym można było podjąć nowe procedury lecznicze. W tym czasie model leczenia osób uzależnionych od narkotyków opiatowych ulegał powoli wielu zmianom. Użycie naloxonu i specjalistyczna pomoc w nowych warunkach sprawiły, że przebieg leczenia w szpitalu kończył się jak poprzednio. Tylko pacjenci mieli więcej siły do wygłaszania opisanych pretensji. Oto garść przemyśleń, które mogły wtedy być powszechne: *„Nie bardzo rozumiem, o co chodzi, przecież do takiego stanu zdrowia „oni” doprowadzają się na własne życzenie. Sami dostali, co chcą - nie dość, że ich człowiek ratuje to jeszcze mają jakieś pretensje. Przecież po odtruciu mogliby bezpośrednio przenieść się do ośrodka rehabilitacji, tam by im dali wszystko czego potrzebują za darmo. A tu człowiek haruje za marne pieniądze i taka niewdzięczność go spotyka”*. Dla mnie ta sytuacja nie była nazbyt frustrująca. Paternalistycznie zarządzałem izbą przyjęć na dyżurach dbając o medyczne procedury.

A zresztą poza tym zajmowałem się prawdziwym leczeniem „prawdziwych” pacjentów. Eliminacją pozaustrojową trucizn, odtrutkami - był to okres pojawiania się osób z bardzo ciężkimi zatruciami w Klinice Toksykologii.

Sporadyczne kontakty z osobami uzależnionymi były przykrą koniecznością w trakcie trudnej pracy, a rutynowe wizyty w zakładzie medycyny sądowej z powodu zgonów młodych ludzi nie wywoływały głębszych refleksji.

Dominujący pogląd był prosty - *„Skoro los sprawił, że uzależniony delikwent dostawał się, a raczej docierał żywy za pomocą pogotowia ratunkowego*

do tak znakomitej Kliniki to powinien Panów Doktorów po butach całować, a nie „wydziwiać” i natychmiast podejmować dalsze leczenie jak zalecono. Jak nie, to nie. Spadaj! Stary” - tak prawdopodobnie myślał sobie niejeden doktor.

„Niezaprzeczalnie wszystkiemu winni są uzależnieni delikwenci i skoro jest ich wina to musi być i kara. Dlatego młody człowiek musi się zmobilizować, przeżyć całą sytuację, w jakiej się znalazł, przeprosić za wyrządzone szkody i po okresie pokuty wrócić do społeczeństwa. Jeżeli powraca do nałogu, to z własnej woli i nie należy mu się żadna pomoc, bo zerwał kontrakt terapeutyczny i znowu sam sobie jest winien. Wobec tego musi ponieść kolejną karę za objawy swej choroby i doznać odmowy skutecznego leczenia!”

Czy i ja też tak uważałem? Hmm... wolę sobie nie przypominać.

W powszechnej opinii oponentów kompleksowego leczenia, które usiłowaliśmy wdrażać u wszystkich pacjentów Kliniki Toksykologii, uzależniony delikwent (bo przecież nie pacjent) musi ponieść karę za przerwanie kontraktu terapeutycznego, który jest przecież święty! **Dodatkowo ma być wdzięczny za odmowę zastosowania u niego leczenia substytucyjnego stosowanego na świecie od około 50 lat!** Nie przesadzajmy, nic wielkiego się nie dzieje, skoro narkoman potrzebuje „działki” to musi tylko wrócić na swój czarny rynek z niebotycznymi cenami „leku” i musi zdobyć środki na to „leczenie” za wszelką cenę! Wszyscy wiemy, że pieniądze leżą na ulicy i wystarczy je tylko podnieść. O „łatwości” zdobywania pieniędzy na ulicy najlepiej poinformowane są osoby uzależnione od opiatów. Są w końcu ekspertami w tej dziedzinie. Toteż często zagniewany ojciec wyrzuca swoje dziecko na ulicę w poczuciu głębokiej sprawiedliwości swojego postępowania i ma nadzieję, że dziecko da sobie radę.

Jest to kosztowne złudzenie. Jeżeli jednak, z punktu widzenia toksykologicznego uzależnienie potraktujemy jako metaboliczną chorobę części mózgu, to żądanie od uzależnionego dalszego leczenia psychoterapeutycznego, bez wsparcia biologicznego, można porównać do postępowania diabetologa, który żąda powiązania zlecenia insuliny z przestrzeganiem diety przez diabetyka: *„Szanowny Panie Pacjencie nie stosujesz diety, to insuliny Pan nie dostaniesz. Mówisz Pan, że Pana choroba jest niezawiniona? A masz ją Pan od dzieciństwa? Nie? choroba pojawiła się dopiero po wieloletnim Pana obżarstwie? No to wobec tego insulina się Panu się nie należy”*. Czy taka sytuacja jest możliwa? Bardzo w to wątpię.

I tak obrotowe drzwi nowoczesnej Kliniki kręciły się jak karuzela, czasami ktoś „wypadał z krzeselka”, ale zabawy w leczenie nie przerywano. Tymczasem

czasy się zmieniały, moja energia jako toksykologa wyczerpywała się i wtedy zrzędzeniem losu zostałem psychiatrą. Siłą rzeczy musiała nastąpić autoanaliza mojej drogi medycznej. Na przykład poznanie pojęć przeniesienia i przeciw przeniesienia. Okazało się, że pacjent tak, jak się zachowuje, to wynika nie z jego winy, ale stanowi objaw jakiegoś zaburzenia, w szerokim sensie psychicznego. I, że bardzo ciężko jest uzyskać wyleczenie chorego psychicznie pacjenta tylko po wygłoszeniu kazania lub po „serioznym” przekazaniu mu informacji o groźbie utraty jego zdrowia.

Ponadto do Krakowa przyjechali Doktorzy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii z Warszawy. Panie Dr, Dr : **Karina Steinbarth-Chmielewska, Halina Baran-Furga** i przedstawiły wiele aspektów uzależnień od opiatów podkreślając rolę czynnika biologicznego w tym zakresie oraz konieczność leczenia zgodnego ze światowymi tendencjami opartymi na sprawdzonych wielokrotnie danych medycznych wg zasad Dobrej Praktyki Medycznej, a nie na zasadzie porad babci Aliny (skądinąd bardzo wartościowych przy pieczeniu placków). Wówczas za pośrednictwem Pań - prelegentek wpadła mi w ręce książka pod redakcją Pana Prof. **Andrzeja Zielińskiego** z 1994 roku: **Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych** [2].

Wszystko było jasne i wydawało się, że wszystkie następne publikacje na ten temat będą zbędne. Jednak po 14 latach ten temat jest nadal aktualny i wymaga kolejnych omówień

Następnie w ramach kursu specjalistycznego do psychiatrii wysłuchałem wykładów Pana Doktora **Bogusława Habrata** na temat celów leczenia uzależnień, który przedstawił prawie horrendalny pogląd, że głównym celem leczenia osób uzależnionych nie jest ich całkowita i bezwarunkowa abstynencja, ale poprawa funkcjonowania podopiecznych. *„Przepraszam Pana Doktora, to u alkoholika musimy tolerować pijaństwo”?* Okazało się, że odpowiedź na to pytanie nie jest taka prosta. Otóż już wtedy notowano kilka podejść do leczenia osób uzależnionych. Dominująca metoda „drug free” wymagająca absolutnej abstynencji wg kontraktu, metoda towarzyszenia pacjentowi bez względu na aktualny stan jego zdrowia (realizowana głównie w Anglii), metoda redukcji szkód. Ta ostatnia zainicjowana w Holandii, realizowana w Europie i przeniesiona do USA, gdzie dołączono **zintegrowane procedury terapeutyczne** towarzyszące wszystkim poczynaniom z zakresu ograniczania rozprzestrzeniania się inwazyjnych chorób. Za **Andrew Tatarsky** [1].

Wątpliwości pozostawały, ale wydarzenia następowały bardzo szybko. W Polsce tak jak w innych krajach rozwijała się epidemia AIDS. Wówczas w 1999 roku u Kierownika Kliniki Toksykologii UJ Profesora Janusza Pacha i u Dyrektora WSS im L. Rydygiera w Krakowie, Doktora Andrzeja Hydzika, pojawił

się Panowie: **Piotr Jabłoński**, Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz **Marek Zygałdo** z Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym. Ustalono szereg uzgodnień organizacyjnych w polskim stylu, które umożliwiły, mimo formalnych trudności, przygotować miejsce i czas dla powstania kolejnego w Polsce programu metadonowego: Kraków, styczeń 2000 roku. Był to już 10 program metadonowy działający na terenie kraju, ale nawiasem mówiąc, potrzeby w tym zakresie pozostały nadal niezaspokojone.

Wg zasad organizacyjnych przypadła mi rola realizowania tego projektu, natomiast wiele osób brało udział w jego przygotowaniu - w zależności od fazy działania. Niektóre z nich nadal pracują. Reguły obowiązujące w Polsce przy pracy w programach zapobiegających narkomanii lub leczących jej objawy ustalone są prawnie wg obowiązującej Ustawy o zapobieganiu narkomanii.

W grudniu 1999 roku przystąpiliśmy do pracy, w której w różnych okresach brali udział Panie i Panowie: Prof. dr hab. med. Janusz Pach, Dr nauk Elżbieta Foryś (oddziałowa pielęgniarka), mgr Marzena Jaźwiec (pielęgniarka organizująca punkt), Jadwiga Konieczny (pielęgniarka Poradni), Małgorzata Jedynak (pielęgniarka Poradni), Ewa Kosecka (lekarz medycyny pracy i praktyk toksykolog), mgr Halina Świtalska (psycholog kliniczny), mgr Ewa Koperek (terapeutka), mgr Mariola Czarnkowska (terapeutka), mgr Lucja Szczepańska (psycholog kliniczny), mgr Bogusława Zajączkowska (terapeutka), mgr Magdalena Herdecka (terapeutka), mgr Renata Trojan (terapeutka), Maja Zgórnai i Iwona Żarczyńska (pracownice socjalne), Dr med. Stanisław Kroch (specj. internista, toksykolog kliniczny, specj. psychiatra), mgr Damian Janus (psycholog), liczni stażyści, studenci magistranci, przyszli pracownicy socjalni i terapeuci, oraz sanitariusze: Marcin Piotrowski Marcin Szczupacki, Wojciech Swoszowski, Jarosław Cupryś, Przemysław Cupryś i ja, Jan Chrostek Maj. Program został umieszczony w baraku po pracownikach budowlanych niedaleko szpitala i przystosowany do pracy jako poradnia z osobnym wejściem od strony ulicy.

Z chwilą pojawienia się pierwszych pacjentów wytworzył się specyficzny „genius loci”, który oddziaływał nie zawsze po myśli osób sprzyjających programowi.

Przypisy:

1. Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu. Red: Tatarsky A. Wyd. polskie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.

2. Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS.. Konferencja międzynarodowa Jadwisin 12-14 września 1994 roku.. Red: Zieliński A. Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.



Rozdział 5

Trzy parki, które przędą nić życia

Biologiczne i psychosocjalne aspekty zastosowania terapii substytucyjnej u osób uzależnionych.

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Marzenia rodziców o swoich pociechach stanowią odwieczny temat rozmów w trakcie rodzinnych świąt, w Polsce na przykład wigilijno-noworocznych, ale podobne uroczystości są przeżywane na całym świecie.

Kim będą nasze pociechy - kierowcą, fryzjerem, tokarzem, lekarzem, modelką, marynarzem, pilotem wycieczki, kierowcą pojazdu naziemnego, nawodnego, podwodnego, czy też pilotem samolotu odrzutowego? Takie są też pytania na przykład młodego lekarza, a czasami rodzica, podczas pracy w szpitalu, niewiele zostawiającej czasu na kontakt ze swoją pociechą. Noworoczne marzenia rodziców są najlepszym przykładem myślenia życzeniowego. Stanowi ono bardzo subiektywny, ale zarazem szczery i wiarygodny element naszego myślenia. Gorzej, gdy zajmujemy dwoistość postaw, co innego deklaracja postaw, a co innego osobista praktyka. Taka postawa nie przystoi badaczom i decydentom.

Tymczasem młodzi (i nie tylko oni) mają życzenia całkiem niepobożne. Zakres władzy rodziców zmniejsza się systematycznie i znika niepostrzeżenie - jest to zjawisko naturalne. Psychologowie nazywają to naturalną separacją młodego osobnika od rodziny generacyjnej. Ale czasami władzy rodzicielskiej i wpływu rodziny na dziecko w ogóle nie było. Wtedy społeczeństwo, zamiast rodziców, próbuje odpowiedzieć na pytanie: jaka jest przyszłość zakłeta w życiu jego młodych obywateli. Czy opisana w poprzednim rozdziale tragiczna sytuacja zdrowotna, w jakiej znalazła się całkiem duża grupa młodych osób jest „w normie” i tak musi być? Skala tego problemu jest tak duża, że wywołuje po-

wszechnie emocje o zasięgu globalnym. Naturalną rzeczą jest, że odpowiedzią na podobne pytania zajmują się eksperci albo przynajmniej ludzie doświadczeni „w temacie”. Ale doświadczenie nieraz bywa jednostkową przygodą i trudno z niego wysnuwać ogólne wnioski. Tymczasem do głosu dochodzi tzw. turgor pedagogicus, tj. przekonanie o tym, że ogłoszona zasada staje się normą. Wyrazem tego są entuzjastyczne tytuły proponowanych programów, za którymi idą całkiem niezłe pieniądze: *świat bez narkotyków, miasta wolne od narkotyków, uczelnie wolne od narkotyków...* i tak dalej. Czyli jak od wieków nadal w poszukiwaniu prawdy zostajemy bez rezultatu.

Zachęcam do studiowania literatury. Nie trzeba się tego bać, ponieważ żyjemy w epoce nieco dalszej niż ta, w której istniała Biblioteka Aleksandryjska, tak często wspominana jako ofiara barbarzyńców. Teraz nic nas złego w bibliotece nie spotka, a zresztą wynalazek pisma przeszedł z półek do środków elektronicznych i możemy sobie urządzić obszerną bibliotekę w domu. Każda szanująca się biblioteka naukowa ma swój elektroniczny odpowiednik, z której może korzystać cały świat. Do najważniejszych zbiorów medycznych należą m.in.: **PubMed**, **Medline**, **Cochrane**, **Current Opinion in Psychiatry** i wiele, wiele innych. Z reguły dostęp „on line” do spisu streszczeń z publikacji jest wolny. Wystarczy w bazach tych poszukać autorów, wpisać tytuły artykułów, tytuły i numery pism naukowych, którymi jesteśmy zainteresowani, a zakres proponowanego nam do przeczytania piśmiennictwa poszerza się znacznie. Albo można się zapisać do **Głównej Biblioteki Lekarskiej** i wtedy korzystać z niej do woli.

Ponadto w szeroko rozumianej medycynie osiągnięciem metodyki pracy naukowej zajmującej się oceną wyników leczenia jest metoda zwana **EBM** czyli **Evidence Based Medicine** [1]. Segreguje ona wiadomości naukowe wg zastosowanej metodyki badań w trakcie doświadczenia. Najwyżej oceniane są badania wykonane wg tzw. podwójnej ślepej próby. W badaniu tym nikt ani pacjent ani lekarz nie zna sposobu zastosowanego leczenia. Pacjent ma podawane różne leki pod różnymi postaciami, mówi co czuje - lekarz notuje objawy. Dopiero inny badacz przyporządkowuje otrzymane dane od pacjenta do schematu wykonanej procedury, na przykład do leczenia czynnikiem aktywnym lub placebo. Kolejny badacz oblicza matematycznie czy jest różnica między osobami A lub B w zależności od rodzaju podawanego preparatu. Przepraszam, że napisałem o osobach, gdyż takie badania przeprowadza się najpierw na zwierzętach, czyli trzeba raczej napisać o różnych osobnikach otrzymujących preparaty doświadczalne.

Natomiast w Klinice najczęściej stosuje się do porównania różne sposoby leczenia już przebadanymi substancjami. Proces wprowadzania nowego

preparatu do leczenia trwa kilkanaście lat i jest niesamowicie kosztowny. Z góry wiadomo, że nie we wszystkich sytuacjach da się opisaną metodę zastosować. Ale tym sposobem eliminuje się subiektywne czynniki wpływające na wyniki badań. Toteż w metodzie EBM uwzględnia się prawie wszystkie badania teoretyczne, doświadczalne, epidemiologiczne tzn. opisujące zjawiska w szerokiej skali oraz opisy pojedynczych przypadków. Następnie dzieli ww. doniesienia wg rodzaju badań i ustala ich stopień wiarygodności. Po przyswojeniu sobie zasady stosowania EBM, sami powinniśmy umieć ocenić w przybliżeniu wartość czytanej publikacji, ale zawsze należy zachować w swojej ocenie odrobinę krytycyzmu. Na przykład publikacje o śmiertelności spowodowane użyciem metadonu, jeżeli nie są oparte na szerokich i wyczerpujących badaniach toksykologicznych w każdym przypadku, mają niewielką wartość naukową bez względu na tytuł pisma, jaki te prace zamieszcza.

Jeżeli jestem w stanie pomóc młodym kolegom zrozumieć drobną cząstkę zawiłości tego świata magii i chemii, który nas atakuje nie od dzisiaj, to będę starał się przytaczać dane opisane w EBM, co mam nadzieję, ograniczy moje emocjonalne i ideologiczne dywagacje, od których nikt z nas nie jest wolny. Przytoczone przeze mnie stwierdzenia też są subiektywne, a obserwacje są tylko sumą naszej wiedzy nabytej, zawodnej intuicji, doświadczenia otoczenia, w którym pracujemy i danych z piśmiennictwa cytowanego, z natury rzeczy, wyrwykowo.

Od **Herodota** [2] wiemy, że w starożytnej Grecji wierzano, że Klotho, Lachesis i Atropos to były trzy parki, boginie, które przędą nić naszego życia. A nam do tej pory zostało przekonanie, że zachowanie człowieka wynika z działania trzech głównych sił kierujących naszym losem: biologiczną określaną od wieków jako „soma”, siłą „ducha”, która obecnie jest bardziej uznawana jako zjawisko psychologiczno-psychiczne niż religijne, a którą kiedyś nazwano „psyche” i siłą społeczną utożsamianą niegdyś z kodeksami tyranów, a teraz zawartą w zdaniu: Vox Populi - Vox Dei. Jednak mimo zgromadzonej wiedzy nadal czasami nie możemy, ani jako społeczeństwo, ani indywidualnie odnaleźć swojej „Złotej Zasady Życia”. Biblijna Ewa też jej nie знаła i poszukiwała jakiegoś materialnego i naturalnego środka do poprawy swego losu, zakłętego w ciasnych ramach „Raju”. Lekarstwem tym był owoc, który tak zasmakował Adamowi.

Używanie substancji wpływających na dobre samopoczucie i poprawiające procesy myślowe znane były ludzkości od tysiącleci. Zawsze człowiek starał się uniknąć bólu, zarówno cielesnego (somatycznego) jak i „psychicznego” (neurotycznego, psychogenego).

Z opowieści biblijnej można wysnuć przynajmniej dwa przypuszczenia; że co dla jednych jest rajem, dla drugiego jest ograniczeniem, wręcz katogą.

Oraz to, że od dawna ludzkość знаła owoce, które nie tylko zmieniały świadomość, ale i rozszerzały horyzonty poznawcze. W okresie neolitu stosowano podobno wywar z muchomora czerwonego, tzw. somę, a na sumeryjskich tabliczkach sprzed trzech i pół tysiąca lat znaleziono informację na temat opium. Z tego okresu pochodzi też zapis o stosowaniu haszyszu w Chinach.

Mam nadzieję, że nie będzie przedmiotem sporu pogląd, **że człowiek wcześniej niż wynalazł pismo - używał substancji psychoaktywnych**. Natomiast celem tej książki, nie jest przepisywanie opasłych tomów napisanych do tej pory na interesujący nas temat, ale podanie zwięzłego skrótu wiedzy o czytelnej i opisanie doświadczeń otoczenia i własnych, które oczywiście nie są.

Dyskusje o naturze zjawiska uzależnienia ciągną się od pokoleń. Podstawowe kontrowersje budzi jego definicja - czy to jest choroba, czy też zjawisko. Niestety nikt nie jest wolny w głoszeniu poglądów wg swojego „miejsca siedzenia”. Lekarze są skłonni określać jako chorobę każde zjawisko odbiegające od statystycznej normy. Stąd dylemat czy katar tak jak zapalenie płuc jest chorobą czy tylko objawem? Szeroki zakres objawów w uzależnieniu powoduje, że stale pozostaje problem określenia zjawiska, które początkowo wynika z objawów będących w zakresie normy, a po pewnym czasie przejawia się jako ewidentna choroba psychiczna. Jak zawsze, aż do tej pory człowiek dąży do zmiany swego losu, czasami nawet kosztem zdrowia.

I prawdopodobnie m.in. dlatego, że przetrwanie we współczesnej cywilizacji wymaga większego zaangażowania naszego systemu nerwowego niż życie przed wiekami, częstość użycia środków psychoaktywnych narasta. Dlatego zadawane kiedyś pytanie: *czy nasz poganiacz wielbłądów używa trawki?* - ma inny ciężar gatunkowy niż aktualnie występująca wątpliwość: *czy nasz pilot nie jest aby „na prochach”?* Jak Wam się podoba pilot-padaczkowiec-podamfetaminowy? Z drugiej strony społeczeństwa z kręgu zachodniej kultury nie ścigają z wielką determinacją „topowych” muzyków z upodobaniem stosujących nie tylko niewinne psychostymulanty. A publikacje o nich zawarte w tabloidach są pełne wyrozumiałości dla wielkości ich talentu, wspomagającego „dopalaczami”.

Ponieważ obecne określenie normy zachowania zmieniło się radykalnie musimy znaleźć jasne granice, których będziemy starali się nie przekroczyć dla własnego i cudzego dobra. Wraz z poszerzeniem dostępu do dóbr kultury materialnej Zachodu powiększa się zjawisko używania środków psychoaktywnych przez szerokie kręgi młodych ludzi, lub przez tych, którym się wydaje, że są młodzi i nowocześni („cool”), twierdząc że jest to zjawisko nieszkodliwe. Owa część opinii społecznej neguje złożoność działania uzależniającego związków psychoaktywnych, bagatelizując ich działanie biologiczne i wyrażając nadzieję, że wystarczy zmienić kontekst psychologiczny i socjalny nadużywania sub-

stancji psychoaktywnych, a do rozwinięcia się choroby uzależnieniowej nigdy nie dojdzie. Od dawna złudzenia te rozwiały fakty znane z przebiegu uzależnienia opiatowego, natomiast więcej kontrowersji budzi używanie i nadużywanie środków psychostymulujących i halucynogennych takich, jak marihuana, amfetamina, kokaina, LSD i ich pochodne.

Dlatego też, aby „nasze grzechy” dokonane na polu zwanym dawniej rajem usprawiedliwić - opisano różne rodzaje używania środków psychoaktywnych (narkotyków) jako **używanie substancji psychoaktywnych dopuszczalne kulturowo i zwyczajowo**, ale często ograniczone prawnie czy socjalnie. Czyli, na przykład jest to kultura picia alkoholu w kręgu europejskiej i pñ. amerykańskiej cywilizacji, w której z grubsza rozróżniamy takie modele używania trunku jak: wschodnio, zachodnio, południowo europejski. Jest to także kultura używania coki w południowej Ameryce, z którą nie mogą sobie poradzić administracje rządowe wielu krajów [3, 4]. Kultura używania opium na Bliskim i Dalekim Wschodzie lub katha w Afryce miała prawdopodobnie istotny wpływ na przebieg tamtejszych cywilizacji. Pozostaje do dyskusji przystosowanie owych zwyczajów do współczesnych zmian cywilizacyjnych zachodzących we wszystkich krajach, co wiąże się z większymi wymaganiami w zakresie współpracy wewnątrz społeczeństwa, ale też zezwalają na dużą indywidualizację zachowań ludzkich. Toteż w celu oswojenia zwyczajów używania substancji psychoaktywnych pojawiają się takie określenia jak branie sportowe, weekendowe, wczasowe, „dla szpanu” itd., itp. Warto zauważyć, że masowość takich zachowań jest podstawą sporej części zysku przemysłu rozrywkowego [5, 6].

Toteż ten dział globalnej gospodarki z łatwością utrzyma rzeszę ekspertów gotowych udowodnić każdą tezę zwiększającą konsumpcję środków psychoaktywnych.

Określenie - **użycie ryzykowne środków psychoaktywnych** wprowadziło Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w **DSM III or IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third or Fourth Edition). Ogólnie można je przedstawić jako **ryzykowne używanie środka psychoaktywnego, które powoduje wzrost częstości występowania zdarzeń niekorzystnych/ryzykownych dla biorcy i /lub dla otoczenia**.

Termin ten jest określeniem stosowania substancji psychoaktywnych związanych z kontekstem kulturowym, religijnym przeważnie dopuszczalnym przez ogół społeczeństwa. Wiadomo, że ocena jakiegoś ryzyka jest obiektywną czynnością opartą o metody matematyczne, które rejestrują biologiczne i społeczne dane o częstości pojawiania się sytuacji niebezpiecznych lub objawów choroby i zmian w zdrowiu populacji, a które opierają się na danych epidemio-

logicznych. Dla kobiet w ciąży, dzieci i młodzieży ryzyko wystąpienia niekorzystnych zmian w zdrowiu po zażyciu substancji psychoaktywnych jest nieporównanie większe od ryzyka notowanego w ogólnej populacji.

Natomiast określenie ryzyka niebezpiecznego przyjmowania środków psychoaktywnych dla osób wykonujących ważne zawody ma wyraźny kontekst kulturowy. Pozostając jednak w kręgu naszej cywilizacji możemy stwierdzić, **że każde użycie środka psychoaktywnego przez osobę wykonującą odpowiedzialny zawód ma charakter ryzykowny**. Stwierdzenie to szczególnie dedykuję m.in. moim kolegom po fachu.

Z rozpowszechniania używania środków psychoaktywnych wynika praktyczne ignorowanie zasady równości obywateli w dostępie do pracy i przy rekrutacji do zawodów o specjalnych wymaganiach, często bowiem występuje przymus pobrania od nich „za zgodą” materiału biologicznego w celu wykrywania obecności substancji psychoaktywnych. Pracodawcy często „fundują” swoim podopiecznym takie badania sprawdzające.

Szkodliwe nadużycie substancji charakteryzuje się tym, **że wywołuje** określony w ICD 10 tj. międzynarodowym spisie chorób, **zespół objawów, który możemy przyporządkować jakiejś chorobie** z oznaczeniem kodowym [7]. Może to być uszkodzenie wątroby, serca, itp., także spowodowanie trwałych zmian zachowania odpowiadającym jakiemuś zaburzeniu psychicznemu. Ponadto przy stawianiu rozpoznania jesteśmy pewni, że diagnozowana choroba nie ma innych głównych przyczyn niż używanie środka psychoaktywnego. Zwracam uwagę, że niektóre sposoby użycia środka psychoaktywnego /narkotyku takie, jak: **stosowanie dożylnie** niesterylnej, niemianowanej (o nieznanym stężeniu) substancji przy użyciu niesterylnej sprzątu iniekcyjnego **mogą być od pierwszego użycia od razu szkodliwe**, a nie tylko ryzykowne [8, 9, 10, 11].

Osoby używające dożylnie nielegalnych narkotyków (intravenous drug users - IDU's) stanowią grupę szczególnie narażoną na m.in. wirusowe zakażenia.

Natomiast palenie substancji również powoduje szkody zdrowotne, które nie muszą być zależne od właściwości głównej substancji uzależniającej zawartej w preparacie. Szkodliwość ta jest związana bardziej ze sposobem używania substancji. Dawniej, na przykład nie palono a przeżuвано tytoń i problemy zdrowotne nikotynistów były inne niż obecnie. Nie ulega jednak wątpliwości, że przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji niesie ze sobą najwięcej zagrożeń.

Nałóg jest kolejnym rodzajem użycia substancji psychoaktywnych, w którym występuje większość objawów uzależnienia, ale z uwagi na własności farmakologiczne substancji nie dochodzi do pełnego zestawu objawów choroby zwanej uzależnieniem. Nałóg bywa przyjemnym przyzwyczajaniem do czasu, kiedy

czujemy się całkiem zdrowi, potem nałóg powoduje wystąpienie dolegliwości, ale kiedy to nastąpi, wtedy już nie potrafimy się go pozbyć. Ale kto by się przejmował takim niewinnym towarzyskim zwyczajem, jakim jest palenie tytoniu, czy innych preparatów zawierających na przykład THC. Tymczasem w ocenie epidemiologów negatywne skutki palenia tytoniu w Stanach Zjednoczonych przewyższają szkody wywołane przez pozostałe środki psychoaktywne [12]. Ta oczywista prawda wynika z rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu w społeczeństwie.

Nałóg łączy w sobie cechy używania szkodliwego i uzależnienia:

- a) Stałą lub okresową chęć powtarzania czynności i odczucie płynącej z niej przyjemności.
- b) Występuje jednak dość skuteczne panowanie nad częstotliwością zdarzenia i ilością używanej substancji.
- c) Stwierdza się bardzo niewielką tolerancję.
- d) Notujemy powolne narastanie niekorzystnych objawów choroby, ale nie zawsze związanej z właściwościami głównej substancji uzależniającej. Jednak stwierdzamy powstawanie chorób niewątpliwie związanych z praktykowaniem nałogu.
- e) Obserwuje się całkowitą niewrażliwość na argumenty o szkodliwości nałogu i kontynuowanie czynności bez względu na okoliczności.

Ale pomimo pewnych ograniczeń alternatywnych przyjemności, tryb i poziom życia użytkownika nie ulega dostrzegalnemu pogorszeniu. Następnym stadium używania /nadużywania substancji psychoaktywnej jest uzależnienie.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest to zespół objawów chorobowych polegający na stałym lub okresowym przyjmowaniu substancji w celu uzyskania pozytywnych zmian w odczuciu przyjmującego, lub też dla uniknięcia niekorzystnych objawów chorobowych pojawiających się przy braku substancji w organizmie, lub przy szybkim zmniejszeniu stężenia. Jest to stadium zaburzenia i/lub choroby psychicznej określonej w międzynarodowym spisie chorób (ICD 10) w punktach od F 10 do F 19.

Cechy uzależnienia:

- a) Stała lub okresowa chęć przyjmowania substancji (występowanie głodu narkotycznego) narastająco lub nagle objawy napadowo-kompulsywnie z przerwami obejmującymi różne okresy abstynencji. Brak kontroli nad ilością i częstotliwością przyjmowania środka.
- b) Tolerancja - uzyskiwanie takich samych efektów objawowych dopiero po postępującym wzroście dawki.

- c) Występowanie zespołu odstawiennego po zmniejszeniu dawki lub przerwaniu przyjmowania środka.
- d) Zaniechanie czynności mających na celu utrzymanie się na odpowiednim poziomie socjalnym na rzecz poszukiwania substancji, degradacja potrzeb psychospołecznych, zaniechanie czynności uznawanych dotychczas jako przynoszące przyjemność/satysfakcję.
- e) Brak reakcji uzależnionego na informacje i fakty świadczące o szkodliwości jego dotychczasowego postępowania. Występują wyraźne elementy autodestrukcji, która jest natychmiast usprawiedliwiana przez uzależnionego – jest to zjawisko bezkrytycyzmu i racjonalizacji.

Zespół odstawienny/abstynencyjny jest to zespół zaburzeń poznawczych, behawioralnych, psychicznych, psychotycznych, zaburzeń wegetatywnych, i innych układowych - występujących po nagłym zmniejszeniu dawki lub odstawieniu długotrwale przyjmowanej substancji. Może, ale nie musi być powikłany z drgawkami lub majaczeniem drżennym, a dalej utratą przytomności, zaburzeniami układów oddychania i krążenia. Najpoważniejsze objawy odstawienne występują na ogół w uzależnieniu alkoholowym, opiatowym, barbituranowym, benzodwuzepinowym, a nawet amfetaminowym.

Skutki zespołu odstawiennego prowadzą do okresowego lub stałego ponawiania przyjmowania substancji psychoaktywnej, i przez to utrwalają uzależnienie.

Zakres pojawiania się objawów uzależnienia, a tym bardziej nasilenie zespołów odstawiennych zależy od natury biochemicznej użytych środków, stąd wiele nieporozumień wokół natury uzależnienia. Zapewniam Państwa, że nikt nie ma mózgu z kamienia i jego właściwości fizyczne takie, jak wymiary i ciężar nie są tak bardzo ważne dla jego prawidłowego działania. Mózg ma istotę biologiczną, a jego czynności mają charakter głównie biochemiczny. Skąd i po co jest ta dygresja? Otóż jest ona konieczna wobec takich stwierdzeń, że na przykład ten narkotyk nie uzależnia „fizycznie” to znaczy, że jest bezpieczny. Termin ten rozumiemy dosłownie od „fizyki”, czyli od dziedziny wiedzy doskonale opanowanej przez człowieka. Może jest to nieporozumienie wynikające z tłumaczenia słowa *physical* z języka angielskiego? Wg starożytnych Greków: *Physis* - to natura, postać - ciało, a w języku angielskim *physical* też znaczy cielesny a więc jest to termin nie z fizyki, a z czystej biologii, nad którą ludzkość dopiero stara się zapanować [13].

Otóż przyczyny uzależnienia mają u swego podłoża charakter biologiczny, nawet, jeżeli występujące objawy mają charakter psychologiczny, psychopatolo-

giczny lub występuje „tylko” nieadekwatne zachowanie społeczne użytkownika środków psychoaktywnych. Ale zauważmy, że wszystkie sposoby stosowania środków psychoaktywnych stwarzają określone większe lub mniejsze indywidualne czy społeczne problemy. Dlatego wydaje mi się, że zachodzi konieczność dokładnego określenia stanu pacjenta. Do tego użyto następujących terminów:

- a) **Objawy cielesne** (somatyczne, fizjologiczne) przechodzące w stany patologiczne, które mogą być neurovegetatywne, układowe, uogólnione. Do nich należą także te objawy psychopatologiczne i/lub zmiany zachowania psychiczne, które mają podłoże bioneurologiczne, mimo że czasami są podobne w swoim obrazie do zjawisk psychologicznych.
- b) **Objawy o podłożu psychologicznym**, tzn. wywołane wymianą informacji i interakcji personalnych zawartych w systemie obiektów blisko znaczących dla pacjenta (rodzina, przyjaciele), jak i relacji sygnałów intrapsychicznych.
- c) **Zaburzenia zachowania społecznego związane z używaniem środków psychoaktywnych**, oparte na wymianie informacji i interakcji z szeroko rozumianym środowiskiem, które podlegają ocenie etycznej i prawnej. Ale na pewno biologia ma udział w ich powstawaniu. Wszystko, co mieści się w zjawisku zwanym „doczesne życie człowieka” musi niestety mieć podłoże biologiczne.

Zastosowane w tym opracowaniu terminy z pewnością nie wyczerpują tematu, ale prawdopodobnie dość dobrze odzwierciedlają występującą rzeczywistość, która istnieje nie tylko wśród uzależnionych.

Kolejnym problemem prawidłowego stosowania pojęć jest skatalogowanie stosowanego leczenia i wynikających stąd zjawisk. Skoro mamy tak dokładnie opisane cechy uzależnienia to rozważmy cechy substytucji i porównajmy ją z kryteriami opisującymi uzależnienie.

Substytucja (podstawianie, zastępowanie) - jest to podawanie istocie żywej takiej substancji, która jest prawie równoważna pod względem działania i zastępuje brakujący, ale niezbędny do życia produkt.

W sytuacji uzależnionego ten brak został wywołany przez dwa czynniki: endogenną niedomogę układu neurohormonalnego i powtarzające się niekorzystne zjawiska podawania egzogennych psychoaktywnych substancji. Ale w wyniku działania tych czynników zaistniał obiektywny neurohormonalny układ, który wywołuje powstawanie objawów odstawiennych.

Biologiczna konieczność podania jakiegoś środka łagodzącego jest oczywista, i tak się dzieje prawie zawsze w przypadku detoksykacji.

Jeżeli określimy substytucję stosowaną w uzależnieniu od opiatowych jako kontrolowane, mianowane (ściśle określone co do ilości) podawanie środ-

ka leczniczego w celu usunięcia lub zapobieżenia objawom choroby, a niewywołujących objawów uzależnienia, to twierdzenie, że substytucja jest to nowe uzależnienie jest grubą przesadą. **Otóż substytucja opiatowa, mimo że jest zbliżona w mechanizmie działania, to różni się od choroby uzależnieniowej następująco:**

- 1) W przypadku substytucji istnieje taki sam głód i potrzeba brania substancji psychoaktywnej, ale zjawisko to ma charakter trwały i praktycznie ustabilizowany i pacjenci nie są w większości nastawieni na wprowadzenie się w stan zaburzeń świadomości.
- 2) Tolerancja występuje również, ale z uwagi na właściwości zastosowanych preparatów jest ona minimalna a korzyści z brania leku stanowią taki czynnik motywacyjny, aby psychologicznie zwalczać występujące przejściowo niewielkie objawy odstawienne i nie zwiększać dawki substytutu.
- 3) Stabilizacja bio-psycho-społeczna podczas stosowania substytucji jest prawie pełna i tylko pozostałości uprzednio prowadzonego trybu życia i stanu zdrowia powodują, że nie da się całkowicie opanować zjawisk patologicznych różnego rodzaju.
- 4) Uświadomienie różnicy w swoim stanie zdrowia i możliwościach psychospołecznych przez pacjentów leczonych substytucyjnie w przeciwieństwie do czynnych narkomanów jest powszechne nawet u osób niestosujących się do regulaminu procedur. Niekontrolowane przerwanie leczenia substytucyjnego jest odczuwane przez pacjentów przeważnie jako bardzo duża strata.

Reasumując substytucję opiatową można określić jako leczniczą procedurę, w trakcie której występują określone, uciążliwe, ale łatwe do przewidzenia i do opanowania - objawy niepożądane. Dlaczego leczniczą? Bo w dużym stopniu stabilizującą chorobę, ale jak wiele innych kuracji farmakologicznych - niekoniecznie likwidującą przyczyny powstawania objawów.

Cechy uzależnienia opiatowego i leczniczego stosowania metadonu są oczywiście zasadniczo różne. Przecież nie od dziś obowiązuje znana zasada toksykologiczna, że o szkodliwości użycia substancji nie decydują jej właściwości toksyczne, ale zastosowana dawka i sposób jej podania. Na tej samej zasadzie jednakowego narkotycznego działania winno się zakazać zupełnie nie tylko w Polsce, ale na całym świecie leczniczego stosowania opiatów lub opioidów. Nieprawdaż? Tymczasem przez podanie substancji substytucyjnej w ograniczonej dawce osobie uzależnionej uzyskujemy u niej stan zupełnie zbliżony do stanu organizmu nieuzależnionego - wolnego od leków. Za: **Dole i inni** [14].

Objawy zatrucia i uzależnienia od środków psychoaktywnych są dobrze znane i spisane w wielu podręcznikach, więc nie będziemy ich powtarzać,

jednak niektóre zjawiska należy podkreślić jako obiektywne i wpływające na przebieg uzależnienia.

Wielokrotnie spotkałem się ze stwierdzeniami typu: *to fakt, że paliłem sobie od czasu skręta i nic się nie działo, ale teraz zdarza mi się to coraz częściej, i jak przyjdzie piątek to nie mogę wytrzymać, bez dopalacza ani rusz. Albo: jak nie mogę zapalić, to jestem jakiś taki dziwny, nieruchawy, nic mi się nie chce, nawet swojej ulubionej muzyki nie słucham.*

Powszechne w przyrodzie zjawisko neuroadaptacji powoduje, że biorący poszukuje coraz bardziej efektywnej, z punktu widzenia farmakokinetyki, drogi: od picia czy inhalacji, do podawania dożylnego. Niewątpliwie środki psychoaktywne różnią się siłą uzależniającą, aczkolwiek w przypadku jednostkowym nie da się odpowiedzieć na pytanie młodego człowieka: *czy jak na wakacjach brałem piguły i paliłem blanty, to uzależnię się na zawsze?*

Prawdopodobnie od 10-15 % populacji używającej środków psychoaktywnych wykazuje objawy uzależnienia, których charakter zależy od rodzaju substancji.

Piśmiennictwo notuje wiele podziałów stosowanych środków psychoaktywnych na przykład klasyczny podział Luisa Lewina z 1924 r., za [15], który dzielił narkotyki na 5 grup: Euphorica, Phantastica, Inobrantia, Hypnotica, Excitantia.

Podział wg WHO dzieli środki uzależniające na 8 typów (Tadeusz Chruściel) [16], ale teraz uważamy, że jest on niekompletny i miejscami nieuzasadniony. Dla celów lekarskich najwygodniej posługiwać się określeniami zawartymi w ICD 10: jw. [7].

Zaburzenia psychiczne i zachowania mogą być spowodowane:

- F 10 piciem alkoholu,
- F 11 używaniem opiatów,
- F 12 używaniem kannabinoidów,
- F 13 lekami nasennymi i uspokajającymi,
- F 14 używaniem kokainy,
- F 15 używaniem innych psychostymulantów,
- F 16 używaniem substancji halucynogennych,
- F 17 używaniem tytoniu,
- F 18 używaniem lotnych rozpuszczalników,
- F 19 używaniem kilku różnych/innych substancji psychoaktywnych .

Każdemu powyższemu zdarzeniu **może, ale nie musi** towarzyszyć:

- F 00.0 Ostre zatrucie niepowikłane, lub powikłane urazem, śpiączką, drgawkami i (uwaga) zawsze może wystąpić zatrucie patologiczne, tj. nie pasujące do żadnych reguł diagnostycznych.

- F 00.1 Używanie szkodliwe.
- F 00.2 Objawy uzależnienia występują w różnych fazach:
 - aktywnej, stałej lub nawracającej,
 - w trakcie leczenia biologicznego awersyjnego, blokującego, substytucyjnego,
 - w trakcie aktualnie utrzymywanej spontanicznej abstynencji,
 - w trakcie utrzymywania abstynencji w specjalnie chroniącym środowisku.
- F 00.3 Zespół abstynencyjny niepowikłany lub powikłany drgawkami.
- F 00.4 Majaczenie drżenie bez drgawek lub z drgawkami.
- F 00.5 Przewlekłe psychozy i depresje.
- F 00.6 Przewlekłe psychozy z zespołami amnestycznymi.
- F 00.7 Przewlekłe zaburzenia neuro-encefalopatyczne.
- F 00.8 Inne zaburzenia psychiczne i zachowania.

Jak widać, przy układaniu wyżej opisanych objawów więcej do powiedzenia mieli teoretycy, stąd pewne pomieszenie gradacji objawów, ale zapewniam, że objawy psychopatologiczne używania substancji psychoaktywnych w skutkach mogą się okazać równie tragiczne jak somatyczne. Oczywiście zakres objawów abstynencyjnych różni się w zależności od rodzaju substancji psychoaktywnej.

Ogólnie objawowo można podzielić substancje psychoaktywne na:

- a) **substancje działające depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy (OUN):**
opioidy, opiaty, morfina, heroina (kompot, brown sugar), zupa makowa, benzodiazepiny, barbiturany i inne.
- b) **substancje działające pobudzająco, stymulująco na OUN:**
amfetaminy, ecstazy, kokaina, crack i wiele innych, a także tetrahydrokannabinole (THC): marihuana, haszysz.
- c) **substancje działające halucynogennie/psychotycznie na OUN:**
meskalina, peyotl, psylocybina (grzyby), ergotamina, LSD – („kwas”, dwuetyloamid kwasu lizergowego), kath, betel, datura stramonium, pochodne amfetamin (m.in. ecstazy) i inne.

Kto ma w pamięci nieco doświadczeń własnych lub cudzych to wie, że alkohol może początkowo pobudzać, potem wywoływać omamy, a w końcu uśpić albo zabić delikwenta. Stąd wszystkie podziały są nieprecyzyjne i ułatwiają jedynie stosowanie systematyki w naszym myśleniu. A poszczególne spisy i tablice praw wszelakich odzwierciedlają poglądy swoich czasów. „Obiektem” uzależniającym może być każde zjawisko. Podobnie jak stwierdził dawno temu Carl Gustaw Jung wiemy, że każda forma uzależnienia jest szkodliwa - niezależnie od tego, czy narkotykiem jest alkohol, morfina, idea, czy osoba. Współcześnie dorobiliśmy się takich „narkotyków” jak giełda czy Internet (a mam nadzie-

ję, że spotkaliśmy w swoim życiu osoby, od których nadmiernie uzależniliśmy swoje działanie) - toteż do tego zjawiska można dopasować bardzo ogólną definicję uzależnienia: **uzależnienie może to być powtarzający się ciąg zdarzeń zaburzający socjo-psycho-biologiczną równowagę człowieka.**

Jednak w naszej pracy zajmujemy się raczej zdarzeniami związanymi z używaniem środków psychoaktywnych. Już od wielu lat ustalono „ranking”, czyli ocenę siły działania środków psychoaktywnych biorąc pod uwagę kilka czynników: nasilenie objawów somatycznych podczas brania środka, jego siłę destrukcji na zdrowie, siłę objawów abstynencyjnych zarówno somatycznych, jak i psychochopatologicznych, oraz narastanie tolerancji, która nie dopuszcza do okresowej redukcji używanej substancji. Na własny użytek uznam, że **te narkotyki, które po niedługim okresie używania, wielu biorących jest zmuszonych brać dożylnie, można określić jako „twarde”.** Oznaczenie pozostałych substancji uzależniających jako „miękkie” nie znaczy niczego na usprawiedliwienie ich brania, poza ogólnym stwierdzeniem, że **charakter powstawania objawów uzależnienia u probanta jest zróżnicowany, a skutki używania różnych środków psychoaktywnych pojawiają się z czasem, i zgodnie z naturą używanych substancji, stanem zdrowia używającego, przy wpływie pozostałych czynników środowiskowych.** Należy również w ocenie szkodliwego działania danego środka brać pod uwagę takie czynniki jak toksyczność ostrą i przewlekłą, działanie immunologiczne, mutagenne, onkogenne, psychoaktywne, i uzależniające, oraz zjawiska psychospołeczne towarzyszące konsumpcji. Wszystko to razem można określić jako szkodliwość brania danego środka [jw. 8, 9, 10,10].

Tymczasem podstawowe pytanie stawiane przez naukowców brzmi: czy używanie takich substancji może wywołać biologiczne objawy uzależnienia manifestujące się m.in. wystąpieniem zespołu odstawiennego czy też nie? Czy środki te mają długotrwałe działania biologiczne, czy też wraz z przerwaniem ich używania wszystkie zmiany cofają się?

Jak zwykle zdania są podzielone i część naukowców uważa, że takie substancje jak marihuana, nie tylko wywołują zmiany zachowania i pogorszenie czynności poznawczych, ale także wpływają na metabolizm neuroprzekazników (na przykład dopaminy), ingerują w przyspieszenie mechanizmów śmierci komórki, ułatwiają lub prowokują wystąpienie schizofrenii? A po ich używaniu obserwuje się zmiany w EEG.

Stwierdzono, że **amfetamina w ustalonej dawce wpływa na metabolizm dopaminy**, doprowadza do wystąpienia zespołu objawów odstawiennych jako manifestacji biologicznego działania uzależniającego. Inne badania dowodzą, że kannabinoły mają działanie neuroprotekcyjne, że amfetamina nie musi

wywoływać zmian w zachowaniu organizmów żywych, a prac naukowych o pozytywnych aspektach użycia kannabinoli w stwardnieniu rozsianym nie sposób policzyć.

Generalnie opiatami nazywamy naturalnie otrzymywane alkaloidy, a opioidami wszelkie substancje mające ww. działanie. Bez względu na niuanse nomenklaturowe popularna nazwa „narkotyk” odruchowo łączy się z dożywionym używaniem alkaloidów takich jak morfina, heroína, kodeína i wiele innych. Opiaty wywołują najsilniejsze objawy choroby uzależnieniowej.

Nasze zainteresowanie skupimy na związkach działających na **receptory opioidowe** w mózgu znane aktualnie i zwane: **mi, delta, kappa i ORL 1 (orphan)**. Z każdym rokiem odkrywane są nowe odmiany receptorów, ale nam wystarczy przytoczone.

Okazuje się, że wszyscy jesteśmy producentami narkotyków, a co gorzej dla nas - jesteśmy ich całodobowymi użytkownikami. Otóż organizm nasz funkcjonuje wg schematu: stan spoczynku, bodziec, potrzeba, pobudzenie, realizacja, satysfakcja, stan spoczynku. I tak w kółko (patrz ilustracja 1).

Ilustracja 1



Prawidłowe zachowanie tego rytmu zapewnia współdziałanie endogennych hormonów między innymi tych znanych jako endomorfiny (**endorfiny**) i substancji zwanych **neuroprzekaźnikami**. Nas najbardziej interesują trzy z nich: **dopamina, serotonina i noradrenalina** [17].

Trudno mnie jako dyletantowi wyklądać historię neurobiologii, do której radzę Czytelnikowi zajrzeć, podobno zaczęło się od tego, iż stwierdzono, że drażnienie mózgu wywołuje szereg reakcji nie tylko somatycznych i wegetatywnych, ale także psychicznych. Od impulsu mechanicznego fizycznego, elektrycznego, sięgnięto po bodziec chemiczny i farmakologiczny. Był to okres drastycznych z obecnego punktu widzenia doświadczeń na zwierzętach, obserwacji podczas neurochirurgicznych operacji, obserwacji osób po urazach mózgowych, itd. Już w latach 30 ub. wieku drażniono sondą śródmózgowie kota, co miało wywołać wtedy objawy wściekłości u tego małego drapieżcy. Ale badacz nieco zboczył przy nakłuciu i kot zamiast się złościć zaczął wykazywać objawy zadowolenia, łasić się i przymilać tak, jak to tylko kociaki potra-

fią. Jednak dopiero przy badaniach funkcji poznawczych prowadzonych przez **Jamesa Olas** i **Petera Milnera** w latach 50 odkryto zjawisko samodrażnienia, co było podstawą do dalszych odkryć w dziedzinie neurobiologii uzależnień. Otóż można tak skonstruować klatkę z urządzeniami karmiącymi, że szczur naciskając dźwignię sam sobie podaje narkotyk aż do całkowitego zatrucia. **Czyli został skonstruowany neurobiologiczny algorytm samopodawania substancji przez zwierzę, który uznano jako doświadczalny model choroby uzależnieniowej.** Choć oczywiście wyników uzyskanych z eksperymentu na zwierzętach nie możemy przenosić liniowo na zachowanie człowieka, to wiele to tłumaczy [18].

W latach 60-tych **Choh Li** z Uniwersytetu w Berkeley odkrył hormon przysadkowy, który nazwał beta lipotropina, okazało się, że substancja ta ma działanie przeciwbólowe, a odkrywca enkefalin **John Hughes** nazwał te podobnie działające związki endogenną morfiną, czyli **endorfiną**. I tak powstawał obraz funkcjonalnego układu w mózgu zwanego układem nagrody mózgu (**brain reward system**), który bierze udział w całym naszym życiu. (rys. zarys mózgu z zaznaczeniem około limbicznej jednym kołem).

Jerzy Vetulani tak pisze z okazji 50-lecia powstania neuropsychofarmakologii: „Zachowanie ssaków (a zapewne i niższych zwierząt) jest wypadkową działania trzech wielkich układów funkcjonalnych mózgu: układu pobudzenia (**arousal**), układu nagrody (**reward**), i układu poznawczego (**cognition**).

Układ nagrody mózgu zlokalizowany głównie w okolicy podwzgórzowo- limbicznej jest zaangażowany we wszystkie zasadnicze zachowania: pobieranie pokarmu, wody, aktywność seksualną, agresję i jest stymulowany działaniem odpowiednich neuroprzekazników, do których należą m.in.: dopamina, serotonina, a modulujące działanie wywierają endogenne peptydy opioidowe. System nagrody opiera się na odczuwaniu przyjemności i kary, co powoduje, że działa on sprawnie i nie przeszkadza w naturalnej adaptacji do środowiska. Dopiero uzależnienie od środków psychoaktywnych trzeba traktować jako chorobę układu nagrody. Dla problemu uzależnień szczególnie jest istotny układ pobudzenia ukierunkowanego. Dostarcza on odpowiedziom korowym jakości emocjonalnych takich jak lęk, ciekawość, gniew, przyjemność, wstręt itp. Jego podłożem anatomicznym jest układ limbiczny, który jest miejscem lokalizacji układu nagrody. Układy te są ściśle powiązane ze sobą i są zaangażowane w wytworzeniu zależności od środków psychoaktywnych i zachowań poszukiwawczych, mających na celu zdobycie substancji uzależniającej.

Działanie uzależniające można badać w doświadczeniach na zwierzętach, ponieważ mechanizmy uzależnień są uniwersalne i wyniki łatwo można przenieść na człowieka. Jeżeli jakaś substancja uzależni zwierzę, to można być prawie pewnym, że będzie miała działanie uzależniające u ludzi.

Jednocześnie siłę uzależnienia można badać u ludzi, dotyczy to zwłaszcza osób uzależnionych, u których można badać, czy proponowana terapia będzie skutecznie obniżać głód narkotyczny (chcicę). O zależności od środków psychoaktywnych (a także innych czynników nagradzających) można powiedzieć wówczas, kiedy dochodzi do takiej zmiany w psychice, że poszukiwanie leku lub innego czynnika nagradzającego staje się głównym motywem życia osoby uzależnionej. Nie ulega wątpliwości, że zależność rozwija się wskutek powstawania zmian neuroadaptacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) pod wpływem stosowanego przewlekłe narkotyku. **„Zmiany adaptacyjne pod wpływem narkotyków można podzielić na dwie zasadnicze kategorie - powstanie sensytyzacji i tolerancji. Tolerancję definiujemy jako konieczność zwiększania dawki leku w celu uzyskania tej samej odpowiedzi. Może być ona farmakokinetyczna lub metaboliczna. Narkoman jest osobą, której funkcje mózgowe zostały w fundamentalny sposób zaburzone przez narkotyk i konieczne jest podjęcie leczenia, aby naprostować zmienione funkcje mózgu i związane z tym zmiany w zachowaniu i funkcjonowaniu społecznym”** [19].

Jak wygląda układ nagrody? Nie ma własnego obrazu, toteż ci, którzy nie znają anatomii mózgu nie mogą go zobaczyć. Jest to zespół neuronów, skupisk neuronów – tzw. jąder i dróg nerwowych o wspomnianej lokalizacji, które wykonują opisane czynności. Nie jest to zwarta struktura morfologiczna wyodrębniona z innych części mózgu. Z podstaw nauk biologicznych wywodzi się **pojęcie ontogenezy i filogenezy**, czyli zjawisk występujących zarówno w obrębie jednego osobnika, jak i pokoleń wszystkich pojedynczych żywych istot. Yakowlew podzielił mózg na trzy filogenetyczne obszary: najstarszy mózg gadów, potem palleossaków i neossaków [20].

Dla nas będzie wystarczające wyobrazić sobie coś na kształt głowy ukrytej w bufiastym berecie. Gdy popatrzymy na mózg człowieka, bezpośrednio, lub w atlasie - zobaczymy, że dzieli się on z grubsza na część korową oraz występujące pod nią struktury międzymózgowia i śródmózgowia. Część korowa jest filogenetycznie „młodsza” i jest siedliskiem myśli, pojęć abstrakcyjnych i czynności wyższych, pozostałe są ogólnie siedliskiem emocji, reakcji neurovegetatywnych i „mniej” złożonych czynności układu nerwowego. Warto zauważyć, że układ nagrody jest zlokalizowany w okolicy podwzgórzowo limbicznej, a jego niedomagania, samoistne czy też wywołane, są podstawą objawów choroby uzależnieniowej.

Nikt też nie ma wątpliwości, że dopamina jako główny neuroprzekaźnik ma decydującą rolę w powstawaniu objawów uzależnienia. Tymczasem okazuje się,

że teoria dopaminowa w patogenezie innej choroby psychicznej – schizofrenii obowiązuje od kilku lat i nadal nie jest odrzucana. W pracach nad działaniem leków przeciwpsychotycznych II generacji zauważono, że u osób chorych na schizofrenię w obszarze limbiczno podwzgórzowym jest nadmiar dopaminy, a w rejonie kory przyfrontalnej mamy niedobór tego neuroprzekaźnika, czyli występuje tzw. zaburzenie balansu dopaminowego.

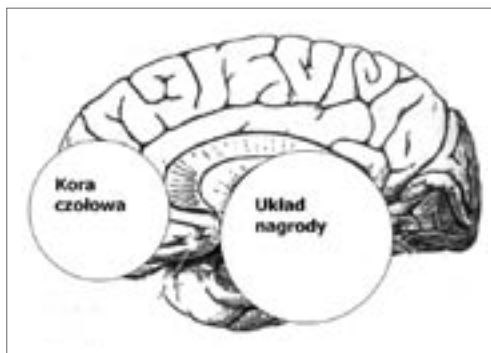
Czy to prawda, że podobno opiatowcy nie lubią przyjmować klasycznych neuroleptyków zaburzających im przekąźnictwo dopaminowe w rejonie układu nagrody? Piszę „podobno”, bo jest to dla mnie stwierdzenie intuicyjne. W takim razie, czy objawy tych dwóch poważnych stanów psychicznych są w jakiś sposób wzajemnie połączone? Czy wrażenie młodej, uzależnionej od opiatów, ciężarnej kobiety, przejawiające się panicznym lękiem przed śmiercią grozącą jej w przypadku wystąpienia ewentualnego zespołu odstawiennego, nie jest podobne do psychotycznego urojenia?

Uzależnienie można przedstawić obrazowo jako mechanizm braku, czyli podobnie do istotnej cechy gospodarki socjalistycznej, którą już przeżyliśmy. Obiecywano nadejście wiecznego szczęścia, a pozostała choroba. Nie inaczej jest z uzależnieniem. Na początku jest przyjemność a potem choroba. Jaki jest jej mechanizm?

Jak wspomniałem sami jesteśmy producentami „narkotyków” i substancji pośredniczących. W organizmie są substancje odpowiedzialne za odczuwanie bólu. Dziecko trudniej znosi ból, dlatego załagodzenie skutków bólu u dziecka bywa trudne i długotrwałe, tymczasem dorosły często nauczył się już „żyć z bólem”. Odpowiedzialne za to zjawisko oswojenia się z bólem są neuropeptydy zwane m.in. endomorfinaami mające strukturę pozwalającą łączyć się im z receptorami opiatowymi.

Podobnie jak **endomorfiny** oddziałujące na receptory opiatowe, które występują w mózgu, odkryto również struktury kanabinoidowe, podobne do THC, biorące udział w wielu objawach natury fizjologicznej lub patologicznej. Natomiast stałe lub okresowe wprowadzanie substancji działających podobnie jak na-

Ilustracja 2
Schemat przekroju mózgu



turalne powoduje w ramach adaptacji zanik produkcji endogennych substancji i organizm swoją przemianę materii opiera na dowozie zewnętrznym związków działających na te same receptory. W momencie, gdy dowóz ten jest przerwany występują zaburzenia metaboliczne objawiające się zespołem odstawiennym.

Gdy przytoczymy wypowiedź osoby używającej THC, to obraz podawanych przez nią objawów ma łagodne cechy zaburzeń poznawczych i nastroju. Ale czy one mają charakter psychiczny czy fizyczny? Niestety są to zmiany z natury neurobiologiczne o określonych powtarzalnych konsekwencjach.

Oczywiście opisany mechanizm jest raczej stworzony na potrzebę ilustracji zagadnienia, gdyż rzeczywiste mechanizmy neurobiologiczne uzależnień są o wiele bardziej skomplikowane. Dla zainteresowanych przytoczę tytuł artykułu **Wojciecha Kostowskiego** z pisma Alkoholizm i Narkomania: „Dysfunkcja mechanizmu >antynapędu<: mechanizm powstawania uzależnień” [21]. Cytowany Autor zawsze twierdził, że **zasadnicza rola dopaminy w układzie nagrody i powstawaniu uzależnień od środków psychoaktywnych nie została nigdy podważona** [22].

Układ neuroprzekaźników w mózgu jest zintegrowany i nie możemy pomijać roli wspomnianych **noradrenaliny, serotoniny** i wielu innych substancji zaangażowanych w procesach sterujących zachowaniem organizmu.

Na przykładzie działania psychostymulantów możemy zapoznać się z rolą dopaminy w układzie nagrody mózgu. Amfetamina powoduje zwiększony wyrzut dopaminy do szczeliny w synapsie i działa o wiele energiczniej niż kokaina, która powoduje zahamowanie wychwytu zwrotnego dopaminy z synapsy, co z kolei wywołuje powolny wzrost tego neuroprzekaźnika w szczelinie. Odwrócenie lub zahamowanie tych procesów musi dać skutki neurobiologiczne i odpowiadające im objawy zespołu odstawiennego, który ma różnorodny przebieg w zależności od rodzaju reakcji metabolicznej w mózgu. Są to bardzo skomplikowane zjawiska i niejednoznaczne.

Na przykład **DiChiara** wystąpił z tezą ze proces nagradzania posiada dwie fazy: **wstępną i konsumowania**. W literaturze omawia się także proces **sensytyzacji, awersji, odwróconej tolerancji** itp. zjawisk występujących w procesie uzależnienia. Niezbadała jest jeszcze dokładnie „pamięć biologiczna” nawrotów - dlaczego po kilku latach absolutnej abstynencji występują one nagle i „bez przyczyny”? Dlaczego występuje zjawisko **flashback** tj. nawrotu objawów? Ciekawa jest też **faza poszukiwawcza** środka psychoaktywnego opisywana w literaturze przedmiotu. Jest to zjawisko nasilane m.in. przez THC. Niezbadałe jest zjawisko odporności na dawki substancji psychoaktywnych, które nie doprowadzają do uzależnienia w indywidualnych przypadkach.

Największym problemem w przebiegu choroby uzależnieniowej są **nawroty**, nadal nie znamy ich natury. Jednocześnie również duże znaczenie w symptomatologii notowanej w przebiegu choroby uzależnieniowej ma pojęcie **wczesnego mikrouszkodzenia mózgu** ze wszystkimi jego konsekwencjami w rozwoju młodego człowieka. Czy **kindling**, czyli natychmiastowe, spontaniczne rozniecanie podnieć jako zjawisko neurobiologiczne ma w tym udział?

Czy cykliczność choroby uzależnieniowej ma coś wspólnego z innymi chorobami, w których obserwujemy nawroty w schizofrenii, padaczce, stwardnieniu rozsianym, chorobach autoimmunizacyjnych? Czyżby to było nowe pole do popisu dla dziedziny określanej jako psychoimmunologia?

Niewątpliwie dla prawidłowego istnienia organizmu zachodzi konieczność używania hedonizatorów („uszcześliwaczy”), czyli czynników, które wywołują uczucie przyjemności i hamują aktywność organizmu wprowadzając go w fazę spoczynkową. Zrozumiałym jest, że zakres działania tych hedonizatorów jest inny w zależności od rodzaju organizmu i wpływów środowiskowych. Ale niestety nasza łączność z żywymi istotami polega też na tym, że mamy wspólne hedonizatory natury chemicznej. Na przykład mało współczesnych podręczników podkreśla „zbawienny wpływ” leków zawierających opiaty na stan naszych nerwów, na uspokojenie naszych złych emocji, na łatwość generowania sytuacji przyjemnych, między innymi na to, że początkowo, w pierwszej fazie nałogu, uprawianie seksu pod wpływem wielu hedonizatorów (w tym heroiny) staje się łatwiejsze i bardziej ekscytujące. Wiemy to już od dawna z opisów emocji dokonanych przez wielu autorów. Od dawna były one powszechne.

Dlatego pytanie: *jeżeli te narkotyki są takie straszne to, dlaczego tak dużo młodych ludzi je bierze, nie zwracając uwagi na „zrządzenie starych”* - pozostaje dla wielu „młodych” pytaniem retorycznym? Ponadto, w wielu publikacjach mamy szereg ekscytujących opisów działania opiatów na naszą świadomość, co od wielu wieków czyniło wielu naszych szacownych antenatów i co współcześni również doświadczają i ochoczo je kontynuują zwłaszcza w sieci.

Niestety przyjemnościowa motywacja brania opiatów za sprawą tolerancji szybko zamienia się w motyw odsuwania od siebie objawów ciężkiej choroby, wtedy używanie sztucznych regulatorów życia staje się przymusem nie do odrzucenia.

Ponieważ większość środków psychoaktywnych nie powoduje tak wyraźnych zmian chorobowych przy jednoczesnym silnym działaniu hedonizującym - używający uważa, że nic się z jego zdrowiem nie dzieje. Dominującym jego wrażeniem jest „fakt”, że świat bez hedonizatora staje się coraz bardziej szary i nudny, a on coś z tym musi zrobić, żeby się rozweselić. Taka motywacja

wyduje się być jak najbardziej normalna, tylko niestety nikt nie zauważa, że za tym psychicznym zjawiskiem, chemicznie wywoływanej przyjemności, stoją zaburzenia w metabolizmie neuroprzekaźnika sztucznie regulujące nastrój użytkownika przez zastosowanie środka psychoaktywnego.

Tak to relacjonuje Wacek: *„Wie Pan - palenie trawki, wążchanie amfy, używanie koki, przypalenie „brauna” i jakaś „lampeczka” alkoholu nie stanowiły dla mnie żadnego problemu, to stanowiło część mojego rock’n’rollowego życia i raczej wynikało z potrzeby - jak człowiek musiał być żywszy, to się stymulował, jak chciał być spokojniejszy, to się wyciszał. Ale teraz z tego postępowania wynikają tylko kłopoty - jakiś taki nerwowy jestem, reaguję jak granat z przyspieszonym zapalnikiem. Nie da się ze mną żyć, a chemiczna regulacja życia jest coraz to trudniejsza”*.

Choć od 50-ciu lat rola metabolizmu takich neuroprzekaźników, jak dopamina, serotonina noradrenalina jest w mechanizmie uzależnień ustalona, to znakomita większość osób zajmujących się problemem opieki nad uzależnionymi praktycznie odrzuca wynikające z tego wnioski. Zakres tych osób jest szeroki: od polityków przez nauczycieli we wszelkich ich kategoriach, do terapeutów, a także lekarzy. Musimy sobie zdać sprawę, że określenie jakiegoś zjawiska jako endogenne czy czynnościowe, psychologiczne wynika tylko z aktualnego stanu wiedzy. Np. znane są już prace doświadczalne mówiące o zmianach neurobiologicznych zachodzących u pacjentów po przebytej psychoterapii, prace mówiące o neurobiologii lęku, o zmianach metabolicznych w mózgu obserwowanych w PTSD (post traumatic syndrom disorders), czyli zespole objawów psychopatologicznych występujących po przebyciu ciężkiego stresu, itp. Wielu autorów zastanawia się na przykład czy istnieje w mózgu mapa struktur odpowiadających za niemoralne zachowanie się osób uzależnionych, co im się zresztą dość często zdarza. Za: **Bogusławem Habratem** [23].

Czy nasze poczucie szczęścia ma też swe podłoże neurobiologiczne? Zadaje pytanie **Jerzy Vetulani** [24]. Ja tego nie wiem, ale wierzę, że musimy uznać rolę biologii w powstawaniu uzależnień od środków psychoaktywnych i nie stosować mechanizmu zaprzeczeń w nauce.

Mechanizm układu nagrody nie ma działania teleologicznego to znaczy osiągania jakichś zamierzonych celów, skądinąd społecznie lub moralnie pożytecznych. Jest to tylko kaskada reakcji biochemicznych przebiegających zgodnie z prawami nadmiaru lub niedoboru substratów. Jednak przytoczone przeze mnie czynniki biologiczne uzależnienia, nie są ani jedyne, ani nie zaprzeczają sformułowaniom zgodnym ze sztuką nauk psychologicznych czy też społecznych, nie wykluczają istnieniu transcendencji, dekadencji, ani innych zjawisk duchowości istniejących w kulturze. Patrz m.in. **Karl Jaspers, Arthur Schopenhauer**.

Mam nadzieję, że młode pokolenie, które rozróżnia pojęcie software, hardware i ceny komputera - zrozumie zależności między nimi. Możemy teraz podziwiać, jaki młody ciągle jest (przepraszam był, niestety) **Antoni Kępiński** z jego teorią **metabolizmu informacyjnego** i nakazem empatycznego podejścia do pacjenta.

Niestety neurobiologia nie podała żadnego narzędzia za pomocą, którego można by wykrywać stopień uszkodzenia układu nagrody i prognozować osobniczą podatność na uzależnienie. Nie mamy żadnej możliwości ocenić wydolności neuroendokrynologicznej układu nagrody naszego mózgu, który „powinien bronić” nas przed uzależnieniem. Na razie nie da się pobrać próbki moczu lub śliny od uczniów całej V klasy szkoły podstawowej i po otrzymaniu rezultatów ostrzec: *Jasiu ty uważaj na wszelkie substancje chemiczne, bo masz obniżoną odporność na uzależnienie!*

Wiele mechanizmów neurobiologicznych chorób psychicznych jest już opisanych, niektóre z nich są podobne i zachodzi między nimi łączność. Mimo, że są one bardzo skomplikowane to jednak nie da się zaprzeczyć, że zdołano uzyskać doświadczalny model uzależnienia oparty zarówno na zachowaniu zwierząt doświadczalnych, jak i na obserwacji postępowania osób uzależnionych. Na szczęście dla praktyków zajmujących się uzależnieniem występującym u ludzi rola neuroprzekaźników w powstawaniu choroby uzależnieniowej staje się coraz bardziej oczywista. Prowadzenie ścisłego eksperymentu naukowego oceniającego rzeczywisty wpływ na zdrowie wywołany przez używanie środków psychoaktywnych wśród ludzi z ogólnej populacji jest trudne o tyle, że powszechnym jest używanie przez młodych ludzi wielu substancji równocześnie. Jest bardzo częste jednoczesne używanie środków działających ogólnie depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy na przykład opiatów, barbituranów, benzodiazepin, alkoholu ze środkami stymulującymi – amfetaminą, ecstasy – co wynika często z wzajemnego działania wzmacniającego tych substancji, lub naprzemiennego łagodzenia objawów niepożądanych.

A jak wytłumaczymy objawy uzależnienia się pacjenta, jeżeli niezauważalne zaburzenia natury psychicznej pojawiają się wcześniej, przed użyciem środka? Jak wytłumaczymy opisane wyżej mechanizmy, gdy o wiele wcześniej spostrzeżemy zaburzenia psychopatologiczne, a objawy uzależnienia ujawniają się później?

Objawów choroby uzależnieniowej nie możemy rozpatrywać w izolacji od zjawisk opisanych przed neuropsychopatologię. Po prostu endogenne objawy psychopatologiczne wystąpiły niekiedy wcześniej niż uzależnienie.

Wtedy innym wytłumaczeniem biologicznym uzależnienia jest teoria samoleczenia, jako mechanizmu eksperymentalnego wprowadzania substancji do organizmu celem uzyskania poprawy objawowej. Zdajemy sobie sprawę, że każ-

dy model zjawiska jest zawsze przybliżeniem rzeczywistości i w doświadczeniu nie da się odtworzyć dokładnie roli czynników poprzedzających uzależnienie u poszczególnego pacjenta, ponieważ bardzo wiele czynników genetycznych, epidemiologicznych, toksycznych prowadzi do strukturalnych mikrouszkodzeń OUN. Są one w przesiewowych badaniach lekarskich niezauważalne, ale mają znaczenie przy powstawaniu objawów endogennych i czynnościowych chorób psychicznych, zwłaszcza takich jak zaburzenia nastroju w całej swej gamie jednostek chorobowych. Nadużywanie i uzależnienie od środków psychoaktywnych należy do szerokiego spektrum zaburzeń nastroju [25].

W badaniach mechanizmów uzależnień odgrywa rolę wiele zjawisk, które można opisać doświadczalnie i za które odpowiadają poszczególne struktury morfologiczne mózgu wraz z endogennymi metabolitami i działające na nie substancje psychoaktywne.

Warto też omówić rolę czynnika psychologicznego. **Czynnik psychologiczny możemy ogólnie określić jako wymianę informacji ego z własnym superego lub z ważnym obiektem istniejącym w naszym systemie interpersonalnym.**

O roli czynnika psychologicznego w życiu człowieka traktuje cała literatura podparta aktualnie wyznawaną ideologią. Prawdopodobnie dla przytoczonych cech psychologicznych będzie można przyporządkować kiedyś określone dane neurobiologiczne, ale impuls informatyczny o charakterze psychologicznym pozostanie decydujący i mający przewagę nad swoim podłożem organicznym. Świadczy o tym m.in. zjawisko samoleczenia, które polega na tym, że przy odpowiedniej motywacji nawet głęboko uzależniony pacjent może podjąć szereg pozainstytucjonalnych kroków takich, jak spontaniczna detoksykacja, zmiana trybu życia, podjęcie nowych czynności i związków społecznych, które łącznie doprowadzają go do samowyleczenia. Od też dawna istniały poglądy antypsychiatryczne, w których negowano zupełnie potrzebę leczenia osób uzależnionych [26].

Zasadniczym motorem w inicjacji brania środków psychoaktywnych jest czynnik socjalny. Możemy go określić jako mechanizm wymiany informacji osoby ze środowiskiem i odwrotnie - wpływu otoczenia na członka społeczności. **Czynnik socjalny** jest rozumiany jako element budowania więzów społecznych, emocjonalnych poprzez rodzinę i dalej poza nią, oparty jest na wymianie społecznej informacji i wynikających z niej interakcji.

W licznych przeprowadzonych badaniach czynnik socjalny okazał się najważniejszą i powszechnie akceptowaną przyczyną rozpoczęcia nadużywania środków psychoaktywnych.

Oceniono, że pierwsze użycie środka psychoaktywnego jest wywołane w 60-80% z powodów działania czynników socjalnych.

Przecież u młodego człowieka zawsze istnieje chęć wykupienia się do grupy, imponowania otoczeniu i nie jest to nic nagannego. Jednak na skutek braku właściwych autorytetów u boku młodego człowieka, które pomogą w ocenie strat i zysków z wybieranego postępowania, z powodu braku wiedzy, zwykłej lekkomyślności i naturalnej lub prowokowanej ciekawości tego świata cechujących młodych - następuje użycie, a potem nadużywanie środka psychoaktywnego. To owocuje wytworzeniem sytuacji, od której często nie ma odwrotu.

Gdy czynnik socjalny nakłada się na opisaną sytuację psychologiczną delikwenta oraz jego niedoskonały system metaboliczny układu nagrody, następuje wielokrotne użycie środka psychoaktywnego, wtedy zjawisko utrwała się niezależnie od „woli” eksperymentującego. Stąd z wielu sytuacji okazjonalnego i rozrywkowego użycia środków psychoaktywnych powoli powstaje uzależnienie. Jak możecie państwo się domysleć, odsetek winy uzależnionego delikwenta w powstawaniu jego choroby jest podobny do udziału winy pacjenta w zapadaniu na inne choroby cywilizacyjne. Takie choroby cywilizacyjne jak nadciśnienie, choroby serca, nadwaga, lub cukrzyca II typu - powstają przy dużym udziale czynników środowiskowych, przeważnie tworzonych przez człowieka.

A propos cukrzycy lub objawów choroby głodowej. W obu tych sytuacjach występuje tak silne uczucie głodu, że zmusza czasami osobnika do nieracjonalnych zachowań zagrażających życiu własnemu lub otoczenia, których on sam nie może opanować. Podobne sytuacje, z uwagi na wyżej opisany neurobiologiczny przymus, występują w chorobie uzależnieniowej. Stan pacjenta uzależnionego możemy opisać jako przemożne cierpienie, które uniemożliwia mu racjonalne postępowanie. Łagodzeniem cierpienia, leczeniem paliatywnym, albo torującym drogę dalszemu postępowaniu, zajmuje się anestezjologia i medycyna paliatywna w różnych jej odmianach. Procedury anestezjologiczne spełniają rolę pozornie pomocniczą, drugorzędną, ale są stosowane w pierwszej kolejności leczenia, ponieważ umożliwiają dalsze zasadnicze postępowanie. Wszyscy uważamy, że anestezjolodzy są niezbędni. **Leczenie substytucyjne spełnia wszelkie wymogi leczenia paliatywnego.**

Metadon należy do grupy leków działających depresyjnie na OUN i ośrodek oddechowy pnia mózgu; po podaniu doustnym, charakteryzuje się wolniejszym działaniem, niż inne opiaty podawane przeważnie drogą dożylną. Więc nie stanowi on większego zagrożenia toksykologicznego niż pozostałe leki opiatowe. Oczywiście należy zachować przy jego stosowaniu należyta ostrożność. Ale przy każdym leku z tej grupy istnieją stosowne pouczenia o koniecznych zasadach przy jego używaniu. Udział metadonu w zdarzeniach toksykologicznych wg naszych doświadczeń z minionych lat, jest minimalny.

Aspekty toksykologiczne leków stosowanych w substytucji są dobrze znane i zawarte w odpowiednich bazach danych. Porównanie własności farma-

kologicznych, farmakokinetycznych metadonu i heroiny, które zadecydowały o zastosowaniu metadonu do leczenia substytucyjnego są dostępne w wielu podręcznikach.

Cechy metadonu są powszechnie znane, i choć szeroko opisane w piśmiennictwie - pozwolę sobie zacytować wyjątki z kompendium wiedzy o środkach uzależniających **Bogdana Szukalskiego**: *Metadon również wywołuje uzależnienie, ale z uwagi na to, że wiąże się z receptorami „mi” mocniej od heroiny powodując zjawisko konkurencji z nielegalnym narkotykiem. Podanie heroiny nie powoduje rozpadnięcia się połączenia metadonu z receptorem „mi”. W tym czasie heroina jako krótko działający narkotyk jest eliminowana. Silne wiązanie i powolne działanie metadonu powoduje minimalną tolerancję i łagodzi pragnienie przyjęcia innego narkotyku oraz przymus jego używania. Ponadto terapia metadonowa normalizuje zaburzenia hormonalne występujące u osób uzależnionych od opiatów, m.in. łagodzi nadmierną reakcję pod postacią sekrecji kortyzolu będącą odpowiedzią kory nadnerczy na stres, który zwiększa prawdopodobieństwo recydywy niekontrolowanego uzależnienia [27].*

Wiele cech tego leku było decydujących dla jego zastosowania w substytucji. Po pierwsze wielokrotnie dłuższy czas działania metadonu po podaniu doustnym niż heroiny i jego specyficzne działanie na receptory, które objawia się brakiem działania euforyzującego. Po drugie jego specyficzne powinowactwo do receptora „mi”, w wyniku czego metadon jest wielokrotnie słabszym hedonizatorem niż heroina oraz osłabia działanie hedonizujące heroiny lub morfiny. Przeważnie po podaniu metadonu obserwujemy bardzo powolne narastanie tolerancji.

Natomiast siła uzależniająca heroiny jest tak wielka, że w większości przypadków po okresie inhalacyjnego używania opiatów, u uzależnionych pacjentów następuje zmiana nawyku i, z powodów ekonomicznych i farmakologicznych osoby te zaczynają sobie podawać dożylnie narkotyki opiatowe. Wtedy szybko dochodzi do utraty złudzeń, że są lepszą grupą wśród narkomanów od tych „brudnych kompociarzy”. Zjawisko narastania tolerancji opiatowej skutecznie zmieniło przewidywania epidemiologiczne o całkowitym zanikaniu grupy **osób dożylnie stosujących narkotyki** w populacji ogólnej narkomanów, gdyż ludzie kiedyś palący heroinę w postaci „brown sugar” teraz podają ją sobie dożylnie.

Oddziały szpitalne mogą zamawiać opisane leki na zasadach dotyczących narkotyków, według uznanych przez siebie potrzeb. **Brak leku nie może być podstawą do odmowy leczenia pacjenta stosującego substytucję.** Nadmieniam z całym naciskiem, że do celów substytucji podane wyżej leki mogą być w Polsce używane tylko w ramach programów opisanych w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, która aktualnie stwarza szerokie pole do działania w tej dziedzinie.

W uzasadnionych przypadkach w programie substytucyjnym można zamienić obowiązujący metadon na buprenorfinę, ze wskazań lekarskich po zgłoszeniu konieczności ich zastosowania do wojewody. Z oczywistych powodów, ekonomicznych, nie zastosowaliśmy w naszym programie takiej zamiany.

Czyli nadal dostęp pacjentów do tego typu leczenia jest sztucznie ograniczany. Tymczasem, ktoś odmówiłby pomocy anestetycznej człowiekowi po urazie, którego doznał po zawinionym przez siebie wypadku komunikacyjnym? Nikt nie wpadłby na taki pomysł. **Nie znajduję medycznych podstaw do odmowy pacjentowi zastosowania procedury leczniczej, która w istotny sposób poprawia jego jakość życia.**

Dzięki pracom Dole'a i Nyswander z lat 60-tych ubiegłego wieku, zmodyfikowane leki opioidowe o specjalnych właściwościach działania znalazły zastosowanie substytucyjnej terapii uzależnienia opiatowego, w którym biologicznie uwarunkowane objawy somatyczne nie mogły być do tej pory trwale usunięte za pomocą aktualnie dostępnych procedur. Niestety nadal cele, jakie może sobie psychiatra postawić do zrealizowania, są w swojej istocie paliatywne, tj. umożliwiające pacjentowi poprawę jakości życia. Leczenie substytucyjne poprawia jakość życia.

Wskazania do terapii substytucyjnej w Polsce są prawnie obwarowane i nie istnieje niebezpieczeństwo, że ta procedura stanie się dodatkowym źródłem narkotyku dla szerokich rzesz młodzieży. Ustawa wprowadza istotne ograniczenia wiekowe przy wskazaniach do tego typu leczenia i ogranicza je do grupy osób pełnoletnich. Dlatego jeszcze długo/nigdy nie zabraknie pracy osom pracującym w profilaktyce i rehabilitacji nastawionej na uzyskanie przez pacjenta abstynencji.

Leczenie biologiczne w przypadku uzależnień od wielu innych substancji jest jeszcze nieustalone i niepewne, więc tam substytucji nie da się zastosować, ale ponieważ zależność opiatowa daje tak ewidentne objawy somatyczne i psychiczne pochodzenia biologicznego, to nierozważnym postępowaniem jest odkładanie tego postępowania na czas nieokreślony.

Na pytanie, kiedy zastosować „przeciwoopiatową terapię substytucyjną” - odpowiedź jest od dawna ustalona: **substytucję trzeba zastosować zawsze po stwierdzeniu głębokiego, długotrwałego uzależnienia od dożylnego podawania opiatów/opioidów i po uzyskaniu zgody pacjenta. W przypadkach, kiedy występuje inna droga podawania narkotyku niż dożylna postępowanie lecznicze jest tym bardziej indywidualne i zróżnicowane. Ważnym jest zapewnienie ciągłości kuracji [28, 29, 30].**

Najbezpieczniejszym rozpoczęciem kuracji jest powolne ustalenie dawki leku w warunkach szpitalnych, ale takie postępowanie nie jest obli-

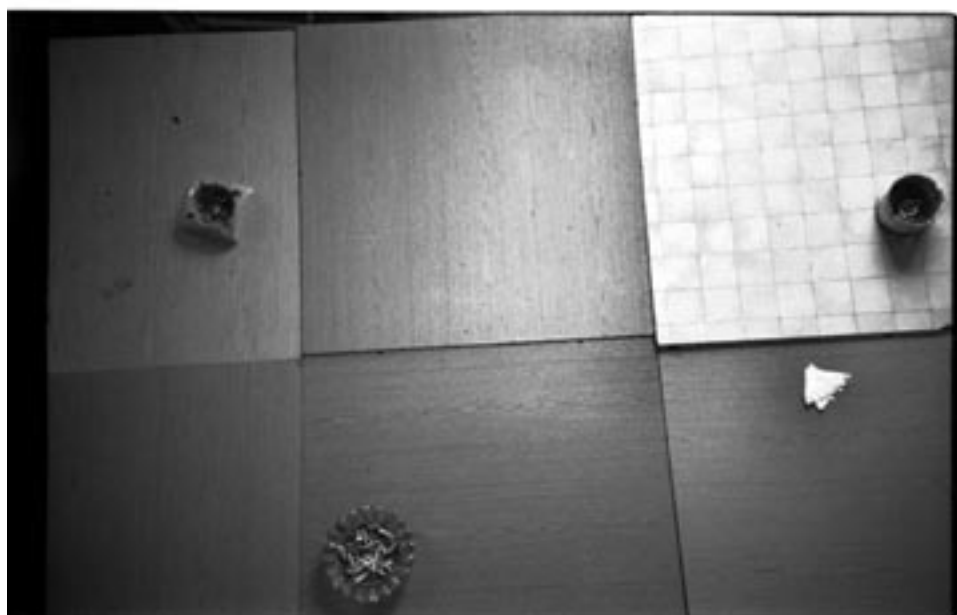
gatoryjne. **Możemy prowadzić substytucyjne leczenie ambulatoryjnie od początku kuracji.**

W tym rozdziale ograniczyłem się do uzasadnienia leczenia farmakologicznego w leczeniu uzależnień, choć wszyscy mieliśmy na względzie kompleksowość zintegrowanego postępowania leczniczego, ale które w innych aspektach filozofii harm reduction przedstawili koledzy i jest ono szeroko opisane w literaturze. Niektórzy z nas byli „uzbrojeni” w przytoczone wyżej przekonania i przystąpili do pracy, a pozostali pomagali nam z dobrego serca.

Przypisy:

1. Gajewski P., Jaeschke R., Mrukowicz J.: “Evidence Based Medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską” Medycyna Praktyczna. Marzec 2003, 145, 3, 31-34.
2. Mała encyklopedia kultury antycznej. Wyd. IV. Red. Piszczyk Z. PWN Warszawa 1973, 493.
3. Domiń Zorka: “L’Etat Cocaine” Presses Universitaires de France. Paris 1992 /langue francaises/.
4. Ciszowski K., Hydzik P., Waldman W., Sein Anand J.: Przemysł kokainowy w przewodzie pokarmowym- opis przypadku z przeglądem zagadnienia. Przegląd Lekarski 2005, 62, 6, 492-498.
5. Ludwig T., Borron S.: Use and abuse of drugs among artist. V Symposium Progress in Clinical Toxicology. 4-5 May 2001. Krakow, Poland. Abstracts. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 381.
6. Mathieu-Nolf M., Mathieu D., Akana-Momo J., Dodille M., Peucelle D.: Drug addiction: Actual patterns and trends. V Symposium Progress in Clinical Toxicology. 4-5 May 2001. Krakow, Poland. Abstracts. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 381.
7. ICD10 : Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10.T I. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Kraków 1994.
8. Tarkowski J., Mańkowski W.: Przypadek ostrego ciężkiego zatrucia ekstazy. V Symposium Progress in Clinical Toxicology. 4-5 May 2001. Krakow, Poland. Abstracts. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 385.
9. Łukasik-Głębocka M., Wachowiak R., Kostrzewa A., Karlikowski M., Kołowski J.: ocena kliniczna i toksykologiczna przypadku śmiertelnego zatrucia pochodną amfetaminy – MDMA, Ecstasy (3,4 – metylenodioksymetyloamfetamina). Przegląd Lekarski 2004, 61, 4, 411-413.
10. Kresanek J., Plackowa S., Urbanova E., Batora I.: Nephropathy as the solitary symptom in heroin abuse. V Symposium Progress in Clinical Toxicology. 4-5 May 2001. Krakow, Poland. Abstracts. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 385.
11. Gawlikowski T., Winnik L.: Zespół Guillan- Barre’ jako wynik zatrucia mieszanego „kompotem” i lekami. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 357-358.
12. Westreich L.M.: Epidemiologia zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych”. Psychiatria po Dyplomie 2004 Luty, 1, 1, 18-27.
13. Stanisławski Jan: Wielki Słownik. Angielsko-Polski Wiedza Powszechna. Warszawa 1988, str. 62.
14. Dole V.P, Nyswander M.E., Kreek M.: “Narcotic blockade” Arch. Int.Med. 1966,

- 118, 304-309.
15. Dzierżanowski R. "Historia używania leków o działaniu narkotycznym". W: „Zależności lekowe” Red. Kubikowski P., Bardaszk-Łyskowska H., Red. nauk. Chruściel T.L. PZWL Warszawa 1978, str. 11-31.
16. Chruściel T. "Używanie leków dla celów niemedycznych i zależności lekowe". W: jw. str. 32-48.
17. Zagrodzka J. "Neurofizjologiczne mechanizmy zachowania emocjonalnego". W: Mózg a zachowanie" Red: Górska T., Grabowska A. Zagrodzka J. Polskie Wydawnictwo Naukowe Warszawa 1997, 359-377.
18. Satora L., Morawska J., Szkolnicka B.: Zwierzęcy model uzależnienia. Przegląd Lekarski 2004, 61, 4, 446-447.
19. Vetulani J.: „Uzależnienia lekowe na przełomie wieków”. W: „Neuropsychofarmakologia Dziś i Jutro” Red: Bijak M., Lasoń W. Instytut Farmakologii PAN, Kraków 2000, 263-332.
20. Cummings J.L., Mega M.S.: „Neuropsychiatria”. Wyd. I polskie. Red. Rydzewski M. Wydawnictwo Medyczne. Urban & Partner. Wrocław 2005.
21. Kostowski W.: „Dysfunkcja mechanizmu „antynapędu”: Mechanizm powstawania uzależnień?” Alkoholizm i Narkomania 2001, 14, 2, 175-183.
22. Kostowski W.: Dopamina a mechanizm nagrody i rozwój uzależnień: fakty i hipotezy. Alkoholizm i Narkomania 2000, 13, 2, 166-212.
23. Habrat B.: „Terapia amoralności wobec uzależnienia”: Terapia uzależnienia i współuzależnienia nr 6/2007, rok X, str. 4-6.
24. Vetulani J.: „Neurobiologia szczęścia”. Wszechświat, tom 107, Nr 1-3/2006, str. 18-20
25. Gierdalski M.: Depresje i uzależnienia lekowe. W: „Mózg a zachowanie” Red: Górska T., Grabowska A. Zagrodzka J. Polskie Wydawnictwo Naukowe Warszawa 1997, str. 378-399.
26. Jakubczyk A.: Psychologiczne i społeczne uwarunkowanie zależności lekowych. W: „Zależności lekowe” Red. Kubikowski P., Bardaszk-Łyskowska H., Red. nauk. Chruściel T.L. PZWL Warszawa 1978, str. 200-233.
27. Szukalski B. "Narkotyki - kompendium wiedzy o środkach uzależniających. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005.
28. van den Brink W., Marian Goppel, van Ree Jan M.: „Postępowanie w uzależnieniu od opioidów” Current opinion in Psychiatry, wyd. polskie tom 2, nr 1, 2004, str. 16-23.
29. Albanese Mark J., Shaffer Howard J.: Problemy terapeutyczne u pacjentów z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. Psychiatria po dyplomie, luty 2004, tom 1, nr 1, str. 11-17.
30. Kauffman Janice F.: Metadon w leczeniu uzależnienia od opioidów”. Psychiatria po Dyplomie, luty 2004, tom 1, nr 1, str. 31-34.



Rozdział 6

Zadania leczenia substytucyjnego

Proponowane cele i struktura leczenia uzależnień opiatowych

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Większość lekarzy w swym postępowaniu opiera się głównie na własnym doświadczeniu. Niestety nie da się osiąść należytego doświadczenia w każdej dziedzinie medycznej. Jednak postawa niewiernego Tomasza jest prawdopodobnie przyrodzona naturze ludzkiej. Tymczasem w zakresie ewaluacji skutków leczenia uzależnień istnieje duża dowolność. Każdy stosuje dogodną dla siebie metodę, ale trzeba przyznać, że ocena leczenia polegająca na tym, iż kwalifikujemy pacjenta jako wyleczonego na takiej podstawie, że skończył on właśnie pobyt w ośrodku, jest wysoce niewystarczająca. To tak jakby o rezultatach leczenia cukrzycy decydował fakt przebycia hospitalizacji przez chorego.

Ale przecież **od osób cierpiących psychicznie nie oczekujemy całkowitego wyzdrowienia i podjęcia wszystkich ról społecznych**. Jesteśmy usatysfakcjonowani, jeżeli:

- a) zmniejszą się objawy choroby ze stanu ostrego do akceptowalnego stanu przewlekłego,
- b) objawy uboczne i wszelkie inne skutki leczenia nie są gorsze od skutków choroby nieleczonej,
- c) polepsza się własna ocena pacjenta określana jako jakość życia,
- d) poprawiają się obiektywnie bliskie relacje interpersonalne pacjenta,
- e) poprawia się obiektywnie udział pacjenta w życiu społecznym. [1, 2, 3].

Podobnie wydaje się, że podstawą oceny metod leczenia choroby uzależnieniowej nie może być sporadyczne, czasami wymuszone, przerwanie abstynencji przez chorego, ale uzyskanie długotrwałej remisji w przebiegu choroby. Obejmuje ona biologiczną, psychologiczną i społeczną równowagę. Oczywiście bardzo prosto można by ocenić, że wyleczony to ten, kto na przykład przez pięć lat nie złamał abstynencji. Z drugiej strony wiemy, że często niewinne niewielkie przerwanie abstynencji stanowi czynnik rozniecający pełne objawy choroby. Jednak w celu określenia końca remisji choroby uzależnieniowej postępujemy następująco: **W ocenie rezultatów przewlekłego leczenia substytucyjnego liczy się okres stosowania się do wskazań terapii, aż do poważnego złamania abstynencji z następującymi po tym fakcie istotnymi konsekwencjami zdrowotnymi i społecznymi.**

Należy dodać, że pełnowartościowa abstynencja wynika z wolnej woli chorego, a nie ze specjalnych warunków pobytu na przykład w zakładzie zamkniętym.

Aby uspokoić obawy oponentów terapii substytucyjnej, że ona jest kolejnym źródłem narkotyków ustalmy pewne niepodważalne, mam nadzieję, fakty: obecnie w Polsce, na początku XXI wieku, **inicjacja różnorodnego użycia środków psychoaktywnych przypada na wiek 10 -12-14 lat**, a nawet wcześniej. „Młodzi” używają tytoniu, alkoholu, rozpuszczalników, leków dostępnych bez recepty, marihuany. Przeważnie środki te są spożywane, pite, palone, inhalowane - iniekcje prawie się nie zdarzają. Użycie jest sporadyczne, okazjonalne, eksperymentalne, spowodowane przyczynami socjalnymi.

Kolejnym etapem **jest powtarzane w wieku 12-16 lat, użycie środków psychoaktywnych.** Jest to stosowanie, często rozrywkowo, środków halucynogennych naturalnych - grzybki, datura stramonium, leków z zawartością psychostymulantów, barbiturany, benzodiazepiny, dolargan, alkohol, rozpuszczalniki, tytoń, marihuana, ecstasy. Następnie w tym czasie, lub wcześniej pojawia się amfetamina i brown sugar, zaczyna być stosowana dożylnie heroina. Na ogół używanie środków następuje przez spożywanie, picie, inhalacje par substancji, wciąganie proszku nosem, ale jednak dość często pojawiają się już iniekcje. Stosowanie środków psychoaktywnych staje się hazardowe, sportowe, rozrywkowe, ale już ma znaczenie używanie rytualne środków integrujące osobę z nową wyraźnie odseparowaną od społeczeństwa grupą użytkowników, która często ma swoją hierarchię. Grupa ta wymusza działania przestępcze, promuje korzystne dla siebie zachowania społeczne, w tym seksualne.

W wieku 16-19 lat grupy młodzieży dzielą się wg rodzajów używanych środków, występuje już uzależnienie od alkoholu, pojawiają się wyraźne

szkody około iniekcyjne po narkotykach, uszkodzenie OUN w wyniku inhalacji rozpuszczalników, rytualne zachowania podczas zabaw z uprawianiem ryzykownego seksu, szerokie uczestnictwo w przestępczości (np. młodzi występują często jako „załoga” wielopokoleniowej grupy przestępczej).

Powyżej 20 roku życia spotykamy się często z głębokim wieloczynnikowym uzależnieniem ze wszystkimi szkodami jakie ono może spowodować.

W przebiegu takiej choroby psychicznej jakim jest uzależnienie i w okresie ewentualnego zdrowienia, populację uzależnionych możemy podzielić na grupy:

- a) Osoby całkowicie zdolne do pracy na wolnym rynku, poddane presji współzawodnictwa.
- b) Osoby częściowo zdolne do nauki i pracy.
- c) Osoby całkowicie niezdolne do pracy a jedynie mogące pracować lub uczyć się w warunkach pracy rzeczywiście a nie fikcyjnie chronionej. Jak wiemy praktycznie praca chroniona w Polsce to czasami pretekst umożliwiającą pracodawcy osiągnięcie dodatkowych dochodów.
- d) Osoby zdolne do zajęć tylko w warunkach warsztatów terapeutycznych, w których nie ma mowy o osiągnięciach finansowych przedsięwzięcia, a rezultaty stanowią jedynie osiągnięcie terapeutyczne, często pokazywane z dumą.
- e) Osoby zdolne do samodzielnej egzystencji, a nie zdolne do żadnych czynności społecznych poza podstawowymi czynnościami higienicznymi, wymagające wsparcia otoczenia.
- f) Osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji wymagające opieki we wszystkich wymiarach.

Prawdopodobnie na dole w/w podziału grupują się osoby głównie uzależnione od dożylnie podawanych opiatów i cierpiące na choroby towarzyszące (HIV, AIDS, TBC).

Przytoczone stopnie przydatności zawodowej dotyczą każdej innej grupy pacjentów, m. in. także tych, których dotknęła choroba psychiczna.

Praca nasza przebiega przeważnie w środowisku narkomanów opiatowych (ale nie tylko), i z tej racji pozwalamy sobie na kilka ogólnych uwag dotyczących przewlekłego leczenia uzależnień.

Wydaje się, że należy rozważyć kolejność naszych działań terapeutycznych w oparciu o rozeznanie potrzeb pacjenta i rozważenie możliwości leczenia.

Następnie trzeba stworzyć odpowiednie warunki konieczne do prowadzenia terapii, potem zrealizować założony plan terapeutyczny lub w razie niepowodzenia mieć w zapasie plan awaryjny.

Ponieważ zawsze liczą się obiektywne rezultaty leczenia, dlatego przytaczamy niektóre pola naszego działania w pomocy dla uzależnionych bez względu na jej rodzaj:

- a) Należy realistycznie brać pod uwagę aspekt ekonomiczny udzielanej pomocy i jej rezultatów.
- b) Z drugiej strony, współczesne założenia prawne nakazują szerokie udostępnienie leczenia.
- c) W przypadku istnienia konfliktu interesów pod względem prawnym ze strony społeczeństwa i praw pacjenta, należy ukazać obu stronom realistyczne cele do osiągnięcia.
- d) Uzyskanie długotrwałej rehabilitacji psychospołecznej przez pacjentów jest podstawą oceny naszej pracy.

Z naszego doświadczenia wynika, że zastosowanie leczenia substytucyjnego wg opisanych wskazań jest pomocne wobec pacjentów z każdej opisanej wyżej grupy pod względem zdolności do zatrudnienia. A co więcej, terapia ta pomaga pacjentom przesunąć się w górę w przytoczonej hierarchii zdolności do pracy. Kto natomiast widział grupę narkomanów przed przyjęciem do programu i potem, po jakimś okresie leczenia - ten nie będzie miał żadnych wątpliwości co do rezultatów leczenia. Kto osobiście badał obiektywne dane medyczne, psychologiczne i socjalne wśród wspomnianych osób ten jest odporny na gołosłowne stwierdzenia o szkodliwości terapii metadonowej.

Z naukowych danych wynikają wskazania i zasady w stosowaniu terapii substytucyjnej, która musi być bezwarunkowo ciągła i nie można jej odmówić pacjentowi na żadnym etapie jego życia:

- a) **w trakcie leczenia uzależnionego od opiatów pacjenta z powodu wszystkich ciężkich chorób w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych** - tak, aby jego szeroko rozumiany stan psychiczny nie był przeszkodą w stosowaniu zasadniczych procedur.
- b) **podczas bezpiecznego przeprowadzenia ciąży i porodu u kobiet uzależnionych od opiatów** z zastosowaniem procedur w celu uniknięcia powikłań wynikających z istoty uzależnienia.
- c) **przy zastosowaniu adekwatnej farmakologii, empatycznej psychoterapii i skutecznej pomocy socjalnej tak, aby poprawić jakość życia pacjentów**, co jest podstawą leczenia psychiatrycznego i substytucja opiatowa stanowi istotną składową tego postępowania.

Próby zastosowania farmakologii do leczenia objawów uzależnienia datują się od bardzo dawna, z reguły jednak - albo nie przynosiły rezultatu, albo

wręcz powodowały rozpowszechnienie nowego środka uzależniającego. Tak na przykład było z amfetaminą, która początkowo była stosowana jako niewinny środek stymulujący, potem jako lek, a teraz jest oceniana jako niebezpieczny narkotyk. Podobna sytuacja była przy próbie leczenia uzależnienia od morfiny za pomocą stosowania heroiny. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy był fakt, że środki były wprowadzane bez dokładnych opracowań neurobiologicznych pozwalających laboratoryjnie ocenić siłę uzależniającą specyfiku [4].

Oczywistą sprawą jest stosowanie szeregu leków objawowych w trakcie detoksykacji - na ten temat można znaleźć dane w wielu publikacjach. Terapeuci i ich pacjenci są zainteresowani w uzyskaniu dobrego samopoczucia niezależnie od sposobu leczenia. Dla bezpieczeństwa pacjenta zawsze należy zacząć od zmniejszenia stężenia środka psychoaktywnego w jego organizmie.

Leczenie uzależnień jest dwuetapowe: składa się z detoksykacji i leczenia odwykowego. Detoksykacja i leczenie odwykowe na każdym etapie winno składać się ze następujących elementów:

- a) odpowiedniej farmakoterapii,
- b) empatycznej psychoterapii,
- c) skutecznej interwencji socjalnej.

Detoksykacja jest to całość postępowania leczniczego mającego na celu eliminację substancji, lub obniżenie jej stężenia w organizmie, usunięcie skutków metabolicznego oddziaływania środka psychoaktywnego na organizm i przywrócenie psychobiologicznej homeostazy.

Rozróżniamy następujące rodzaje detoksykacji:

1. bez użycia leków - „na sucho”,
2. z użyciem anxiolityków i neuroleptyków,
3. z UŻYCIEM SUBSTYTUTÓW,
4. z użyciem klonidyny i innych leków,
5. z użyciem tzw. blokerów receptorów opiatowych (naltrexon),
6. z użyciem antagonistów receptora opiatowego i anestetyków (naloxon).

Jak można opisać ww. rodzaje detoksykacji? Otóż:

Ad.1. Bez użycia leków - „na sucho” z intensywnie stosowaną psychoterapią i oddziaływaniem środowiska, czyli całkowicie wolna od leków procedura od fazy początkowej detoksykacji.

Ad.2. Z użyciem klasycznych leków psychiatrycznych przeciwłękowych, anxiolityków i neuroleptyków.

Ad.3. Z UŻYCIEM SUBSTYTUTÓW - metadonu, buprenorfiny, LAAM,

heroiny farmakologicznej, morfiny i kodeiny o przedłużonym działaniu, itd. Substytuty takie, jak metadon, a zwłaszcza buprenorfina stosuje się w dawkach malejących przez kilka tygodni.

Ad.4. Z użyciem klonidyny i innych środków wpływających na przebieg opiatowego i alkoholowego zespołu odstawiennego (beta- blokerów, blokerów kanału wapniowego lub leków wpływających na metabolizm ksenobiotyku, na przykład disulfiram w przebiegu upojenia alkoholowego).

Ad.5. Środków wpływających na receptory, tj. użyciem tzw. blokerów receptorów opiatowych (naloxonu, naltrexonu) - antagonistów receptora NMDA, także z użyciem środków wpływających prawdopodobnie całościowo na stan układu nagrody (ibogainy), a w niedalekiej przyszłości spotkamy się z zastosowaniem szczepionek w tej dziedzinie.

Ad.6. Z użyciem anestetyków i blokerów receptorów opiatowych w celu szybkiej precypitacji silnego zespołu odstawiennego tzw. **ultraszybka detoksykacja (UROD)**.

Tę ostatnią odmianę detoksykacji jest sens zastosować na przykład u osób dobrze prosperujących w społeczeństwie, mających motywację do dalszej zmiany postępowania i wymagających szybkiego działania z różnych względów. Natomiast u osób mających awersję do pobytu w szpitalu (która jest czasami zrozumiała), mających przyjazne otoczenie bliskich osób i nie mogących sobie pozwolić na stosowanie dłuższego okresu leczenia - z powodów uznawanych społecznie - można zastosować detoksykację domową.

Prześledźmy proponowane rodzaje leczenia z uwzględnieniem naszych wcześniejszych rozważań:

Leczenie bez użycia leków, tylko za pomocą oddziaływań psychospołecznych - ma swoje uzasadnienie w leczeniu młodych ludzi używających substancji psychostymulujących i pokrewnych i/lub stosujących opiaty doustnie/inhalacyjnie lub też sporadycznie dożylnie. Ale wracając myślą do naszych podopiecznych, stosujących przez lata dożylnie opiatowe narkotyki - którzy, jak przypominamy sobie, przed podjęciem leczenia w naszym programie przebywali po 10-20 razy w różnych instytucjach udzielających pomocy z nikłym skutkiem. Toteż proponuję wzorować się na **H. Sienkiewicz**u, który zaleca kończyć pojedynek (tym razem słowny) w sytuacji beznadziejnej, nie przedłużając sporu: *Kończ Waść, wstydu oszczędź!* [5].

Warto nadmienić, że leczenie typu **drug free** jest także dominujące w przebiegu uzależnienia alkoholowego i innych.

Ad. 2. W uzależnieniu od wielu środków psychoaktywnych stosuje się leki uspokajające, choć one same mają duży potencjał uzależniający a także

używa się neuroleptyków. Wszystko to zależy od nasilenia objawów psychopatologicznych, które mogą zresztą zależeć od występowania innych zaburzeń psychicznych. Czasami jednak zdarza się tak, że leczący psychiatra przez wiele lat nic nie wie o uzależnieniu pacjenta. **Generalnie u osób nadużywających środki psychostymulujące stosuje się także leki przeciwdepresyjne lub stabilizujące nastrój.** Brak jest jednak danych wskazujących na ewidentną zmianę przebiegu uzależnienia u osób poddanych leczeniu psychiatrycznemu a przy tym rodzaju środków lekarze nie dysponują substytucją.

Ad 3. W **uzależnieniu od opiatów** ma na świecie bogatą tradycję i stosowane są różne środki o nieco innych właściwościach farmakodynamicznych i farmakokinetycznych niż nielegalne, dożylnie podawane opiaty.

Z tego postępowania wyłączamy legalne zastosowanie farmakologicznej heroiny, gdyż jest to typowe użycie preparatu tylko w celu redukcji szkód. W krajach europejskich stosuje się wiele specyfików: **morfinę i kodeinę o przedłużonym działaniu, tramadol**, w Iranie używane są **krople opium**, ale do celów substytucyjnych nadają się najbardziej dwa preparaty: **metadon, LAAM i buprenorfina**. Ta ostatnia dość powszechnie jest stosowana we Francji u około 80 000 osób.

Ad.4. Preparaty wpływające na inne receptory niż opiatowe pozwalają na łagodniejszy przebieg zespołu odstawiennego, a w dalszym leczeniu łagodzą objawy neurowegetatywne. Leczenie awersyjne za pomocą disulfiramu jest jeszcze w Polsce stosowane na usilne życzenie pacjenta mimo licznych zastrzeżeń naukowców na ten temat, ponieważ preparat ten ewidentnie przedłuża okres abstynencji alkoholowej. Jednak po kilkakrotnym jego zastosowaniu działanie to zanika. Inny preparat, akamprozat ma prawdopodobnie obniżać uczucie głodu alkoholowego. W leczeniu uzależnienia opiatowego nie dysponujemy środkiem awersyjnym, poza tym stosuje się także czasami przewlekle beta blokery i blokery kanału wapniowego.

Ad.5. **Naloxon, dożylnie podawany antagonistą receptorów opiatowych jest lekiem pierwszej pomocy i ratującym życie w przebiegu niewydolności oddechowej spowodowanej zatruciem opiatami.** Poza tym ma zastosowanie m.in. w tzw. ultraszybkiej detoksykacji.

W niektórych krajach rozważa się (a w innych już się stosuje) udostępnienie tego leku wszystkim osobom mającym styczność z zagrożeniem życia spowodowanym przedawkowaniem opiatów. Jest stosowany również jako preparat towarzyszący lekowi substytucyjnemu, aby zapobiec zatruciu w/w środkiem. **Naloxon podawany doustnie łącznie z buprenorfiną - nie działa.** Ale przy podaniu wspomnianego preparatu dożylnie - sytuacja jest następująca: buprenorfina podana dożylnie działa szybciej niż doustnie i może wywołać tzw. zjawisko „kopa” czyli nagłej euforii, ale także zaburzenia oddechowe. Tymcza-

sem obecność antagonisty receptorów tj. **naloxonu zastosowanego dożylnie** - eliminuje te niekorzystne zjawiska i używanie dożylnie w ten sposób złożonego preparatu traci sens z punktu widzenia możliwości odurzenia.

Doustnie podawana odmiana **Naltrexonu** ma szerokie zastosowanie w przewlekłym leczeniu uzależnień. Używa się go osobno lub w połączeniu z innymi lekami doustnie w preparatach zwalczających objawy głodu uzależnieniowego stosowanych w uzależnieniu od opiatów a czasami w chorobie alkoholowej.

W Polsce, z uwagi na wysoka cenę leku nie jest to leczenie powszechne. Również szereg różnych preparatów takich, jak **antagoniści receptora NMDA** lub środki halucynogenne takie, jak **Ibogaina** - było testowanych w leczeniu uzależnienia opiatowego. Ta ostatnia miała powodować po podaniu i wywołaniu przejściowych zaburzeń świadomości, długotrwałe ustąpienie głodu narkotykowego. W oficjalnej medycynie nie stosowana z uwagi na jej neurotoksyczne właściwości [6].

Ponadto opracowuje się substancje oparte o pochodne endogennych kanabinoidów mające osłabiać czynności poszukiwawcze występujące we wczesnej fazie używania THC. Inną drogą wpływania na przebieg używania środków psychoaktywnych jest działanie na oś hormonalną: podgórce – przysadka – nadnercze [7].

Pozostałe nasze doświadczenia, poza metadonem i buprenorfiną, ze środkami stosowanymi w substytucji są jednostkowe i nie nadają się do publikacji, ale doniesienia na ten temat powinny być śledzone z należytą uwagą.

Oto dwa główne rodzaje leczenia choroby uzależnieniowej:

- a) **Klasyczne: drug free** – stosuje się tylko po przebytych odtruciu i usunięciu środka narkotycznego, przeważnie jest to długotrwała (3 - 24 miesięcy) rehabilitacja w zamkniętym ośrodku lub w trybie dochodzącym.
- b) **Redukcja szkód (harm reduction)** zawiera w sobie nie tylko zastosowanie leczenia substytucyjnego, ale wszelkie inne kroki ograniczające szkody zdrowotne i psychospołeczne występujące u pacjenta lub w środowisku.

Substytucyjne leczenie osób uzależnionych od opiatów jest to **podtrzymujące podawanie środka zastępczego blokującego receptory opiatowe**, które zapobiega występowaniu somatycznych i psychicznych objawów zespołu odstawienia; przez podawanie leku przez długi czas uzyskujemy poprawę stanu somatycznego i psychicznego pacjenta, co pozwala m.in. na zastosowanie u niego rehabilitacji psychologicznej i pomocy socjalnej. Albo

po prostu pozwala pacjentowi „normalnie” żyć jako osobie pracującej lub uczącej się.

W Polsce, z niewiadomych względów istnieje silna kontrowersja pomiędzy leczeniem nastawionym na abstynencję, a leczeniem substytucyjnym. Czy jest to konkurencja o przyznawane środki finansowe? Czy decydują o tym względy religijne? Czy niechęć do uwzględniania wiedzy z innej półki niż „moja”? Nie wiem. Każdy niech sobie odpowie na to pytanie.

Tak to ujmuję Pan Profesor **J. Vetulani**: *Bezsensowna rywalizacja zwolenników farmakoterapii i psychoterapii, ... niechętna postawa psychoterapeutów... oraz ... fundamentalistyczne podejście różnego rodzaju wpływowych politycznie moralistów, opóźniło wprowadzenie... skutecznej metody walki z heroinizmem... za pomocą substytucji metadonem ... o co najmniej trzydzieści lat [8].*

Jeżeli możemy kogokolwiek pocieszyć, a zwłaszcza naszych potencjalnych pacjentów, to tylko tyle można stwierdzić, że ww. opóźnienie występuje nie tylko w naszym kraju.

Jednym z największych nieporozumień jakie w Polsce zachodzi w zakresie opieki nad osobami ciężko uzależnionymi nie tylko od opiatów - jest pogląd o rozdzieleności postępowania farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Tymczasem uwzględniając wszelkie aspekty społeczne, istnieje dość szeroki konsensus w indywidualnych rozmowach między terapeutami. Mimo tego, środowiska pacjentów z tych dwóch podejść są w Polsce nadal oddzielone.

Procedura substytucji lekowej dla osób uzależnionych od opiatów winna stać się ogólnomedyczną procedurą nie związaną z żadnymi innymi okolicznościami, poza aktualnymi wskazaniami medycznymi do leczenia. Wszystkie inne potrzebne procedury winne być rozliczane osobno.

Terapia substytucyjna pozwala na wykonywanie przez pacjenta dowolnej czynności w warunkach przeciętnych wymagań na stanowisku pracy. Na przykład obecnie, takim dość powszechnym wymaganiem jest prowadzenie pojazdu samochodowego. **Porównanie stanu psychicznego kierowcy ze stanem psychicznym narkomana opiatowego ilustruje różnicę w stanie zdrowia osób w obu przypadkach.**

Rozpoznanie uzależnienia od dożylnie podawanych opiatów/opioidów ustala się na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, badań laboratoryjnych. Następnie poprzez względną izolację pacjenta lub wiarygodną deklarację popartą obiektywnymi badaniami, uzyskujemy narastającą abstynencję i pojawianie się niewielkich objawów odstawiennych. Początkowo możemy poda-

wać od 5-10 mg metadonu na dobę zwiększając dawkę o 10 mg do uzyskania odpowiedniej dawki.

Przeciętnie podaje się od 60-120 mg leku na dobę w dawce jednorazowej. Dawki poniżej 40 mg na dobę nie da się ocenić neurobiologicznie, aczkolwiek niskie dawki są często spotykane w okresie przedłużonej detoksykacji. Wysycenie dawki następuje w ciągu 3-4 dni, stężenie leku osiąga optymalny poziom przy prawidłowym funkcjonowaniu organizmu. Dawki te mogą być utrzymywane przez wiele lat, korygowane doraźnie lub po negocjacji z pacjentem, u którego nie stwierdzamy przeciwwskazań, powoli w trakcie kilku miesięcy mogą być obniżane albo do całkowitej detoksykacji, albo do dawek minimalnych. Potem, za zgodą pacjenta można zmienić środek substytucyjny na inny. Wskazane jest, aby stężenie metadonu we krwi mieściło się w granicach 160-600 ng/ml.

Jak zawsze w medycynie nigdy nie uzyskujemy 100% rezultatów. Część pacjentów ma bardziej nasilone objawy uboczne; u niektórych metadon nie działa i narasta bardzo szybko tolerancja, z powodu której podawane dawki muszą rosnąć, a i tak nie osiąga się zamierzonych efektów. Dlatego od wielu lat były prowadzone w Anglii i Szwajcarii programy z dożylnym podawaniem farmaceutycznej heroiny z zastosowaniem zasad aseptyki [7].

Takie dane z piśmiennictwa wywołują jeszcze (nie tylko u mnie) dreszcz zgrozy, ale jak zastanowimy się głębiej nad wszystkimi danymi epidemiologicznymi i psychosocjalnymi, to działanie takie nie jest pozbawione sensu. Jeżeli można podawać lek substytucyjny w ustalonej dawce przez dłuższy czas uzyskując pożądany efekt - tzn. ustąpienie objawów zespołu odstawienia oraz optymalny stan ośrodkowego układu nerwowego, to taki lek się podaje przez okres uzgodniony z pacjentem.

W praktyce programy metadonowe można podzielić na trzy rodzaje:

1. **MMMP - minimal maintenance metadon program**, po krótkim wywiadzie i potwierdzeniu uzależnienia w badaniu fizykalnym i ewentualnym paskowym teście toksykologicznym, metadon podaje się osobom zgłaszającym potrzebę leczenia substytucyjnego bez żadnych warunków. Do tego typu poradni należą ruchome ambulanse autobusowe, gdzie proponuje się takie leczenie. Celem działania tych instytucji jest jak najszersza dostępność procedur harm reduction i ARV.
2. **SMMP - standard maintenance metadon program** obejmuje wydawanie metadonu i możliwość skorzystania z poradnictwa psychologicznego.
3. **CMMP - complex maintenance metadon program** - jest to podawanie metadonu wraz z wszelkim dostępem do leczenia ogólnomedycznego, różnorodnej pomocy terapeutycznej i adekwatnej pomocy socjalnej.

Idealem organizacyjnym jest dostępność do różnorodnych form pomocy. Nietrudno się domyślić, że najlepsze wyniki uzyskano w procedurze kompleksowej pomocy [9, 10].

W trakcie leczenia metadonem kolejnym pytaniem jest pytanie o to, jak długo stosuje się leczenie? Odpowiedź brzmi: **w zależności od ustalenia z pacjentem perspektyw jego leczenia.**

Podczas pobytu w Holandii spotykałem terapeutów, którzy przez 30 lat opiekowali się pacjentami podtrzymywanymi metadonem. Rezultaty leczenia były jak zawsze zróżnicowane. Jedni pacjenci po opuszczeniu programu metadonowego już nigdy do niego nie wracali, inni pod wpływem nieokreślonego impulsu doznawali nagle po kilku latach objawu silnego głodu narkotykowego i wrócili do terapii; inni jeszcze nie opuszczali jej przez wiele dziesiątek lat, prowadząc „normalne” życie rodzinne i zajęcia społeczne.

Przytoczone pytanie wynika z troski o objawy niepożądane wynikłe z terapii. Otóż leczenie metadonem jest jedną z najlepiej opisanych procedur leczniczych. Przeciwwskazania do leczenia metadonem nie odbiegają od ogólnych przeciwwskazań w leczeniu preparatami opiatowymi. Wiemy, że pożądaną alternatywą stosowania metadonu może być używanie innego substytutu, jakim jest na przykład buprenorfina, która chętniej bywa używana u kobiet w ciąży, co jest postępowaniem prawidłowym. Niestety, jest to tylko nasze kolejne pobożne życzenie, gdyż wiemy, że najczęściej drugą możliwością zastępowania kuracji substytucyjnej jest używanie nielegalnych narkotyków opiatowych ze wszystkimi konsekwencjami tego zjawiska.

Obecnie już nie ma potrzeby robić wyszukanych badań, aby udowodnić przewagę leczenia substytucyjnego nad używaniem nielegalnym narkotyków. Wg komentarza **Bogusława Habrata** [11].

Pozwolę sobie przytoczyć moje osobiste doświadczenia ze stolicy Francji, gdzie przebywałem w ramach programu wizyty studyjnej na podstawie bliźniaczego porozumienia Francji z Polską w ramach PHARE „Walka z narkotykami”. Na szczęście wizyta nasza nie miała nic wspólnego z żadną walką. Miasto Paryż wówczas, we wrześniu 2003 roku wydawało mi się całkiem sympatyczne i wcale nie nosiło cech powszechnego zatrucia substytucyjnymi narkotykami. Odwiedziłem kolebkę biologicznie zorientowanej psychiatrii, to znaczy miejsce, gdzie Delay i Deniker wprowadzili do psychiatrii w latach 50-tych ub. wieku chloropromazynę oraz odwiedziłem wiele miejsc leczenia uzależnionych, które charakteryzowała jedna wspólna cecha - **całościowe postępowanie lecznicze.**

Jeśli wpadnie do Państwa niespodziewanie jesienią lub zimą porą do domu gość, to prawdopodobnie zadacie mu następujące pytania: **Jadłeś**

coś dzisiaj? **Napijesz** się czegoś ciepłego? Nie inaczej jest we francuskim ośrodku pomocy dla uzależnionych - padają te same przyjacielskie pytania, a potem dalsze: masz gdzie **spać**? Masz jakieś ciuchy na tę porę? Itd. Potem następują pytania o problemy zdrowotne, o choroby na przykład gardła, płuc, serca i skóry i o możliwe zakażenia wirusowe. I wreszcie dochodzimy do problemu uzależnienia. Terapeuci pytają o jego rodzaj i natężenie oraz pada propozycja sposobu poradzenia sobie z nim, którą można streścić mniej więcej tak:

- a) jak zawsze wg potrzeb kompletna lub częściowa detoksykacja wg ustalonej procedury,
- b) następująca abstynencja całkowita lub częściowa (substytucja za pomocą buprenorfiny i ew. naloxonu),
- c) substytucja za pomocą metadonu itd. i dalsze postępowanie jak wyżej zgodne z przytoczonymi wyżej ewangelicznymi pytaniami.

Do każdej z tych sytuacji dopasowana jest psychoterapia oraz kompletna pomoc socjalna polegająca nie tylko na doraźnym postępowaniu charytatywnym, ale na kompleksowych działaniach potrzebnych do uzyskania miejsca zamieszkania i stanowiska pracy oraz prowadzeniu dalszego długotrwałego, ale niezbędnego leczenia. **Ciekawostką jest, że we Francji stosują w większości podejście psychodynamiczne w terapii, a nie behawioralno-poznawcze, jak w wielu innych krajach.**

Będąc we Francji zapytałem, **czym się różni psychoterapia dla osób zachowujących abstynencje od terapii dla osób podtrzymywanych substytucyjnie.** Gospodarze taktownie nie zrozumieli mojego pytania, zadanego przez biegłego tłumacza. Widocznie, nie chcieli mi powiedzieć, że moje pytanie wpływa z zamierzchłej przeszłości.

Nota bene, pamiętam wypowiedź Pana Profesora Adama Szymusika, który opisywał postępowanie lecznicze wobec pacjentów w Klinice Psychiatrii w Krakowie przed wprowadzeniem neuroleptyków: *Uwaga koledzy psychiatrzy! W Polsce dla osób ciężko uzależnionych od opiatów trwają jeszcze czasy podobne do tych „przedneuroleptykowych” w psychiatrii.*

Współczesne zasady leczenia psychiatrycznego, jakie są zalecane na podstawie doświadczeń światowych w Polsce zostały zawarte w opracowaniu IPiN, pod kierunkiem Pana Profesora **Stanisława Pużyńskiego** i zalecają prowadzenie leczenia w warunkach najbardziej zbliżonych do „naturalnych” dla danego pacjenta. Zalecenia te w pełni można zastosować do zasad prowadzenia terapii substytucyjnej. Wiele jest pomysłów albo poglądów na sposoby rozszerzenia tej terapii. Np. Pan Dr **Marek Beniowski**, na podstawie danych z innych krajów proponuje ułatwienie dystrybucji metadonu przez przeniesienie jej do aptek [12].

Główny problem jest jednak w tym, że społeczność lekarzy nie tylko w Polsce, ale i innych krajach transformujących się, nie jest przekonana o skuteczności i nieszkodliwości tej terapii, dlatego nie ma kto ordynować tego środka do celów substytucyjnych.

Wydaje się, że w naszych polskich warunkach politycznych społecznych i ideologicznych najwłaściwszą drogą promocji leczenia substytucyjnego będzie struktura lecznictwa psychiatrycznego. Prawdopodobnie jest ono generalnie także niechętnie zajmowaniu się leczeniem uzależnień, a zwłaszcza substytucji. No ale czemu się dziwić takiej sytuacji, kiedy na krajowej konferencji, w której uczestniczyłem, a jaka odbyła się kiedyś z udziałem wielu autorytetów, poświęconej występującym w psychiatrii problemom podwójnej diagnozy - nie przedstawiono ani jednego referatu dotyczącego substytucji. Nie były omawiane problemy związane ze stosowaniem połączenia w terapii leczenia neuroleptykami, środkami przeciwdepresyjnymi z metadonem i jeszcze z lekami ARV. Nie były to wówczas interesujące tematy. A jak jest teraz?

Czy kursy z zakresu leczenia uzależnień w przebiegu specjalizacji psychiatrii są obligatoryjne w obliczu powszechności zjawiska? Skąd szeregowi lekarze psychiatry mogą dowiedzieć się o zaletach tego sposobu leczenia?

Na pocieszenie powiem, że w Polsce jest jednak lepsza sytuacja, niż w innych krajach, gdzie istnieje osobna specjalizacja lekarska - **narkologia** a substytucji stosować i tak nie wolno. Jednak aktualnie w naszym kraju leczenie substytucyjne możnaby realizować w instytucjach mających status NZOZ w proponowany poniżej sposób.

Podstawowa poradnia leczenia uzależnień:

- Poradnia zatrudnia certyfikowanego w zakresie substytucji lekarza psychiatrę, który kwalifikuje do leczenia substytucyjnego i ordynuje lek.
- Psycholog, terapeuta, pracownik socjalny, pielęgniarki, sanitariusze zatrudnieni w poradni realizują zadania w pozostałym zakresie psychospołecznym.
- Poradnia zatrudnia lekarza internistę, zakaźnika zajmującego się terapią ARV, przeciwzakaźną i internistyczną.
- Ponieważ poradnia jest w strukturze **ZOZ lub NZOZ** - obejmuje pacjentów z najbliższego sobie terenu. Działa w promieniu 30 - 60 km lub mniejszym.
- Pacjenci poradni mają dostęp do leczenia szpitalnego ogólnego również wyposażonego w metadon, a szczególnie w możliwość leczenia detoksykacyjnego, psychiatrycznego i ARV, co zapewnia im ciągłość opieki.
- Poradnia współpracuje z apteką ustalając sposób wydawania środka substytucyjnego.

Poradnia stosuje wszystkie ustalone zasady leczenia uzależnień:

- Samokontrola - prowadzenie dzienniczka używanych leków.
- Współpraca z pacjentem - ocena objawów uzależnienia.
- Kontrola laboratoryjna opierająca się na testach paskowych i alkomatach.
- Poradnictwo w wyborze drogi leczenia substytucja lub „drug free”.
- Prowadzenie psychoterapii niezależnie od prowadzonej substytucji.
- Udzielanie wystarczającej pomocy socjalnej.

Wojewódzkie Poradnie Leczenia Uzależnień natomiast:

- Prowadzą programy leczenia uzależnień otwarte i zamknięte.
- Mają możliwość hospitalizacji w celu detoksykacji i/lub substytucji dla osób z podwójną diagnostyką i prowadzą adekwatną psycho-farmakoterapię.
- Prowadzą nadzór nad poradniami leczenia uzależnień.
- Prowadzą pełną kontrolę laboratoryjną: THC, amfetamina, opiaty lub (po zaleceniu odstawienia) benzodiazepiny, barbiturany.

Instytucje centralne (kliniki i instytuty) z kolei:

- Opracowują wytyczne leczenia osób z podwójną/potrójną diagnozą, czyli u pacjentów z uzależnieniem i ciężkimi chorobami towarzyszącymi.
- Wprowadzają nowe rozwiązania terapeutyczne.
- Prowadzą szkolenie i certyfikację personelu.

Tego typu rozwiązanie jest połączone z koncepcją budowania wielospecjalistycznych centrów terapeutycznych oferujących wszystkie usługi z zakresu redukcji szkód i leczenia nie tylko ARV, ale psychiatrycznego, psychoterapeutycznego, dermatologicznego, itp. - z możliwością świadczenia szerokich usług socjalnych takich, jak warsztaty pracy chronionej, hostele, mieszkania chronione.

Oczywiście **najlepszym sposobem terapii byłoby, gdyby u podstawy tej drabiny był osobisty lekarz rodzinny, który byłby upoważniony do przepisania metadonu, sąsiednia apteka wydałaby lek, a rodzina udzielałaby skutecznego wsparcia.** Wówczas droga pacjenta do lekarza skróciłaby się do 5 do 10 km.

W Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii w 2005 roku **niepubliczne ZOZ-y** są wymienione jako ewentualni organizatorzy programów substytucyjnych. Mimo tej możliwości, menagerowie niepublicznej ochrony zdrowia nie kwapią się z podejmowaniem tej działalności.

Pomimo, że jest to trudna praca ze zmarginalizowaną społecznie populacją, jednak po upływie niedługiego czasu uczestnicy programów substytucyjnych przekonują się osobiście o korzyściach wypływających z uczestnictwa w leczeniu substytucyjnym i stanowią stały i pewny „elektorat” zjawiający

się w poradni. Pracownicy psychiatrycznych NZOZ-ów są przyzwyczajeni do trudnej pracy.

Co należy zrobić i czym dysponować? Po zorientowaniu się o ewentualnych potrzebach w tym zakresie, trzeba:

1. Dysponować dobrze działającym NZOZ-em, na przykład psychiatrycznym z rezerwą kadrową, lokalową i finansową, która pozwoli do czasu załatwienia formalności w ciągu kilku miesięcy przeznaczyć środki na nową działalność.
2. Uzyskać porozumienie z **apteką** na temat zasad przechowywania i dystrybucji leku wg przepisów, przewidzieć pomieszczenia na ten cel w poradni.
3. Uzyskać porozumienie z „**sor**”- **em** na temat udzielania ewentualnej pomocy nowym pacjentom z zapewnieniem im ewentualnej hospitalizacji.
4. Wystąpić do **Wojewody** o zarejestrowanie programu i jednocześnie wystąpić do **Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii** o zakwalifikowanie projektu (zresztą wszystkiego można dowiedzieć się właśnie tam). Jak sądzę istotną sprawą jest rozważenie niektórych praktycznych aspektów w aktualnych warunkach prawnych towarzyszących leczeniu substytucyjnemu

Większość młodych ludzi, z którymi się spotkałem w programie metadonowym byli w wieku dla mnie emocjonalnie bliskim. Nietrudno było mi sobie wyobrazić, że przecież ja też jako ojciec mogłem wykazać teoretycznie „sprawiedliwą postawę”, wyrzucić uzależnione dziecko na ulicę. Co wtedy stałoby się z nim?

Na szczęście nie miałem takiego dylematu wtedy, ale teraz stoję przed nim każdego dnia, kiedy decyduję o usunięciu pacjenta z programu, bo wiem, że wraca „na bajzel”. O przepraszam za wyrażenie - wraca na scenę, tyle tylko, że nie teatralną. Mam nadzieję, że nie stosuję podwójnej miary w swych decyzjach, które czasami są niezrozumiałe dla otoczenia.

Niestety muszę odkryć rąbek tajemnicy, gdy zdradzę, że niektórzy uzależnieni pacjenci, których spotkałem, mieli za swoich rodziców lekarzy, psychologów lub nauczycieli, czyli osoby, które teoretycznie nie powinny dopuścić do tragicznej sytuacji w rodzinie, ponieważ sami doradzają innym jak żyć. I przyszło im doświadczyć sytuacji, która dla nich stała się jak najbardziej nieznośną na resztę życia. Niestety...

Wiemy, że wszyscy musimy się dostosować do różnych tragicznych sytuacji w życiu. Ale, o ile przy zaistnieniu wydarzenia losowego - każdy sobie jakoś radzi za pomocą religii, rodziny, przyjaciół i powoli znajduje ukojenie - to w przypadku choroby dziecka uzależnionego sytuacja jest inna. Wtedy często

u rodziców młodego, uzależnionego człowieka powstaje następująca myśl: „co my takiego zrobiliśmy albo czego nie zrobiliśmy, że taka tragedia dotknęła nasze dziecko”. I pozostaje ona przez całe życie jako niepozbywalny wyrzut sumienia. Jak przy tej „zawinionej” przez uzależnionego chorobie zracjonalizować sobie powstałą niezrozumiałą i nieznosną sytuację? Gdy tymczasem u prawie 90% osób leczonych metadonem podawało objawy patologii występujące w swojej rodzinie generacyjnej.

Gdy zaczynaliśmy organizować program, wówczas obowiązywało Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, które dopuszczały możliwość leczenia substytucyjnego przy spełnieniu wielu warunków, zarówno przez pacjenta jak i organizatorów programu. Przedstawię najgłówniejsze.

Leczenie substytucyjne metadonem zostało uznane w Polsce jako równorzędna metoda lecznicza na równi z innymi, jednakowoż musiało ono być zorganizowane na specjalnych warunkach. Było dopuszczalne i subsydiowane przez powszechne ubezpieczenie jedynie w ramach działania publicznych, tj. publicznych zakładów opieki zdrowotnej. To obwarowanie miało na celu ułatwienie uzależnionym pacjentom dostępu do leczenia szpitalnego niezbędnego wg ustawodawcy przy tego rodzaju leczeniu.

W działalności programów metadonowych zastosowano także obowiązujące w Polsce prawo farmaceutyczne narzucające bardzo surowe wymogi organizacyjne.

Nie było przewidziane wydawanie zaliczkowe leku jako metoda ułatwiająca rehabilitację społeczną, mimo że Ustawa o zapobieganiu narkomanii jednocześnie zobowiązywała zainteresowanych do podejmowania kompleksowego leczenia uzależnionych.

W celu zapobiegania nielegalnego użycia dożylnego metadonu dopuszczono do obrotu w Polsce jedynie płynny preparat 0,1% metadonu pod postacią doustnie stosowanego syropu z zawartością dodatków utrudniających podawanie dożylnie. To rozwiązanie produkcyjne podnosiło koszty leku ale ustawodawcy mieli przekonanie, że utrudni to powstanie czarnego rynku obrotu metadonem. To podejście w świetle dotychczasowych doświadczeń wydaje mi się być rozsądne w polskich warunkach, choć w czasach otwierania programu budziło to pewne emocje. Jednak z uwagi na fizykochemiczne właściwości preparatu stosowanego w Polsce, praktycznie nie ma możliwości podania go dożylnie, a po podaniu dożylnym nie uzyskuje się nagłej euforii (kop), więc narkomani nie stosują go dożylnie. Oblicza się, że wypicie około 40 mg metadonu zabezpiecza przez 24 godziny przed „ukłuciem się”, oczywiście

przy odpowiedniej motywacji. Ryzyko świeżych zakażeń HIV zmniejsza się w środowisku, także przy okazji handlu metadonem.

Nie muszę przypominać, że wszystkie prawa wynikające z Karty Praw Pacjenta mają zastosowanie w leczeniu pacjentów uzależnionych. Sytuacje konfliktowe wynikające z choroby reguluje w Polsce Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i ona musi być stosowana w leczeniu osób uzależnionych.

Polityka państwa w zakresie leczenia uzależnień może podlegać ocenie takiej samej, jak każda inna dziedzina. Ocena rozporządzenia o leczeniu substytucyjnym podlega zmianom zależnym przede wszystkim od osiągnięcia zamierzonych celów. Rozporządzenie to miało uzasadnienie w okresie eksperymentalnym leczenia i stanowiło podstawę do rozpoczęcia leczenia substytucyjnego w warunkach braku własnych doświadczeń. Ale było to dawno i polityka przeciwdziałania skutkom chorób uzależnieniowych winna się zmieniać w myśl ustaleń, jakie uzyskało środowisko dzięki swej praktyce. Niewątpliwie pewnym postęпом w tej dziedzinie była nowa Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (dająca możliwość organizowania programów metadonowych przez niepubliczne zakłady służby zdrowia) i nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego rozszerzające możliwości zaliczkowego wydawania leku. Niestety rozwój nowych programów jest ograniczany przez organizacyjną drogę przez mękę i trudności w negocjacjach z ubezpieczycielem publicznym.

Niezadowalające rezultaty w poszerzaniu dostępności leczenia substytucyjnego w Polsce można streścić następująco:

Ograniczenie dostępności leczenia substytucyjnego jest jawnym pogwałceniem praw konstytucyjnych pacjentów do równego dostępu do leczenia. Leczenie substytucyjne w nielicznych programach zamkniętych, pomimo oczywistych walorów, stanowi ewidentną przyczynę ujednolicenia i usztywnienia dawnej społeczności narkomańskiej. Jest to także brak możliwości zastosowania różnorodnych form psychoterapii w nowym otoczeniu. Daje to brak możliwości wprowadzenia pacjenta do nowej grupy społecznej, co w konsekwencji skutkuje utrwaleniem uzależnienia pacjenta od jego dotychczasowego środowiska.

Brak możliwości kierowania pacjentów do lecznictwa otwartego lub do programów niskoprogowych jest trudnym dylematem etycznym dla terapeutów. Czy etycznym jest wyrzucenie pacjenta z programu wysokoprogowego z powodu powtarzającego się łamania abstynencji od środków psychoaktywnych, który jest na pograniczu nosicielstwa HIV i choroby AIDS z ewidentnymi organicznymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym ograniczającymi jego możliwości poznawcze? Prawdopodobnie przeciętne podmiotowe badanie wykonane przez dowolnego lekarza opiekującego się pa-

cjentami w programie metadonowym - stwierdzi jego poczytalność w zakresie popełnionych przekroczeń. Co więcej, on sam stwierdza, że ma dość wszystkiego i wziął nielegalnie środki w celu poprawy samopoczucia. Rygorysta powie, że jest to jego wybór. Ale czy ciężko chory pacjent musi być skazywany na karę śmierci wykonaną przez „bajzel”?

Łagodne przejście od programu wysokoprogowego do niskoprogowego nastawionego na adekwatną do sytuacji zdrowotnej i społecznej pomoc jest konieczne, gdy pacjent nie spełnia warunków do terapii w programie wysokoprogowym, a odmówienie mu substytucji kieruje go z powrotem na czarny rynek narkotykowy ze wszystkimi konsekwencjami. Dlatego postanowienia prawne w tym zakresie nie mogą być barierą w stosowaniu leczenia i programy metadonowe muszą ulec ewolucji stosownie do występujących potrzeb w tym zakresie.

Powyższe stwierdzenie, to nie jest głos za całkowitą swobodą dla osób używających środki psychoaktywne na różnym etapie tego zjawiska, tylko za obiektywnie stosowanymi metodami leczenia. Ponieważ nie jestem specjalistą od prowadzenia polityki społecznej a tu właśnie różne poglądy na ww. zagadnienia należy brać pod uwagę, jak i opinie ekspertów w dziedzinie nauk społecznych, aby podjąć optymalne decyzje owocujące sprawdzalnymi rezultatami. Tak na marginesie, bezwzględna penalizacja uzależnionych poprawia samopoczucie tylko policji i sądom niższego szczebla. Pisze o tym szereg autorów w książce pod redakcją **Kasi Malinowskiej-Sempruch** pt. *Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka* [13]. Pisze o tym m.in. Profesor **Krzysztof Krajewski**, który podobne poglądy w tym zakresie przedstawia także we własnej książce pt.: *Sens i bezsens prohibicji* [14].

Różnorodność danych na temat społecznych skutków narkomanii i stosowania społecznych mechanizmów sprawia, że trudno ocenić, które z nich są racjonalne. Jest to zadanie dla decydentów, którym polecam zaznajomić się z raportami przygotowanymi przez praktyków i wziąć je pod uwagę, a wtedy może się coś zmienić w omawianej dziedzinie.

Przypisy:

1. Czernikiewicz A., Górecka J.: "Comparison of subjective quality of life in a group of schizophrenic patients" *Psychiatr. Pol.* 2003 Jul-Aug. 37 (4): 669-81.
2. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H., Kęszycka B., Taracha E.: „Subiektywna ocena jakości życia przez pacjentów uzależnionych od opiatów przed przyjęciem, po 6 miesiącach i po roku uczestnictwa w programie metadonowym”. *Przegląd Lekarski*, 2002, 59, 4-5, 351-357.
3. Parnowski T.: „Jakość życia – refleksje”. *Medycyna po Dyplomie* Kwiecień 2008, 17, 4, (145), 52-53.

4. Bisaga A., Padilla M., Garawi F., Sullivan M.A., Haney M.: "Effects of alternative reinforcer and craving on the choice to smoke cigarettes in the laboratory". *Hum Psychopharmacol.* 2007 Jan; 22 (1): 41-7.
5. Sienkiewicz H.: „Potop” Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1974, 1, str. 117.
6. Popik P.: „Hamowanie uzależnień przez antagonistów receptora NMDA: Historia odkrycia i mechanizm działania ibogainy”. Instytut Farmakologii PAN. Kraków, e-mail: popik.p@poczta.onet.pl.
7. van den Brink W., Goppel M., van Ree J.M.: „Postępowanie w uzależnieniu od opioidów“ *Current Opinion in Psychiatry*. Wyd. polskie 2004, 1 tom 2, nr 1: 16-23.
8. Vetulani J.: „Uzależnienia lekowe na przełomie wieków” w „Neuro-psychofarmakologia. Dziś i jutro.” Instytut Farmakologii PAN. Kraków 2000, 263-332, Red: Bijak M., Lason W.
9. „Heroin - assisted Treatment .Work in Progress”. Edited: Rihs-Middel M., Hamming R., Jacobshagen N. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern. 2005.
10. Albanese M.J., Shafer H.J.: „Problemy terapeutyczne u pacjentów z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych” *Psychiatria po dyplomie*. 2004, luty, 1, 1, 11-17.
11. „Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu”. Red: Tatarsky A. Wyd. polskie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Warszawa 2007.
12. Beniowski M.: „Leczenie metadonem w aptekach” w: Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki. Grudzień 2007. Red Matt Curtis. Open Society Institute. Public Health Program. International Harm Reduction Program. Wyd. Polskie. Warszawa.
13. „Niezamierzone Konsekwencje: Polityka Narkotykowa i Prawa Człowieka” Red. Malinowska-Sempruch K. Wyd. polskie. Warszawa 2005 The International Debate Education Association. New York.
14. Krajewski K. „Sens i bezsens prohibicji - prawo karne wobec narkotyków i narkomanii”. Zakamycze 2000.



Rozdział 7

Uwagi o sytuacji w leczeniu uzależnienia od opiatów w latach 2000-2007

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), czyli **Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii** to agenda informacyjna Unii Europejskiej z siedzibą w Lizbonie. Zbiera ona dane z krajowych ośrodków wiadomości o zakresie używania w krajach UE środków psychoaktywnych, na podstawie których pracownicy tej firmy publikują niezliczone ilości raportów na interesujący nas temat [1].

Otóż w latach, w których powstawały kolejne „eksperymentalne” programy metadonowe w Polsce m.in. w Krakowie - w Europie rozwój lecznictwa uzależnień z udziałem substytucji był już całkiem pokąźny. Bardzo ciekawie występują porównania stanu leczenia w Polsce z takimi krajami jak Portugalia, Hiszpania czy Włochy. Są to kraje o podobnej kulturze, religii, były kiedyś na podobnym poziomie rozwoju cywilizacyjnego i mają dość dużo podobnych cech socjologicznych. W związku z postępującym zmniejszaniem barier między europejskimi narodami, uprawnionym jest przypuszczenie, że problem używania środków psychoaktywnych w Polsce będzie coraz bardziej podobny jak w tych właśnie krajach. Mało prawdopodobnym jest, aby nasza mesjaniistyczna pozycja wśród narodów Europy uchroniła nas od omawianych problemów. W wymienionych państwach europejskich wg danych **EMCDDA** było mniej więcej tak:

Tabela 1**Zakres problemowego używania narkotyków opiatowych w niektórych krajach**

Rodzaj danych	Okres	Hiszpania/ Portugalia	Włochy	Polska
Liczba osób używających problemowo opiaty na 100 000 osób w wieku 15-65 lat	1995-2000	400-500	> 600	?
Liczba osób używających problemowo opiaty na 100 000 osób w wieku 15-65 lat	2002-2004	400	780	?
Częstość infekcji HIV wśród osób używających narkotyki dożylnie /IDU's/	2003-2004	9.7 -36.2	1.3-39.9	8.9-16.0

Natomiast rodzaj stosowanego leczenia uzależnień od opiatów w poszczególnych krajach ilustruje następująca tabela ułożona również z danych zebranych przez EMCDDA:

Tabela 2**Rodzaj stosowanego leczenia w Europie u osób uzależnionych od opiatów**

Rodzaj danych	Okres	Hiszpania/ Portugalia	Włochy	Polska	UE -15
Typ leczenia: Psychosocjalne Substytucyjne/ metadonem > 30 dni/	1995		38.8% 35.0%		
Odsetek osób leczonych substytucyjnie w państwowych instytucjach	1991-1997		47.0%		
Liczba osób leczona Ambulatoryjnie Substytucyjnie/metadonem/	1998	82 360 63 030			
Odsetek osób uzależnionych leczonych substytucyjnie	2005		50.0%		
Liczba osób leczona substytucyjnie	1993-2005			Ok. 1000 osób na 38 mln ludności	80 000 – 580 000

Pobieżny rzut oka na przytoczone tabele wykazuje, że w Europie lecznictwo substytucyjne rozwija się prężnie i prawdopodobnie - w miarę potrzeb [2, 3]. Jednak wszędzie potrzeba ludzi zdolnych do prowadzenia możliwie zin-

tegrowanego leczenia [4].

W Stanach Zjednoczonych Ameryki w latach 1999- 2004 oceniano, że heroiny nadużywa około od 800 000 do 3 mln Amerykanów. Autorzy również oceniają, że rozwój leczenia substytucyjnego przebiega zbyt wolno w stosunku do potrzeb, ponieważ programy substytucyjne obejmują swoją opieką około 14%-22% potrzebujących [5, 6]. Nieco bliżej, u naszych sąsiadów, tj. w Rosji i na Słowacji używanie środków psychoaktywnych rosło dramatycznie z upływem czasu [7, 8].

Natomiast mało prawdopodobną tezę jest przekonanie, że leczenie substytucyjne jest wyrazem sił, które napędzają przemysł narkotykowy. Dlaczego?

Prowadzenie leczenia substytucyjnego jest zawsze droższe od produkcji i dystrybucji narkotyków przynosząc daleko mniejsze dochody. Zakres używania narkotyków jest daleko szerszy od stosowanego później leczenia substytucyjnego. Oczywiście na styku tych dwóch światów zawsze będzie pewna część zjawisk niepożądanych, co nie jest argumentem do hamowania dostępności do leczenia substytucyjnego.

Jak wyglądało to w roku 2003 na naszym podwórku, w Krakowie? W ramach Programu Przeciwdziałania Przestępczości Młodzieży Demos - Biuro Badań Społecznych Obserwator wykonało szerokie badania, z których zacytuje jedno pytanie, jakie zadano 869 osobom w wieku 11-17 lat: Czy używałeś narkotyków? 150 osób odpowiedziało twierdząco, tj. 17.2%. Pytanie i odpowiedź jest mało precyzyjna, ale dająca wiele do myślenia [9]. Podobnie w innych badaniach ankietowych przeprowadzonych przez L. Stanek [10] wśród uczniów szkół średnich w Krakowie 15.2% uczniów deklaroowało bezpośredni kontakt z narkotykami.

Jednym ze najbardziej obiektywnych wskaźników używania substancji psychoaktywnych są ostre zatrucia towarzyszące nadużyciom i uzależnieniem od substancji, dlatego warto mieć orientację o sytuacji w tym zakresie. [11, 12]

Starsza młodzież studiująca na uczelniach Krakowa (czyżby nasza elita?) ma również kontakty z narkotykami. Pach J. i inni w 2005 roku, w swej pracy [13] realnie wykazują, że 38% przebadanych studentów krakowskich uczelni miała kontakt z narkotykami. Możliwe, że respondenci w obawie przed dekonspiracją przytomnie nie przyznali się do używania dożylnego heroiny, ale okazuje się, że problem używania środków psychoaktywnych wśród „elity narodu” też istnieje. Powstają pomysły jak temu przeciwdziałać za pomocą kolejnych programów profilaktycznych, którym pozostaje życzyć sukcesu [14, 15].

Kiedy decydenci zauważają potrzebę rozszerzenia zakresu leczenia uzależnień w swoim kraju? Jak wiemy z doświadczeń reakcja ta zależy to od czynników politycznych, kulturowych socjalnych i demograficznych

w poszczególnych krajach. Nie wspomnę o ideologicznym „braku” zjawiska narkomanii w krajach najlepszego, jaki był, ustroju. Pamiętacie? Pamiętamy. Zatrzymam się na pewnych zdarzeniach, które przekraczają możliwości regulacyjne rządów niewielkich krajów tak, jak na przykład Holandii, która jest oskarżana o nadmierną liberalizację polityki narkotykowej. Zanim sformułujemy takie oskarżenie to przypomnijmy sobie, że wśród ludności tzw. Wschodu używanie opium jest dość rozpowszechnione i w tychże krajach mieszka około 2/3 ludności Świata. W krajach wielkim potencjale demograficznym, gdzie problemy zdrowotne muszą być rozwiązywane dla milionów ludzi, projekty zdrowotne winne być jak najszerze o największej dostępności. Ale wróćmy do wspomnianej Holandii. Był taki okres w jej historii, kiedy duża część populacji Holandii pochodziła z krajów rozwijających się, wraz ze wszystkimi swoimi problemami zdrowotnymi. Sytuacja wymagała rozwiązań systemowych i pragmatycznych. Dlatego upowszechniono programy substytucyjne. Generalnie zasady, jakie można wysnuć z doświadczeń holenderskich są następujące:

Dostępność do substytucji biologicznej jest powszechna i nie jest związana ze spełnieniem oczekiwań dysponentów. Obowiązują zasady bezpieczeństwa medycznego.

Leczenie substytucyjne jest związane polityką i praktyką harm reduction, leczeniem i profilaktyką HIV/AIDS. Natomiast osoby spełniające określone zobowiązania mają szeroki dostęp do pomocy terapeutycznej i socjalnej, lub też dyskretnej obsługi medycznej w pełnym zakresie, co daje zróżnicowanie serwisu wg potrzeb.

W celu dalszej oceny rezultatów polityki zdrowotnej i pozostałych parametrów opieki zdrowotnej w Polsce i Holandii polecam odpowiednie roczniki statystyczne.

Daleki jestem od tego, aby zabierać głos w sprawie rozwiązywania problemów globalnych w zakresie zapobiegania i leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych. Ale człowiek lubi znać uzasadnienie swej pracy i nie lubi uczestniczyć w przedsięwzięciach bezsensownych. Poza tym **zwykła racjonalność wskazuje, że im problem ma szerszy zasięg wówczas metody zapobiegawcze i lecznicze muszą być szerzej dostępne, łatwe w stosowaniu dla niżej wykształconego personelu. Czytelniku, popatrz do podręczników pierwszej pomocy medycznej i historii medycyny** - gdybyś miał wątpliwości co do zasad stosowanych w zakresie organizacji ochrony zdrowia w zależności od warunków. Podczas II Wojny Światowej, Rosjanie masowo kształcili kandydatów na lekarzy na średnim poziomie dając im tytuł felczera, a odpowiednio „chirurdzy” kształcili się w zakresie jednej okolicy ciała - klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyny górnej lub dolnej. Wszystko to jest zawarte

w odpowiednich publikacjach i było poruszane na światowych kongresach medycznych.

Dlatego z pokorą przysłuchiwałem się obradom 18-stej Międzynarodowej Konferencji Redukcji Szkód, która odbyła się w maju 2007 roku w Warszawie, wysłuchiwałem referatów o problemach występujących w różnych krajach, gdzie muszą rozwiązywać problemy w skali dużo większej niż u nas.

Już wcześniej ukazała się książka pod tytułem: „**Przełamywanie barier**” [16]. Stąd wiemy, że w Hongkongu punkty metadonowe są czynne od 6-stej rano do 22-giej i obsługują je wolontariusze, a leczenie antyretrowirusowe jest zbliżane maksymalnie do środowisk potencjalnych pacjentów. W Brazylii metadon jest szeroko dostępny w więzieniach. A ponadto od własnych pacjentów wiem, że w Hiszpanii przyjęcie do programu metadonowego trwa 20 minut. Na III Konferencji poświęconej terapii substytucyjnej w 2004 roku w Katowicach, Pan Doktor **Azarakhsh Mokri** opowiadał, że w Iranie w roku 2000 rozpoczęto terapię substytucyjną od organizowania „eksperymentalnych” programów metadonowych (tak jak kiedyś u nas), jednak okazało się to daleko niewystarczające, gdyż skala problemu obejmowała około 2 mln osób uzależnionych lub szkodliwie używających opium (w Polsce około 1,5 mln ludzi na pewno przynajmniej w stopniu szkodliwym używa alkoholu). W rezultacie zmian organizacyjnych leczeniem substytucyjnym w Iranie zajmują się lekarze ogólni i obejmują leczeniem substytucyjnym szeroką grupę ludzi. Jakie są rezultaty prowadzenia programów dowiadujemy się z przytoczonego piśmiennictwa [17].

Pani dr med. **Helena Baran-Furga** w 2004 roku komentując artykuł o zastosowaniu metadonu jednocześnie pisze o potrzebach i dostępnych formach leczenia w tym czasie w Polsce. Ocenia, na podstawie wielu danych, że **w 2003 r. w Polsce było około 35-60 tysięcy osób uzależnionych od heroiny a leczenie substytucyjne miało zapewnione 700 osób w 8-10 ośrodkach skupionych w dużych miastach** [19].

Natomiast **Janusz Sierosławski** w swoim komentarzu, nieco dystansując się od danych epidemiologicznych, ocenia w tym czasie liczbę używających narkotyki (jakie?) w Polsce na 35 – 70 000 osób [20].

Nadzwyczajne zainteresowanie społeczne ww. zagadnieniem można tłumaczyć, faktem, że uzależnienie opiatowe wykazuje najsilniejszą moc destrukcyjną wobec ludzi. Dlatego uzależnienie opiatowe budzi o wiele większą grozę wśród społeczeństwa niż problem alkoholowy.

Przypisy:

1. „Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union”. Edited: Farrell M. et al. EMCDDA insights series 3. November 2000.
2. EMCDDA: The State of the Drugs Problem in Europe. Annual report 2006 and 2007.
3. EMCDDA: The State of the Drugs Problem in Europe. Annual report 2006 and 2007.
4. Bignamini E., Zazza S.: „Psychotherapy for patients in methadone treatment”. Heroin Addiction and Related Clinical Problems. September 2005, 7, 3, 6-20.
5. van den Brink W., Goppel M., van Ree J.M.: „Postępowanie w uzależnieniu od opioidów”. Current Opinion in Psychiatry. Wyd. polskie 2004, tom 2, nr 1, str. 16-23.
6. Kranz Mori J., Mehler Philips S.: „Treating Opioid Dependence” Arch. Intern. Med. 2004; 164: 277-288.
7. Zaikovski V.N., Kataev S.S., Volkov O.Y., Zaikovski V.V.: „Dynamic frequency of heroin overdose in Yekaterinburg”. V Symposium Progress in Clinical Toxicology 4-5 May 2001 Krakow, Poland. Abstract . Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 382.
8. Kresanek J., Plackova S., Caganova B., Klobusicka Z.: „Drug abuse in Slovak Republic”. Przegląd Lekarski 2005, 62, 6: 357-360.
9. „Postawy dzieci i młodzieży wobec sytuacji uzależniających”. Raport opracowany przez BSS Obserwator na zlecenie Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przystępczości Młodzieży”. Kraków. Listopad 2003.
10. Stanek L., „Młodzież krakowskich szkół średnich wobec alkoholizmu i narkomanii, jako współczesnych zagrożeń zdrowia”, Przegląd Lekarski 2005, 62, 6: 351-353.
11. Targosz D., Szkolnicka B., Radomska M., Kaczmarczyk A.: „Substancje uzależniające w materiale Kliniki Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w latach 1997- 2000”. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 232-236.
12. Kotwica M., Czerczak S.: „Zatrucia środkami narkotycznymi i odurzającymi w Polsce w latach 1997-1998”. Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 237-238.
13. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.: „Uczelnie wolne od narkotyków - trendy używania substancji psychoaktywnych przez studentów krakowskich uczelni”. Przegląd Lekarski 2005, 62, 6: 342-350.
14. Krawczyk E.: „Krakowski model przeciwdziałania uzależnieniom wśród studentów”. Przegląd Lekarski 2005, 62, 6: 339-341.
15. Morawska J., Krawczyk., Satora L.: „Badanie świadomości prawnej dotyczącej zjawiska narkomanii wśród studentów krakowskich wyższych uczelni”. Przegląd Lekarski 2005, 62, 6, 354-355.
16. „Przełamywanie barier. Doświadczenia z leczenia infekcji HIV u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach”. Open Society Institute. International Harm Reduction Development. 2004. Wyd. polskie. Red. techn.: Rogowska Szadkowska D.
17. Mokri A.: „The Iranian Experience on Maintenance Treatment”. The 3rd International Conference on Substitutive Treatment and Rehabilitation of Drug Addiction. Katowice, Poland, September 29 - October 2, 2004.
18. Karakiewicz B., Koziielec T., Zubczewska Ślósarek B.: „Metody diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne stosowane w programach leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów w Polsce”. Polska Medycyna Rodzinna 2004, 6, 779-783.

19. Kauffman J.F.: „Metadon w leczeniu uzależnienia od opioidów”. *Psychiatria po Dyplomie* 2004, luty, tom 1, nr 1, 31-35.
20. Westreich L.: „Epidemiologia zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych”. *Psychiatria po Dyplomie* 2004, luty, tom 1, nr 1, 18-30.



Rozdział 8

Przebieg i parametry leczenia metadonem w krakowskim programie metadonowym i rezultaty substytucji

Jan Chrostek Maj, Ewa Kosecka Grzybek

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Krakowski program metadonowy powstał jak wszystkie inne w Polsce w oparciu o zapisy prawne zawarte w Rozporządzeniu Min. Zdrowia z dn. 6 września 1999 do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, zawartego w Dz. U. Nr 77 poz. 873 z 1999 roku [1]. W myśl tej Ustawy jest to program wysokoprogowy, w którym mogły uczestniczyć tylko te osoby, które ukończyły 21 lat, będąc uzależnione od opiatów co najmniej od 3 lat i podejmując kilkakrotnie próby udokumentowanego leczenia, które okazywały się nieskuteczne. Pacjenci zobowiązywali się do codziennego zażywania metadonu na miejscu w poradni pod nadzorem personelu. Zobowiązywali się poddawać badaniom lekarskim i oddawać materiał biologiczny w celu określenia obecności w nim substancji psychoaktywnych. Wyrażali zgodę na ścisły nadzór nad sposobem pobierania materiału biologicznego, a także zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w w/w przytoczonym rozporządzeniu. Deklarowali abstynencje, przestrzeganie regulaminu oraz podporządkowanie decyzjom wynikłym z jego przekroczenia.

Poradnia mieści się w pawilonie, w którym jest osobne wejście dla pacjentów, osobne wejście dla personelu połączone korytarzem i z wyjściem na teren szpitala. Pomieszczenia od strony wejścia dla pacjentów zawierają: pokój przyjęć połączony okienkiem z gabinetem zabiegowym i salą do terapii /świetlicę dla pacjentów. Pomieszczenia te są obserwowane kamerą przemysłową.

słową bez nagrywania i rejestrowania obrazu i dźwięku. Sala do psychoterapii jest wyposażona w lustro weneckie umożliwiające bezpośrednią kontrolę pacjentów (w przyszłości pozwoli to na obserwację psychoterapii i szkolenie terapeutów). Następne pomieszczenia to gabinety lekarskie terapeutów, pokój socjalny dla personelu, jak również magazyn leków - bez okien, wyposażony w metalowe drzwi i szafę pancerną. Pawilon ma dwie osobne ubikacje dla personelu i pacjentów. W ubikacji dla pacjentów zamontowano okno weneckie i jedno pomieszczenie jest nadzorowane kamerą przemysłową. Opisane wyposażenie umożliwia bieżący nadzór pacjentów i pobranie materiału biologicznego w warunkach maksymalnie obiektywnych i ułatwia zapobieganie jednoczesnemu spożywaniu metadonu i niedozwolonych środków psychoaktywnych.

W przebiegu programu z uwagi na występujące akty agresji ze strony pacjentów i zabezpieczenie magazynu metadonu, oddzielono metalową kratą pokój recepcyjny i świetlicę pacjentów od pozostałych części poradni.

W poradni był zatrudniony lekarz specjalista psychiatra na ½ etatu, lekarz internista z wykształceniem toksykologicznym na ½ etatu, psycholog i dwóch terapeutów z wykształceniem wyższym (po ½ etatu). Poza tym w programie pracowały dwie pielęgniarki w maksymalnym wymiarze zatrudnienia (łącznie ze świętami) i tak samo dwóch sanitariuszy. Zatrudnienie większości pracowników i utrzymywanie pomieszczeń należało do zadań szpitala. Nie-wielka część kosztów była finansowana przez Klinikę Toksykologii UJ, której kierownik Pan Profesor Janusz Pach sprawował merytoryczną kontrolę. Koszty zakupu metadonu pokrywało Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Rozpuszczalny metadon jest produkowany w Krakowie, ale musi być rozprowadzany centralnie przez warszawski oddział Cefarmu. Zupełnie jak za dawnych, „dobrych” czasów. Pozostałe koszty leczenia pacjentów były pokrywane w ramach ogólnego ubezpieczenia i pokrywał je ubezpieczyciel społeczny. Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce i wynikająca z tego zasada jednolitego jej finansowania sprawiły, że koszty programu metadonowego są aktualnie kontraktowane na ogólnych zasadach przez ogólnonarodowego dystrybutora pieniędzy ubezpieczonych (Kasa Chorych, NFZ).

Od czasu kiedy program metadonowy w Krakowie został włączony w strukturę wielkiego szpitala wielospecjalistycznego - razem z nim przeżywał wszelkie jego organizacyjne i ekonomiczne kryzysy. Owocowało to zaburzeniami w dystrybucji metadonu, kontrowersjami na temat ponoszonych kosztów na prowadzenie programu, ograniczeniami w wyposażeniu programu, wpłynęło na redukcję personelu polegającą na zmniejszeniu zatrudnienia psychologa/terapeuty i braku osobnego serwisu ze strony pracownika socjalnego. Reasumując, obecnie program metadonowy jest częścią Poradni

Leczenia Uzależnień Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, która prowadzi porady ogólnodostępne i program metadonowy.

W Poradni prowadzi się diagnostykę i leczenie ogólnie medyczne i diagnostykę toksykologiczną w kierunku obecności substancji psychoaktywnych w moczu, podstawową diagnostykę wirusologiczną HCV, HIV, dobrowolną terapię indywidualną i grupową w miarę zgłaszanych potrzeb.

Poradnia nie prowadzi bezpośrednio nadzorowanego leczenia ARV, ma kontakt telefoniczny z oddziałem chorób zakaźnych, nie prowadzi innych zadań z zakresu redukcji szkód, wymiany igieł i strzykawek i nie ma injection room na terenie Poradni z uwagi na ograniczenia prawne w tym zakresie.

Wstępną rekrutację do Programu przeprowadzają terapeuci z Poradni Monar w Krakowie. Wtedy i aktualnie rozpoczynanie substytucji metadonowej może odbywać się ambulatoryjnie, jednak ze względów poznawczych wszyscy kandydaci do programu metadonowego przeważnie są przyjmowani do Pododdziału Detoksykacyjnego Kliniki Toksykologii UJ, gdzie są hospitalizowani przez 3-4 dni, podczas których ustala się wskazania do leczenia substytucyjnego, przeprowadza się badania i ustala dawkę metadonu.

W pierwszych miesiącach 2000 roku przyjęto 50 pacjentów, w tym 28% kobiet w wieku 21-46 lat (średnio 27,8 lat). Zrozumiałą rzeczą było, że nie byli to początkujący eksperymentatorzy na polu używania substancji, ponieważ średnio podejmowali 7 prób leczenia wg zasad drug free. U kandydatów do krakowskiego MMP stwierdzono wymaganych od 3 do 30 prób podjęcia klasycznego leczenia. Łatwo domysleć się, że nieskutecznych.

Nieco później zaszła potrzeba przyjęcia uzależnionej od opiatów przez ostatnie 6 lat 18 letniej dziewczyny. Na mocy decyzji Kierownika programu została ona przyjęta i dzisiaj można ocenić, że ta decyzja była słuszna. Średni czas uzależnienia od opiatów przyjętych do programów dla kobiet wyniósł 7,5 roku, a dla mężczyzn 15,5 roku, którzy jednocześnie stosowali przewlekłe praktycznie wszystkie substancje psychoaktywne. Amfetaminę stosowało 31% pacjentów, THC - 32% osób, alkohol - 12% uczestników programu. Jak widać, nie były to niewinne aniołki sprowadzane na złą drogę przez „przebiegłych agentów przemysłu farmaceutycznego” - jak można było przeczytać w niektórych publikacjach prasowych, czy w „listach otwartych zatroskanych rodziców”, itp.

Polityka programu, w pierwszych latach była bardziej restrykcyjna i z czasem potrzebnym do nabycia osobistych doświadczeń uległa złagodzeniu. Wymagania, jakie kandydatom do programu stawiało Rozporządzenie MZ powodowały, że do leczenia przyjęto osoby, które mogły sprostać następującym wymaganiom:

1. Możliwość codziennego dojazdu z miejsca pobytu do przychodni, w lokalnych warunkach. Oznaczało to, że tylko kilku uczestników pochodziło z miejscowości w granicach 30-50 km od Krakowa. Osoby te, w trakcie leczenia „zbliżyły” do poradni swe miejsce pobytu lub po prostu były zmuszone do rezygnacji z kuracji metadonem.
2. Stan „majątkowy” i źródła wsparcia społecznego uczestników były na tyle dobre, że potrafiły się utrzymać na minimalnym poziomie. Tylko 11% osób mieszkało samotnie, a pojedyncze były bezdomnymi. Nie oceniano rodzaju źródeł utrzymania.
3. Konieczność sprostania wymaganiom Rozporządzenia oraz brak możliwości podjęcia natychmiastowej hospitalizacji połączonej z substytucją powodowały, że stan zdrowia kandydatów do programu był prawdopodobnie o wiele lepszy niż przeciętnego dożylnego użytkownika opiatów. Niestety, nie poczyniono wówczas wiarygodnych badań w tym względzie. Nie było osób z pełnoobjawowymi chorobami psychicznymi, nie przyjmowano osób, które ze względów somatycznych nie były w stanie pokonać wymagań związanych z codziennymi dojazdami.

Przeważnie osoby uzależnione nie miały zaproponowanego sposobu poprawienia swojego stanu zdrowia w szpitalu, który mógłby także zastosować metadon lub nawet legalne inne narkotyki, aby pacjenta utrzymać na łóżku szpitalnym do czasu uzyskania satysfakcjonującej poprawy w ogólnym stanie zdrowia. Udało się to tylko w jednym przypadku - ciężko uzależnionej ciężarnej matki z rozległymi wrzodziejącymi zmianami naczyń kończyn dolnych. „Rezultat” tych zabiegów niedawno poszedł do pierwszej klasy szkoły podstawowej.

Codziennosc w programie nie była jednak tak różowa, jak teraz ją pamiętamy. Z notatek wynika, że w pierwszym półroczu trwania programu uczestnicy opuścili 42 dni. Zdarzyła się jedna kradzież mienia poradni, wydarzyły się 3 bójki na terenie lub obok poradni z użyciem niebezpiecznych narzędzi. Nie dysponowaliśmy na miejscu żadną stałą ochroną a system powiadamiania o zagrożeniach praktycznie nie działał. Wśród osób, które miały oczekiwania, że program spełni swoje zadanie tj. uzyskanie pełnej rehabilitacji społecznej, dało się odczuć naturalną potrzebę poszerzania wolności, a ta potrzeba była w konflikcie na przykład z wymogami kontroli abstynencji itp.

Oto słowa rozczarowania uczestniczki programu: *Żegnając się z bajzlem i przenosząc na państwowy garnuszek, żegnaliśmy się ze znieprawdopodobnym, upokarzającym układem pomiędzy nami a naszymi „dobroczyńcami”. Liczyliśmy, że przeminęły raz na zawsze czasy, kiedy jakiś niezrównoważony psychicznie*

osobnik obraca kołem fortuny, na ułamek czasu wywyższony, demonstrował nam swoją absolutną władzę (...). Tego typu poglądy i oceny personelu nasi pacjenci publikowali wtedy w magazynie „**Monar na bajzlu**.”

Piśmiennictwo oceniające rezultaty leczenia substytucyjnego jest ogromne, dlatego cytujemy tutaj oceny stanu zdrowia pacjentów programu metadonowych (Kamenczak A. i inni 2000, Habrat B. i inni - 2001, Pach J. i inni - 2001), które dotyczą podobnych populacji leczonych w Polsce w analogicznych okresach. Wykazały one ewidentną poprawę stanu zdrowia uczestników, jaka zachodziła w trakcie leczenia w programie substytucyjnym [2, 3, 4].

W trakcie programu zastosowano 20 do 180 ml 0,1% roztworu metadonu jako jednorazową dawkę dzienną; średnio 80 ml, co było zgodne ze standardami, uzyskując zalecone stężenia leku we krwi.

Z biegiem lat notujemy zjawisko zmniejszania się średniej dawki metadonu do około 60 ml i występowanie z prośbą osób, które życzą sobie niskich dawek leku planując powolną detoksykację (czasem mimo braku warunków zdrowotnych do podejmowania takich decyzji). Są wśród nich osoby żyjące z wirusem HIV, HCV, nie ustabilizowane psychospołecznie. Na te decyzje wpływają trudności z uzyskiwaniem zaliczek, obciążenie komunikacyjne, przeżyte przez pacjentów wahania w zasadach uzyskiwania zaliczek spowodowane trudnościami dystrybucyjnymi leku i chęć uwolnienia się od zależności od udziału w programie. Niestety w ślad za tym idzie zwiększenie używania alkoholu i legalnych środków psychoaktywnych, tj. leków uspokajających i narsennych [5, 6].

Zasadą programu była dobrowolność stosowanej dawki, uwzględnia się jednocześnie stosowanie leczenia antyretrowirusowego (ARV), jednak wysokość dawki miała wpływ na udzielanie zaliczek pacjentowi, ponadto wspomniane wahania organizacyjne uprzytomniały pacjentom oczywistość, że wyższa dawka stanowi większe uzależnienie. Poza tym, część pacjentów od początku doznawała niewielkich objawów ubocznych działania metadonu: przejściowe zaparcia, spadek libido, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci. Dlatego niektórzy z nich zmniejszali w ciągu leczenia liczbę miligramów spożywanego leku, to dotyczyło to także tych osób, u których nie było wskazań do takiego zmniejszania. Reasumując aktualnie średnia ilość zużywanego metadonu wynosi około 60 mg dziennie. Toksykologiczne badania surowicy krwi i moczu przeprowadzone są przez Laboratorium Toksykologiczne Kliniki Toksykologii i są ciągle aktualizowane [7].

Tabela 1

Dawki metadonu stosowane u uczestników I programu metadonowego w Krakowie w okresie I-VI 2000 r. wraz z uzyskanym stężeniem metadonu we krwi

Płeć	N	%	Doustna dzienna dawka metadonu		Stężenie metadonu we krwi	
			Całkowita w mg		W mg/ml	
			Średnia X	Zakres	Średnia X	Zakres
Kobiety	15	30	72.5	20 – 120	359.5	106 – 578
Mężczyźni	35	70	88.6	20 – 180	440.5	122 – 798
Razem	50	100	80.5	20 – 180	400.0	106 – 798

Jednak nie przerwało to nielegalnego używania środków psychoaktywnych, mimo iż w przeważających okresach trwania programu ilość wydawanego leku można było negocjować. W 24 przypadkach odmówiono oddania moczu do badań, a przekroczenia kontraktu były dość częste. Na przykład:

Tabela 2

Liczba uczestników I programu metadonowego w Krakowie, u których wykryto obecność opiatów w moczu w okresie I-VI 2000

Płeć	0		1 raz		2-3 razy		4-5 razy		Ponad 5 razy		Razem dodatnie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety n-15/100%	4	26.7	3	20	3	20	3	20	2	13.3	11	73.3
Mężczyźni n-35/100%	2	5.7	17	48.6	10	28.6	2	5.7	4	11.4	33	94.3
Razem n-50/100%	6	12	20	40	13	26	5	10	6	12	44	88

Tabela 3

Liczba uczestników I programu metadonowego w Krakowie, u których wykryto obecność amfetaminy w moczu w okresie I-VI 2000 r.

Płeć	0		1 raz		2-3 razy		4-5 razy		Ponad 5 razy		Razem dodatnie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety n-15/100%	10	66.7	3	20	2	13.3	-	-	-	-	5	33.3
Mężczyźni n-35/100%	23	65.7	8	28.8	3	8.7	-	-	-	-	12	34.3
Razem n-50/100%	33	66.0	11	22	5	10	-	-	-	-	17	34

Tabela 4

Liczba uczestników I programu metadonowego w Krakowie, u których wykryto obecność THC w moczu, w okresie I-VII 2000 r.

Płeć	0		1 raz		2-3 razy		4-5 razy		Ponad 5 razy		Razem dodatnie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety n-15/100%	8	53.4	4	26.6	2	13.3	1	6.7	-		7	46.6
Mężczyźni n-35/100%	22	62.9	8	22.8	5	14.3	-		-		13	37.1
Razem n-50/100%	30	60	12	24	7	14	1	2	-		20	40

Wśród uczestników programu 92% osób przebyło zakażenie HCV i 18% było nosicielami wirusa HIV i początkowo zgodnie z opisaną tendencją, obowiązującą przy rekrutacji, nie było osób z widocznymi objawami chorobowymi.

Tabela 5

Ogólna ocena spełniania warunków kontraktu przez uczestników I programu metadonowego w Krakowie dokonana przez personel w okresie I-VI 2000

Płeć	%	Ocena					
		Terapeuci		Lekarze		Pielęgnarki	
		Negatywna		Negatywna		Negatywna	
		N	%	N	%	N	%
Kobiety N-15	100	6	40	4	26.6	4	26.6
Mężczyźni N-35	100	12	34.3	6	17.2	9	25.7
Razem N-50	100	18	32	10	20	13	26

Jeśli spojrzymy na tabelę odwrotnie i niezgodnie z jej negatywnym opisem to okazuje się, że 70-80% pacjentów otrzymało oceny przeciętne lub pozytywne na temat swego uczestnictwa w programie.

Przy ocenie przebiegu leczenia brano pod uwagę ogólne zachowanie pacjentów, brak agresji wobec personelu i wobec siebie, nawiązanie kontaktów w obrębie rodziny i z różnymi innymi zewnętrznymi instytucjami, pilnowanie swoich życiowych spraw m.in. takich jak utrzymywanie ubezpieczenia, **podjęcie leczenia ogólnomedycznego, w tym HCV i HIV.** Także uczestnictwo

w psychoterapii, punktualność, nieopuszczanie leczenia, zmiana wyglądu, nieuczestniczenie w zgromadzeniach, w których brały udział osoby z „branży”, prawdopodobnie zajmujące się handlem narkotykami, niepopelnianie czynów kryminalnych, nieużywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych, ujemne badania toksykologiczne moczu i brak świeżych nieuzasadnionych medycznie śladów nakłuć po iniekcjach dożylnych.

Podstawowe kontrowersje budziły formy kontroli. Jednak, jeżeli wychodzimy z założenia, że przy stosowaniu terapii substytucyjnej dodanie każdego innego środka psychoaktywnego może być niebezpieczne dla życia pacjenta, to trzeba podjąć wszystkie możliwe kroki zaradcze, aby zapobiec takim powikłaniom. Poza tym, stosowanie dożylnie nielegalnych preparatów przy terapii substytucyjnej niweczy jej główny cel ochronny. Dlatego w kontrakcie terapeutycznym pacjenci wyrażają zgodę na monitorowane pobieranie materiału biologicznego do badania (najczęściej moczu) oraz na wykonywanie badania lekarskiego w poszerzonym zakresie.

Badanie skóry poprzez oglądanie jest to podstawowa nieinwazyjna metoda oceny stanu zdrowia pacjentów stosujących dożylnie narkotyki. Zawsze jest wykonywana przez dwie osoby tej samej płci co pacjent i dokonuje się bez żadnego kontaktu fizycznego. Prawdopodobieństwo nadużyć w tym względzie jest praktycznie niemożliwe. Dodatkowym aspektem jest promowanie poprawy stanu higienicznego wśród pacjentów, co jest pomocne w ogólnej ocenie sytuacji pacjenta i pozwala na zaproponowanie pomocy. Dlatego wygłaszane poglądy przez różne autorytety prawnicze o niestosowności takiego badania w imię poprawności politycznej możemy porównać do postulatu, aby kierowca publicznego autobusu jechał z zawiązanymi oczyma. Stwierdzenie nieuzasadnionych nakłuć nigdy nie było jedynym powodem usunięcia pacjenta z programu, ale musiało stanowić poważny argument.

Stosowane metody badania moczu są prowadzone wg aktualnie uznanych standardów. Sposób pobierania moczu pod kontrolą praktycznie eliminuje możliwość uzyskiwania fałszywych wyników. Najwyżej mogą one być zbyt dokładne „fałszywie dodatnie”, mając związek ze szczególnymi sytuacjami życiowymi. Jednocześnie wielokrotnie spotykaliśmy się z próbami podstawiania dostarczanych próbek moczu - na przykład za pomocą strzykawki albo prezerwatywy ukrytej w zależności od płci, w różnych intymnych miejscach.

Jednak decyzje o ewentualnym usunięciu z programu nie następowały nigdy pochopnie, brano pod uwagę wywiad z personelem, wyniki badań podmiotowych w tym oględzin ewentualnych miejsc wkłuć, zachowanie pacjenta, jego wydolność psychospołeczną, stan zdrowia, itp. Nawet w sytuacji jawnej agresji jeszcze istniała możliwość wstrzymania kary, co zresztą nieraz wywoływało

kontrowersje wśród personelu. W poniższej tabeli została zilustrowana sytuacja socjalna pacjentów.

Tabela 6

Dane socjalne o zatrudnieniu i nauce uczestników I programu metadonowego w Krakowie w okresie I-VI 2000 r.

Płeć	%	Zatrudnienie			
		Zatrudnienie (nauka)		Bezrobotny (renta)	
		N	%	N	%
Kobiety N-15	100	3 (2)	20 (13.3)	10	66.7
Mężczyźni N-35	100	8	22.8	25 (2)	71.5 (5.7)
Razem N-50	100	11 (2)	22 (4)	35 (2)	70 (4)

W tabeli ukazano jak niewielka jest liczba osób otrzymująca pomoc materialną od państwa – tylko 4%. Większość tych ludzi to bezrobotni bez prawa do zasiłku, czyli zdani na własną możliwość zdobywania pieniędzy, co implikuje szereg niekorzystnych zjawisk.

Zgadnijcie Państwo, jaką możliwość mieli pacjenci? Przytoczę tylko jedno aktualne w tych latach wyliczenie: Przeciętny narkoman potrzebuje dziennie 20 ml „kompotu”. Aktualnie cena 1 ml robionej samodzielnie heroiny wynosi ok. 5 złotych, a więc będzie to 100 zł. dziennego wydatku dla osoby uzależnionej. Wydatek miesięczny wynosi w takim razie 3000 zł. Granice dobrej podstawowej pensji wykształconego lekarza z trudem osiągały ten pułap, minimum socjalne jest określone na około 800 zł. miesięcznie, średnia płaca krajowa około 2500 zł. Tymczasem taki wydatek co miesiąc musi ponieść osoba niezatrudniona, której często jedynym źródłem dochodu są czyny zabronione, kradzieże i oszustwa, czasem prostytutka, bez względu na płeć, wiek, czy stan zdrowia.

Ciężka sytuacja materialna pacjentów i poprzednie zaszłości spowodowały, że utworzyła się nieformalna grupa związanych z dawnym nielegalnym środowiskiem, która podporządkowywała sobie pozostałych pacjentów. Grupa byłych narkomanów jest wyjątkowo hermetyczną i solidarną formacją, wyposażoną w telefony komórkowe, mającą bardzo dobrze opracowaną logistykę systemu współpracy. Każdą próbę zmiany postaw i zachowań grupa uważa za zdradę dotychczas wyznawanych zasad. Rynek narkotykowy jest teraz wirtualny, wykorzystujący telefony komórkowe, Internet.

Jednak w ciągu minionych lat zachodziły naturalne zmiany w składzie pacjentów. Liczba osób, które z powodzeniem zmieniły swój tryb życia była całkiem znaczna. Przyczyniły się do tego, jak się wydaje zasady funkcjonowania programu, które możemy ocenić jako średnioprogowe. Nie zawsze, a z czasem raczej rzadko wyrzucano z programu za niedotrzymanie abstynencji, czyli za objawy choroby. Niektóre decyzje były kontrowersyjne, często po okresie ciągu i ostrych objawów zaburzeń zachowania następowały pozytywne zmiany w postawach pacjentów. Niejednokrotnie porzucanie programu przez pacjentów miało charakter chorobowy wynikający z ich objawów psychotycznych lub zaburzeń nastroju. Czasem takie rezygnacje pacjentów z programu kończyły się dla nich tragicznie.

„Przepływ” pacjentów odbywał się w większości w sposób „naturalny” i tak w ciągu 8 lat przyjęliśmy 167 pacjentów, którzy zmieniali się z różnych przyczyn, ale też przyjmowani byli ponownie do programu po okresie karencji, czyli byli ciągle zmiany, które ilustruje poniższa tabela:

Tabela 7

Dane o „ruchu osobowym” pacjentów w krakowskim MMP

Dane	Do 2007 roku łącznie	W 2007 roku
Przeciętna liczba pacjentów w roku	50-75	76
Liczba pacjentów w ciągu danego okresu	167	90
Liczba decyzji o zakończeniu leczenia, w tym:	145	14
Karnie usunięto	61	4
Wypis za porozumieniem	36	7
Z powodu aresztu	40	2
Zgon	8	2
Pozostało z I grupy przyjętych -osób		11

Oczywistym jest fakt, że niektóre osoby były przyjmowane ponownie, stąd nasze wrażenie z czytania tabeli może być mylne, że już prawie wszyscy pacjenci zostali usunięci z programu.

Nie ma potrzeby przedstawiać szczegółowo przebiegu leczenia i stosowania się pacjentów do zaleceń, wystarczy wspomnieć, że zjawisko podwójnej, a czasami potrójnej (poczwórnej), czyli wielokrotnej diagnozy. Wieloczynnikowe uzależnienie, istotne zaburzenia psychiczne, nie tylko psychozy, zakażenie HCV (uszkodzenie wątroby), a czasami zakażenie HIV z następstwami - dotyczyło większości pacjentów. To też problemy lecznicze były złożone, a niesprzyjającymi okolicznościami było nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych. Ogólny pogląd na te zagadnienia przedstawia następna tabela w ujęciu zbiorczym.

Tabela 8**Niektóre ważne dla środowiska MMP badania laboratoryjne**

Rodzaj badań	Do 2007 roku łącznie		W 2007 roku	
	N	%	N	%
Liczba ogólna badań toksykologicznych moczu	2205	100	372	100
Badania toksykologicznie dodatnie	-		108	29,0
Badania toksykologicznie ujemne	-		264	71,0
Badania wirusologiczne krwi:	n/N	%	n/N	%
Testy na obecność p/ciał HCV	72/156	46,1	86/90	95,6
Testy na obecność p/ciał HIV	48/156	30,8	32/90	34,5

Okazuje się, że wielu spośród zakażonych HCV, poza metadonem używa nielegalnych środków psychoaktywnych, leków uspokajających, środków przeciwbólowych, alkoholu - co ma wpływ na stan poszczególnych narządów. W praktyce najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem hepatotoksycznym jest alkohol spożywany przez część uczestników programu niestety bez umiaru. Ponadto nadużywanie leków uspokajających powoduje dodatkowe obciążenie dla organizmu.

Ocena stanu układu oddechowego tej grupy pacjentów zawarta jest w odpowiednich publikacjach. Opis niektórych parametrów kardiologicznych załączamy poniżej. Wiele publikacji donosi, że w trakcie stosowania terapii substytucyjnej metadonem lub LAAM, stosowanych w dużych dawkach, pojawiają się zaburzenia rytmu zwłaszcza o charakterze „torsades des pointes”. Nasi pacjenci byli obserwowani pod względem kardiologicznym przez Pana Doktora **Witolda Biedronia**, który wykonywał m. in. badania echokardiograficzne, których rezultaty zebrał w tabeli numer 9 (następna strona).

Opis wyników dotyczących tabeli numer 9:

Badanie echokardiograficzne wykonano aparatem Hewlett Packard Sonos 100 CF z opcją M-mode, 2D, b. m. Dopplera, znakowanie przepływu kolorem. Zbadano 40 pacjentów w przeszłości uzależnionych od środków narkotycznych, a obecnie będących w leczeniu substytucyjnym, u których stosuje się metadon. Zbadano 14 kobiet i 26 mężczyzn. Przedział wieku badanych 26-49 lat, kobiety 26-42 lat, mężczyźni 27-49 lat. 33 badania nie wykazały zmian patologicznych. U jednego chorego stwierdzono wypadanie płatków zastawki mitralnej z małą (1/2st) falą zwrotną, bez innych zmian w badaniu. U jednej osoby wykazano nieznaczne powiększenie lewego przedsionka (40.7mm) bez innych zmian w badaniu. U trzech pacjentów stwierdzono mały bądź umiarkowany prze-

Tabela 9 - Niektóre parametry z badania echokardiograficznego u pacjentów w MMP w Krakowie

Wiek	Płeć	LK (mm)	FWLK (%)	PMK (mm)	TS (mm)	PK (mm)	Ao (mm)	LP (mm)	ZM	ZA	ZP
44	M	53/30	74	12/18	10.8/17	25	32	39	bz	bz	bz
49	M	52.5/32.3	68	9.7/16	8.2/15	22.5	38	32.5	bz	bz	bz
37	M	47.3/26.7	75	11.3/16	10.7/16	15	31.3	36	bz	bz	bz
34	M	44/22.6	70	13.3/16	13/19	20	30	35	bz	bz	bz
36	M	52.7/28	77.9	12/16.7	10/18	21.3	30	36.7	bz	bz	bz
32	M	57	55	14/19	11/17	24	35	36	bz	bz	bz
35	M	63/43	58	10/16	10.8/19	29	38.3	41	bz	bz	bz
42	M	47/30	67	10/15	10/16	24	32.5	35	bz	bz	bz
40	M	52/28	75	11.3/18	7.3/14	22	34.7	29	bz	bz	bz
32	M	55.5/34.5	67.5	7.5/15	9/13.5	21.5	31	36	bz	bz	bz
38	M	49.5/26	79	12/18	9/14	22	35	34	bz	bz	bz
42	M	50/33	63	10/14	8/14	24.8	34.5	39	bz	bz	bz
42	M	54/32.5	68	15/19	13/20	18.3	31	40.5	bz	bz	bz
31	K	51/34.5	60.5	10/13	10.5/14	17	26	33.8	bz	bz	bz
31	M	56/33.8	70	9.7/15.8	9/15.8	24.8	32.3	37.5	bz	bz	bz
27	M	54/32.7	69	8.6/12.7	6/14	23	35.3	34	bz	bz	bz
27	K	49.5/31.5	66	10/16	9.7/15	22.5	32	38.3	bz	bz	bz
31	K	50.3/30	70.8	8.2/12.8	9/13.5	19.5	29.3	35	bz	bz	bz
40	M	52.5/30.4	72	10.1/18	11/18	21.2	35	38.7	bz	bz	bz
46	M	47.5/26.7	75	10/16	9/15	24	31.7	37.5	bz	bz	bz
29	M	52.7/30.7	72	9.5/15	8.5/15	25	32	32	bz	bz	bz
31	K	42.7/26	69.9	11.3/17	11/16	20	26	29.3	bz	bz	bz
39	M	49/31	66	11.5/17	10/17	24	32	35	PVM IM1/2	bz	bz
37	M	40.5/23	74.9	10.1/14.7	10.1/16.6	24.9	31.3	27	bz	bz	bz
33	K	49.6/29.2	71.7	10/15	8.2/14	19.8	28.6	31.5	bz	bz	bz
35	M	47/29	70	10/16	8/15	25	29.3	39	bz	bz	bz
42	K	45/26.7	71	10.8/15	8.3/14.2	22.5	30.8	32.5	bz	bz	bz
30	K	40.8/24.2	71.9	9.1/16	10/17	20	30.8	32.5	bz	bz	bz
30	K	39/24.5	68	9.3/13.4	8.7/15.8	16	29	29	bz	bz	bz
33	M	47.3/30.7	64	10.7/14	8/13.3	20	32	30	bz	bz	bz
37	K	51.3/32	67	10/15	7.5/16.7	21	32	40.7	bz	bz	bz
36	M	48/26	77	11/17	10/14	23	34	37	bz	bz	bz
35	K	52/32	67	10/15	9/15	17	33	37	bz	bz	bz
32	M	53/28	77	10.8/17	9.1/16	21	30	38	bz	bz	bz
42	M	49/30	67	11/15	49/30	23	34	33	bz	bz	bz
26	K	47/32.7	59	10/14	11/15	21	31	33	bz	bz	bz
39	M	50/28.7	73	9/15	10/14	22	35	32	bz	bz	bz
28	K	41/25	68	8/14	8/15	17	31	29	bz	bz	bz
42	K	42/25	72	9/13	7/15	20	33	35	bz	bz	bz
42	K	47.5/25	78	13/19	10/17	15	36.8	33	bz	bz	bz

rost lewej komory bez innych zmian w badaniu. U kolejnego pacjenta opisano nieznaczny przerost i powiększenie lewej komory. U następnego pacjenta umiarkowane powiększenie lewej komory, nieznaczne powiększenie lewego przedsionka i prawej komory. Zmiany dotyczące wybiórczego przerostu lewej komory, powiększenia wybiórczego lewego przedsionka korelowały z obecnymi w wywiadzie podwyższonymi wartościami CTK (4 pacjentów). U pacjenta z umiarkowanym powiększeniem lewej komory (63 mm) i towarzyszącym małym powiększeniem pozostałych jam oraz u pacjenta z nieznacznie powiększoną jamą lewej komory (57mm) i małym przerostem – w sumie dwóch pacjentów – nie ustalono przyczyny zmian i zalecono kontrolę w tym kontrolę CTK i tętna. W żadnym badaniu nie stwierdzono dysfunkcji skurczowej mięśnia lewej komory.

Wnioski:

U badanych pacjentów nie stwierdzono zatem zmian, które można by traktować jako następstwa stosowania narkotyków – nie stwierdzono uszkodzeń zastawek (infekcyjne zapalenie wsierdza) ani uszkodzeń mięśnia serca jako następstwa stanu infekcyjnego lub toksycznego. Pacjentów zakażonych wirusem HIV, 20-krotnie leczono okresowo w oddziałach chorób zakaźnych. Z tego 5 osób przyjęto do programu w trybie nadzwyczajnym rozpoczynając substytucję metadonem w podczas leczenia szpitalnego. W omawianym okresie 8 osób zmarło z powodu powikłań chorób HIV/AIDS. Ponadto odbyło się 18 porodów w oddziałach położniczych, a 5 innych osób było hospitalizowanych w innych oddziałach (nefrologicznym, laryngologicznym dermatologicznym). We wszystkich przypadkach stosowano substytucję metadonową w oddziałach przy udziale pracowników PLU i Monaru / KPTU, na zasadzie usług i wzajemnej pomocy. Szpitale nie chcą dysponować metadonem, ponieważ to leczenie nie stanowi osobnej procedury. Dowóz leku do szpitala organizuje się charytatywnie, co podnosi, społeczne koszty leczenia. Jednakże organizacja hospitalizacji tego typu pacjentów napotyka na opory i jest skomplikowana formalnie i nie zawsze da się ją przeprowadzić [8].

Jedynym logicznym wnioskiem byłoby stworzenie osobnej procedury i zobowiązanie szpitali do stosowania leczenia substytucyjnego, ponieważ rozszerzenie stosowania substytucji metadonowej podczas hospitalizacji pacjentów uzależnionych od opiatów i stosowanie jej jako procedury rutynowej jest nieodzowne. Oprócz tego zachodzi konieczność zapewnienia dalszego leczenia substytucyjnego omawianym pacjentom.

W trakcie programu zaistniały dwa przypadki poważnych zdarzeń suicydalnych. Jedno ciężkie samouszkodzenie u osoby leczonej w programie. W drugim przypadku osoba, która dobrowolnie opuściła program, jednak wg

danych z wywiadu była prawdopodobnie w okresie abstynencji amfetaminowej i dokonała skutecznego aktu suicydalnego.

Ponadto było kilka zdarzeń opuszczenia programu przez pacjenta bez zgody lekarza, które wynikały albo z głębokich zaburzeń depresyjnych albo postawy urojeniowej. W trakcie leczenia psychiatrycznego w MMP najczęściej stosowane były środki przeciwdepresyjne II rzutu, przejściowo używano neuroleptyków, niestety bardzo krótko, nie osiągając zamierzonych dawek. Pacjenci dość często proszą o leki uspokajające, nasenne. Można im ich odmawiać, ale wtedy pacjenci kupują je na czarnym rynku. Kryterium ograniczającym wydawanie leków psychotropowych jest stwierdzenie faktu ich nadużycia oraz wystąpienie wyraźnych zaburzeń świadomości u pacjentów.

Tabela 10

Niektóre zdarzenia socjalne u pacjentów krakowskiego programu metadonowego

Dane	Do 2007 r.	W 2007 r.
Renta	87	51
Praca w ramach wolontariatu	0	7
Zatrudnienie stałe	7	8
Nauka	8	6
Wychowywanie małych dzieci	17	18
Zaliczki w dni wolne	18	11
Zaliczki stałe	44	41
Zaliczki dorywcze	12	26

Praktycznie każdy w programie mógł skorzystać z dobrodziejstwa zaliczki, ale nie ma się, czemu dziwić, gdyż w ciągu 8 lat zawsze mogła się zdarzyć jakaś wyjątkowa okoliczność upoważniająca do zaliczki. Rezultatem ubocznym tej sytuacji była i jest możliwość nielegalnego handlu metadonem.

Jeżeli za trwały rezultat leczenia w programie metadonowym przyjmemy liczbę osób, które się utrzymały w programie przez okres, co najmniej 5 lat i nie dobierają w sposób istotny środków psychoaktywnych, jest to w tym momencie 56 osób, to stanowi około 33% z 167 osób. Ponadto praktycznie przez cały okres leczenia około 30 osób pozostających aktualnie w programie powstrzymuje się od dobierania. Jeżeli do tej liczby dodamy kolejne 36 osób, które po detoksykacji opuściły program „za porozumieniem stron” i nie wróciły do dożylnych iniekcji, to łącznie odsetek praktycznie stale wstrzymujących się od brania dożylnego nielegalnych opiatów jest dość znaczny - około 66 osób, czyli wynosi około 40% ze wszystkich 167 przyjętych pacjentów

Niestety nie mamy dokładnych danych z przebiegu losu osób wypisanych z programu, ale większość z tych osób, wypisanych dobrowolnie, powstrzymuje się od nielegalnego procederu. Ci, którym się to nie udaje podejmują leczenie substytucyjne w inny, możliwy dla nich sposób, lub pukają do bram instytucji rekrutującej do programu, celem ponownego przyjęcia.

Przypisy:

1. Rozporządzenie Min. Zdrowia z dnia 6 września 1999 r w sprawie leczenia substytucyjnego zawarte w Dz. U. Nr 77 poz. 873 do Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 o przeciwdziałaniu narkomanii(Dz. U. Nr 75, poz. 468 z późniejszymi zmianami.
2. Kamenczak A., Chrostek Maj J., Kroch S., Groszek B.: „Wstępna ocena programu metadonowego w Krakowie”. *Przegląd Lekarski* 2000,57,10,525-530.
3. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H.: „Stan zdrowia osób uzależnionych od opiatów przed i po roku leczenia w programie metadonowym” *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 245-249.
4. Pach J., Kamenczak A., Chrostek Maj J., Foryś Z.: „Ocena stanu zdrowia uczestników programu metadonowego w Krakowie po roku leczenia substytucyjnego” *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 240-244.
5. Matsumoto H., Woźny E., Dziklińska A.: „Methadone Substitution Therapy Program and Toxicological Studies”. *Problems of Forensic Sciences*, 2000, vol. XLIII, 164-170.
6. Chrostek Maj J., Bystrowska B.: „Używanie substancji psychoaktywnych przez uczestników programu metadonowego”. *Streszczenia 42 Zjazdu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Szczecinie. Czerwiec 2007. Psychiatria Polska. Suplement. 2007, XLI, 3, 212.*
7. Piekoszewski W., Chrostek Maj J., Florek E., Ścisłowski M.: „High Performance Liquid Chromatography - Electro spray Ionization Mass Spectrophotometry Method for Determination of Methadone and EDDP in serum”. *Problems of Forensic Sciences*, 2004, vol. XV, 28-41.
8. Chrostek Maj J., Piekoszewski W., Kamenczak A., Foryś Z.: „The Hospitalizations of the Patients on Methadone Maintenance in Krakow during 2000-2004 years”. *The 3rd International Conference on Substitutive Treatment and Rehabilitation of Drug Addiction. Katowice, Poland, September 29-October 2, 2004.*



Rozdział 9

Objawy psychopatologiczne a uzależnienia

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Bardzo duży udział czynnika socjalnego w powstawaniu uzależnienia spowodował, że o uzależnieniu myślimy kategoriami społecznymi. Do głosu dochodzi, etyka, aksjologia, prawo, ideologia, religia i wiele innych elementów, z których są zbudowane zasady naszego rozumowania i postępowania, a zapominamy niestety o medycynie:

Istnieje wiele teorii psychologicznych tłumaczących mechanizmy powstawania uzależnienia: **behawioralnych, poznawczych, osobowości, racjonalnego wyboru, samoleczenia, wpływu środowiska itp.** Niektórzy autorzy biorą pod uwagę rezultaty eksperymentu neurobiologicznego na zwierzętach, ale czasami kiedy między przytaczanymi danymi nie ma zgodności, owocuje to pochopnymi stwierdzeniami o bezwzględnym priorytecie psychologii nad biologią lub na odwrót. W niektórych podręcznikach psychologicznych są przytaczane teorie neurobiologiczne, które oczywiście nie tłumaczą wszystkich zjawisk występujących w uzależnieniu, jednocześnie w opozycji cytowana jest jakaś teoria psychologiczna, która zresztą też wszystkiego nie wyjaśnia. Niestety, nie mamy jeszcze zuniifikowanej teorii uzależnień [1, 2].

Tymczasem dla wielu czytających, nastawionych ideologicznie osób jest to podstawą, aby wykluczać w leczeniu głęboko uzależnionych osób taką procedurę biologiczną, jaką jest substytucja. Uwzględnienie czynnika biologicznego nie przeczy faktowi, że u większości osób uzależnionych stwierdza się zaburzenia w prawidłowym rozwoju psychologicznym. Związane jest to

z rozwojem ich osobowości w rodzinie generacyjnej, z zaburzeniami relacji interpersonalnych z rodzicami, rodzeństwem, a potem z rówieśnikami w szkole, nauczycielami. Jeszcze potem z trudnościami w przejściu przez okres separacji z rodziną, zaburzeniem funkcjonowania w nowej rodzinie prokreacyjnej, pełnieniu ról społecznych w domu w pracy, itd.

Wg piśmiennictwa, około 65% osób w ciągu pierwszych 4-5 miesięcy przerywa klasyczne leczenie psychoterapeutyczne. Nikt nie jest w stanie podać jakiegokolwiek ostatecznego wytłumaczenia na powstawanie uzależnień, a jedynie może przekazać obserwacje na temat objawów zauważonych u pacjentów oraz reakcje personelu na te trudne zjawiska. Stanowią one istotny czynnik w przebiegu leczenia i są źródłem wielu sytuacji konfliktowych na linii pacjent terapeuta, dlatego ważnym zagadnieniem dotyczącym środowiska personelu opiekującego się uzależnionymi jest prawidłowy stosunek personelu do poddanych opiece pacjentów. Zapewniam, że nie jest to łatwe i wymaga stałego doskonalenia się.

Elementarnym zjawiskiem występującym na linii konsument - terapeuta są zjawiska podświadomego wyrażania emocji. My jesteśmy „kontenerami” do przyjmowania emocji ze strony pacjentów, czyli przyjmujemy zjawisko **przeniesienia (transference)**. Według Fenichel’a występuje to wtedy, gdy nasz podopieczny myli terażniejszość z przeszłością i obciąża nas jej przebiegiem [3]. A my winniśmy być wielkimi „silosami”, żeby pomieścić wszystkie emocje pochodzące z tak ciężko zaburzonych „życiorysów”.

Z drugiej strony trudno pozbyć się wrażenia omnipotencji, gdy wydaje nam się często, że siłą naszych emocji i życzeń zmienimy podopiecznych. Wtedy pojawia się, czasami bardzo obciążające dla terapeuty **przeciwprzeniesienie (countertransference)**, które jest jednym z wielu nieswoistych czynników mających wpływ na przebieg leczenia uzależnionych. Weiner podaje definicję w/w zjawiska, że jest to sytuacja ***gdy terapeuta czuje lub zachowuje się w stosunku do pacjenta w sposób, który ani nie jest częścią rzeczywistej relacji terapeutycznej racjonalnie uzasadnionej, ani częścią kontraktu terapeutycznego zgodną z jego zasadami*** [4].

Maltsberger i Buie podają, że negatywne odczucia terapeuty wynikają z następujących podstawowych elementów: **złości, odrzy (awersji) - osobno i obu wrażeń na raz**. A gdy opisane odczucia mijają - wtedy to z naszej strony występuje obojętność i wypalenie (**burn out**) [5].

Twierdzenia, że te odczucia były nam obce przez 9 lat pracy świadczyłyby tylko o naszym zbyt dobrym samopoczuciu, ale mamy nadzieję, że uyskaliśmy w naszym zachowaniu dostrzegalny, ale jeszcze niesatysfakcjonujący profesjonalizm.

Pracując z osobami uzależnionymi ocieramy się o „dużą” psychiatrię, psychologię i kryminologię z całą medycyną razem wziętą, bez względu na to,

czy przedstawiciele ww. nauk chcą mieć cokolwiek do czynienia z tym tematem, czy też nie.

Cechy psychologiczne, jakie możemy przypisać osobom uzależnionym są różne i zostawmy je do opisu fachowcom, ale poniższe, zwyczajowo przedstawiane, dość dobrze pasują do objawów o pochodzeniu neurobiologicznym, a polegają one na pewnej niewydolności czy deficycie umiejętności właściwej reakcji na zewnętrzne obciążenia, czyli w konfrontacji ze stresem. Jest to analogiczny termin do dawno znanego pojęcia **coping**, czyli radzenie sobie z depresją. Ponieważ uzależnienie łączy się ze stresem i depresją, to określenie zbliżone do zmian w wydolności psychiki może być przydatne dla naszych celów. A oto niektóre cechy psychologiczne jakie przypisuje się uzależnionym:

- a) Osoby podatne na uzależnienia mają trudności w ocenie własnej sytuacji i rozmiaru stresu jaki ich dotyczy. Wyraźnie wyolbrzymiają zakres stresu, jaki ich dotknął. Pojawia się uczucie dużego dyskomfortu i żadna inna alternatywna przyjemność nie jest w stanie go zneutralizować.
- b) Stąd rodzi się ich druga cecha - nieumiejętność wytrwania w dyskomforcie, powstaje potrzeba natychmiastowego zrównoważenia zaburzonej równowagi za pomocą jakichkolwiek mechanizmów adaptacyjnych i dlatego powstaje silna i natychmiastowa chęć użycia środka psychoaktywnego poprawiającego samopoczucie.
- c) Kolejna cecha to brak możliwości kontroli nad postępowaniem wykluczającym jakiekolwiek ograniczenia w częstości i ilości używanego środka psychoaktywnego. Czy jest to zaburzony proces hamowania popędów? Czy nadmierny dyskomfort braku neuroprzekaźnika szczęścia, jakim jest dopamina i konieczność sztucznego regulowania tego niedoboru?
- d) Pozostałe cechy to anhedonia, aleksytymia i wiele innych, które nie wiadomo czy są pierwotne, czy wtórne, czy są inspirowane psychologicznie czy też wynikają z pierwotnych endogennych chorób?

Uzależniony, według obserwacji Marka Zygałdo - albo nadmiernie ocenia swoją „przewielebną wyjątkowość” w stosunku do otaczającego go „miałkiego plebsu”, albo popada w skrajną negację swej osoby, co powoduje skrajne zaburzenia w ocenie własnego ego i relacji z otoczeniem. Czyli znowu widzimy ambiwalencję zjawisk. Czy to jest echo objawów pozytywnych i negatywnych jak w schizofrenii, czy naprzemiennych zaburzeń nastroju - jako objaw własny lub współistniejącego stanu psychopatologicznego, objawiających się jako wszechobecne w tej populacji zaburzenia afektywne? Zaburzenia nastroju, jak wiemy mają w miarę dobrze opracowaną teorię o neurobiologicznym podłożu zmian chorobowych i są ściśle związane z uzależnieniami, które mieszczą się w tzw. spectrum zaburzeń afektywnych.

Dane z piśmiennictwa wskazują, że często u podłoża choroby uzależnieniowej, jaka objawia się okresie dorastania, istnieją wcześniej występujące objawy psychopatologiczne takie, jak **nadpobudliwość nerwowa, zaburzenia zachowania, nietrzymanie i spiętrzanie afektu, przewlekłe objawy lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia nastroju, stany pre-psychotyczne lub psychotyczne** [6].

Wśród 50-ciu pacjentów obserwowanych w krakowskim programie metadonowym stwierdzono występowanie u 4% osób zaburzeń psychotycznych, u 4% zaburzeń endogennych nastroju, u 22% zaburzeń lękowych a u 44% zaburzeń osobowości. **Objawy zaburzeń osobowości są najtrudniejsze do opanowania w codziennej pracy poradni uzależnień** [7].

Występowanie różnorodnych, ale dość stałych objawów po przerwaniu używania lub zmniejszaniu dawki środków psychostymulujących u osób długotrwale ich używających potwierdza hipotezę, że za te zjawiska są odpowiedzialne utrwalone zmiany neurobiologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym. Teza o prowokowaniu schizofrenii przez psychostymulanty jest jeszcze nie do końca ustalona, ale intuicja lekarska podąża za wynikami badań, które podają częstsze występowanie objawów drgawkowych po nadużyciu lub nagłym przerwaniu używania substancji psychostymulujących niż w ogólnej populacji.

Żeby nie przyczynić się do powstawania u młodych ludzi mylnego wrażenia sugerującego, że tylko używanie opiatów jest niebezpieczne dla zdrowia warto śledzić doniesienia o skutkach przewlekłego używania innych substancji psychoaktywnych.

W praktyce klinicznej często można podzielić osoby uzależnione na stosujące w większości środki hamujące aktywność neuronów na przykład przy pomocy opiatów i na pacjentów aktywujących swe czynności życiowe przeważnie za pomocą środków pobudzających.

W Polsce, użytkownicy środków pobudzających umownie określani są jako tzw. typ amfetaminowy, ponieważ dominującym środkiem psychostymulującym jest amfetamina. Okazuje się, że np obserwowana przez badaczy grupa osób po środkach psychostymulujących, nie była bynajmniej kryształowo zdrowa i występowały u niej całkiem często objawy chorobowe somatyczne i psychiczne niewątpliwie związane z używaniem wspomnianych środków [8, 9].

Porównywano dwie grupy osób - w grupie pierwszej - opiatowej liczącej 76 osób czas ciągłego stosowania dożylnego (uzależnienia) opiatów wynosił około 8 lat, w grupie drugiej - nadużywających psychostymulantów stałe stosowanie marihuany trwało 6 lat, a używanie amfetaminy około 5 lat. W grupie drugiej było 41 pacjentów (35 mężczyzn, 6 kobiet), którzy stosowali środki psychostymulujące (amfetaminę, ecstasę, kokainę) drogą donosową, doustną

i przez inhalacje, palenie, wciąganie proszku do nosa i rzadko jednak drogą dożylną. Obraz uzależnienia i zespołów odstawiennych w obu grupach jak wiadomo zasadniczo się różni. Zestawione rodzaje schorzeń somatycznych w okresie uzależnienia, rozpoznanych na podstawie wywiadu i przeprowadzonych badań klinicznych ilustrują różnice w niebezpieczeństwie utraty zdrowia poprzez używanie różnych środków psychoaktywnych.

W grupie „opiatowej” zakażenie wirusem wzw typu B w potwierdzono w 19,7% przypadków, a wirusem typu C u 17,1% osób. W grupie „psychostymulantów” zakażeń takich nie zanotowano. Zakażenie wirusem HIV potwierdzono serologicznie u 9,2% pacjentów z grupy „opiatowej”, nie stwierdzono takiego zakażenia w grupie używającej środków psychostymulujących. Cechy uszkodzenia wątroby, prawdopodobnie pochodzenia toksycznego występowały u 14,4% pacjentów uzależnionych od opiatów, w grupie nadużywającej środków psychostymulujących – u 9,8% pacjentów. Choroby naczyń obwodowych stwierdzono u 18,4% osób z grupy opiatowej, a w grupie drugiej tylko u 2 osób tj. 4,9%.

Zanotowano także różnicę w występowaniu zaburzeń psychicznych i neurologicznych w okresie używania środków psychoaktywnych, a stwierdzonych badaniem psychiatrycznym po ustąpieniu objawów odstawiennych. Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego (F1 – F9 wg ICD-10) zdiagnozowano u 5,2% pacjentów grupy „opiatowców” i tylko u jednego w grupie nadużywającej psychostymulanty. Zaburzenia psychotyczne (F20 – F29) występowały u pojedynczych pacjentów obu grup odpowiednio w odsetkach 1,7 i 7,3. Zaburzenia nastroju i depresyjne (F30 – F39) rozpoznano w obu grupach pacjentów: u opiatowców w 7,9 %, u amfetaminowców - w 14,6%. Nie stwierdzono zaburzeń lękowych i reaktywnych (F40 – F49) u pacjentów nadużywających środków psychostymulujących, co wynikało raczej z niedostatków przeprowadzonego badania przy jednoczesnym bagatelizowaniu objawów wykazywanych przez pacjentów po środkach stymulujących. Niemniej jednak stwierdzono, że objawy padaczkowe występowały częściej w grupie używającej psychostymulantów 7,3% niż u opiatowców w 3,4%. Znaczących urazów głowy doznało 2,6% opiatowców i aż 12,25 % amfetaminowców. Natomiast łagodne objawy odstawienne przed przyjęciem lub w trakcie hospitalizacji wystąpiły także u 25 pacjentów, tj. u (60,9%) używających stale środków psychostymulujących, którzy nagle przzerwali ich stosowanie. Zanotowano także rodzaj objawów psychopatologicznych, które potraktowano jako odstawienne, ponieważ wystąpiły po przerwaniu używania substancji przez osoby długotrwale używające środków psychostymulujących. Objawy te podzielono na trzy grupy objawów: neurowegetatywne, depresyjne i objawy nadpobudliwości z psychotycznymi włącznie. Do najczęściej stwierdzanych objawów na-

leżały: bezsenność, niepokój, senność, osłabienie mięśniowe, zawroty głowy, szum w uszach, myśli depresyjne, obniżenie nastroju, halucynacje słuchowe. Nagłą potrzebę użycia alkoholu lub amfetaminy oceniono jako napad głodu, który jest jedną z podstawowych cech uzależnienia. Pozostałe objawy występowały pojedynczo w ocenie badanych. Nasilenie objawów po przerwaniu używania stymulantów nigdy nie przekraczało w tych badaniach nasilenia opiatowego zespołu odstawiennego.

Oczywiście burzliwe objawy odstawienne występowały zawsze u osób nadużywających opiaty po przerwaniu przyjmowania środków lub nagłym zmniejszaniu ich dawki.

Było to w okresie przed przyjęciem do szpitala lub w pierwszych dniach pobytu w zależności od stosowania dawki danego środka i zastosowanego postępowania detoksykacyjnego.

Zauważmy jednak, że dość **powszechne występowanie pozornie łagodnych objawów odstawienia może stanowić istotny czynnik w podtrzymywaniu nałogu i pogłębieniu się choroby uzależnieniowej.**

Podobnie jak w omawianej grupie, w której stwierdzono podobne objawy u 60% badanych osób przewlekle stosujących psychostymulanty. Uświadomienie sobie tego zjawiska przez lekarzy, zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej jest ważne, gdyż wskazuje, jakie stanowisko winien zająć lekarz w dyskusji o nieszkodliwości nadużywania środków psychostymulujących zwłaszcza u osób z dolegliwościami natury psychicznej [10].

Co to wszystko ma wspólne z pacjentami podlegającymi terapii metadonowej?

Przeważnie u pacjentów programów metadonowych występujące zaburzenia psychiczne opisuje się dość ogólnie stosując pojemną ogólną terminologię, gdyż brak jest możliwości na dokładne zbadanie i opisanie zjawiska. Jednak współcześnie bardzo trudno spotkać osobę używającą tylko jeden środek psychoaktywny, czego rezultat znakomicie nakłada się na zestaw objawów psychopatologicznych występujących wśród pacjentów programu metadonowego. Jednocześnie potwierdza ogólną skłonność niektórych osobników do nadużywania różnych środków psychoaktywnych jednocześnie lub naprzemiennie. Jeżeli te zjawiska połączymy z utrwalonymi objawami lękowymi, depresyjnymi, głębokimi zaburzeniami osobowości i cechą neurobiologiczną określoną jako niewydolność układu nagrody, to będzie prawie pełny zespół cech psychopatologicznych, które możemy określić jako chorobę uzależnieniową.

W tej sytuacji zachodzi pytanie, czy w ogóle warto prowadzić jakakolwiek psychoterapię w tak daleko zaawansowanym stadium choroby, skoro udział czynnika biologicznego w powstaniu i objawach uzależnienia jest tak duży. W zdecydowanej większości krajów u osób uzależnionych stosuje się te-

rapeutyczne techniki poznawczo behawioralne. Do tej pory praktycznie 70%-100% postępowania z uzależnionymi stanowi psychoterapia. Z tych wyliczeń zostaje po 10% na substytucję i 10% na pomoc medyczną i 10% na socjalną. I te proporcje w przybliżeniu zostaną zachowane przy połączeniu działań psychoterapeutycznych z leczeniem biologicznym. **Niestety metadon nie jest panaceum na wszystkie problemy uzależnionych.**

Znowu powołam się na ewolucję poglądów w zakresie stosowania psychoterapii w schizofrenii. Aktualnie nikt nie odważy się zaprzeczyć potrzebie takich działań. Jednocześnie największe autorytety zajmują się psychoterapią w uzależnieniach i nawet łącznie z substytucją. Oczywiście, jak widać w praktyce, różni autorzy nie zawsze są zgodni na ten temat, o czym przekonują nas **Aaron Beck** i **Andrew Tatarsky** [11, 12].

Sądzę, że zakres obu rodzajów działań w trakcie choroby możemy przedstawić jako zmniejszanie się farmakoterapii a zwiększanie zakresu psychoterapii i przy stałej - wydolnej pomocy socjalnej można spodziewać się pozytywnych wyników, a to jest istotą zintegrowanego podejścia do leczenia. Dlatego też naszą uwagę powinny zająć inne problemy niż jałowe spory.

Zakażenia HIV, HCV są w około 50-80% związane z dożywlnym używaniem narkotyków, a odporna leki gruźlica jest bardzo często spotykana w populacjach zmarginalizowanych. Wiemy, że wiele chorób zakaźnych zdarza się częściej i przebiega gorzej u osób nadużywających dożylnie środków psychoaktywnych. Ale do tego dochodzi taka ważna obserwacja: **im w danym kraju jest wyższy odsetek osób uzależnionych używających dożylnie środki narkotyczne jest poddany leczeniu substytucyjnemu - tym niższy jest odsetek świeżych zakażeń HIV/HCV spowodowanych dożywlnym braniem narkotyków.** W niektórych krajach wynosi on 70-80%, w Polsce 50% a we Francji (gdzie jest szeroko dostępna substytucja buprenorfinowa) - tylko około 20%.

Kolejnym problemem psychiatrii jest występowanie u pacjentów wielokrotnej diagnozy związanej z całą paletą chorób. Pełnoobjawowa choroba **AIDS** ma szczególne znaczenie, ponieważ występuje m.in. w jej przebiegu tzw. **kompleks zaburzeń poznawczo-motorycznych w przebiegu zakażenia.** Jednym z podstawowych celów terapii substytucyjnej jest współdziałanie w opóźnieniu wystąpienia przytoczonego zespołu objawów [5].

Praca zbiorowa pt: **„Opieka i leczenie osób przyjmujących narkotyki, zakażonych HIV: wiedza pochodząca z badań i praktyki”** wydana w ramach Międzynarodowego Programu Rozwoju Redukcji Szkód przy **Open Society Institute**, jako wspomaganie Programu Zdrowia Publicznego wyczerpuje

praktycznie wszystkie aspekty wskazań do prowadzenia leczenia antyretrowirusowego u osób z populacji marginalizowanych.

Generalną konkluzję tej pracy można streścić w dwóch ważnych zdaniach: **U każdego potrzebującego wg wskazań medycznych trzeba stosować ARV. Substytucja prowadzona wg zaleceń ułatwia stosowanie ARV.**

Nie są to poglądy łatwe do przyjęcia w kraju, w którym brakuje pieniędzy na wiele procedur leczniczych dla dzieci z przewlekłymi chorobami. Taki pogląd, może jest w ramach poprawności politycznej głoszony jest na konferencjach, ale praktyka wygląda zupełnie inaczej. Niestety...

Podobnie zresztą z dostępnością do leczenia interferonem u osób zakażonych HCV. Pacjenci poddani substytucji boją się podwójnie: albo nie przyznać się, że są leczeni metadonem (ale wtedy ryzykują powikłania, bo kurację interferonem przedstawia się jako skrajnie niebezpieczną) lub przyznać się do substytucji (wtedy mogą być ustawiani na koniec kolejki z powodów psychiatrycznych). Realizując program metadonowy spotykamy się często z ludźmi zakażonymi wirusami HCV i HIV, przy czym wtedy ustalone są określone wskazania i przeciwwskazania do łączenia obu terapii z substytucją metadonową.

W pierwszym okresie nasycania metadonem osoby poddane leczeniu ARV podnosiły swoje dawki metadonu zgodnie z oczekiwaniami o 10-20% obecnie kiedy nabrały przekonania, że przy mniejszych dawkach można dostać szybciej dłuższą zaliczkę, że mniejsza dawka jest bezpieczniejsza w różnych sytuacjach życiowych, występują o znaczne nawet redukcje dawek, a niektórzy próbują poddać się całkowitej detoksykacji. Związane jest to z uczuciem nadmiernej przywiązania pacjenta do programu i ograniczenia wolności osobistej.

Jednak wydaje się, że **uzależnione osoby żyjące z HIV powinny być stałymi pacjentami programów substytucyjnych**. Kolejnym problemem tej grupy są występujące częściej, niż w pozostałej populacji leczonych substytucyjnie, zburzenia nastroju, które prowadzą do prostracji i zaniechania epidemiologicznego leczenia, co z kolei skutkuje tragicznymi następstwami. Na tego typu postawy rzutują warunki leczenia, jakie są tworzone w niektórych oddziałach specjalistycznych. W sytuacji, w której pacjenci są zorientowani o niekorzystnym przebiegu leczenia, przeżywają wszelkie tragedie, jakie zdarzają się w szpitalu, wtedy unikają hospitalizacji do ostatniej chwili.

Rozważając problem bardziej ogólnie, **Karolina Konieczny**, autorka pracy magisterskiej przedstawiła analizę i interpretację uzyskanych wyników badań, które wydają się z pozoru zaskakujące, ale pozwalają na sformułowanie następujących wniosków teoretycznych: **Osoby zakażone HIV nie różnią się od osób niezakażonych pod względem poczucia sensu życia**. Nie stwierdzono także różnic w poczuciu niezależności, w ogólnej wrażliwości na wartości, wrażliwości na wartości twórcze i przeżyciowe, satysfakcji ze wsparcia społecz-

nego, ilości źródeł wsparcia oraz samooceny. Osoby zakażone HIV są bardziej wrażliwe i otwarte na wartości postawy niż osoby seronegatywne. Nie wykazano bardziej istotnych zależności pomiędzy stadium choroby i poczuciem sensu życia. Długość zakażenia nie wykazuje znamiennych zależności z wrażliwością na wartości: postawy, twórcze, przeżyciowe i z zadowoleniem ze wsparcia społecznego, liczbą źródeł wsparcia oraz samooceną osoby seropoztywnej[13].

Poczucie sensu życia koreluje pozytywnie, wg obliczeń statystycznych, z otwartością na wartości postawy, poczuciem w niezależności, liczbą źródeł wsparcia, stałym związkiem i samooceną.

W przypadku osób zakażonych poczucie sensu życia koreluje negatywnie z wrażliwością na wartości postawy i jest w pozytywnym związku z satysfakcją ze wsparcia społecznego.

Inną grupę stanowią wszyscy narkomani, którzy mają mniejsze poczucie sensu życia niż osoby nieuzależnione od narkotyków, ale ci ostatni są bardziej wrażliwi na wartości postawy niż narkomani. Natomiast narkomani seropoztywni są bardziej wrażliwi na wartości postawy niż narkomani seronegatywni.

Wiek i płeć nie różnicują grupy względem poczucia sensu życia, poczucia niezależności. We wnioskach można zróżnicować rodzaje wrażliwości na wartości (ogólnej i na poszczególne rodzaje), zadowolenia ze wsparcia emocjonalnego, liczby źródeł wsparcia i samooceny. Prawidłowości te występują zarówno w grupie zakażonej HIV, jak i niezakażonej.

Seropoztywne kobiety są bardziej usatysfakcjonowane ze wsparcia społecznego niż seronegatywne kobiety. Mężczyźni zachowują się niezależnie od ich statusu serologicznego.

Chcąc kompleksowo zrozumieć, z czym związane jest poczucie sensu życia zakażonych HIV, warto przeprowadzić dodatkowe badania wprowadzające to rozróżnienie. Wiedza o tym, jakie czynniki związane są z poczuciem sensu życia osób seropoztywnych pozwoli na stworzenie takiego programu terapeutycznego, który wzmocnił będzie poczucie sensu u tej grupy. Z uzyskanych rezultatów wynika, że warto skoncentrować się na cierpieniu jako ważnym i sensorodnym aspekcie życia osób zakażonych HIV. W tym celu można wykorzystać można interwencje egzystencjalne. Wyniki sugerują konieczność równoczesnej identyfikacji poziomu samooceny osób seropoztywnych oraz pracy nad jej wzmocnieniem. Warto, zatem, wspierać aktywizację zakażonych HIV w ważnych obszarach ich życia. Bardzo istotna dla poczucia sensu osób żyjących z HIV okazała się sfera interpersonalna. Pomocne mogą być interwencje i treningi ułatwiające kontakty społeczne osób seropoztywnych. Ogólnie grupą szczególnie wykazującą poczucie bezsensu życia są narkomani. Potrzebna jest diagnoza czynników wpływająca na poczucie sensu życia w tej grupie oraz praca nad ich wzmocnieniem.

Badania nad poczuciem sensu życia osób seropozytywnych podjęto, aby uchwycić różnice w ich funkcjonowaniu w porównaniu z osobami seronegatywnymi. Choć pytanie o różnice wydaje się podstawowe dla psychologa przygotowującego program terapeutyczny, wcześniejsze badania o podobnej tematyce często nie uwzględniały grupy porównawczej. **Osoby zakażone HIV okazały się w niewielkim stopniu różne pod względem egzystencjalnym i psychospołecznym od osób niezakażonych.** Nasuwa się, zatem pytanie, czy w ogóle istnieje konieczność tworzenia specjalnych programów terapeutycznych dla tej grupy klientów. Wbrew uzyskanym wynikom, odpowiedź jest twierdząca. HIV to więcej niż choroba. To brzemień wstydu i poczucia winy. W swoich doświadczeniach badawczych z grupą zakażonych autorka widziała to niejednokrotnie. Niektórzy pacjenci korzystają z opieki medycznej setki kilometrów od domu, z obawy przed spotkaniem kogoś znajomego. Inni żyją, że świadomością, że zakażili swoich najbliższych, lub że zostali zakażeni przez współmałżonka – ich jedyne go partnera seksualnego. Część w niewyjaśnionych okolicznościach traci pracę wkrótce po poznaniu swojego statusu serologicznego. Wielu spotyka się z odmową udzielenia pomocy medycznej. Istnieje nagła potrzeba niesienia pomocy psychologicznej tym osobom w radzeniu sobie z ich brzemieniem. Przede wszystkim jednak istnieje potrzeba edukowania o HIV tak, aby ci którzy cierpią z powodu choroby, nie cierpieli dodatkowo z powodu niewiedzy i uprzedzeń innych ludzi”.

No cóż, pozostaje tylko podziękować za wykonaną pracę i wnioski, oparte o mam nadzieję, o rzetelne narzędzia badawcze, które potwierdzają, że człowiek pozostaje Osobą bez względu na rodzaj choroby, na którą cierpi.

Przypisy:

1. Teesson M., Degenhart L., Hall W.: „Uzależnienia”, Przekład Pelc Z., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
2. Cekiera C.: „Toksykomania”, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
3. „Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy”. Red. Lidia Grzesiuk. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1994 r.
4. Weiner I.B.; „Principles of Psychotherapy” New York, NY. John Wiley & Sons; 1975: 244.
5. Maltzberger J.T., Buie D.: „Countertransference hate in the treatment of suicidal patients”, Arch. Gen. Psychiatry 1974: 30: 625-633.
6. Komender J.: „Specyfika zaburzeń psychicznych w okresie dorastania” w: Psychiatria wieku rozwojowego. Red. Popielarska A., Popielarska M. PZWL, Warszawa 2000.
7. Pach J., Kamenczak A., Chrostek Maj J., Forys Z.: „Ocena stanu zdrowia uczestników programu metadonowego w Krakowie po roku leczenia substytucyjnego” Przegląd Lekarski 2001, 58, 4, 240-244.
8. Chrostek Maj J., Kroch S., Kamenczak A., Polewka A., Szerszeń Motyka J.: „Ocena występowania zaburzeń po długotrwałym przyjmowaniu środków

- psychoaktywnych u osób hospitalizowanych w oddziale detoksykacji”. *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 17-319.
9. Moore TH., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes TR., Jones PB., Burke M., Lewis G.: „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review”, *Lancet* 2007 Jul 28; 370 (9584): 319-28.
 10. Sussman N., Westreich L.: „Przewlekłe używanie marihuany a leczenie pacjentów chorych psychicznie”. *Psychiatria po dyplomie*. Luty 2004, tom 1, nr 1, 45-49.
 11. Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S.: „Terapia poznawcza uzależnień” Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
 12. „Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu”. Red: Tatarsky A., Wyd. polskie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.
 13. Konieczna K.: „Poczucie sensu życia a zakażenie HIV. Perspektywa egzystencjalna i psychospołeczna” Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Instytut Psychologii Stosowanej UJ, Praca Magisterska, Promotor: Ostrowski Tadeusz M. Kraków 2007.



Rozdział 10

Program metadonowy, lata 2000-2008

Halina Świtalska

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Minęło 8 lat istnienia programu metadonowego w Krakowie. Był to jedenasty program w Polsce. Zanim doszło do oficjalnego otwarcia kierownictwo Zakładu Psychologii Klinicznej wspólnie z Kliniką Toksykologiczną rozpoczęło werbowanie chętnych do pracy w programie metadonowym. Planowano m.in. kilkuosobową obsadę psychologów i pedagogów. Początkowo chętnych do pracy wśród psychologów było wielu. Znaczącą zachętą było wynagrodzenie. W miarę przygotowywania się do otwarcia programu zaczęły się pojawiać wśród kolegów wątpliwości. Dotyczyły one przede wszystkim faktu, że praca wiązała się z kontaktem z osobami „zarażonymi” wirusem HIV, HBS i HCV. Niektórym z moich kolegów wręcz rodzina zabroniła z lęku i zapewne małej wiedzy pracy z osobami zarażonymi tymi wirusami. Jednak to nie były jedyne kłopoty w utworzeniu zespołu terapeutów.

Istotnym problemem był również fakt, tak naprawdę uzależnienia chorego od kolejnej substancji. Budziło to wątpliwości natury etycznej, z której rodziło się pytanie czy można leczyć jedno uzależnienie „wpędzając” chorego w uzależnienie od nowej substancji. Niektórzy koledzy uznali, że nie jest to działanie moralne. Dla innych ważne była informacja o tym, że ówczesny ks. kardynał Franciszek Macharski program pobłogosławił. Po tych wszystkich problemach ukształtował się ostatecznie zespół psychoterapeutów składający się z dwóch psychologów i dwóch pedagogów. Trzeba przyznać, że mało, kto z nas miał naprawdę doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi od nar-

kotyków. Ja osobiście miałam jedynie kilka osób w terapii indywidualnej na przestrzeni prawie 30 lat pracy zawodowej. Jak się potem okazało wiele rzeczy mnie mocno zaskoczyło pomimo, że zajmowałam się wcześniej terapią grupową alkoholową. Moi koledzy, których pracę miałam koordynować nawet tego nie mieli. Wszyscy mieliśmy bardzo dużo zapału, dobrych chęci i nadziei, że pomożemy naszym chorym.

Otwarcie programu poprzedzone było kilku spotkaniami grupowymi z osobami zakwalifikowanymi przez poradnię Monar do terapii. I tu pojawiły się pierwsze problemy. Spotkania odbywały się w gabinecie psychologa umiejscowionym koło Poradni Kardiologicznej i Rehabilitacyjnej. Pacjenci przychodzili na spotkanie (niektórzy) zakrwawieni, brudni. Widoczne było również, że są pod wpływem narkotyków. Ich dziwaczne zachowania, wygląd budziły grozę wśród pacjentów oczekujących na wizytę u lekarza. Również personel sprzątający zwrócił uwagę na to, że w toaletach pacjenci zostawiają strzykawki. Jedna z moich koleżanek uprzedziła o tym pozostałe osoby sprzątające, aby były ostrożne. *To pokazuje, że takiego typu Poradnie muszą być umiejscawiane poza terenem szpitala.*

Niedługo doczekaliśmy się nowego miejsca, które miało tę zaletę, że było poza szpitalem i było przygotowane do przyjęcia pacjentów i ograniczało poruszanie się pacjentów w kierunku szpitala. Niestety nasi pacjenci lubili przesiadywać na murku okalającym Poradnię, co z kolei powodowało niezadowolenie okolicznych mieszkańców. Początkowo obawialiśmy się ich oficjalnych protestów.

Pacjenci przyjmowani do programu podpisywali kontrakt z Poradnią. Kontrakt ten m.in. zobowiązywał ich do uczestniczenia w terapii grupowej, właściwego zachowania na terenie Poradni, poddawania się badaniom na obecność narkotyków w moczu. Piszę tylko o tych zobowiązaniach, ponieważ ich realizacja sprawiała chorym duże trudności.

Formalne warunki przyjęcia do programu to m.in. wiek nie niższy niż 21 lat, co najmniej 3 nieudane próby leczenia w Ośrodkach Terapii dla Narkomanów, uzależnienie od opiatów. Najprościej było zrealizować kryterium wieku a także wielu nieudanych prób leczenia, dużo trudniej a właściwie wręcz niemożliwe było znalezienie pacjentów uzależnionych tylko od opiatów.

Tak ustawione kryteria uczestnictwa pozwalały rozumieć ten program jako akt „rozpaczy”, coś, co jest do zrobienia wtedy, gdy zawiodą inne terapie. Tak chyba rozumieli również pacjenci swój pobyt w programie. Wielu z nich rozwijało na jego bazie nadzieje na „miarę normalne” życie w przyszłości.

Zanim pacjent trafiał do programu musiał być hospitalizowany w Oddziale Detoksykacji. Tam również ustalano dawkę metadonu, która niekiedy nieco później była zmieniana. Zapotrzebowanie na metadon było u chorych zmienne, zależało m.in. od stanu psychicznego, poziomu lęku, napięcia, postaw wobec

leczenia. Tylko na początku istnienia programu zdarzało się, że chory przysypiał w trakcie trwania grupy. W ciągu ostatnich 4-5 lat było to już rzadkością. *U wielu pacjentów w trakcie terapii występowała tendencja do zmniejszania dawki.*

Charakterystyka grupy

Do programu przyjęto 50 osób. Zdecydowana większość to byli mężczyźni. Pacjenci byli w różnym wieku - od 21 do około 46 lat. Wszyscy brali wiele lat różne narkotyki.

Program był bardzo przez pacjentów oczekiwany, większość z nich wiele sobie po nim obiecywała. Wydawało się, że początkowo wszyscy są silnie zmotywowani do podjęcia terapii. Dopiero po kilku miesiącach widoczne już było, że grupa podzieliła się na tych, którzy byli w stanie sprostać wymogom programu szczególnie w części wymagającej absolutnej abstynencji pod rygorem usunięcia z programu metadonowego (czego pacjenci się początkowo obawiali) oraz na tych, którzy nie poradzili sobie w zderzeniu z konkretnymi wymaganiami.

W tej ostatniej grupie borykał się z zarzutami, że stosujemy terapię właściwą dla osób uzależnionych od opiatów, a oczekujemy abstynencji od innych substancji psychoaktywnych. Ich obecność w programie była powodowana chęcią uzyskiwania darmowego narkotyku.

Terapia grupowa

Pacjentów programu podzielono wstępnie na kilka grup. Założono, że grupy będą prowadzone zgodnie z koncepcją behawioralną. Jeden z terapeutów wybrał koncepcję psychodynamiczną. Ta forma terapii nastręczyła wiele kłopotów. Była niezrozumiała dla chorych. Nie wiedzieli, czemu ma służyć dwugodzinne milczenie terapeuty przerywane bardzo rzadko pojedynczymi interpretacjami ich zachowań. Nasilało to u nich prawdopodobnie poczucie zagrożenia, niepokoju, ponieważ nagle przestawali uczestniczyć w tej terapii, a chcąc sprostać wymaganiom niektórzy z nich próbowali zmienić grupę terapeutyczną.

Z perspektywy czasu wydaje się, że przydatniejsze są jednak metody behawioralne do terapii uzależnień (czasem elementy poznawczej terapii).

Tu pojawił się pierwszy problem czy zgadzać się na zmianę grupy. Ruch pacjentów między grupami był również spowodowany indywidualnymi preferencjami, wzajemnymi niechęciami spowodowanymi wspólną przeszłością, wcześniejszymi konfliktami, wzajemnymi podejrzeniami o donosy do Policji, nierozliczonymi między sobą transakcjami oczywiście nielegalnymi, podkradaniem sobie różnych rzeczy.

Trudności w psychoterapii grupowej

Moim największym zaskoczeniem było to, że pacjenci *stanowią hermetyczne śro-*

dowisko, wszyscy doskonale się znają, a także powiązani są między sobą bardzo silnie sprawami, z którymi niechętnie dzielili się z terapeutami. To bardzo różniło grupę terapeutyczną alkoholową od narkotykowej.

Treść pierwszych zajęć terapeutycznych była zdominowana przez dwa problemy. Jeden to tzw. „zaszłości” między pacjentami a drugi to uzyskanie pewności czy zawsze będzie metadon. Pierwszy z problemów owocował niestety tym, że trudno było uzyskać pewną otwartość u chorych. Często wypowiedzi pacjentów były traktowane jako słabość lub niełojalność w stosunku do innych. Na takie zachowania mogli sobie pozwolić tylko Ci, którzy mieli dobrą pozycję w grupie i byli stosunkowo niezależni. W pierwszym rządzie wzmacniano takie zachowania.

Przez pierwsze miesiące treść zajęć była zdominowana kłótniami, czasem dochodziło do rękoczynów. Takie kłótnie ujawniały również co pacjenci przynoszą w swoich w kieszeniach do Poradni. Na szczęście, tylko raz został użyty gaz przez pacjenta (w obronie kolegi przeciw narkomanom, którzy przyszli z zewnątrz). Należy zaznaczyć, że *nie interweniowała wezwana wtedy Policja.*

Wydaje się, że ważna jest jednak współpraca z policją tym bardziej, że mamy do czynienia ze środowiskiem kryminogennym, często agresywnym.

Drugi z problemów wiązał się z silnym lękiem przed nagłym brakiem metadonu. Oczywiście to sygnalizowało przede wszystkim lęk przed objawami abstynencyjnymi. Chorzy rozwijali w sobie fantazje takie jak pożar w aptecce, kradzież metadonu w trakcie przewożenia do Poradni i tak dalej. Nie przewidzieli wtedy jednego, że może zabraknąć szpitalowi pieniędzy na zapłacenie za metadon, co miało miejsce kilka lat później.

Wyżej opisane trudności w trakcie prowadzenia grup zmusiły terapeutów do pracy w koncepcji „tu i teraz” z pominięciem tego, co było wcześniej. Należy wspomnieć, iż na początku terapii za sukces uważało się to, że pacjent przyszedł ogolony, umyty, zadbany, że udało się namówić go do zadbania o leczenie zębów.

Agresja wśród chorych była częsta. Natomiast w stosunku do personelu zdarzała się rzadziej. O ile pamiętam zdarzyła się dwukrotnie, w stosunku do lekarza oraz w odniesieniu do sanitariusza. Dominującą formą agresji była agresja słowna.

Pierwsze badania psychologiczne odbyły się w kilka miesięcy po rozpoczęciu leczenia. Badano chorych Skalą Depresji Becka, Arkuszem Samopoznania Cattela oraz Kwestionariuszem Antonovskiego. Pacjenci dokonywali również oceny programu.

Badania pokazały, że chorych cechuje niski stopień poczucia koherencji (117). Zarówno poczucie zrozumiałości jak i zaradności oraz poczucie sensu kształtowały się na równie niskim poziomie (36-40). W tamtym okresie tylko

grupa samobójców miała niewiele niższe wyniki. Niskie poczucie koherencji korelowało również z wynikami Skali Depresji Becka. U 14 osób stwierdzano objawy depresyjne na poziomie umiarkowanym lub głębokim. Badanie Arkušem Samopoznania Cattela pokazało, że poziom niepokoju ogólnego u pacjentów był wyraźnie podwyższony (około 8). Źródłem niepokoju były takie stany, jak: niezrównoważenie emocjonalne oraz silne napięcie wewnętrzne, które jest zwykle związane ze sytuacją chorego. Trzeba zaznaczyć, że sytuacja chorego z reguły była trudna.

Chorzy z programu metadonowego to często osoby pozbawione rodziny. Odrzuceni przez bliskich, często nie posiadali żadnych źródeł utrzymania. Niektórzy mieli bardzo skromne renty socjalne, które nie mogły tak naprawdę wystarczyć na przeżycie. Tym bardziej motywowaliśmy ich do podjęcia jakiegokolwiek pracy. To nie było łatwe zadanie. Pacjenci biorący już od wielu lat narkotyki najczęściej nie ukończyli żadnej szkoły, nie mieli kwalifikacji, a ich stan zdrowia powodował, że nie nadawali się do pracy fizycznej. Na grupach terapeutycznych dużo czasu poświęcano, w związku z tym, motywowaniu pacjentów do uzupełnienia wykształcenia lub szukania odpowiedniej pracy. Kilka osób uzupełniło wykształcenie (w tym dwie podjęły studia wyższe).

W przypadku takich programów wydaje się konieczne zabezpieczenie socjalne i to takie, które pozwalałoby pacjentom na w miarę godziwe przeżycie. Myślę tu o zasadzie „dać, ale wymagać”.

Program terapeutyczny

Jak już wspomniałam, ostatecznie program terapeutyczny prowadzony w koncepcji behawioralnej z elementami koncepcji poznawczej, krótko w sposób psychodynamiczny.

Nastawiony był głównie na odbarczenie z negatywnych emocji, miał poprawiać samoocenę, uczyć budowania i wykorzystywania mocnych stron osobowości, uczyć kierowania swoimi emocjami. Zawierał treningi asertywności, treningi umiejętności interpersonalnych szczególnie nakierowane na ważne cechy z punktu widzenia np. znalezienia pracy. Zachęcano chorych do aktywnych działań na rzecz swojej grupy. Tak powstało Stowarzyszenie Osób Leczonych w Programie Metadonowym. Bardzo dużo czasu poświęcono na motywację do podejmowania pracy i nauki. Omawiano również bieżące sprawy, często sporne, jeśli chodzi o relacje personel-pacjenci.

Sporne problemy na linii personel-pacjent

Takim stałym problemem, jeśli chodzi o psychoterapię była konieczność regularnego uczestniczenia w grupach terapeutycznych. Zwolnieni od tego obowiązku byli Ci, którzy pracowali lub byli chorzy. Chorzy regularnie uczestniczący w te-

rapii mogli liczyć również na otrzymanie metadonu na kilka dni, co zwalniało ich z codziennego przychodzenia do Poradni. Właściwie sposób dystrybucji metadonu był jedyną nagrodą dla pacjenta za spełnienie wymogów programu, a którymi są: niedobieranie innych narkotyków, udział w terapii, właściwe zachowanie w trakcie leczenia. Wydawanie pacjentowi metadonu na kilka dni było dowodem zaufania i docenienia jego wysiłków w walce z nałogiem. Bardzo ostro chorzy reagowali, gdy w ich ocenie, ktoś dostał metadon niesłusznie.

Kolejnym problemem, który przewijał się od początku terapii było usuwanie osób nieprzestrzegających regulaminu programu, czyli takich, którzy brali inne narkotyki. Pacjenci przestrzegający tych wymogów mocno zwracali uwagę na to, że personel nie jest konsekwentny. W trakcie grup terapeutycznych domagali się zdecydowanych działań.

Z perspektywy czasu sądzę, że pacjent uzależniony wymaga bardzo silnej konsekwencji jeśli chodzi o egzekwowanie jego zobowiązań.

Przez długi czas towarzyszyło mi poczucie, że gdybyśmy byli bardziej restrykcyjni być może więcej osób odniosłoby sukces. Pacjenci spostrzegli, że nie ma konsekwencji, jeśli chodzi o usuwanie z programu za „ćpanie” i część z nich pomimo już 7-8 miesięcznej abstynencji wróciło do nałogu.

Silnie kontrowersyjną sprawą były wyrywkowe badania pacjentów na obecność narkotyków. Okazało się, że pacjenci są bardzo pomysłowi w tym jak podstawić do badania mocz innej osoby. To zmusiło personel do wprowadzenia zasady oddawania moczu w obecności sanitariusza lub pielęgniarki. Przez cały okres 8 lat było to nieustanne zarzewie pretensji do personelu. Trudne również dla pacjentów było to, że musieli się w zasadzie codziennie zgłaszać do Poradni, aby przyjąć metadon. Wydawanie metadonu wraz z ulgami w jego wydawaniu było również dla wielu pacjentów, którzy zachowywali abstynencję źródłem poczucia krzywdy. Nie zawsze te zasady były dla nich jasne. Dlatego, w ramach grupy terapeutycznej próbowali utworzyć czytelne zasady ulg w codziennym zgłaszaniu się po metadon. Taki pomysł bardzo mi się spodobał. Jego zasadą było to, że pacjent, który przychodził do Poradni otrzymywał pewną ilość punktów „kredytowych”, którą miał utrzymać przez okres 3 miesięcy, aby mógł otrzymać najmniejszą ulgę w otrzymywaniu metadonu (mógł otrzymać jedną dawkę do domu). Tracił ulgi, gdy z powodu dobierania narkotyków, agresji odejmowano mu za te zachowania określoną liczbę punktów. Wtedy jednak, gdy podjął pracę lub naukę, wyróżnił się jakimś zachowaniem punktów na koncie; choremu przybywało i mógł liczyć na jeszcze większe ulgi. W tym momencie odeszłam z programu i nie wiem co było przyczyną niepowodzenia. Stosunki personel-pacjenci były często tematem grup terapeutycznych.

Znaczącą trudnością w prowadzeniu grup była absencja. Spowodowana była ona zarówno chorobami, podjęciem pracy lub nauki, ale też z tego powo-

du, że nie wszyscy chorzy byli zmotywowani do podjęcia walki z uzależnieniem, myślę że negatywnie tu działały wcześniejsze porażki w terapii a także fakt „przymusu uczestniczenia w terapii”.

Na przestrzeni tych kilku lat ukształtowała się jedna grupa osób, które uczestniczyły w terapii (tj. około 13-15 osób).

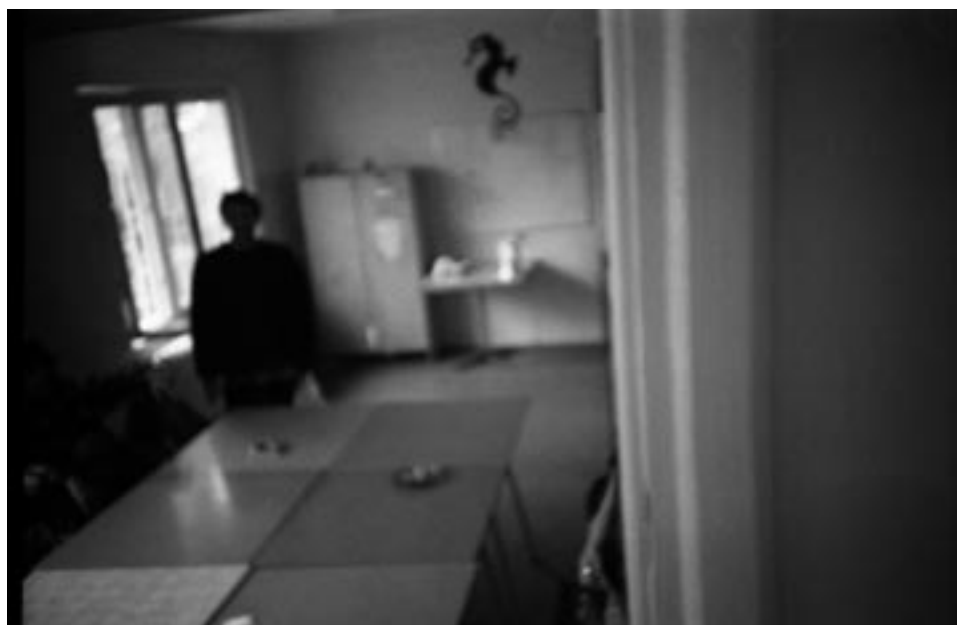
W trakcie istnienia programu metadonowego urodziło się kilkanaścioro dzieci. Wszystkie zdrowe. Warto zaznaczyć, że kobiety w ciąży miały zabezpieczoną opiekę ginekologiczną i położniczą, co szczególnie ważne było to dla matek zarażonych wirusem HIV. Dzieci te były wychowywane albo przez same chore albo przez dziadków.

Myślę, że po tych 8 latach można mówić zarówno o sukcesach jak i porażkach. Do sukcesów zaliczyłabym wszystkie te osoby, które dokończyły kształcenie, znalazły pracę, ułożyły sobie życie rodzinne, zachowują abstynencję. Również i te, które wyszły z programu, bo poradziły sobie również z uzależnieniem od metadonu. Ja ze swej strony nigdy na parłam do wychodzenia z programu, ponieważ miałam świadomość, że leczenie i „dojrzewanie do takich decyzji” jest procesem długotrwałym. Osoby, które rezygnowały z dalszego leczenia zawsze mogły liczyć na wsparcie ze strony personelu programu metadonowego.

Musiała się zmienić struktura czynności życiowych pacjenta. Mniejszy lęk przed objawami abstynencyjnymi i pewność, że otrzyma metadon pomagały pacjentom organizować inaczej swój czas. Pacjenci twierdzili, że dawniej ich pierwszą myślą po przebudzeniu było to jak zdobyć pieniądze na „kompot”. Wydaje się również, że zmalała liczba poważnych zatargów z prawem. Kiedy 8 lat temu zapytałam pacjentów o liczbę konfliktów z prawem, nikt z nich nie był w stanie tego zliczyć. Wielu z nich miało sprawy w sądach. W trakcie programu niektóre sprawy odwieszano, ale z reguły były to dawne sprawy. O ile pamiętam nowych zatargów z prawem było kilkanaście. Niestety prześladowuje mnie myśl, że przy braku środków do życia kradzieże są nieuniknione. Do porażek zaliczyłabym wszystkich tych, którzy nie umieli skorzystać z programu, tych, którzy zmarli z powodu choroby, a szczególnie śmierć tej osoby, która sama odebrała sobie życie.

Podsumowanie

Sądę, że dopóki nie ma innych skuteczniejszych metod leczenia uzależnienia od narkotyków oraz po wyczerpaniu wszystkich dostępnych metod leczniczych (myślę tu o programach drug free) program metadonowy może być przydatny. Wydaje się, że metadon nie przeszkadza w terapii pod warunkiem dobrze dobranej dawki.



Rozdział 11

Metadon: Uzależnienie czy kuracja?

Łucja Szczepańska

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Metadon jest bardzo silnym syntetycznym lekiem nasennym, który po raz pierwszy pojawił się na rynku pod koniec drugiej wojny światowej. W działaniu przeciwbólowym przypomina morfinę, ale działa dłużej ok. 24-36 godzin, w związku z czym w dzisiejszych czasach stosuje się go m.in. w leczeniu uzależnienia od heroiny i innych narkotyków. W podtrzymującej terapii metadonowej (methadone maintenance therapy – MMT) pacjent może pozostawać pod wpływem tego leku przez kilka lat, a niekiedy już do końca życia.

Teoria, na której opierają się tego typu praktyki głosi, że u osób uzależnionych od heroiny zachodzą nieodwracalne zmiany w gospodarce biochemicznej mózgu. A zatem w sytuacji brania narkotyku nie są one w stanie „normalnie” funkcjonować. Ponieważ metadon jest wolniejszy w działaniu, nie wywołuje euforii, przeciwnie niż heroina, ani bolesnych symptomów w przypadku odstawienia, można „normalnie żyć”. Ponadto uzależnieni, którzy stale pozostają pod wpływem wystarczającej dawki metadonu, nie doświadczają tak silnych doznań, więc w ich przypadku mniejsze jest prawdopodobieństwo nawrotu.

Metoda ta budzi wiele kontrowersji. Jest tak, dlatego, że ludzie silnie uzależniają się od metadonu, a w terapii MMT otrzymują go na nieokreślony czas leczenia. Zatem jedno uzależnienie zostaje zastąpione innym. Badacze spostrzegli, że choć metadon może wyrwać z uzależnienia od heroiny, to u osób, które poddały się MMT można w zasadzie zaobserwować wzrost spo-

życia innych narkotyków. W jednym z badań amerykańskich (**Best i in.**) [1] u osób, które przystąpiły do programu, zaobserwowano wzrost częstotliwości zażywania kokainy w postaci cracku lub innych kannabinoli. To samo badanie wykazało, że osoby uzależnione od heroiny często przyjmowały dodatkowe ilości metadonu, które nie były im przepisane; 21% tych, którzy w momencie pierwszego wywiadu nie przyjmowali „nadprogramowych” ilości leku, sześć miesięcy później przyznali się do zażywania nieprzepisanego im metadonu. Jeszcze bardziej niepokojące okazało się to, że ci, którzy mieli w kuracji przepisane większe dawki tego leku, nadprogramowo przyjmowali jeszcze większe ilości. Wygląda, więc na to, że większe dawki metadonu mogą zwiększać ryzyko uzależnienia.

Uważa się, że MMT obniża ryzyko wystąpienia związanych z narkotykami zachowań mogących prowadzić do zakażenia wirusem HIV (np. używanie tej samej igły), chociaż nie ogranicza mogących również prowadzić do zakażenia zachowań seksualnych.

Ze wszystkich dostępnych metod leczenia uzależnienia od opiatów program MMT jest zdaniem ekspertów w tej dziedzinie najbardziej „opłacalny” – przynajmniej na krótką metę (**Des Jarlais, Paone, Friedman, Peyser, Newman; Dole**) [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Terapeuci muszą odpowiedzieć sobie na pewne zasadnicze pytania dotyczące celów ich terapii (Robertson, Macleod) [8, 9]:

- Co z długoterminową kondycją zdrowotną osoby uzależnionej i jej perspektywami na pełne i produktywne życie?
- Czy zastąpienie jednego uzależnienia drugim leży w jej najlepiej pojętym interesie?
- Czy leży to również w interesie społeczeństwa, w którym ona żyje?
- Czy proste i niskie koszty stosowania programu MMT (wg autorów amerykańskich) miałyby stać się powodem do zadowolenia i obniżenia motywacji do szukania metod leczenia, które w pełni pozwolą jednostce wyzwolić się z uzależnienia? (Seligman, Walker, Rosenhan) [10, 11, 12].

Takie są kwestie podnoszone przez przytoczonych autorów, mają one jednak szeroki zasięg i są zadawane – jak należy sądzić – wszędzie, gdzie MMT jest stosowany. Kwestii do rozstrzygnięcia jest dużo więcej.

W przeciwieństwie do innych grup pacjentów, tutaj upływający czas pracy psychologa nie przynosi satysfakcjonujących rozwiązań, pomnaża pytania.

Ciekawe byłyby odpowiedzi na pytanie, co powoduje, że psycholog podejmuje pracę z osobami uzależnionymi:

- Czy jest optymistą dużego formatu?
- Czy ma zacięcie naukowca i chce problem badać?
- Czy szczęśliwie udało mu się uniknąć podobnego losu i teraz bezpiecznie może poruszać się w tym obszarze?
- Czy sam wyrwał się ze szponów jakiegoś nałogu?
- Czy potwierdza swoje zawodowe walory?
- Czy syci swoje ego?
- Czy ma duszę Samarytanina?
- Czy tylko tu mógł znaleźć pracę?
- Czy jest mu wszystko jedno, jakiego rodzaju psychopatologią się zajmuje?

Owszem, odpowiedzi byłyby ciekawe, ale czy ma to znaczenie dla prowadzenia terapii, wsparcia i wszelkiej psychologicznej pomocy?

Bo jakie są opinie na temat narkomanów i jakie emocje budzą – wiadomo,

- zgodnie z istotą uzależnienia, jedynym i najważniejszym celem w ich życiu stały się narkotyki,
- by je zdobyć trzeba zaniechać odwoływania się do skrupułów, sumienia, moralności,
- gdy ćpają, są mało „estetyczni”,
- okres brania narkotyków zatrzymał ich w rozwoju psychicznym, emocjonalnym, intelektualnym,
- utracili totalnie zaufanie,
- są nosicielami różnych chorób i stanowią potencjalne zagrożenie zarażenia się,
- zamierają zasady współżycia społecznego,
- odbywanie kary pozbawienia wolności nie robi wielkiego wrażenia.

Zanim powstał program metadonowy w Krakowie, wielu narkomanów, późniejszych uczestników tego programu było leczonych w oddziale Detoksykacji jako czynni narkomani. U trzydziestu dziewięciu osób udało się wykonać szerokie badanie psychologiczne, które zawierało badanie osobowości Kwestionariuszem MMPI oraz część neuropsychologiczną, a więc badano procesy pamięciowe, myślenie, uwagę, mowę, uczenie się, prakcję i tempo pracy [13]. Użyto Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Test Powtarzania Zdań, Test Fluencji Werbalnej, „100-7”. Zapamiętywanie serii słów, podtesty Skali Wechslera Powtarzanie słów i Symbole cyfr, Test Koncentracji Uwagi, badanie pamięci trwałej. Wszystkie osoby badane znalazły się na czterech poziomach oceny neuropsychologicznej:

- 5 osób bez objawów obniżenia sprawności funkcji poznawczych,
- 13 osób z trudnościami niewielkiego stopnia widocznymi w poszczególnych testach,

- 11 osób z miernie nasilonymi trudnościami wyrażającymi objawy dysfunkcji w szerszym zakresie obejmujące funkcje psychiczne,
- 10 osób, u których stwierdzono objawy zaburzeń w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) znacznego stopnia.

Obecność, rodzaj i nasilenie objawów wykryte za pomocą testów, obserwacji psychologicznej i analizy jakościowej pozwalają dostrzegać najgłębszą dysfunkcję w zakresie:

- procesów pamięciowych występujących w zapamiętywaniu i uczeniu się materiału o charakterze werbalnym,
- procesów pamięciowych dotyczących pamięci semantycznej, uaktywniającej reprezentację pojęciową,
- myślenia werbalno-logicznego,
- uwagi,
- motywacji.

Następnie zbadano zależności między poziomem oceny neuropsychologicznej, a trzema zmiennymi związanymi z czasem, tj. z wiekiem pacjenta, okresem uzależnienia i początkiem przyjmowania opiatów, czyli polskiej ulicznej heroiny zwanej „kompotem”.

Okazało się, że istnieje zależność między narastaniem dysfunkcji neuropsychologicznych, a wydłużaniem się okresu uzależnienia i skracaniem się wieku życia, w którym nastąpił początek brania „kompotu”. I tak, w obszarze głębszej neuropsychologicznej patologii znajdują się osoby młodsze, tu: rozpoczynające branie narkotyków przed 17. rokiem życia, czyli w okresie intensywnego rozwoju psychicznego i intelektualnego, kształtowania się osobowości, określania tożsamości. Okres ten na skutek uzależnienia od narkotyków staje się „martwy” zarówno dla nabywania umiejętności umysłowych jak i społecznych.

W obszarze mniej nasilonej patologii neuropsychologicznej znalazły się osoby starsze wiekowo, najkrócej przyjmujące substancje psychoaktywne, u których początek uzależnienia wystąpił po 20. roku życia.

W Poradni Metadonowej, z którą zaczął się mój kontakt w 2003 roku, postanowiłam poznać każdego pacjenta w substytucji metadonowej, i zadać wszystkim te same pytania. Oto niektóre z nich [14]:

1. *Oczekiwania, z jakimi osoba przyszła na program - niektóre wypowiedzi:*
zmieni, ureguluje życie, dokończy szkołę, podejmie pracę, naprawi stosunki z rodzicami, nie wróci już do narkotyków, nie będzie dobierać, będą zaliczki, nastąpi poprawa zdrowia, komfortu życia, sytuacji materialnej, będzie się normalnie czuć – spokój, stabilizacja, psychiczny komfort. Skoń-

czy życie z bezprawiem, nie będzie kraść i załatwiać pieniędzy na opiaty, bo „towar” będzie za darmo. Nie będzie psychicznie gorzej.

Były też oczekiwania niekorzystne, np. brak przekonania do skuteczności metadonu i że będzie ciągnęło do amfetaminy lub innych narkotyków.

Także poczucie, że zmusza konieczność, więc nie ma o czym dyskutować, nie było żadnych oczekiwań, są obawy, wątpliwości, duża rezerwa, oczekiwania tylko doraźne, bo np. leczenie z nakazu sądu.

2. *Aktualne oczekiwania, w trakcie pobytu na metadonie po upływie pewnego czasu:*

żeby nie było problemów z metadonem i z samym programem, by nie ciągnęło do ćpania, nie wracać na bajzel, nie kombinować pieniędzy, coraz mniej kontaktować się z grupą, ułożyć sobie normalne życie z normalnym człowiekiem, uzupełnić kwalifikacje, korzystać z pomocy psychiatrycznej, pomocy prawnej, pracownika socjalnego, aby się wyzerować albo wyzwolić całkowicie. Nie brać nadal – bez pokus, by mieć spokój z amfetaminą.

3. *Korzyści z bycia na metadonie dla pacjenta:*

nie dobiera, nie ma głodu, nie traci czasu na kombinowanie, nie marznie na mrozie, nie goni za towarem, nie siedzi na bajzlu. Poprawa sytuacji rodzinnej, powrót do domu, do rodziny, syn się nie martwi, ma czas dla dziecka. Podjęcie nauki, poprawa zdrowia, uniknięcie zagrożenia życia, zdrowia. Nie boi się prawa, nie musi kraść, załatwiać pieniędzy, radość z rzeczy codziennych, przełom duchowy, duchowa metamorfoza, namacalna zmiana osobowości, duchowo do przodu, święty spokój, czas, swoboda, w jakimś sensie się leczy, ludzie widzą, że się leczy, są efekty. Więcej czasu, ale nie ma co z nim robić.

4. *Ujemne z punktu widzenia pacjenta – dla grupy:*

Metadon to smycz, nie można podjąć pracy, częstują się narkotykami, namawiają, kuszą, handlują. Dobierają, zwiększają dawkę metadonu, wegetacja, dalej są narkomanami, nie wykorzystują danej im szansy. Drugi bajzel, dno całkowite, tanie prochy. Ich zdrowie nie poprawia się, niektórzy są za wcześnie na metadonie. Niepokoje związane z programem (plotki, donosy). Brak entuzjazmu do życia, depresyjność, słabość, kruchość psychiczna, brak odporności na ciosy, za dużo czasu – nie wiadomo jak go wypełnić.

5. *Aktualne trudne sprawy wymagające pomocy:*

załatwienie renty, pracy, brak socjalnego wsparcia, potrzebna pomoc dla rodziny np. terapia. Wychowywanie dziecka, bycie w roli matki, ojca. Załegłe kary, kolegia. Zdrowie psychiczne, pomoc psychiatryczna. Nie ma trudnych spraw.

6. *Osobiste plany:*

wykształcenie, renta lub inne świadczenia, założyć rodzinę, utrzymać ro-

dzinę, wychowywać dzieci, zerować się z metadonu. Załatwić pracę, utrzymać pracę, stabilizacja materialna, zdrowotna, mieszkaniowa. Wyjechać z Polski, nierealne marzenia, czeka na rozwój wydarzeń, nie ma wartości stałych, wyjść z amfetaminy.

7. *Osobiste niepowodzenia:*

Nie ma poprawy, pogorszenie wyglądu, lęk przed formą psychiczną, rozczarowaniem. Lęk przed wyjściem z metadonu, lęk przed brakiem akceptacji. Zrujnowana psychika (utrata wigoru, zainteresowań, umiejętności, smutek, codzienne poczucie, że nie chce się żyć, ubywają siły witalne), że się nie wyzerował i nadal bierze metadon, że dobiera prochy, wpadki, uzależnienie od benzodiazepin, od amfetaminy. Ojciec dziecka nie interesuje się nim, kłopoty rodzinne, rezygnacja ze szkoły. Lęk przed niemożnością naprawienia krzywd. Nadal problemy z prawem.

8. *Stan zdrowia – ogólny:*

poprawa, duża poprawa, nieznaczna, bez zmian, pogorszenie ogólne, pogorszenie wybiórcze – zmienne, stare skutki z okresu brania narkotyków i nowe choroby tragedia, poprawa zakłócana dolegliwościami biorącymi się z narkotyków. Trudno ocenić, bo za krótko na metadonie.

9. *Stan psychiczny:*

Poprawa, duża poprawa, nieznaczna, bez zmian, pogorszenie, pogarszanie coraz bardziej – „liniowe”, wahania, ale dużo depresji, poprawa, ale ze stanami depresji. Trudno ocenić.

10. *Dobre związki:*

Brak, rodzice, rodzeństwo, współmałżonek, dzieci, kolega-narkoman, ludzie z HIV, kolega-nienarkoman, konkubin, partner.

Jednym z celów wywiadu było określenie przez każdego pacjenta zamiarów związanych z przyjmowaniem metadonu w przyszłości i poszukiwanie czynników warunkujących taką decyzję. **W związku z tym wyróżniono trzy grupy pacjentów:**

- pierwsza grupa to osoby, które chcą otrzymywać stałą dawkę metadonu i pozostawać w substytucji „bardzo długo” lub „zawsze”,
- druga grupa to osoby mające zamiar zredukować dawkę metadonu i już podejmowały takie próby w trakcie leczenia,
- trzecia grupa to osoby, które systematycznie zmniejszały ilość przyjmowanego metadonu i deklarowały chęć zakończenia udziału w programie.

Wnioski, które otrzymano na podstawie szerokiej analizy danych (tu zademonstrowano tylko niewielką część uzyskanych informacji, w stanie surowym) pozwalały stwierdzić, że czynniki, które mogą wpływać na rehabilitację pacjentów

programu metadonowego, są w istotny sposób zależne od okresu **poprzedzającego udział w programie** (m.in. czas brania narkotyków, w tym kompotu, rodzaj motywacji podjęcia substytucji, oczekiwania na początku programu), **czynników psychospołecznych** wyrażających się w umiejętności konstruowania planów wynikających z korzyści powstrzymywania się od narkotyków oraz **stanu zdrowia**.

Pacjenci mieli różne zdania na temat swego udziału w spotkaniach terapeutycznych, część uznała, że wystarczy im tylko metadon, część, że chce uczestniczyć w psychoterapii, inni uzależniali swoje zaangażowanie terapeutyczne od „czasu i okoliczności”.

Jak wiadomo, stereotypowo narkomani postrzegani są jak monolit, „wszyscy tacy sami”, ale w rzeczywistości są indywidualistami? To, co jest dla nich wspólne, to posługiwanie się narkomańskim stylem manipulowania ludźmi w celu uzyskania upragnionej rzeczy, załatwienia sobie czegoś itp. Wielu pacjentów programu metadonowego wciąż się tym posługuje, zwłaszcza osoby, które dobierają. Funkcjonują wtedy w znany i skuteczny dla nich sposób.

Większość pacjentów preferuje terapię indywidualną. Częstotliwość spotkań zależy od wielu czynników: od głębokości problemu, poczucia zagrożenia, konieczności potwierdzania udziału dla instytucji, która interesuje się losem pacjenta (MOPS, prokuratura itp.), dyskomfortu psychicznego spowodowanego typem zaburzeń psychicznych, od zmienności stanu emocjonalnego, od wydarzeń losowych, od potrzeby dzielenia się drobnymi sprawami, ale ważnymi dla pacjenta, od potrzeby uzyskania od psychologa różnego typu zaświadczeń, opinii, wyników badań czynności psychicznych. Trzeba przyznać, że pacjenci chętnie biorą udział w różnych badaniach psychologicznych, nie stwarzają problemów. M.in. dzięki współpracy wszystkich pracowników Poradni pacjenci są też zachęcani do korzystania ze spotkania z psychologiem, gdy podczas pobierania metadonu i wszelkich innych form kontaktu, ujawniają, że mają jakiś problem i nie wiedzą jak sobie poradzić. Pacjenci spontanicznie często dostarczają na swój temat różnych informacji, co powoduje, że ich życie nabiera charakteru toczącej się historii, w której uczestniczymy. Nie stanowi problemu zaproszenie pacjenta „na chwilę rozmowy”.

Badając w Poradni Leczenia Uzależnień grupę osób uzależnionych od „kompotu” – w 2003 roku wykazano, jak wspomniano już powyżej, szereg objawów psychopatologicznych obniżających możliwości przystosowania społecznego. **Szczepańska Ł i in.** [15].

Wśród nich wykazano niską umiejętność nawiązywania kontaktów spoza kręgu osób uzależnionych, podejmowania ról związanych z rodziną, ponadto trudności w formułowaniu celów życiowych i podejmowaniu prób ich realizacji, działań zmierzających do usamodzielnienia się przez oderwanie się

od roli dziecka w rodzinie generacyjnej. W badaniu otrzymano wyniki, które pozwalały stwierdzić, że czynniki mające wpływ na rehabilitację pacjentów to okres życia poprzedzający udział w programie (m.in. czas brania „kompotu”, rodzaj motywacji podjęcia substytucji, oczekiwania na początku programu), czynniki psychospołeczne wyrażające się w umiejętności rezygnowania z przywiązania do środowiska podtrzymującego klimat narkomański na rzecz zachowań korzystnych dla pacjenta, bez dobierania środków psychoaktywnych. Większość osób deklarowała chęć pozostawania w substytucji „na zawsze”, mniejsza część brała pod uwagę możliwość opuszczenia programu w nieokreślonej przyszłości, niewielka część próbowała podejmować kroki w kierunku zmniejszania ilości metadonu i przejścia do życia bez narkotyków. Kilka osób zrealizowało ten zamiysł, część z nich jednak powróciła do programu.

Aby dokonać oceny zdolności społecznych u osób uzależnionych przeanalizowano obserwacje własne wśród naszych uczestników programu metadonowego.

Przedmiotem zainteresowania były kompetencje społeczne rozumiane jako konkretne umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Umiejętności te, choć człowiek opanowuje w stopniu po części zależnym od swojej inteligencji i osobowości, powstawać mogą jedynie w toku treningu, dokonującego się w rzeczywistych sytuacjach społecznych. Na kompetencje składają się w różnych kombinacjach pewne podstawowe umiejętności elementarne, z których jednak żadna pojedyncza nie wystarcza do poradzenia sobie z rzeczywistą sytuacją społeczną, zawsze posiadającą złożony charakter. Reakcje w sytuacjach społecznych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych mają szczególny i często odmienny charakter w porównaniu z osobami nieuzależnionymi. Mimo korzystania z substytucji metadonowej u wielu pacjentów nadal funkcjonują mechanizmy wyuczone w czasie czynnego brania narkotyków. Może to przejawiać się jako postawa roszczeniowa wobec bliskich dorosłych, silny egocentryzm, niedojrzałość emocjonalna, reakcje agresywne, obniżony krytycyzm.

Badaną grupę stanowiło 66 pacjentów: 22 kobiety i 44 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 32 lata (max=51). Średni wiek, w którym badani zaczęli używać „kompotu” to 20 lat (SD=3,6; min=13; max=30). Średnia okresu pozostawania w substytucji metadonowej wynosiła 2,6 lat [15].

Do badania zastosowano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS). Większość pozycji diagnostycznych składa się na trzy czynnikowe skale:

I - kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach in-

- tymnych, bliskiego kontaktu interpersonalnego,
- ES - kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej,
 - A - kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności.

Ocena własnego funkcjonowania społecznego dokonana w oparciu o Kwestionariusz Kompetencji Społecznych była analizowana na tle kilku ważnych czynników. Wśród nich należy wyróżnić: okres życia pacjenta, w którym zaczął brać narkotyki, okres pozostawania w substytucji metadonowej, środki utrzymania, sytuację rodzinną, poziom wykształcenia, oraz ocenę stanu psychicznego.

W tym czasie ok. jedna trzecia osób usiłowała podejmować pracę, na ogół były to krótkie epizody, praca na czarno lub u najbliższych krewnych. W nielicznych przypadkach pacjenci potrafili to udokumentować. Ponad połowa osób korzystała z renty, zasiłków. Niezależnie od tego pozostawała na utrzymaniu rodziców. Kilka osób miało inne źródła utrzymania.

Niemal połowa pacjentów pozostawała przy rodzinie generacyjnej, niezależnie od wieku swojego i rodziców. Mniej niż połowa osób posiadała współmałżonka lub partnera. Osiem osób to osoby nieujawniające swego statusu.

Najwyższy odsetek osób posiadał wykształcenie zawodowe, w następnej kolejności były osoby, które zaczynały niegdyś studia (m.in. matematyka, europeistyka, prawo, farmacja, teatrologia, filologia). Kolejno były osoby mające ukończone lub przerwane wykształcenie średnie - liceum lub technikum, najmniej osób po szkole podstawowej i przerwanej zawodowce. Jedna osoba miała ukończone studia.

Zmienne: rok urodzenia, środki utrzymania, okres pozostawania w programie oraz płeć zostały włączone do modelu, lecz ich wpływ na badane zmienne wydaje się być dyskusyjny. Badając wpływ roku urodzenia (wieku) na poziom Kompetencji Skali ES można dostrzec tendencję, polegającą na tym, że osoby młodsze uzyskują wyższe wartości.

Wśród grup wyróżnionych na podstawie zmiennej „środku utrzymania”, najwyższą wartość w zakresie Skali ES mają osoby z grupy „bez środków utrzymania”. Długi staż w programie metadonowym prawdopodobnie obniża jego wyniki w zakresie Skali A, lecz podnosi wyniki w zakresie Skali I. Wreszcie - mężczyźni cechują się wyższymi od kobiet wartościami w zakresie Skali I.

Istotny wpływ na uzyskanie wyników w zakresie kompetencji opisywanych jako umiejętności w sytuacji ekspozycji społecznej (ES) i asertywności (A) ma okres życia pacjenta, w którym datuje się początek używania polskiej heroiny. W tej grupie wyższe wyniki uzyskali pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli branie narkotyków. Hipotetycznie można założyć, że osoby te wcześniej nabyły

umiejętności realizowania własnych celów czy potrzeb przez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych, jak również bycia obiektem uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób (Skala ES i A). Te doświadczenia społeczne mogły wiązać się z właściwościami indywidualnymi jednostek, warunkującymi typ i intensywność treningu społecznego, jakiemu człowiek podlega w naturalnych warunkach. Kontakty z innymi ludźmi, a zwłaszcza te, które wiążą się z narażaniem się na ocenę społeczną, ryzykiem dezaprobaty i kary, są zazwyczaj silnie stymulujące. Można, więc przypuszczać, że tendencje do angażowania się w nie – będą związane z zapotrzebowaniem na stymulację i wyznaczającymi je cechami temperamentu, takimi jak odporność na pobudzenie, czy aktywność i ruchliwość. Inna hipoteza wiąże się ze specyficznym funkcjonowaniem osób uzależnionych, które intensywnie nabywają doświadczeń w wykorzystywaniu szeroko pojętych kontaktów społecznych do zaspokajania swoich potrzeb związanych z uzależnieniem. Z rozmów z pacjentami wynika, że te doświadczenia są trwałe i z trudem podlegają weryfikacji, choćby z powodów etyczno-moralnych, a osoby młodsze, które wcześniej były pozbawione prawidłowych wzorców, mogą mieć większe problemy z przystosowaniem się do norm społecznych. Z powyższymi uwagami może wiązać się obserwacja, że najwyższe wyniki w Skali ES osiągnęły osoby, które nie mają zabezpieczenia warunków bytowych w postaci renty, zasiłków czy wsparcia rodziny. Nie można wykluczyć, że ich umiejętności radzenia sobie w sytuacjach ekspozycji społecznej są korzystne dla zdobywania środków do życia. Długi staż w programie podnosi wyniki w Skali I, zwłaszcza u mężczyzn, a obniża w Skali A, niezależnie od płci. **Dla Kompetencji Skali I ujawnianych w bliskim bezpośrednim kontakcie, szczególne znaczenie ma zdolność do wyrażania i rozpoznawania emocji. Ta zdolność wzrasta także u osób o długim stażu na metadonie.**

Obserwowano, że długi czas, który upłynął od zaprzestania brania narkotyków sprzyjał odbudowie więzi z osobą bliską. Jednocześnie obniżyły się umiejętności zachowań asertywnych, co być może wiąże się z gorszym sposobem radzenia sobie z godzeniem interesów własnych z interesami społecznymi. Ważnych informacji dostarczyły wyniki funkcjonowania dwóch grup: z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami lękowymi.

Uzyskano dane, które wskazują na dynamikę zmian w nasieniu zaburzeń, podczas pobytu w programie. Można sądzić, że środowisko osób uzależnionych ma silny wpływ na charakter prezentowanych przez współpacjentów objawów psychopatologicznych, z tendencją do redukcji przejawów ostrych reakcji, co prawdopodobnie było nie bez wpływu na upodabnianie się zachowań obu grup w ciągu upływu lat na metadonie. Wnioski, jakie się z tego badania

pojawiają, **to po pierwsze** – występują różnice w poziomie umiejętności społecznych, ze względu na wiek życia, w którym nastąpił początek brania narkotyków. **Po drugie** – obraz psychopatologiczny pacjentów ulega zmianie w zależności od upływu czasu pozostawania w substytucji. **Po trzecie** – długi czas pozostawania w programie może przyczynić się do odbudowy więzi społecznych pacjenta.

Jednym z ważnych problemów, który stał się przedmiotem badania był problem radzenia sobie ze stresem. /**Szczepańska Ł.**/ [16]. Grupę badaną stanowiło 90 pacjentów – 26 kobiet i 64 mężczyzn. Zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych Endlera i Parkera (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS). Posiada on trzy skale, które określają trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE), styl skoncentrowany na unikaniu (SSU), który może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), albo poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Badano relację między wynikami Kwestionariusza, a takimi czynnikami jak wiek, płeć, wykształcenie, okres brania heroiny, diagnoza psychiatryczna oraz posiadanie wirusa HIV.

Istotne korelacje znaleziono między stylami radzenia sobie a wiekiem, oraz między stylami a czasem brania heroiny. Ponadto uzyskano dane, które sugerują, że zachowania osób z wirusem HIV różnią się od pozostałych badanych.

Najwyższe średnie uzyskano w stylu skoncentrowanym na unikaniu w podskali (ACZ), co może oznaczać, że czynnością zastępczą wobec problemów i stresów w życiu badanych stały się narkotyki. Grupa naszych badanych nie podlega zaobserwowanym w innych grupach badanych związkom między stylem skoncentrowanym na zadaniu – jako najbardziej pożądanym ze względu na pozytywne efekty – a wykształceniem. Być może wiąże się to z nikłym subiektywnym znaczeniem wykształcenia w tej grupie, często niższym niż możliwości intelektualne badanych. Ponadto efekty kształcenia po latach brania narkotyków znacznie się uszczupliły. Wykształcenie nie odgrywa większej roli w życiu narkomanów, tym bardziej, że nie jest środkiem poszukiwania źródeł utrzymania. Istotne znaczenie dla funkcjonowania w sytuacjach radzenia sobie ze stresem ma wiek pacjentów.

Młodszy intensywniej koncentrują się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych reagując złością, napięciem, przygnębieniem.

Wśród pacjentów, którzy najczęściej reagują stylem skoncentrowanym na unikaniu są najmłodsi oraz najdłużej biorący heroinę. Ci ostatni najrzadziej reagują emocjonalnie w sytuacjach stresowych. Interesująca obserwacja łączy się z grupą osób zakażonych wirusem HIV. Można oczekiwać, w oparciu o powszechne odczucia, że osoby te reagują żywiej i intensywniej na stres niż osoby

pozostałe. Odpowiedzi kwestionariusza zaprzeczają temu. Kilkoro pacjentów udzieliło informacji poza testem, w rozmowie indywidualnej jak radzą sobie ze stresem. Przytoczę kilka z nich: mają świadomość ograniczonego czasu życia, szacują, że ok. 10 – 15 lat. Mówią, że są spokojne, nie angażują się w błahe problemy. Niekiedy odczuwają komfort z powodu jasności swojego losu. Nie wierzą, że doczekają leku, który ich uzdrowi. Sądzą, że wynalezienie leku nie leży w interesie firm sprzedających obecnie bardzo drogie specyfiki. Wiedzą, że aktualne badania nad wirusem HIV i AIDS zawierają wiele niewyjaśnionych kwestii. Mają pełną świadomość niespełnienia wcześniejszych planów, takich jak dziecko, studia, polepszenie bytu rodzinie. Nie lgną do ludzi obawiając się odrzucenia. Przeżywają niekiedy smutek związany z uczuciami najbliższej rodziny po swojej śmierci.

W ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy przybyło wielu nowych pacjentów zakażonych wirusem HIV. W znacznym stopniu różnią się od tych, którzy na programie są kilka lat. Ci „nowsi” są w gorszym stanie zdrowia, w gorszym stanie psychicznym, zaniedbani, przeważnie nie mają swego miejsca zamieszkania, korzystają z noclegowni. Biorą spore ilości leków, używają alkoholu. Pobyt w programie ma raczej cechy krótkotrwałego epizodu, nie wykazują głębszej motywacji. Zachęcani – korzystają ze spotkań z psychologiem.

Jak wiadomo, ważnym elementem w rozwoju psychicznym człowieka jest nabycie umiejętności społecznych umożliwiających mu samorealizację. Nabycie tych umiejętności odbywa się w większości przypadków w okresie młodzieńczym. Intuicyjnie można przewidzieć, że osoby, które w czasie swego rozwoju prowadziły tryb życia określany jako narkomański muszą mieć obniżone możliwości dostosowania się do warunków społecznych.

Z upływem czasu część pacjentów odeszła z programu, kilka osób zmarło. Przybywali nowi. Obecnie wśród tych, którzy są od początku, jest poniżej 20 osób.

Kilkanaście osób zgodnie z zamierzeniem wyzerowała się i prowadzi „normalne” życie, część z nich utrzymuje kontakt z Poradnią, w tym z psychologiem, gdyż od czasu do czasu mają trudniejsze okresy. Większość jednak zrezygnowała z podejmowania prób opuszczenia programu, zadomowiła się. Przyjście na metadon jest często jedynym obowiązkiem w ciągu dnia i sposobem spędzania czasu, zwłaszcza w cieplejszej porze roku. Między kobietami i mężczyznami zawiązują się bliższe związki, sporadycznie dochodzi do zawarcia małżeństwa. Część osób zamienia się partnerami. Trudno niekiedy zrozumieć, jakimi kierują się kryteriami. Zapewne tak jak większość ludzi realizując potrzeby bliskości, miłości, posiadania rodziny. W trakcie programu przyszły

na świat dzieci. Na ogół są zadbane, rozwijają się prawidłowo, przychodzą ze swoim rodzicem do Poradni po metadon. Dla pracowników Poradni sytuacja ta zawsze budzi głębokie zastrzeżenia, dla tych dzieci uczestnicy programu to na ogół „ciocie i wujkowie”. Najbardziej niepokojący jest kontakt z dziećmi w wieku dorastania.

W niedawnym okresie bezrobocia większość pacjentów przestała myśleć poważnie o szukaniu pracy, zakładając, że nie mają żadnych szans na jej znalezienie, a swoje wysiłki skierowała na staranie się o rentę. Obecnie znakomita większość to renciści, a pozostali są w trakcie załatwiania formalności. Nawet osoby, które uzyskały świadectwa ukończenia kursów sponsorowanych z funduszy unijnych (operator wózka widłowego, florysty) do pracy się nie garną. Z całą pewnością są osoby, które ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie podjąć pracy.

Są jednak tacy, którzy nie chcą rozstać się z nawykami narkomańskimi, głosząc wprost, że jedyny sposób, jaki preferują w zdobywaniu środków do życia to kradzież. Nie mogą zgodzić się na pracę za śmiesznie – jak dla nich – niskie wynagrodzenie.

Duża część osób pozostaje nadal pod kuratelą swoich rodziców, którzy wydają się być zadowoleni z takiego stanu rzeczy, traktując swoje blisko czterdziestoletnie dzieci, jako niezdolne do samodzielnego życia. Kontaktują się osobiście lub telefonicznie by powiadomić o problemach zdrowotnych córki/syna, usprawiedliwiają nieobecność w Poradni i przychodzą wtedy po metadon. Niektórzy z najdłużej przebywających w programie, pierwsi pacjenci-weterani są głęboko zakorzenieni, mają poczucie że przyczynili się do powstania programu w Krakowie i liczą na więcej tolerancji dla swoich słabości, dobierania, często niepokojąco zmiennych nastrojów. Niewielka część osób została zatrudniona w Monarze i zajęcie to jest dla nich satysfakcjonujące.

W związku z załatwianiem formalności rentowych pacjenci uczestniczą w badaniu psychologicznym, które obejmuje badanie neuropsychologiczne, czyli badanie procesów poznawczych i badanie osobowości.

Uzyskiwane wyniki mają zróżnicowany charakter. Do najczęściej występujących trudności należy zaliczyć deficyty w procesie myślenia i rozwiązywania problemów, ponadto zaburzenia uwagi, niekiedy procesów pamięciowych, zwłaszcza pamięci świeżej.

Badanie Kwestionariuszem MMPI także ukazuje zróżnicowany obraz, z przewagą zaburzeń osobowości i zaburzeń adaptacyjnych. Często występują one u osób z zaburzeniami nastroju.

Zadane na początku pytania są trudne i chyba jednoznacznych odpowiedzi nie ma.

Długoterminowa kondycja osoby uzależnionej z naszej perspektywy nie wygląda najlepiej, gdyż szkody, z którymi osoba weszła do programu regenerują się bardzo wolno. Ponadto wszystko jest tu niejednoznaczne, by nie rzec dwoiste: metadon to lek czy nie-lek, ma wpływ pozytywny czy negatywny, to zamiana jednego uzależnienia na drugie czy kuracja, uczestnik – pacjent jest chory czy zdrowy, czy jest nadal narkomanem czy nim nie jest, czy metadon zamyka czy otwiera poczucie wolności, czy to się kiedyś kończy czy nie. Jeśli coś nie jest lekiem tylko substytutem to nie można oczekiwać, by rezultat był taki, jakby nim był.

Na pytanie czy zastąpienie jednego uzależnienia drugim leży w jej najlepiej pojętym interesie, można by przekornie odpowiedzieć pytaniem, czy gdyby uzależnionemu od hazardu zastąpić grę w pokera o pieniądze na grę w szklane kulki bez pieniędzy to czy zyskałby na tym interesie, albo gdyby uzależnionemu od seksu zastąpić żywe kobiety fantomami...

Przypisy:

1. Best D, Gossop M, Marsden J, Farrell M, Strang J.: "Time of day of methadone consumption and illicit heroin use". *Drug Alcohol Depend.* 1997 Dec; 49 (1): 49-54.
2. Des Jarlais DC.: "Evaluating national harm reduction programs". *Addiction.* 2005 Nov; 100 (11): 1575-6.
3. Paone D, Caloir S, Shi Q, Des Jarlais DC.: "Sex, drugs, and syringe exchange in New York City: women's experiences". *J Am Med Women's Assoc.* 1995 May-Aug; 50 (3-4): 109-14.
4. Friedman SR, Southwell M, Bueno R, Paone D, Byrne J, Crofts N.: "Harm reduction - a historical view from the left". *Int J Drug Policy.* 2001 Apr 1; 12 (1): 3-14.
5. Peyser H.: "Responsibility and addiction". *Psychiatr Serv.* 2002 Oct; 53 (10): 1327; author reply 1328.
6. Newman LS.: "Coping and defense: no clear distinction". *Am Psychol.* 2001 Sep; 56 (9): 60-1.
7. Dole VP.: "On federal regulation of methadone treatment". *JAMA.* 1995 Oct 25, 274 (16): 1307.
8. Robertson MJ.: "Homeless women with children. The role of alcohol and other drug abuse". *Am Psychol.* 1991 Nov; 46 (11): 1198-204. Review.
9. MacLeod CM.: "The item and list methods of directed forgetting: test differences and the role of demand characteristics". *Psychon Bull Rev.* 1999 Mar; 6 (1): 123-9.
10. Seligman ME, Rashid T, Parks AC.: "Positive psychotherapy". *Am Psychol.* 2006 Nov; 61 (8): 774-88.
11. Walker W.: "Ethical considerations in phenomenological research". *Nurse Res.* 2007; 14(3): 36-45. Review.
12. Rosenhan DL.: "The contextual nature of psychiatric diagnosis". *J Abnorm Psychol.* 1975 Oct; 84(5): 462-74.
13. Szczepańska Ł.: „Analiza objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych od „kompotu”, leczonych na Oddziale Detoksykacji” *Przegląd Lekarski*, 2001, 58, 4: 381-386.
14. Szczepańska Ł. Chrostek Maj J., Radomska M.: „Psychologiczno-psychiatryczna

- analiza danych uzyskanych w badaniu pacjentów w substytucji metadonowej”.
- Jubileuszowe V Ogólnopolskie forum profilaktyki i leczenia uzależnień. Toruń 16-17 października 2003 roku. Katalog konferencyjny.
15. Szczepańska Ł. Chrostek Maj J., Jenner B.: „Kompetencje społeczne w ocenie pacjentów w terapii metadonowej na tle zróżnicowanych uwarunkowań”. *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 382-386.
 16. Szczepańska Ł. Badania w toku.



Rozdział 12

Zakażenie HIV, uzależnienia i metadon

Dorota Rogowska-Szadkowska

Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Pojawienie się HIV/AIDS w Polsce, stwierdzenie w 1988r. zakażeń HIV wśród osób przyjmujących substancji psychoaktywnych w iniekcjach sprawiło, iż lekarze wielu specjalności zetknęli się z problemem uzależnień. Dla wielu z nich był to problem, którym wcześniej starali się nie zajmować.

W procesie kształcenia studentów medycyny kwestia uzależnień nie zajmowała zbyt wiele miejsca. Lekarze, którzy chcieli pomagać swoim pacjentom zakażonym HIV, uzależnionym od opiatów pacjentom, niezbędną wiedzę zdobywali na własną rękę. Doświadczenia z pierwszych lat epidemii zmieniły nastawienie i podejście wielu z nich do uzależnionych pacjentów.

Wraz z upływem lat, dzięki pojawieniu się skojarzonego leczenia antyretrowirusowego, poprawiło się znamienne rokowanie osób żyjących z HIV/AIDS. Życie osób zakażonych HIV uległo wydłużeniu, co sprawia, iż chorują oni coraz częściej na choroby niezwiązane z zakażeniem, wymagające pomocy innych specjalistów, niż lekarze leczący zakażenie HIV. Osoby zakażone HIV w następstwie przyjmowania substancji psychoaktywnych w iniekcjach stanowią duży odsetek pacjentów. Według danych Państwowego Zakładu Higieny do 29 lutego 2008r. zakażenie rozpoznano u 11 392 obywateli polskich, wśród których było przynajmniej 5 443 (47,7%) zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Jednak sposób kształcenia studentów medycyny nie uległ zmianie. Wiedza młodych lekarzy ogranicza się do informacji czerpanych ze środków masowego przekazu, które w ostatnich latach nie były przychylne jakiegokolwiek rodzaju odmiennościom od uznawanej normy.

W anonimowych badaniach ankietowych studentów VI roku Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prowadzonych w latach 2005 – 2006, dotyczących wiedzy i postaw przyszłych lekarzy wobec HIV/AIDS, zdecydowana większość odpowiadała, że największy wpływ na szerzenie się epidemii ma narkomania. Na pytanie „czy narkomanów należy karać, a nie leczyć” zdecydowanie i raczej tak odpowiedziało 111 ankietowanych (47,0%), raczej i zdecydowanie nie – 119 (50,5%), nie miało zdania 6 (2,5%) przyszłych lekarzy. Podczas seminarium poświęconemu leczeniu osób uzależnionych od nielegalnych substancji odurzających pojawiały się głosy, iż kiedy lekarz nabierze podejrzeń, iż jego pacjent jest narkomanem, powinien zawiadomić policję. Filozofia redukcji szkód komentowana była przez większość zabierających głos jako ułatwianie, zachęcanie do przyjmowania nielegalnych substancji odurzających i stwarzanie nienależnych przywilejów osobom, którym one się nie należą.

Wśród lekarzy, nie tylko polskich, panuje wiele błędnych poglądów dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych. Jeden z najczęściej wyrażanych brzmiał „sami są sobie winni”. Ale żadna z osób, która sięgnęła po opiaty nie zakładała, że grozić jej może uzależnienie. Pierwsze doświadczenie z substancją zmieniającą stan świadomości jest zwykle dobrowolne. Niebezpieczeństwo pojawia się wtedy, kiedy doznania okażą się bardzo przyjemne. Wtedy chęć powtórzenia takiego stanu jest bardzo duża. Jednak nie wszyscy, którzy ponawiają takie doświadczenia uzależnią się od przyjmowanej substancji. U niektórych, w którymś momencie dobrowolnego przyjmowania narkotyku, tracona jest zdolność kontroli, pojawia się nałogowe, niezależnie od woli ciągłe przyjmowanie i nawroty przyjmowania po okresach abstynencji. Nie są znane mechanizmy związane z przejściem od dobrowolnego przyjmowania narkotyku do uzależnienia od niego [1]. Poszukuje się mechanizmów farmakologicznych, które mogłyby doprowadzić do odwrócenia tego zjawiska. Być może istnieją też uwarunkowania genetyczne.

Skuteczne leczenie uzależnienia polega na osiągnięciu poprawy dotyczącej przede wszystkim trzech obszarów: zmniejszenia przyjmowania narkotyku, poprawy stanu zdrowia osoby uzależnionej i jej społecznego funkcjonowania, a także zmniejszenia zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa społecznego [1]. Rokowanie jest znacznie lepsze dla osób, które wcześniej zdołały zdobyć wykształcenie, niż dla słabo wykształconych, niemających szans na znalezienie pracy, uzależnionych w takim samym lub nawet mniejszym stopniu od substancji psychoaktywnych kupowanych na ulicy za pieniądze zdobyte w następstwie przestępstw.

Dla osób uzależnionych od opiatów leczenie substytucyjne długo działającymi preparatami, jak na przykład metadon, może być traktowane jako droga

do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego. Dzięki przyjmowanemu codziennie – doustnie – metadonowi pacjent może zachowywać abstynencję od nielegalnych substancji odurzających, poprawić stan swojego zdrowia i być zdolnym do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Cytowani już O'Brien i McLellan porównują taką terapię do leczenia chorego na cukrzycę, przyjmującego iniekcje insuliny dla poprawy stanu zdrowia. Osoby przyjmujące przewlekle metadon są zdolne do wykonywania pracy zawodowej wymagającej szybkiego refleksu i umiejętności prowadzenia pojazdów. Oczywiście jest, że nie wszyscy przyjmujący metadon mogą wykonywać takie prace, ale zależy to przede wszystkim od ich poziomu edukacji, problemów socjalno-bytowych. Łączenie metadonu z lekami z grupy benzodiazepin i alkoholem znacząco zmienia sytuację, gdyż te substancje powodują sedację, osłabienie zdolności ruchowych i umysłowych, depresję układu oddechowego i nawet śmierć z powodu przedawkowania [2], o czym osoby leczone metadonem i buprenorfiną powinny być informowane.

Przebieg zakażenia HIV u osób uzależnionych w dobie skojarzonej terapii antyretrowirusowej

W początkach epidemii AIDS pojawiały się sugestie, iż przyjmowanie substancji psychoaktywnych w iniekcjach przyspiesza postęp zakażenia HIV do AIDS i śmierci, zaś zaprzestanie ich przyjmowania lub rozpoczęcie terapii substytucyjnej metadonem opóźnia wystąpienie AIDS [3]. Później okazało się, iż szybkość postępu zakażenia HIV nie zależy od dróg przenoszenia wirusa [4]. Pojawiały się też doniesienia mówiące, iż osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach żyją z zakażeniem HIV dłużej, niż homoseksualni mężczyźni [5].

Od czasu wprowadzenia skojarzonej terapii antyretrowirusowej, określanej często skrótem HAART (ang. *highly active antiretroviral therapy* – wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa) bardziej istotny jest dostęp do leków antyretrowirusowych.

Coraz częściej zakażenie HIV określane jest jako choroba przewlekła, która nie daje się wprawdzie wyleczyć, ale której postęp można znacznie zwolnić. Także tu używany bywa przykład cukrzycy – nie można jej wyleczyć, ale można ją kontrolować. Jednak wydłużenie życia osób zakażonych HIV przyczynia się do wzrostu liczby zachorowań i śmierci spowodowanych chorobami wątroby, serca i naczyń, płuc oraz nowotworami niezwiązanymi z AIDS [6].

Dostęp osób uzależnionych do terapii antyretrowirusowej

Mimo niewątpliwych korzyści uzyskiwanych dzięki HAART nie wszyscy pacjenci mają jednakowy dostęp do leczenia, nawet w krajach, w których leczenie

antyretrowirusowe oferowane jest bezpłatnie. HAART rzadziej przepisywany jest kobietom i – niezależnie od płci – osobom przyjmującym środki psychoaktywne w iniekcjach, w przeszłości lub obecnie [7]. W USA, w erze dostępności leków, okres bezobjawowy zakażenia uległ wydłużeniu u kobiet tylko o 14% (dla tych, które rozpoczęły terapię z liczbą komórek CD4 wyższą od $200/\text{mm}^3$) i o 34% (dla rozpoczynających terapię przy $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$), u osób przyjmujących substancje odurzające w iniekcjach odpowiednio o 16% i 34%, zaś u osób nieuzależnionych o 65% i 135% [8].

W roku 2004 w krajach Europy Wschodniej i Środkowej Azji tylko 14% osób uzależnionych od przyjmowanych w iniekcjach substancji odurzających – w przeszłości lub obecnie – przyjmowało leki antyretrowirusowe. W tym samym czasie w Polsce leczono 1 010 osób uzależnionych, którzy stanowili 43,3% wszystkich pacjentów przyjmujących leki antyretrowirusowe [9]. Nie tylko w Polsce osoby uzależnione uważane są za mniej zdolne do dokładnego przestrzegania zaleceń związanych z przyjmowaniem leków antyretrowirusowych, niż inni pacjenci. Często zakłada się, iż tryb życia, wpływ substancji psychoaktywnych wyklucza właściwe przyjmowanie leków. Tyle tylko, że trudności ze zgodnym z zaleceniami przyjmowaniem leków antyretrowirusowych mają niemal wszyscy żyjący z HIV, niezależnie od tego czy kiedykolwiek byli lub są uzależnieni od narkotyków. Wiadomo, iż – między innymi – liczba tabletek, częstość przyjmowania tabletek w ciągu doby, konieczność bycia na czczo lub przyjmowania leków z posiłkiem a także działania niepożądane powodowane przez leki, mają największy wpływ na dokładność ich przyjmowania przez większość osób żyjących z HIV, niezależnie od istniejącego lub nie istniejącego uzależnienia [10].

Ogromne znaczenie mają także dobre, oparte na zaufaniu relacje z lekarzem leczącym zakażenie HIV [11]. W badaniach przeprowadzonych w USA wykazano, iż ponad 20% zakażonych HIV pacjentów leczonych jest przez lekarzy mających uprzedzenia wobec osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, co sprawia, iż znacznie rzadziej włączani są do terapii antyretrowirusowej. W tych samych badaniach potwierdzono, iż zwiększenie wiedzy klinicystów dotyczącej leczenia antyretrowirusowego, a także danie im dostatecznej ilości czasu na skupienie się na problemach uzależnionych pacjentów może pomóc w zmianie nastawienia [12].

Osoby żyjące z HIV, przyjmujące w przeszłości lub obecnie środki odurzające w iniekcjach, częściej niż inni pacjenci, leczone są zestawami leków antyretrowirusowych niezgodnymi z aktualnymi zaleceniami terapeutycznymi [13]. Wood i wsp. sądzą, że może to odzwierciedlać przekonania niektórych lekarzy, iż osoby mające mniej ustabilizowany tryb życia mogą dokładniej stosować się do mniej złożonych zestawów leków. Na decyzje o wyborze subop-

tymalnych zestawów leków mogą wpływać też obawy dotyczące prawdopodobieństwa powstania oporności na leki. Obawy takie nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości. Na przykład wśród pacjentów leczonych pierwszym zestawem leków antyretrowirusowych w Kolumbii Brytyjskiej (Kanada) częstość powstawania oporności na wszystkie główne klasy leków antyretrowirusowych po 30 miesiącach leczenia była podobna, niezależnie od istniejącego lub nieistniejącego uzależnienia [14]. Natomiast wiadomo już, że niedostateczne hamowanie namnażania się wirusa, zdarzające się często przy stosowaniu subopimalnego zestawu leków, przyczynia się do powstawania oporności na leki.

Lekarze często starają się ocenić zdolność pacjenta do przestrzegania zaleceń związanych z przyjmowaniem leków antyretrowirusowych. Jednakże taka ocena, nie tylko w przypadku osób mających problem z uzależnieniem, jest często myląca. W obserwacjach pochodzących z Francji zwrócono uwagę, iż prawdopodobieństwo oceny pacjenta jako rokującego dokładne przyjmowanie leków jest większe, kiedy jest to osoba mająca 30 lat i więcej, kobieta, osoba uznana za nieprzyjmującą narkotyków w iniekcjach lub niebędąca na terapii substytucyjnej. W tym samym doniesieniu podkreślono, iż ponad 60% pacjentów lekarze ocenili jako stosujących się do zaleceń, podczas gdy sami pacjenci przyznawali, iż mają z tym poważne trudności [15].

Wielokrotnie wykazywano, iż przygotowanie pacjenta do terapii, gotowość do jej rozpoczęcia jest czynnikiem decydującym o dokładności przyjmowania leków. Wśród osób wykazujących gotowość do rozpoczęcia terapii warunki mieszkaniowe lub bezdomność, spożywanie alkoholu lub przyjmowanie narkotyków, poziom wykształcenia nie miały wpływu na dokładność stosowania się do zaleceń terapeutycznych, a ponad 60% badanych przez Waldrop-Valverde i Valverde pacjentów wykazywało 100% dokładne stosowanie się do zaleceń, jedynie depresja była wskaźnikiem możliwości mniej dokładnego przyjmowania leków [16]. Martini i wsp. wykazali, iż przyjmujący heroinę pacjenci wykazywali częściej dostateczną dokładność w przyjmowaniu leków (50%), niż osoby nieprzyjmujące substancji psychoaktywnych (42,3%), [17]. Jednakże przygotowanie pacjenta do rozpoczęcia lub zmiany terapii antyretrowirusowej wymaga od lekarza czasu, cierpliwości, umiejętności przekazania istotnych informacji w sposób zrozumiały dla pacjenta.

Rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego wymaga monitorowania liczby komórek CD4 i poziomu wirerii HIV od momentu rozpoznania zakażenia HIV, co 3 – 6 miesięcy, by możliwe było ustalenie właściwego momentu na wdrożenie terapii. Ale zdarza się, że pacjenci twierdzą, iż włączono im leczenie bez sprawdzenia liczby CD4 i wirerii. Nie jest to tylko nasz problem. W badaniach Wooda i wsp. wykazano, iż 39% osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych nie miało oznaczanej liczby komórek CD4 w momencie

włączenia do obserwacji, a częściej nie monitorowano ich liczby u kobiet i pacjentów należących do mniejszości narodowościowych [18].

Dlaczego metadon wybierany jest przez osoby uzależnione od opiatów?

Osoby uzależnione przez wiele lat od opiatów przyjmowanych w iniekcjach często boją się – z bardzo różnych powodów – całkowitej abstynencji. Przyjmowany doustnie metadon jest ciągle niemożliwym do spełnienia marzeniem wielu uzależnionych osób. A przecież jego zalety są doskonale znane od wielu lat. Terapia substytucyjna poprawia jakość życia osób uzależnionych już po miesiącu przyjmowania metadonu i zmiana ta zwykle poprzedza inne wskaźniki skuteczności leczenia, jak przyjmowanie heroiny czy zachowania będące w sprzeczności z prawem [19]. Jakość życia ulega poprawie wraz z czasem przyjmowania metadonu [20]. Zmniejsza się liczba zachorowań, zakażeń związanych z nie zawsze sterylnymi iniekcjami [21]. W badaniach prowadzonych w Amsterdamie (Holandia) wykazano, iż uczestnictwo w pełnym programie redukcji szkód zmniejsza ryzyko zakażeń nie tylko HIV, ale i HCV [22]. Stanowi to wymierną korzyść zarówno dla samej osoby uzależnionej, jak i dla reszty społeczeństwa, zmniejszając liczbę hospitalizacji i koszty leczenia osób uzależnionych.

Osoby uzależnione od przyjmowanych w iniekcjach opiatów mają też zwykle świadomość częstszego umierania uzależnionych rówieśników. Śmiertelność w tej grupie osób jest sześciokrotnie większa, niż w populacji ogólnej osób będących w tym samym wieku [23]. Wybierają, więc, jeśli jest to możliwe, terapię substytucyjną, która tak naprawdę jest terapią ratującą życie [24].

Dostęp osób uzależnionych do metadonu

Przeciwnicy metadonu wyrażają często obawy, iż terapia substytucyjna spowoduje zwiększenie liczby śmierci spowodowanych przedawkowaniem narkotyków. Obserwacje z wielu krajów, między innymi z Anglii i Walii [25], dowodzą, iż heroina zabija więcej ludzi, niż metadon, a w meta-analizie pięciu badań wykazano, iż terapia substytucyjna metadonem zmniejsza o $\frac{3}{4}$ ryzyko śmierci osób uzależnionych od heroiny [26]. Maxwell i wsp. podkreślają, iż programy metadonowe powinny zapewniać opiekę medyczną dotyczącą innych stanów chorobowych, gdyż w prowadzonych przez nich sześcioletnich obserwacjach 20% pacjentów zmarło z powodu chorób wątroby, 18% - z powodu chorób serca i naczyń [27].

Wielokrotnie też wykazywano, iż ryzyko śmierci jest większe dla osób, które opuściły program metadonowy – z własnej woli lub za karę. W obserwa-

cjach Zanisa i Woody'ego spośród 110 pacjentów, którzy przerwali terapię substytucyjną 9 (8,2%) zmarło, w tym 6 z powodu przedawkowania heroiny, zaś wśród pozostających na leczeniu stwierdzono 4 zgony (1,0%) w tym samym czasie obserwacji [28].

Pierwszy program metadonowy w Polsce powstał w Warszawie, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w roku 1992. Liczba programów zwiększała się wolno. W 2001r. istniało 10 takich programów, w których leczono około 500 pacjentów [29]. W 2006r. prowadzono 12 programów obejmujących około 1 220 pacjentów [30]. Ale w Warszawie, w której w 2006r. działały 3 programy leczące około 300 pacjentów, potrzebę leczenia substytucyjnego szacowano na 1 000 – 2 000 nowych pacjentów, a średni czas oczekiwania na wejście do programu wynosiło 60 tygodni (ponad rok), [31]. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii przewiduje, że do 2010r. 20% osób uzależnionych od opiatów powinno być objętych leczeniem substytucyjnym.

Osoby uzależnione od opiatów wymagają często hospitalizacji z powodów innych, niż zakażenie HIV [32]. Personel placówek szpitalnych na ogół nie jest świadomy występowania zespołu abstynencyjnego, nie jest też przygotowany do łagodzenia jego objawów. Dlatego niemożliwe jest utrzymanie abstynencji przez pacjentów, co przyczynia się do przemykania opiatów do oddziałów szpitalnych, często też uniemożliwia wytrwanie pacjenta do czasu zakończenia leczenia choroby, z powodu, której znalazł się w szpitalu. Wprawdzie niedawna zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia wprowadziła ustęp mówiący, iż leczenie substytucyjne osoby hospitalizowanej w zakładzie opieki zdrowotnej „jest kontynuowane na podstawie porozumienia zawartego przez kierownika programu z zakładem opieki zdrowotnej, w którym aktualnie przebywa pacjent”, jednak nie rozwiązuje to problemu osób uzależnionych, mieszkających daleko od programu. Wielokrotnie wykazywano, iż dostępność metadonu na oddziale leczącym osoby uzależnione zmniejsza częstość opuszczania przez nie szpitala wbrew zaleceniom lekarzy [33]. A to z kolei daje szansę na wyleczenie schorzenia, z powodu, którego pacjent trafił do szpitala i zapobiega powtórny hospitalizacjom. Często zdarza się, iż pacjent, który opuścił oddział przed zakończeniem terapii po krótszym lub dłuższym czasie wraca ponownie, ale w cięższym stanie, co wymaga intensywniejszego leczenia. Stwarza to zagrożenie dla pacjenta, ale także zwiększa koszty związane z leczeniem.

Leczenie substytucyjne od niedawna prowadzone jest w więzieniach. Po zaostrzeniu w 2000r. ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzającego karalność za posiadanie niewielkiej nawet ilości nielegalnej substancji, liczba osób skazywanych za przestępstwa związane z narkotykami wzrosła. W 2006r. istniały 3 programy obejmujące około 40 osób. Główną przeszkodą w urucha-

mianiu kolejnych programów jest brak możliwości zapewnienia osadzonemu kontynuacji leczenia na wolności.

System terapii substytucyjnej prowadzonej w ramach programów metadonowych, tworzonych i prowadzonych zgodnie z rozporządzeniami Ministerstwa Zdrowia przyczynia się do oddzielania jej od systemu opieki zdrowotnej, zmniejsza dostęp do innych usług medycznych, a także przyczynia się do stygmatyzacji nawet skutecznie leczonych pacjentów. W wielu krajach leczenie substytucyjne nie ogranicza się tylko do wyspecjalizowanych programów. Terapia metadonem prowadzona jest przez przeszkolonych lekarzy ogólnych, chętnych do objęcia opieką osób uzależnionych, lekarzy rodzinnych między innymi w Szwajcarii [34], Wielkiej Brytanii [35], Australii [36]. W niektórych krajach leczenie substytucyjne prowadzone jest niemal wyłącznie przez lekarzy ogólnych i apteki, w innych nowi i bardziej problemowi pacjenci leczeni są w specjalistycznych ośrodkach, a po osiągnięciu stabilizacji przekazywani są pod opiekę lekarzy ogólnych. Takie podejście powoduje zwiększenie liczby osób, które mogą korzystać z metadonu. W Australii liczba leczonych pacjentów wzrosła z 2 000 do 15 000 od 1985 do 1995r., w znacznie mierze dzięki lekarzom ogólnym. Przyczynia się także do zwiększenia wiedzy dotyczącej problemów, także zdrowotnych, związanych z uzależnieniami wśród większej liczby lekarzy dzięki prowadzonym szkoleniom i gromadzonym doświadczeniom własnym [37]. W literaturze medycznej istnieje wiele doniesień mówiących o zmianie poglądów lekarzy rodzinnych na problem uzależnień dopiero wówczas, kiedy pojawił się on wśród dzieci objętych opieką pacjentów [38].

Metadon z punktu widzenia lekarza niezajmującego się uzależnieniami

Od ponad 40 lat wiadomo, że pacjenci przyjmujący metadon mogą prowadzić normalny tryb życia, uczyć się, pracować. Warunkiem normalizacji życia jest jednak dostępność metadonu.

W początkach epidemii HIV/AIDS w Polsce lekarze zajmujący się leczeniem pacjentów zderzyli się z problemem uzależnień. Problemy zdrowotne spowodowane zakażeniem HIV powodowały, iż wielu z nich nie starczało już czasu, czasem zrozumienia, na zgłębianie problemów związanych z uzależnieniem – wówczas przede wszystkim od polskiej heroiny (kompotu). W niektórych ośrodkach próbowano oddzielać problem narkomanii od HIV, kierując pacjentów przed hospitalizacją w oddziale zakaźnym na detoksykację. Ale szybko zdano sobie sprawę z tego, że pomoc w przetrwaniu objawów abstynencyjnych nie rozwiązuje problemu uzależnienia [39]. Niektórzy lekarze uczyli się problemu uzależnień od swoich pacjentów. Inni studiowali literaturę medyczną, w której znajdowano liczne dowody na skuteczność terapii substy-

tucyjnej w poprawie stanu zdrowia osób uzależnionych [40]. W początkach lat dziewięćdziesiątych wielu zakażonych HIV pacjentów uzależnionych od opiatów zmarło, nie z powodu AIDS, ale przedawkowania, zażycia substancji psychoaktywnych popitych alkoholem, powikłań schorzeń spowodowanych niesterylnymi iniekcjami. W tym czasie w Polsce trwała dyskusja o moralności zastępowania uzależnienia od jednego narkotyku uzależnieniem od innego.

Metadon ułatwiałby także leczenie antyretrowirusowe. Stabilna sytuacja życiowa pacjenta, możliwa dzięki przyjmowaniu metadonu, pomaga w dokładnym stosowaniu się do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków antyretrowirusowych.

Wprawdzie leki antyretrowirusowe, szczególnie należące do grupy inhibitorów proteazy i nienukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy wchodzi w interakcje z lekami przyjmowanymi przez pacjentów z innych przyczyn, niż leczenie zakażenia HIV, wchodzi też w interakcje z legalnymi i nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, wiele już o nich wiadomo. Informacji o interakcjach, w jakie wchodzi leki antyretrowirusowe z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi nie jest wiele. Ale wiedza dotycząca interakcji metadonu jest już spora i ciągle jest aktualizowana. Opisy przypadków i badania farmakokinetyczne sugerują, iż newirapina i efawirenz (nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy) indukują metabolizm metadonu, co może powodować pojawienie się objawów abstynencyjnych, zaś dane dotyczące inhibitorów proteazy HIV są mniej jednoznaczne [41].

Poza interakcjami z lekami antyretrowirusowymi terapia substytucyjna wiąże się z niebezpieczeństwem niewłaściwego leczenia bólu, ostrego i przewlekłego, występującego często z różnych powodów chorobowych u osób przewlekle uzależnionych. Leczenie bólu często jest niedostateczne, gdyż wśród lekarzy panuje wiele błędnych przekonań. Często uważają oni, iż agonisci opioidów, jak metadon, powodują analgezję, że podanie opioidów w celach przeciwbólowych spowodować może nawrót uzależnienia, że addycyjny efekt opioidowych środków przeciwbólowych i przyjmowanego metadonu może spowodować depresję układu oddechowego i ośrodkowego układu nerwowego, a zgłaszanie bólu może być manipulacją ze strony pacjenta [42]. Osoby uzależnione od opioidów, przyjmujące przewlekle metadon, cierpią także przewlekły ból, utrzymujący się dłużej, niż 6 miesięcy. Niedostateczne leczenie bólu, zwłaszcza przewlekłego, utrzymującego się przez ponad 6 miesięcy, zaburza normalne funkcjonowanie pacjenta i może spowodować, iż próby zmniejszenia jego nasilenia doprowadzą do sięgnięcia po środki psychoaktywne, co w konsekwencji może doprowadzić do usunięcia z programu i narażenie go na niebezpieczeństwo przedawkowania [43].

Podsumowanie

Od lat sześćdziesiątych XX wieku wielokrotnie udowodniano, iż leczenie substytucyjne metadonem powoduje wiele korzyści zarówno dla osób uzależnionych, jak i dla całego społeczeństwa.

W Polsce dostęp do metadonu ograniczają przepisy związane z jego dystrybucją, wymagające tworzenia tak zwanych programów i nakazujące osobom uzależnionym codzienne zgłaszanie się po dobową porcję preparatu. Takich programów jest w Polsce kilkanaście, zlokalizowane są na ogół w dużych miastach kraju. Ich niewielka liczba i obowiązek codziennego zgłaszania się po metadon powodują ich niedostępność dla wielu osób uzależnionych od opiatów mieszkających w małych miejscowościach i na wsiach. Umożliwienie tworzenia programów metadonowych organizacjom pozarządowym nie zwiększyło w istotny sposób ich liczby.

Dominujące w wielu krajach świata, także w Polsce, podejście do problemu uzależnień oparte na prawie karnym, ustawiające w pozycji przestępców producentów, handlarzy i użytkowników narkotyków powoduje wystawienie osób uzależnionych na niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia. Takie podejście podkopuje także skuteczność działań mających na celu zapobieganie przenoszeniu zakażeń przenoszonych przez krew.

Zmiana polityki dotyczącej leczenia osób uzależnionych od opiatów, umożliwienie stosowania metadonu przez odpowiednio przeszkolonych lekarzy rodzinnych, lekarzy pracujących w szpitalach, w których leczone są osoby uzależnione z powodu schorzeń będących często konsekwencją niesterylnych iniekcji, miałyby szansę odwrócić tragiczny często los osób uzależnionych, niemających szans na leczenie substytucyjne w obecnym kształcie. Dla całego społeczeństwa miałyby to wymierne korzyści: mniej obciążony byłby budżet przeznaczony na opiekę zdrowotną, a także na system penitencjarny, zmniejszyłoby się przenoszenie infekcji HIV z osób uzależnionych na osoby nieuzależnione...

Jednak najpierw niezbędne jest uzgodnienie poglądów przez tych, którzy zajmują się terapią uzależnień: czy bardziej zależy nam na pacjencie zachowującym pełną abstynencję, z pełną świadomością, że często jest to niemożliwe do osiągnięcia, czy na pacjencie, który przyjmując metadon ma szansę na powrót do społeczeństwa.

Przypisy:

1. O'Brien CP., McLellan AT.: "Myths about the treatment of addiction". *Lancet* 1996; 347: 237-240.
2. Lintzeris N., Mitchell TB., Bond AJ., Nestor L., Strang J.: "Pharmacodynamics of

- diazepam co-administered with methadone or buprenorphine under high dose conditions in opioids dependent patients". *Drug Alcohol Depend* 2007; 91: 187-194.
3. Weber R., Lederberger B., Opravil M., Siegenthaler W., Luthy R.: "Progression of HIV infection in misusers drugs who stop injecting or follow a programme of maintenance treatment with methadone". *Brit Med J* 1990; 301: 1362-1365.
 4. Pezzotti P., Galai N., Vlahov D. i wsp. for the ALIVE and ISS Groups: "Direct comparison of time to AIDS and infectious disease death between HIV seroconverter injection drug users in Italy and the United States: results from the ALIVE and ISS studies". *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999; 20: 275-282.
 5. Pehrson P., Lindbäck S., Lidman C., Gaines H., Gisecke J.: "Longer survival agree HIV infection for injecting drug users than for homosexual men: implications for immunology". *AIDS* 2007; 11: 1007-1012.
 6. Palella FJ. Jr., Baker RK., Moorman AC. i wsp.: "HIV Outpatient Study Investigators". *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43: 27-34.
 7. Strathdee SA., Palepu A., Cornelisse PGA. i wsp.: "Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users". *JAMA* 1998; 280: 547-549.
 8. Poundstone KE., Chaisson RE., Moore RD.: "Differences in HIV disease progression by injecting drug use and by sex in the era of highly active antiretroviral therapy". *AIDS* 2001; 15: 1115-1123.
 9. Aceijas C., Oppenheimer E., Simson GV. And all. on behalf of the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries: "Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the "Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy" ("3 by 5"). *Addiction* 2006; 101: 1246-1253.
 10. Stone VE., Jordan J., Tolson J., Miller R., Pilon T.: "Perspectives on adherence and simplicity for HIV-1 infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in predicting adherence". *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 36: 808-816.
 11. Demmer C.: "Relationship with health care provider and adherence to HIV medication". *Psychol Rep* 2003; 93: 494-496.
 12. Ding L., Landon BE., Wilson IB. i wsp: "Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users". *Arch Intern Med* 2005; 165: 618-623.
 13. Wood E., Hogg RS., Kerr T. i wsp: "Rates of inappropriate antiretroviral prescription among injection drug users". *Harm Red J* 2006; 4: 2 (<http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/2>).
 14. Wood E., Hogg RS., Yip B. i wsp: "Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use". *AIDS* 2005; 19: 1189-1195.
 15. Escaffre N., Morin M., Bouhnik AD. i wsp.: "The MANIF 2000 Study Group. Injecting drug users' adherence to HIV treatments: physicians' beliefs". *AIDS Care* 2000; 12: 723-730.
 16. Waldrop-Valverde D., Valverde E.: "Homelessness and psychological distress as contributors to antiretroviral nonadherence in HIV-positive injecting drug users". *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19: 326-334.
 17. Martini M., Recchia E., Nasta P. i wsp.: "Illicit drug use: can it predict adherence to antiretroviral therapy?" *Eur J Epidemiol* 2004; 19: 585-587.
 18. Wood E., Hogg RS., Bonnier S. i wsp: "Staging for antiretroviral therapy among HIV-infected drug users". *JAMA* 2004; 292: 1175-1177.

19. Torrens M., San L., Martinez A. i wsp.: "Use of Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment". *Addiction* 1997; 92: 707-716.
20. Torrens M., Domingo-Salvany A., Alonso J., Castillo C., San L.: "Methadone and quality of life". *Lancet* 1999; 353: 1101.
21. Hartel DM., Schoenbaum EE.: "Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City". *Publ Health Rep* 1998; 113: 107-115.
22. Van Den Berg C., Smit C., Van Brussel G., Coutinho R., Prins M.: "Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users". *Addiction* 2007; 102: 1454-1462.
23. Drummer O., Syrjanen M., Openskin K., Cordner S.: "Deaths of heroin addicts starting on a methadone maintenance programme". *Lancet* 1990; 336:108.
24. Gibson A., Degenhardt L., Mattick RP, Ali R, Whire J, O'Brien S. Exposure to opioids maintenance therapy reduces long-term mortality. *Addiction* 2008; 103: 462-468.
25. Hickman M., Madden P., Henry J. i wsp.: "Trends in drug overdose deaths in England and Wales 1993-98: Methadone does not kill more people than metadon". *Addiction* 2003; 98: 419-425.
26. Capelhorn JRM., Dalton MS., Halfar F., Petrenas AM., Nisbet JG.: "Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose". *Subst Use Misuse* 1996; 31: 177-196.
27. Maxwell JC., Pullum TW., Tannert K.: "Deaths of clients in methadone treatment in Texas: 1994 – 2000". *Drug Alcohol Depend* 2005; 78: 73-81.
28. Zanis DA., Woody GE.: "One-year mortality rates following methadone treatment discharge". *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 257-260.
29. Karakiewicz B., Zubczewska-Ślósarek., Koziolec T., Rotter I.: „Methadone substitution treatment programmes in Poland”. *Int J Drug Policy* 2004;15:217-218.
30. Malczewski A.: „Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i w Europie”. *Serwis informacyjny Narkomania* 2007;1(36):9-13.
31. Moskalewicz J., Sierosławski J., Bujalski M.: „Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie”. *Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2006.*
32. Haverkos HW., Lange WR.: "Serious infections other than human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers". *J Infect Dis* 1990; 161: 894-902.
33. Chan ACH., Palepu A., Guh DP. i wsp.: "HIV-positive injection drug users who leave the hospital against medical advice. The mitigating role of methadone and social support". *J Acquir Immune Def Syndr* 2004; 35: 56-59.
34. Klingemann HK.: "Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response". *Addiction* 1996; 91: 723-736.
35. Brewer C.: "Recent developments in maintenance prescribing and monitoring in United Kingdom". *Bull NY Acad Med* 1995;72:359-370/.
36. Calperhorn J., Batey R.: "Methadone maintenance in Australia". *J Drug Users* 1992;22:661-679.
37. Merrill JO.: "Policy Progress for physician treatment of opiate addiction". *J Gen Intern Med* 2002; 17: 361-368.
38. Loxterkamp D.: "Helping "them": our role in recovery from opioids dependence". *Ann Fam Med* 2006; 4: 168-171.
39. Mattick RP., Hall W.: "Are detoxification programmes effective?" *Lancet* 1996; 347: 97-100.

40. Skwie I., Brekke M., Libanek M., Waal H.: "Somatic health among heroin addicts before and during opioids maintenance treatment: a retrospective cohort study". *BMC Public Health* 2008; 8: 43 (www.biomedcentral.com/1471-2-245/8/43).
41. Antoniou T., Steng AL.: "Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents". *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1598-1613.
42. Altfor DP., Compton P., Samet JH.: "Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy". *Ann Intern Med* 2006; 144: 127-134.
43. Rosenblum A., Joseph S., Fong C. i wsp.: "Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities". *JAMA* 2003; 289: 2370-2378.



Rozdział 13

Smak chleba

„Anita”

To nie będzie pouczająca opowiadka; smutna, lecz nieubłagane dążąca do happy endu. To w ogóle nie będzie historia z happy endem. Takie rzeczy to tylko w bajkach, i to tych albo niezbyt mądrych, albo takich, których nie należy rozumieć zbyt dosłownie. Happy End jest zamkniętą formą, od której nie ma odwołania, podczas gdy w przypadku uzależnienia (podobnie jak z przypadku prawdziwego życia) wszystko pozostaje płynne, chwiejne i otwarte.

Kusi mnie, aby wątek starego przysłowia branżowego mówiącego o tym, że „każdy kiedyś przestaje, ale tylko niektórym udaje się to za życia” cynicznie pociągnąć dalej i wyspekulować, że gdyby każdy otrzymał do dyspozycji nadliczbowe sto lat miałby szansę nie tylko przestać, ale i zacząć od nowa, tym samym zataczając koło i wracając do punktu wyjścia. Generalnie rzecz biorąc należy chyba jednak uznać, że rozwój jest zjawiskiem z definicji nieodwracalnym, przynajmniej o tyle, o ile nie jest to tylko pozorny rozwój.

Można powiedzieć, że - tak jak większość pacjentów - do programu metadonowego doprowadził mnie wtórny instynkt. Łatwość tej decyzji miała ze świadomym wyborem tyle wspólnego, ile decyzja głodnego zwierzęcia o napoczęciu zdobyczy.

Zgłaszając się do poradni miałam - jak każdy ćpun - wytyczoną mapę świata, z wyraźnie zaznaczonymi obszarami, których należy unikać i tymi, do których trzeba dążyć. Jeżeli zimne obszary braku narkotyku były zaznaczone na niebiesko, to poradnia niewątpliwie przedstawiała się na tej mapie geotermicznej na ciemnoczerwono.

Miałam naturalnie pewne wyobrażenia i oczekiwania na temat tego, jak technicznie powinna funkcjonować tego typu placówka - o tyle, o ile dotyczyło to zasadniczej kwestii: stałej i nieograniczonej dystrybucji. Natomiast ewentualne niebezpieczeństwa, pułapki, długofalowe konsekwencje, skutki uboczne etc. pozostawały poza zasięgiem zawężonego ćpuńskiego horyzontu zdarzeń.

Chwilom dzielącym moment przyjęcia pierwszej dawki od pierwszych symptomów jej działania towarzyszyły emocje sapersa rozbijającego bombę, tylko trochę na odwrót. Wszyscy odetchnęliśmy z ulgą, kiedy wreszcie wybuchła. A wybuchła w iście wielkim stylu, tak, że niektórzy niesieni na fali uderzeniowej do dziś nie mogą się zatrzymać.

Myślę, że nikt nie będzie miał mi za złe, jeżeli czasem posłużę się liczbą mnogą opisując pewne doświadczenia, ponieważ uważam, że gros doznań miało dla nas wszystkich przynajmniej na początku wspólny mianownik.

Wbrew zdrowemu rozsądkowi, naukowym przesłankom, ogólnym zasadom świata i w ogóle wbrew wszystkiemu - wielu z nas doszło do przekonania, że oto ktoś podarował nam/zaserwowano nam kamień filozoficzny; uniwersalne remedium na nasze uzależnienie i wszelki Weltschmerz w ogóle. Że pakt z diabłem, który podpisaliśmy z chwilą sięgnięcia po zakazany owoc został ot, tak, po prostu anulowany. Cóż za naiwność. Przypuszczam, że jest to normalna reakcja w pierwszej fazie terapii metadonowej, ów efekt zachłyśnięcia, i że jest to wliczone w proces terapeutyczny. Nie jest natomiast wliczone w proces terapeutyczny nieograniczone trwanie w stanie owej błogiej nieświadomości. W stosownej chwili do akcji powinni włączyć się specjaliści i starać się dyskretnie pokierować procesem zmian w życiu. Z drugiej strony, trudno oczekiwać cudów, kiedy ma się do dyspozycji dwóch (w porywach) terapeutów stojących na przeciw blisko stuosobowej rzeszy uzależnionych, z których każdy, pomimo pozornych podobieństw w obrazie klinicznym choroby - posiada inną biografię i osobowość, a co za tym idzie - inny typ i skalę problemu. Przypadkowy amator używek; obrotny życiowo młodzieniec, którego zaradność świetnie przekładała się na model funkcjonowania w środowisku z pewnością oczekuje czegoś innego, niż introwertyczny, ledwo wiążący koniec z końcem neurotyk, którego zetknięcie ze środkami przypominało odnalezienie brakującej czy zagubionej części swej istoty. Aby okiełznać taki żywioł trzeba by mieć chyba - nie przymierzając - stanowczość rozkazującego falom, serce gotowe pomieścić trędowatych, moc wskrzeszania umarłych i jeszcze dodatkowo (a raczej przede wszystkim) rozmnażać chleb, mieszkania i pracę. Acha, i jeszcze posiadać zdolność klonowania czy jak kto woli wielokrotnej bilokacji. Aby być jednocześnie w tych kilku miejscach, gdzie akurat rozgrywa się jakiś dramat. A skoro już przy tym jesteśmy to przydałaby się umiejętność wypędzania demonów. **To oczywiście taki nie do końca żart, który obrazuje drastyczny deficyt ro-**

dzimej oferty terapeutyczno-społecznej w stosunku do realnych potrzeb.

A drugie (albo trzecie) dno tej metafory jest takie, że fajnie byłoby mieć pod ręką jakąś Osobę o boskich kompetencjach, ale tak naprawdę - ponieważ jest to w takiej dosłownej postaci niemożliwe, a realia są drapieżne - każdy musi sam odnaleźć, przywołać i zmobilizować swoje wewnętrzne „duchy opiekuńcze”. A po drodze bardzo uważać, aby nie pomylić ich z dotychczasowymi, starymi, znanymi „pocieszycielami”, którzy już niczego nie mogą nam zaoferować. Te „duchy opiekuńcze” objawiają się pod różnymi postaciami, ale ich posłannictwo jest dla wszystkich jednakowe i podpowiada: zadbaj o siebie; zaopiekuj się sobą; znajdź schronienie. Może to być przyjemność odnajdywana w chodzeniu do fryzjera i kosmetyczki, może być fascynacja komputerem, (choć tu byłabym ostrożna), może być łażenie po górach. Cokolwiek, co nie jest obciążone „narkotyczną złą energią”.

Tak więc rozpoczął się codzienny rytuał przyjeżdżania do poradni. Rytuał ten odsłania kolejny potężny Cień związany z uzależnieniem: przymus życia pod dyktando patologicznego porządku, w obrębie, którego nic nowego nie ma prawa zaistnieć i który - jak to z rytuałem bywa - ma za zadanie zapewnienie sztucznego bezpieczeństwa; wytworzenie swego „horyzontu zdarzeń”, poza który osoba obawia się wychylić. (Jak pisze prof. Kępiński w swojej książce „Schizofrenia” - człowiek w rytuale zamienia pierwotny strach w strach przed niespełnieniem rytuału.)

Początkowo zmiany w „obrzędku” wprowadziły u niektórych osób pewien niepokój, a raczej poczucie niedosytu: zaledwie jedno święto w przeciągu całego dnia dla osoby przyzwyczajonej „świętować” co kilka godzin, to zdecydowanie za mało! Ponieważ jednak środek sam w sobie był znacznej mocy i nie pozostawiał miejsca na fizyczny dyskomfort, tak, więc zreformowanie obyczajów tak, aby demon uzależnienia nie doznał uszczerbku było tylko kwestią czasu. Na palcach jednej ręki można by policzyć osoby, które już wtedy postarały się mu przeciwstawić. Niemniej powiodło się właśnie tym, którzy oparli się siłę grawitacji świetlicowych stolików. Tym, którym udało się w porę umknąć z zatrzymanego kadru z tytoniowym miazmatem zawieszonym nieruchomo w powietrzu i paplaniną, która „zjadała czas” jak stary magnetofon.

Nadeszła wiosna (rok 2000). Ludzie wylegli na okoliczne łąki, dym z papierosów rozwił się po okolicy, mieszał z wyziewami huty i śpiewem ptaków (tak, że zaczęły się krztusić), a okoliczni mieszkańcy uważnie przypatrywać się dziwnej trupie, która rozbiła obóz pod gołym niebem. Wszyscy byliśmy upojeni piwem i wolnością w naszym zniewoleniu. Druty kolczaste pod napięciem zostały pięknie umajone (nomen omen, wszak mowa o pierwszej wiosnie), wyłączono prąd i wycięto małą furtkę, zaś igły i szpile wbijane nam przez deale-

rów zamieniono na mdły syrop i miłe słowa personelu. Na ogół miłe. Wtedy, o ile pamiętam do śpięć dochodziło jeszcze dość wyrywkowo, a jednak „szpila” wsadzona przez kogoś, kto z definicji ma cię chronić i wspierać potrafi zabość bardziej niż bluzgi kogoś, po kim ostatecznie niczego lepszego się nie spodziewałeś. Terapia, niezależnie od lepszych czy gorszych chęci i kompetencji prowadzących przypominała wesołe, beztroskie, harcerskie zdobywanie sprawności terenowych w zadaszonym, zamkniętym i ciepłym pomieszczeniu. Trzeba jasno powiedzieć, że na tym etapie mało, kto był tak naprawdę zainteresowany terapią, a dodatkowo wysoki pułap dawek nie ułatwiał zadania ani pacjentom, ani terapeutom. Trudno poddawać się próbom i zwiększać swoją wytrzymałość na ciosy pod osłoną skafandra ochronnego o bardzo grubym podszyciu. Powiedzieć komuś wtedy, że prawdziwa terapia „musi boleć”, to jak oznajmić delikwentowi, który po długim czekaniu wreszcie doprosił się chirurga o solidny opatrunek, że „musimy jeszcze trochę pogmerać w tej ranie”.

Nie wykluczam możliwości terapii podczas uczestnictwa w programie metadonowym, w mojej opinii jednak tego rodzaju przedsięwzięcie wymaga ogromnego zaangażowania i determinacji z obu stron. Wprawdzie pacjent jest mniej narażony na pokusy, z drugiej strony jednak taka nadmiernie „s cementowana” przez środek duszyczka nie stanowi zbyt wdzięcznego materiału do obróbki dla terapeuty.

Terapia rozkłada pacjenta - obrazek z puzzli; wizerunek spójny, choć potworny - na czynniki pierwsze i dąży do tego, aby te rozproszone elementy scalić ponownie w bardziej optymistyczny i zdrowy krajobraz. Proces ten nie dokonuje się naturalnie w trakcie jednej sesji. Proszę sobie wyobrazić na wpół rozgrzebaną układankę zalaną cementem, znów rozmiękczoną i tak w kółko... Prawdopodobnie nie jest to miejsce na terapię „głęboką”. Być może byłyby tu bardziej adekwatne i skuteczne inne formy uzdrawiania; mechaniczne i nie tak bezkompromisowe. Ostatecznie opcja metadonowa jest typowym przykładem kompromisowego modelu rozwiązywania problemów.

Kolejna zima (2000/2001) była dla mnie zimą spędzoną za kołem podbiegunowym. Budziłam się, kiedy słońce właśnie zaczynało zachodzić, do poradni docierałam, kiedy panowały już egipskie ciemności. W moich wspomnieniach to chyba najmroczniejszy okres w moim życiu. Dni zostały maksymalnie zrutynizowane: wstać, ubrać się, dotrzeć na czas do poradni, przechylić kubek, poczekać, doczekać się efektu. W pewnym sensie brakowało elementu nieprzewidywalności i zagrożenia. Narkoman oczywiście kocha rutynę, ale w obrębie tej rutyny nie może zabraknąć odrobiny adrenaliny.

Na wiosnę urodziłam córeczkę i sytuacja trochę się odmieniła. Zaczęłam otrzymywać metadon do domu (tzw. zaliczki) i tak już miało pozostać,

z niewielkimi wahaniami, jeśli chodzi o odstępy czasowe. Wspomniany czas obejmuje okres rzędu kilku lat tak, więc patrząc nań „z lotu ptaka” równie łatwo poddać się pokusie nadmiernej idealizacji, (ponieważ poszczególne spięcia, niejednokrotnie o ogromnej sile rażenia łatwo ulegają w pamięci zatarciu i stępieniu) jak i wyrzucenia na śmietnik całego tego okresu.

Z nastaniem roku 2002 skończył się dla programu „okres ochronny”: wygasła mianowicie umowa, która gwarantowała mu nietykalność i finansowanie zapasów metadonu. Wiosna tego roku nie była już tak sielankowa jak wiosna 2000: metadon, który dotąd płynął szerokim strumieniem rzekomo nagle zaczął się sączyć tak skąpo, że ponoć trzeba było na kilka dni zmniejszyć pacjentom dawki. Sytuacja ta powtarzała się kilkakrotnie: a to miało brakować metadonu, bo szpital nie dopełnił formalności, a to z kolei metadonu było pod dostatkiem, ale NFZ dopatrzył się nieprawidłowości w sposobie wypełniania przez szpital kontraktu. Na wszystkie te zawirowania nakładały się nieustanne Wojny Zaliczkowe, jak uparcie powracający ponury motyw, w moim odczuciu zrodzony i zakorzeniony na gruncie jakichś wydumanych, opacznych wyobrażeń personelu z jednej strony, (co też musi się, na Boga, dziać z tym metadonem, który na naszych oczach nie wpłynie do gardła pacjenta?! z pewnością osiągnie horrendalne ceny na czarnym rynku, zaleje go, a potem z kolei my zostaniemy wylani...) i odgórných nacisków z drugiej strony. Często nie mogłam się oprzeć wrażeniu, że personel dosłownie celebrował wydawanie metadonu „taken home” (zaliczki), jak jakiś nie do końca uczciwy, mroczny, choć uroczysty proceder, gdy tymczasem wszystko, co najgorsze dzieje się właśnie pod okiem poradni. To właśnie niepozorne, pojedyncze zdefraudowane godziny spędzone na murku zamieniają się w tygodnie, miesiące, lata... Wiem doskonale, jak potężny jest magnetyzm środowiska. Niejednokrotnie wyklócałam się o zaliczki dla zasady, czy aby pokazać kolegom, że „mam przywileje”, a w rzeczywistości z rozkoszą marnotrawiłabym czas na murku. Czy w związku z takim wyznaniem lekarz powinien był cofnąć mi zaliczki, czy raczej odwrotnie: kategorycznie zakazać przyjeżdżania?

Moja decyzja o powolnym zerowaniu była również bezpośrednim skutkiem wstrzymania zaliczek. Kiedy zimą 2004/2005 skutkiem kolejnych zawirowań wszyscy pacjenci (z wyjątkiem tych najbardziej uprzywilejowanych) zostali zmuszeni do codziennego zgłaszania się w poradni - powiedziałam „dość”!

W październiku 2007 opuściłam program z dawką 15mg, zamieniając metadon na buprenorfinę. Poza lekkim dyskomfortem nie odczułam właściwie niczego, co przypominałoby typowe objawy odstawienne. Zamiast tego, od kilku miesięcy doświadczam czegoś, co w uproszczeniu można by nazwać „głodem środowiska”. Jako osoba, która nieomal paliła świeczki na ołtarzyku

narkotyków dotkliwie odczuwam pustkę i zgłiszcza, które „intensywna terapia” odsłania w miejscach, gdzie jeszcze nie tak dawno było kolorowo od iluzji.

Mimo najszczęśliwszych chęci nie mogę powiedzieć, że metadon to tylko taka aspiryna, która usuwa głód narkotyczny tak, jak ta druga likwiduje ból głowy. Uzależnienie dotyczy najgłębszych aspektów naszej istoty, a głód to coś bardziej złożonego niż migrena. Metadon to wprowadzie nie mięta czy rumianek, ale skoro są ludzie, którzy uważają, że go potrzebują, to mają prawo z niego korzystać. Nie każdy pragnie totalnego przeformatowania umysłu, a najczęściej / na co dzień o wiele ważniejsze od duchowych „przeprowadzek” okazują się „przemeblowania” na samej „powierzchni życia”. Zresztą zamiana „fototapety” z widokiem obskurnej klatki schodowej na krajobraz własnego kąta jest całkiem dobrym punktem wyjściowym i warunkiem koniecznym do głębszych zmian. A kilka drobnych reform w sposobie realizacji programu (podział na opcję nisko-i wysokoprogową, a w obrębie tej drugiej zasada: minimum jałowych spotkań w poradni - maksimum zaliczek i maksimum terapii) mogłoby pomóc wielu ludziom zmienić perspektywę i zobaczyć tętniącą życiem strefę tranzytową tam, gdzie dotąd widzieli tylko zapomnianą przez Boga i ludzi poczekalnię.

Jeśli natomiast chodzi o mnie, to muszę stwierdzić, że przesyty jest naprawdę dobrym sposobem na utratę apetytu: dopóki nigdy nie masz pod dostatkiem chleba, dopóty nie zanegujesz jego smaku.



Rozdział 14

Nic o nas bez nas

Marianna Iwulska

Małopolskie Stowarzyszenie Uczestników Programów Substytucyjnych WYZWOLENIE

Witam, na wstępie chciałabym Ci się przedstawić. Jestem uzależniona od heroiny (kompotu) od 13 roku życia. Teraz mam 29 lat, a od 6-ciu jestem w programie metadonowym prowadzonym przez Szpital im. Rydygiera w Krakowie.

Wiem, że jesteś raczej zwolennikiem leczenia nastawionego na całkowitą abstynencję, lecz mnie ta forma terapii nie pomogła, a wręcz przeciwnie. Byłam już chyba na 20 różnych detoksach, a raz nawet w ośrodku w Wyszku przesiedziałam 2 miesiące. Niestety z każdym następnym przerwaniem detoksem, z każdą kolejną nieudaną próbą traciłam tylko siły i chęć do życia. Traciłam też nadzieję, że będzie lepiej.

Nie pamiętam w którym to roku, może w 96-tym, spotkaliśmy się my, ćpuny z bajzla z Markiem Kotańskim. Spotkanie też zresztą miało miejsce na bajzlu: na krakowskich plantach błagaliśmy go o pomoc w zorganizowaniu programu metadonowego w Krakowie. Pamiętam, jak bardzo uważnie nas słuchał, a na koniec powiedział, że dla niektórych uzależnionych jest to jedyna droga do normalnego życia. To było coś, poczułam wtedy, że się nie mylę i to nie tylko ze mną jest coś nie tak, lecz także ze sposobem traktowania ludzi uzależnionych od narkotyków. Widział to nawet Kotański.

Żyję z wirusem HIV, jestem zakażona HCV, mam padaczkę i ogólnie nieciekawą sytuację, jak wielu na metadonie. Muszę powiedzieć, że przyczyny tego

stanu rzeczy widzę w sposobie traktowania uzależnionych w Polsce i na Świecie. Gdyby nie substytucja metadonem, z całą pewnością nie byłoby mnie już wśród żywych.

Uważam, że ta terapia nie jest dla początkujących, nie jest także dla wszystkich uzależnionych, lecz są w naszym kraju tysiące ludzi, którzy mimo, że powinni otrzymywać to leczenie – nie mają do niego dostępu. Mówimy tu o ludzkim życiu, a ja nie jestem pewna czy politycy, którzy decydują o ważnych dla nas sprawach zdają sobie z tego sprawę i czy w ogóle dbają o to.

Dlatego dwa lata temu wraz z grupą znajomych z programu postanowiliśmy wziąć sprawy we własne ręce i założyliśmy organizację pozarządową (Małopolskie Stowarzyszenie Uczestników Programów Substytucyjnych „Wyzwolenie”). Myśleliśmy wtedy bardziej o własnej skórze niż działaniu na rzecz innych, ponieważ wtedy nasz program był zagrożony i baliśmy się powrotu na bajzel. Na szczęście program ma się już w miarę dobrze, a my możemy myśleć nie tylko o sobie.

Od samego początku kierowaliśmy się zasadą, żeby Stowarzyszenie było prowadzone przez użytkowników (w tym przypadku metadonu), choć nie obyło się bez pomocy ze strony niektórych osób z krakowskiego MONAR-u, a także personelu programu metadonowego. Oni jednak mogą być jedynie członkami honorowymi, mogą nam doradzać i wspierać, ale nie mogą nas zastąpić. Nic o nas bez nas!

Według mnie praca społeczna to świetny sposób radzenia sobie z metadonowym zespołem amotywacyjnym, popularnie zwanym lenistwem. Chcemy być wsparciem dla siebie nawzajem (co zresztą z różnym skutkiem się udaje, ale nikt nie jest doskonały). Dzięki pomocy międzynarodowych fundacji i organizacji (OSI/IHRD) mamy przyznany grant na założenie biura, zakup sprzętu i prowadzenie go przez rok, na razie. Naszych przedstawicieli zaprasza się dziś na szkolenia i konferencje na temat uzależnień i traktuje jak ekspertów.

Czuję, że się rozwijamy – czym zachęcamy także innych do podobnych inicjatyw. Zaczynaliśmy jako lokalna organizacja z Małopolski, ale dziś chcemy działać dużo szerzej, szczególnie dlatego, że nie ma w Polsce organizacji o podobnym profilu działania (advokacja na rzecz metadonu, pomoc pacjentom, edukacja społeczeństwa o redukcji szkód związanych z braniem narkotyków poprzez używanie metadonu).

Dziękuję, że mnie wysłuchałeś i miałam okazję przemówić w swoim imieniu i moich bliskich i znajomych – ludzi, którzy żyją dzięki metadonowi. Mam nadzieję, że teraz wiesz o nas już więcej.



Rozdział 15

Podstawy prawne leczenia substytucyjnego w Polsce

Justyna Sobeyko

Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii w Szczecinie

Prawna dopuszczalność leczenia substytucyjnego wobec osób uzależnionych od opiatów określona jest przez Ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanej dalej uopn) z lipca 2005 roku [1]. Ustawa ta, w porównaniu z poprzednią uopn, z kwietnia 1997 roku [2] przyjęła rozwiązania mające na celu ułatwienie otwierania programów leczenia substytucyjnego, a co za tym idzie, zwiększenie dostępności tej formy leczenia dla osób uzależnionych. Według art. 15 ust. 2 starej ustawy z 1997 roku, leczenie substytucyjne mógł prowadzić wyłącznie publiczny zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Obecnie, zgodnie z art. 28 ust. 2 uopn z 2005 r., leczenie to może prowadzić zakład opieki zdrowotnej – każdy, nie tylko publiczny, każdy który otrzyma zezwolenie wojewody, wydane po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii odnośnie do spełnienia wymagań określonych w przepisach. Poprzednia ustawa z 1997 roku dopuszczała możliwość prowadzenia leczenia substytucyjnego wyłącznie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Rozszerzenie możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stało się konieczne w związku z zachodzącą transformacją służby zdrowia, zmierzającą do prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Postępująca prywatyzacja doprowadziła do tego, że niektóre duże miasta nie miały do tej pory możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego ze względu na brak publicznych zakładów opieki

zdrowotnej, spełniających kryteria ustawy. Ustawa określa kryteria stawiane zakładom opieki zdrowotnej starającym się o zezwolenie na prowadzenie leczenia substytucyjnego. Artykuł 28 ust. 6 uopn z 2005 r. stanowi, iż wydane zezwolenie cofa się, gdy zakład przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia.

Ustawa z 2005 r. odrębnie uregulowała kwestie wydania zezwolenia na leczenie substytucyjne dla osób pozbawionych wolności. Do tej pory zezwolenia takie wydawane były na zasadach ogólnych, obecnie zasady ich wydawania reguluje art. 28 ust. 3 nowej ustawy, zgodnie z którym zezwolenie na leczenie substytucyjne w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po zasięgnięciu opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W szczegółowych kwestiach związanych z prowadzeniem leczenia substytucyjnego, ustawa z 2005 roku w art. 28 ust. 7, podobnie jak ustawa z 1997 roku w art. 15 ust. 5 odsyła do rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne z października 2007 roku szczegółowo reguluje problematykę związaną z naborem pacjentów do leczenia, zasad prowadzenia leczenia, wyłączenia pacjentów z programu, zasad podawania leku pacjentom oraz okoliczności pozwalających na wydanie pacjentowi leku do domu [3]. Jest to nowe rozporządzenie, wcześniej problematyka leczenia substytucyjnego regulowana była rozporządzeniem Ministra Zdrowia z września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego, znowelizowanym w czerwcu 2004 roku [4].

Rozporządzenie z 2007 roku określa cele leczenia substytucyjnego jako: 1) poprawę stanu somatycznego i psychicznego oraz reintegrację społeczną osób uzależnionych, 3) ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń, w tym w szczególności: HIV, HCV, HBS oraz gruźlicy. Rozporządzenie w § 2 szczegółowo określa warunki, jakie musi spełnić pacjent, aby mógł zostać przyjęty do programu. Aktualnie musi to być osoba uzależniona, co najmniej od 3 lat, która ukończyła 18 lat, podejmowała próby leczenia konwencjonalnymi metodami, które okazały się nieskuteczne oraz zobowiąże się do zachowania abstynencji od środków odurzających i substancji psychotropowych. Ponadto musi ona wyrazić pisemną zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym rozporządzeniem. Paragraf 2 ust. 3 rozporządzenia zezwala jednak kierownikowi programu na zakwalifikowanie do programu pacjenta, który nie spełnia któregoś z pierwszych 4 warunków, jeśli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne.

Rozporządzenie zawiera wiele obostrzeń, mających na celu zdyscyplinowanie pacjentów biorących udział w programie. Przede wszystkim rozporządzenie tworzy obowiązek wpisu każdej osoby przyjętej na leczenie do centralnego wykazu osób poddanych leczeniu substytucyjnemu. Rejestr ten prowadzony jest obecnie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (na mocy starego rozporządzenia z 1999 r. był to Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie). Ma to na celu zapobieżenie sytuacji, w której ten sam pacjent bierze udział w więcej niż jednym programie. Kierownik każdego programu ma również obowiązek poinformować Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii o zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia substytucyjnego, wyłączeniu z leczenia lub o zakończeniu leczenia.

Rozporządzenie stwierdza, że kierownik programu może wyłączyć z programu leczenia pacjenta, jeśli trzykrotne kolejne lub pięciokrotne wykonane w ciągu 6 miesięcy badania moczu potwierdza przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych (1), pacjent odmawia poddania się badaniu na występowanie w moczu innych środków odurzających i substancji psychotropowych niż stosowane w ramach programu (2), pacjent stosuje przemoc psychiczną lub fizyczną wobec personelu lub innych pacjentów (3), pacjent odstępuje środek substytucyjny innym osobom (4), pacjent nie przestrzega innych ważnych wymogów określonych programem i regulaminem zakładu opieki zdrowotnej, zwanego dalej „zakładem” (5).

Rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne z 2007 r. utrzymało swobodę podjęcia decyzji przez kierownika programu w zakresie wykluczenia pacjentów z leczenia, wprowadzoną nowelizacją rozporządzenia w sprawie leczenia substytucyjnego w 2004 roku. Pierwotna wersja tego rozporządzenia z 1999 roku przewidywała obligatoryjność wyłączenia pacjenta z leczenia w sytuacji, gdy badania wykazały obecność innego środka odurzającego, co oznaczało związanie rąk kierownikowi programu w tym zakresie. Poszerzono natomiast listę przyczyn, które uzasadniają wyłączenie pacjenta z programu, w odniesieniu do poprzedniej regulacji prawnej, zmierzając w stronę niepotrzebnej kazuistyki. Do tej pory, bowiem, poza przesłanką przyjmowania nielegalnych narkotyków, ogólną przyczyną wyłączenia pacjenta z programu było nieprzestrzeganie innych ważnych wymogów określonych programem. Takie sformułowanie pozwalało na elastyczną konkretyzację przyczyn wyłączenia pacjentów z programu.

Rozporządzenie z 2007 roku utrzymuje obowiązek ścisłej kontroli pacjentów, którzy przynajmniej raz w miesiącu badani są na obecność w moczu innych środków odurzających lub substancji psychotropowych niż podawane w ramach leczenia substytucyjnego. Odmowa pacjenta poddania się badaniu może stano-

wić podstawę do wyłączenia pacjenta z leczenia substytucyjnego. Z tego zapisu wynika, że pacjent może odmówić poddania się badaniu, co z kolei może, ale nie musi doprowadzić w konsekwencji do wykluczenia go z programu. Pacjenci przyjeżdżący do programu otrzymują od zakładu prowadzącego leczenie specjalne karty identyfikacyjne, zawierające informację o udziale w programie, adres oraz numer telefonu publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w którym przeprowadzane jest leczenie.

Nowe rozporządzenie z 2007 roku szczegółowo reguluje kwestie związane z wydawaniem środka substytucyjnego pacjentom. Utrzymano zasadę wprowadzoną przez rozporządzenie z 1999 roku, że środek substytucyjny (a więc już nie tylko metadon i jego sole, ale także inne substytuty) podawany jest pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności. Powtórzono także zapis, iż środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta w miejscu jego zamieszkania bez obecności lekarza lub pielęgniarki w przypadku wystąpienia przemijającej przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, prowadzącego program.

Ustawodawca wymienia przykładowo okoliczności, stanowiące ową przemijającą przeszkodę uzasadniającą wydanie środka substytucyjnego „na zapas”. Należą do nich: 1) konieczność pozostania pacjenta w miejscu zamieszkania ze względu na wskazania zdrowotne; w takich przypadkach środek substytucyjny może być wydawany pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni.; 2) zdarzenie losowe lub inne zdarzenie uniemożliwiające zgłoszenie się pacjenta w celu przyjęcia środka substytucyjnego; wówczas środek substytucyjny może być wydawany pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 2 dni. Rozporządzenie mówi także o tym, że środek substytucyjny może być również wydany pacjentowi z innych uzasadnionych przyczyn, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki: a) uczestniczy w programie co najmniej od 6 miesięcy; b) całkowicie zachowuje abstynencję od substancji psychoaktywnych; c) regularnie uczestniczy w przewidywanych programem zajęciach terapeutycznych. Wówczas to środek substytucyjny może być wydawany pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni. O tym, czy wydać pacjentowi środek substytucyjny do osobistego użytku, decyduje kierownik programu. Rozporządzenie przewiduje również możliwość przedłużenia pacjentowi okresu, w którym przyjmuje on środek substytucyjny bez obecności lekarza lub pielęgniarki, taką decyzję może podjąć kierownik programu w przypadku, gdy czas trwania przemijającej przeszkody uniemożliwiającej osobiste przybycie pacjenta do zakładu jest dłuższy niż czas, na który wydany został środek substytucyjny.

W odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych, leczenie substytucyjne odbywa się na podstawie porozumienia zawartego przez kierownika programu z zakładem opieki zdrowotnej, w którym pacjent aktualnie przebywa.

Krótką charakterystyką nowego rozporządzenia w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne przedstawiona na tle poprzednich uregulowań wskazuje, że ustawodawca nadal zachowuje daleko idącą ostrożność wobec tej formy leczenia. Rozporządzenie z 1999 roku do nowelizacji z czerwca 2004 roku regulowało problematykę leczenia substytucyjnego tak szczegółowo, że praktycznie nie pozostawiało kierownikom programów żadnej swobody. Było to spowodowane tym, że w chwili wydania rozporządzenia, we wrześniu 1999 roku, leczenie substytucyjne było w Polsce mało znane, można wręcz powiedzieć, że obawiano się metadonu jako „jeszcze jednej formy narkotyku”. Stąd też istniała zrozumiała potrzeba szczegółowego określenia zasad postępowania przy leczeniu oraz obchodzenia się z samym środkiem. Z perspektywy czasu, na podstawie doświadczeń z różnych ośrodków prowadzących leczenie, wiele uregulowań rozporządzenia okazało się zbyt sztywnych. Zrodziło to pilną konieczność dokonania nowelizacji zwiększającej swobodę kierowników programów w zakresie ustalania zasad ich prowadzenia, której dokonano w 2004 roku. Prawodawca, wprowadzając nowe rozporządzenie z 2007 roku nie skorzystał jednak z szansy kontynuacji zwiększania swobody decyzyjności kierowników programów w zakresie ich organizacji i funkcjonowania, co sugeruje, że nadal brak zaufania do leczenia substytucyjnego.

Największe wątpliwości budzi utrzymana w dalszym ciągu zasada, stanowiąca że środek substytucyjny podawany jest pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności. Zapis ten przed nowelizacją z 2004 r. stanowił regułę, od której rozporządzenie nie przewidywało żadnych wyjątków. Przestrzeganie tej zasady w praktyce oznacza, że pacjent musiał codziennie stawiać się w godzinach przedpołudniowych w punkcie wydawania środka, aby tam go przyjąć. W przypadku większości pacjentów, zwłaszcza tych mieszkających w pewnej odległości od punktów wydawania środka substytucyjnego, wykluczało to podjęcie normalnej pracy i powrotu do społeczeństwa, co jest przecież jednym z podstawowych celów leczenia substytucyjnego. Przestrzeganie tej reguły stanowiło szczególnie problem w tych ośrodkach, które skupiają pacjentów z rozległych terenów, do których pacjenci muszą dojeżdżać. Wizyta w ośrodku niejednokrotnie zajmowała całe przedpołudnie i wprost nie pozwalała na jakiegokolwiek poszukiwania pracy. Pamiętać bowiem należy, że w Polsce liczba ośrodków jest ciągle niewielka i większość ośrodków skupia pacjentów z dużych obszarów, co

oznacza, że wielu pacjentów musi poświęcić dużo czasu na podróż, aby przyjąć lek. Można więc przyjąć, że bezwyjątkowa zasada codziennego stawiennictwa w programie wykluczała osiągnięcie jednego z podstawowych celów leczenia substytucyjnego, jakim jest reintegracja osób uzależnionych. Tymczasem powrót do społeczeństwa i podjęcie normalnej, regularnej pracy jest bardzo ważnym elementem w terapii uzależnienia, bez którego trudno mówić o całkowitym wyleczeniu. Sformułowanie obowiązku codziennego stawiennictwa w programie jako zasady, od której nie ma wyjątków, spowodowało również, że w praktyce pojawiał się problem wydawania metadonu pacjentowi, któremu zły stan zdrowia nie pozwala na męczącą podróż czy nawet na samodzielne wyjście z domu. Zastrzeżenie, że pacjent może przyjąć lek wyłącznie w zakładzie w obecności lekarza lub pielęgniarki spowodowało, że w takim przypadku przyjęcie leku przez pacjenta było wykluczone.

Korzystną zmianą, wprowadzoną w 2004 roku było wprowadzenie możliwości wydania pacjentowi większej dawki niejako „na zapas” w razie wystąpienia przemijającej przeszkody w przybyciu pacjenta do zakładu, w którym wydaje się metadon. Maksymalnie taki okres, w którym pacjent przyjmuje lek bez obecności lekarza lub pielęgniarki nie może przekroczyć 14 dni. Nowelizacja miała na celu złagodzenie obostrzeń związanych z wydawaniem leku, których istnienie i sztywne przestrzeganie niejednokrotnie znacznie utrudniało a nawet uniemożliwiała podanie leku pacjentowi. Wprowadzenie możliwości wydawania pacjentowi leku w większej ilości niż jedna dawka nie budzi żadnych zastrzeżeń i wydaje się ze wszelkich miar słuszne. Jednakże należy się zastanowić nad przystawalnością tego rozwiązania wprowadzonego przez nowelizację z czerwca 2004 roku do problemów, przed którymi rzeczywiście stoją lekarze i pacjenci w programach leczenia substytucyjnego. Przede wszystkim pewne zastrzeżenia budzi fakt, że metadon można wydać na zapas, jeśli przeszkoda uniemożliwiająca stawiennictwo pacjenta w ośrodku ma charakter przemijający. Jeśli przeszkodę w przybyciu do ośrodka stanowi okoliczność, że pacjentowi udało się podjąć pracę, trudno ją traktować jako przemijającą. Ten zapis dotyczący „przemijającej potrzeby” został powtórzony przez nowe rozporządzenie z 2007 roku. Sugeruje to ignorowanie potrzeb pacjentów, którzy podjęli lub starają się podjąć pracę. Rozporządzenie rodzi ponadto pewną sprzeczność, gdyż podjęcie pracy przez osobę uzależnioną poddaną leczeniu jest jednym z kluczowych elementów reintegracji społecznej, która z kolei jest jednym z celów leczenia substytucyjnego wymienionych przez samo rozporządzenie. Być może warto byłoby zastanowić się nad pominięciem wyrazu „przemijającej” na określenie przeszkody w stawiennictwie w programie w celu przyjęcia środka substytucyjnego.

Dużą trudność stwarzała pierwotna wersja rozporządzenia z 1999 roku przy podaniu leku pacjentowi, którego stan zdrowia wyklucza wyjście z domu.

W tym przypadku twórcy nowelizacji rozporządzenia z 2004 roku wyszli na przeciw potrzebom takich pacjentów, ponieważ konieczność pozostania pacjenta w miejscu zamieszkania ze wskazań zdrowotnych stanowi jedną z „przemijających przeszkód” stanowiących przesłankę do wydania pacjentowi leku w większej dawce. Maksymalny okres, na jaki lek może zostać wydany, wynosi 14 dni. To rozwiązanie powtórzono w nowym rozporządzeniu z 2007 roku, mimo, że praktyka z poszczególnych ośrodków pokazała pewne jego wady. Przykładem może być tu sytuacja, w której pacjent zachorował nagle, np. złamał nogę, w związku, z czym nie był w stanie przewidzieć w trakcie swojej ostatniej wizyty, że będzie potrzebował zapasu leku na kolejne dni. Inny problem może zrodzić choroba pacjenta trwająca dłużej niż 14 dni. Wydaje się, że ustawodawca wprowadzając nowe regulacje w 2007 roku mógł zezwolić kierownikowi programu na podjęcie decyzji, czy w takich sytuacjach można wydać lek komuś innemu, kto dostarczy go pacjentowi (np. rodzinie pacjenta).

Innym problemem, przed którym w praktyce stają kierownicy programów leczenia substytucyjnego, są kryteria naboru do leczenia. Rozporządzenie wylicza enumeratywnie warunki, jakie musi spełnić pacjent, aby mógł zostać przyjęty do programu, z tym, że istnieje możliwość przyjęcia do programu pacjentów, którzy nie spełniają któregoś z wymienionych warunków, jeżeli za przyjęciem przemawiają ważne względy zdrowotne. Ratio legis tego przepisu była chęć uelastycznienia zasad naboru uzasadniona stanem zdrowia konkretnego pacjenta. Jednak praktyka zna przypadki, kiedy z jednej strony pacjent nie spełnia któregoś z warunków – najczęściej będzie to niepodjęcie prób leczenia konwencjonalnymi metodami – i równocześnie nie ma żadnych szczególnie ważnych względów zdrowotnych przemawiających za przyjęciem tego pacjenta do leczenia substytucyjnego, przy tym jednak inne względy, np. społeczne (możliwość podjęcia pracy, motywacja w postaci chęci założenia rodziny, itp.) zdecydowanie przemawiają za jego przyjęciem. W praktyce dzieje się tak, że taki pacjent jest mimo wszystko przyjmowany do programu, jednakże uzasadnienie takiego przyjęcia stanowi swoistą nadinterpretację przepisów rozporządzenia. Ustawodawca, dokonując nowelizacji rozporządzenia, dwukrotnie (w 2004 i 2007 roku) pominął, niestety, ten problem. Jediną zmianą, jaka została wprowadzona w wyniku nowelizacji z czerwca 2004 roku, utrzymaną w 2007 roku, było obniżenie wieku granicznego pacjentów, którzy mogą zostać przyjęci do programu z 21 na 18 lat, która to zmiana z pewnością jest pozytywna.

Podsumowując, należy uznać, że regulacje prawne dotyczące leczenia substytucyjnego w Polsce są zadowalające, choć z pewnością jeszcze nie są doskonałe. Nowelizacja rozporządzenia z czerwca 2004 roku zdołała usunąć wiele mankamentów jego pierwotnej wersji, jednakże wydaje się, że ustawodawca

nadal obawiał się zbytniego „zliberalizowania” przepisów. Świadczy o tym fakt, iż ustawodawca nie podążył drogą liberalizacji zasad organizowania i funkcjonowania programów leczenia substytucyjnego, wprowadzając nowe regulacje w 2007 roku. Oznacza to, że wiele obaw nadal funkcjonuje. Najwięcej zastrzeżeń budzi nadal mało elastyczny sposób wydawania leku pacjentom, problemem wciąż pozostają też sztywne kryteria przyjmowania pacjentów do programu. Nowelizacja rozporządzenia o leczeniu substytucyjnym dalej utrzymała zasadę, że leczenie takie ma w Polsce charakter wysokoprogowy i nadal nie ma w Polsce możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego o charakterze niskoprogowym. Leczenie takie, realizowane w wielu krajach, charakteryzuje się m. in. tym, że pacjenci przyjmowani do leczenia nie muszą spełniać tak ostrych warunków, jakie stawia polskie rozporządzenie o leczeniu substytucyjnym, nie są również wykluczani z programu w wyniku pozytywnych rezultatów testów wykazujących obecność w organizmie narkotyków innych niż podawany lek substytucyjny. W takim leczeniu niskoprogowym chodzi bowiem, przede wszystkim o to, by umożliwić jak największej liczbie pacjentów udział w leczeniu, które oprócz podawania środka substytucyjnego wiąże się także z pomocą socjalną oraz z działaniami zmierzającymi do nakłonienia pacjenta do podjęcia dalszej pracy nad sobą. Jednak w tego rodzaju programach sam pacjent, oceniając swoją motywację, jest w stanie zadeklarować, czy jest gotowy na leczenie wysokoprogowe, czy woli na razie poprzestać na niskoprogowym.

Trudno jednak mówić o leczeniu niskoprogowym, podczas gdy w Polsce terapią substytucyjną o charakterze wysokoprogowym objętych jest około 800 pacjentów. Według szacunków Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, stanowi to ok. 2% osób uzależnionych od opiatów [5].

W niektórych krajach lekarze praktyki ogólnej są uprawnieni do przepisywania swym pacjentom metadonu. Jest to przykład leczenia substytucyjnego o charakterze niskoprogowym. Taka praktyka umożliwia większej liczbie pacjentów korzystanie z tej formy leczenia. Takie uprawnienia mają m. in. lekarze w Wielkiej Brytanii czy w Niemczech. O ile w Wielkiej Brytanii uprawnienie to wywodzi się z wieloletniej tradycji, o tyle w Niemczech przyznanie go lekarzom było decyzją ustawodawcy.

W Polsce nowelizacja rozporządzenia w sprawie leczenia substytucyjnego z czerwca 2004 roku wprowadziła w zakresie wydawania leku z apteki zakładu istotną zmianę, utrzymaną przez regulacje z 2007 roku. Wśród podmiotów uprawnionych do odbioru leku z apteki, oprócz osoby upoważnionej przez kierownika programu wymieniono również pacjenta, z tym jednak zastrzeżeniem, że środek substytucyjny wydawany jest w indywidualnych dawkach dziennych, na podstawie recepty lub zapotrzebowania, podpisanego

przez kierownika programu. Jest to znaczne zliberalizowanie przepisów w porównaniu z regulacjami pierwotnej wersji rozporządzenia. Jednakże trzeba mieć na uwadze, że cały czas jest tu mowa o aptece zakładu, który prowadzi program leczenia substytucyjnego. Nadal więc nie ma możliwości wydania pacjentowi środka substytucyjnego na podstawie recepty ze zwykłej apteki. Przeniesienie rozwiązań niemieckich w sprawie leczenia substytucyjnego na grunt polski wymagałoby całkowitej reorganizacji zasad tego leczenia w Polsce. Należałoby jednak bardzo starannie rozważyć wszystkie skutki takiego rozwiązania. Z jednej bowiem strony nadanie lekarzom uprawnień do wypisywania recept na środki substytucyjne, które pacjenci mogliby później realizować w aptekach, z pewnością poszerzyłoby nadal wąski krąg pacjentów objętych programem takiego leczenia. Byłoby to także równoznaczne ze zmianą zasad finansowania leczenia substytucyjnego – do tej pory każdy zakład prowadzący program sam stara się o środki z Narodowego Funduszu Zdrowia. Ze środków tych finansowany jest nie tylko sam metadon, ale także inne wydatki, takie jak: personel medyczny, terapeuci pracujący z pacjentami. Dlatego też wiele ośrodków przeżywa poważne problemy finansowe, gdyż zdolność finansowa danego zakładu prowadzącego program zależy od indywidualnie wynegocjowanych z Funduszem warunków. Wydaje się więc, że umożliwienie pacjentom indywidualnego wykupywania leku z apteki przy równoczesnym ustaleniu zasad refundowania tego środka spowodowałoby obniżenie kosztów leczenia substytucyjnego. Z drugiej jednak strony uczestnicząc w programie, pacjent oprócz tego, że dostaje lek, objęty jest też opieką medyczną i terapeutyczną. Wprowadzenie nowelizacji rozporządzenia w sprawie leczenia substytucyjnego zniosła wymóg zapewnienia przez zakład pacjentowi niezbędnej podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej, jednak w praktyce większość ośrodków ułatwia pacjentom dostęp do takiej opieki. Ponadto, jednym z zasadniczych celów terapii substytucyjnej jest reintegracja pacjenta, umożliwiająca normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Wówczas rozsądne byłoby uwarunkowanie wydawania leku pacjentowi w aptecce wymogiem uczestnictwa tego pacjenta w programie terapeutycznym oraz programie, który ma na celu reintegrację społeczną. Rozwiązanie to miałoby tę zaletę, że programy, o których mowa, prowadzone byłyby nie tylko dla pacjentów leczenia substytucyjnego, poza obrębem programu, co niejako wymusza konieczność funkcjonowania pacjenta programu poza nim i samo w sobie stanowi element reintegracji społecznej.

Najpilniejszą potrzebą wydaje się być jednak rozważenie dalszego obniżania progów kwalifikacyjnych przy naborze i kontynuacji leczenia. Można by wprowadzić wyraźne rozróżnienie form leczenia substytucyjnego na nisko-

i wysokoprogowe, w zależności od kondycji zdrowotnej i psychicznej pacjentów. Taka zmiana z pewnością pozwoliłaby znacznie szerszej grupie pacjentów korzystać z pomocy oferowanej w ramach terapii substytucyjnej.

Przypisy:

1. Dz.U.2005.179.1485.
2. Dz. U. z 1997 roku nr 75, poz. 468 z późn. zm.
3. Dz. U. z 2007 nr 205 poz. 1493.
4. Dz. U. 99 r. Nr 77, poz. 873, nowelizacja rozporządzenia: Dz. U. 2004, Nr 128, poz. 1349.
5. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) (2004), prezentacja Ulrika Soldberga pt. „An overview of substitution treatment in the enlarged European Union and Norway” na III Międzynarodowej Konferencji pt; „Leczenie substytucyjne i rehabilitacja narkomanii”; Katowice; 01-10-2004.



Rozdział 16

Projekt Methwork

O aktywizacji zawodowej i włączaniu się osób leczonych substytucyjnie w realizację zadań z zakresu redukcji szkód

Grzegorz Wodowski

Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Krakowie

W naszym kraju działa kilkanaście programów leczenia substytucyjnego metadonem, które z pewnymi wyjątkami, znajdują się w większości dużych skupisk miejskich. Z terapii metadonem korzysta łącznie sporo ponad 1000 osób, w przeszłości chronicznie uzależnionych od heroiny, zwykle przyjmowanej dożylnie. Na ogół, osoby te borykają się z ogromnymi problemami związanymi z pełnym powrotem do pełnienia ról społecznych i wiele z nich ma niewielkie szanse na pełną stabilizację zawodową i ekonomiczną, a co za tym idzie - także życiową.

Wraz z rozwojem leczenia substytucyjnego metadonem, od lat realizowane są w Polsce również inne projekty z zakresu redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków. Niektóre z nich nie wymagają zatrudniania wysoko wykwalifikowanej kadry pracowników. Często entuzjazm, brak rutyny, a także znajomość i obycie w środowiskach osób marginalizowanych mogą zagwarantować znacznie większą skuteczność prowadzonych działań. Przykładem są programy wymiany strzykawek prowadzące profilaktykę HIV/AIDS wśród osób przyjmujących dożylnie narkotyki. Okazuje się, że z powodzeniem mogą one zatrudniać pacjentów „metadonowych”.

Projekt Methwork to program rozwoju zawodowego osób leczonych metadonem, który został wdrożony w 2005 roku. Powstał on na bazie istniejącego od

lat w Krakowie Centrum Redukcji Szkód. Projekt dotyczy grupy osób, które po latach uzależnienia od narkotyków podjęły leczenie w programie substytucji metadonowej, lecz mimo to miały problemy z podjęciem pracy i ekonomiczno-społeczną sferą funkcjonowania.

W roku 2005, spośród uczestników programu metadonowego zostało wyłonionych 6 osób, które zostały przeszkolone i przygotowane do wykonywania pracy w charakterze pracowników socjalnych oraz streetworkerów (pracowników ulicznych). Następnie otrzymały one możliwość wykonywania odpłatnej pracy w Centrum Redukcji Szkód. Projekt Methwork jest kontynuowany, co oznacza dalszą pracę większości osób biorących udział w projekcie w latach poprzednim, oraz ich dalszy rozwój związany z udziałem w kolejnych szkoleniach i innych przedsięwzięciach mających na celu stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Chcemy udoskonalać i usprawniać ten program tak, aby mógł być on przykładem modelowego rozwiązania w zakresie aktywizacji zawodowej i przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób podtrzymywanych metadonem.

CELE PROJEKTU

Ogólnym celem projektu jest aktywizacja zawodowa osób uzależnionych poddanych leczeniu substytucyjnemu metadonem, a także promocja tego typu rozwiązań w stosunku do tej grupy wykluczonych społecznie osób i zagrożonych dalszą marginalizacją. Do osiągnięcia tych celów niezbędne było m.in.:

- Zorganizowanie i umożliwienie odbiorcom projektu wykonywania odpłatnie pracy;
- Aktywizacja zawodowa i stworzenie im warunków do ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- Praca odbiorców projektu, która w swym charakterze jest społecznie użyteczna i pożądana;
- Działalność w wymiarze informacyjnym i szkoleniowym dla innych organizacji zainteresowanych wdrażaniem tego typu rozwiązań.

ODBIORCY PROJEKTU

Wszystkie osoby biorące udział w projekcie były i są leczone w programie substytucji metadonowej w szpitalu im. Rydygiera, gdzie z tej kuracji korzysta ponad 80 osób (jest to jedyny tego typu program leczniczy w Krakowie, nie licząc programu metadonowego realizowanego w obrębie Aresztu Śledczego przy ul. Montelupich).

Wielu pacjentów programu leczenia metadonem pozostaje w sytuacji ekonomicznie beznadziejnej, nie wierząc w możliwość jej zmiany i znalezienia odpowiedniego wyjścia. Zdarza się, że taki stan rzeczy jest to przyczyną zdobywania środków finansowych w sposób nielegalny i dopuszczania się czynów niezgodnych z prawem. To wszystko w dużym stopniu może niweczyć efekty terapii i prowadzić do ponownej dezintegracji społecznej tych osób.

Osoby zakwalifikowane do udziału w projekcie, w okresie uzależnienia od narkotyków nie pracowały lub pracowały doraźnie. Nie uzyskały one w tym czasie wystarczających kwalifikacji dających im podstawy do tego, aby być konkurencyjnymi na rynku pracy. Konsekwencje nieprzygotowania zawodowego dały o sobie szczególnie znać w okresie podjęcia leczenia metadonem. Ogromne problemy w znalezieniu i podjęciu pracy prowadziły do rozczarowań dotyczących nowej sytuacji. Także wiek i stan zdrowia kilku osób, które podjęły zatrudnienie w projekcie nie ułatwiał im stawiania sobie zupełnie nowych wyzwań związanych z nauką i doksztalcaniem.

PODNIOSZENIE KWALIFIKACJI

Osoby zatrudnione w projekcie, a także wolontariusze mogli wziąć udział w treningach i szkoleniach przygotowujących do pracy i podnoszących kwalifikacje. Celem tych szkoleń było uzyskanie wiedzy i umiejętności praktycznych bezpośrednio związanych z wykonywanymi zadaniami. Poniżej przedstawiamy niektóre z organizowanych w ramach projektu szkoleń:

- Społeczne aspekty epidemii HIV/AIDS;
- Medyczne aspekty chorób przenoszonych przez krew i drogą płciową;
- Profilaktyka przedawkowań i pierwsza pomoc;
- Nauka języka angielskiego;
- Zasady pracy socjalnej w kontakcie z klientem;
- Etyka pracy socjalnej;
- Praca socjalna z klientem zagrożonym wykluczeniem społecznym;
- Zaburzenia osobowości: rozpoznanie i interwencja;
- Trening interpersonalny.

REZULTATY

Zatrudnienie osób leczonych metadonem w roli pracowników socjalnych i ulicznych miało niebagatelny wpływ na rozwój ich sytuacji życiowej, a także spowodowało zwiększenie skuteczności działań realizowanych wśród czynnych narkomanów. Wpłynęło również na inne osoby leczone metadonem - kolejne osoby zostały wolontariuszami projektu.

Już teraz możemy powiedzieć, że udział w projekcie sprzyja poprawie społecznego funkcjonowania osób poddanych terapii metadonem. Ogólnie, w okresie 2005-2008 w projekcie zostało zatrudnionych 10 osób leczonych metadonem, z czego 6 nadal pracuje. Cztery osoby zakończyły swój w nim udział (dwie pracują zawodowo w innym miejscu, jedna studiuje). Spośród osób, które nadal pracują w projekcie – dwie znalazły już zatrudnienie w innych zakładach pracy i obecnie ograniczają liczbę swoich dyżurów. Jedna z osób ukończyła w trakcie pracy w projekcie studia magisterskie (pedagogika).

Odbiorcy projektu podkreślają fakt, że udział w nim wzmocnił ich motywację do kontynuowania terapii zastępczej metadonem. Część z nich twierdzi, że o ile przed przystąpieniem do projektu zdarzało im się czasem „dobierać” nielegalne narkotyki – to po tym, jak zostały zatrudnione zaprzestały nawet okazjonalnego używania nielegalnych narkotyków. Tłumaczą to kilkoma czynnikami, które miały na to wpływ: (1) rozwojem sytuacji osobistej prowadzącej do zmniejszenia potrzeb w tym zakresie, (2) statusem pracy, jaką wykonują, (3) poczuciem odpowiedzialności za wizerunek organizacji, w której pracują.

Możliwość pracy i otrzymywania wynagrodzenia prowadzi do wyeliminowania zachowań o charakterze nielegalnym i w dużym stopniu przeciwdziała ich dalszej kryminalizacji. W przeszłości większość odbiorców projektu miała konflikty z prawem – w trakcie udziału w projekcie nikt z nich nie wszedł w konflikt z prawem.

Mamy nadzieję, że opisywany tutaj przykład wykorzystania zasobów tkwiących w osobach, które leczone są metadonem przyniesie w przyszłości efekty w postaci ich zatrudnienia w programach Redukcji Szkód realizowanych również w innych polskich miastach. Wiemy, że podobną inicjatywę podjęło warszawskie Centrum Redukcji Szkód Monar. Rozwój podobnych projektów aktywizujących zawodowo osoby leczone metadonem mógłby zmienić skalę tej formy interwencji socjalnej i umożliwić tego rodzaju działania na większą skalę.

EFEKTY PRACY OSÓB ZATRUDNIONYCH W PROJEKCIE

Tak skonstruowany projekt w rezultacie ma dwie grupy odbiorców: (1) osoby leczone metadonem, które wykonują prace na rzecz osób używających narkotyki, (2) osoby używające narkotyki (drogą iniekcji).

Na podstawie ponad 3-letnich doświadczeń możemy stwierdzić, że strategia ta przynosi korzyści zarówno zatrudnionym pacjentom programów metadonowych, jak i klientom programów wymiany strzykawek. Ci pierwsi korzystając

z własnych doświadczeń wykorzystując cały szereg umiejętności „poruszania” się w środowisku narkomanów i dążą do profesjonalizacji swoich działań; ci drudzy okazują więcej zaufania swoim dawnym znajomym i jak również mają okazję do obserwowania pozytywnych zmian i wzorców zachowań.

Przedmiotem zatrudnienia odbiorców w projekcie jest działalność z zakresu redukcji szkód związanych z uzależnieniami - wymiana strzykawek w środowisku osób przyjmujących dożylnie nielegalne narkotyki. Redukcja negatywnych skutków zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków w grupie konsumentów nielegalnych substancji odurzających to efekt pracy odbiorców zadania. Tabela poniżej przedstawia niektóre dane dotyczące pracy odbiorców projektu w latach 2005-2006.

Tabela 1

Dane dotyczące efektów pracy osób zatrudnionych w projekcie Methwork, w latach 2005-2006

Liczba klientów	800
Ilość kontaktów	17.000
Ilość wymian pośrednich	960
Ilość wydanych igieł	86.500
Ilość zebranych skażonych igieł	48.500
Procent zebranych igieł	56%
Ilość wydanych strzykawek	61.000
Ilość zebranych skażonych strzykawek	36.200
Procent zebranych strzykawek	59%
Ilość wydanych prezerwatyw	2.600
Ilość wydanej wody do iniekcji	7.500
Ilość wydanych gazików spirytusowych	12.000

OPINIE

Poniżej zamieszczam opinie uczestników projektu (niektóre imiona zostały zmienione), a także osób związanych z nimi (wolontariuszy, kolegów, lekarzy, itp.).

Andrzej (uczestnik projektu):

Bez przekonania zgłosiłem swój akces do tej pracy. Sądziłem, że jak zwykle zostanę pominięty i ta praca trafi się komuś innemu. Ale trafiła się mnie. Nie pracowałem wcześniej nigdzie, ale czad polega na tym, jak szybko się przeko-

nałem, że moje wyobrażenia o pracy były zupełnie błędne. Myślałem, że szybko się tym zniechęcę, albo zacznę dowalać i mnie wyrzucą.

Może to głupio brzmi, ale teraz widzę, że w społeczeństwie jest miejsce dla mnie i jestem przekonany, że może być dla wszystkich. Muszą tylko chcieć i dostać szansę. Dać szansę osobom takim, jak ja można jednak tylko wtedy, gdy dostrzeże się ich potrzeby i problemy. Nie wiem jak to jest gdzie indziej, ale tutaj jest to jedyna inicjatywa, o której słyszałem. Trudno powiedzieć, co się we mnie się jeszcze zmieniło przez ten czas – to powinien powiedzieć ktoś z zewnątrz. Mogę powiedzieć, że gołę się częściej (śmiech).

Teraz wydaje mi się że jestem jak rozpędzona lokomotywa i nawet jak przestanę pracować w projekcie, to i tak gdzieś znajdę pracę, może nie tak ciekawą, ale nie uśmiecha mi się nicnierobienie. Jak się okazało, że potrafię pracować – dziwna sprawa, ale nawet rodzina zaczęła na mnie patrzeć inaczej. Przez ten rok zyskałem też bardzo bliską osobę i w ogóle moje życie poszło do przodu. Ale czasem natchodzą mnie obawy, bo teraz stawiam sobie wyższe poprzeczki i nie wiem czy wszystkiemu podołam. A nie chce brać udziału w wyścigu szczurów i choć ocieram się o niego, to myślę o sobie w inny sposób.

Małgorzata (uczestniczka projektu):

Udział w projekcie zmienił diametralnie moje życie już niemalże w chwili, gdy zostałam do niego przyjęta. Miał i ma nadal wpływ poczucie własnej wartości. Oto, po wielu latach wegetowania na marginesie społeczeństwa – stałam się jednym z jego „trybików”. Najpierw ktoś dostrzegł we mnie możliwości i zaproponował tu pracę, następnie mogłam pokazać, że rzeczywiście na coś się mogę przydać. Robię w pracy to, co lubię i uważam za najistotniejsze: pomagam innym ludziom, często słabszym, bezbronny. Jednocześnie pozytywne zmiany we mnie miały wpływ na inne dziedziny życia. Spełnienie zawodowe zaowocowało lepszym kontaktem ze znajomymi oraz sprawiło, że częściej czuję się szczęśliwa! Mam o wiele więcej energii i chęci do życia, przychodzą mi do głowy rozwiązania własnych problemów i, co ważne, wprowadzam je w życie. Odkąd pracuję i wydawałoby się, że mam mniej czasu, to paradoksalnie robię więcej.

No i oczywiście podniosła mi się tak zwana stopa życiowa – zarobione pieniądze dają mojej małej rodzinie więcej poczucia bezpieczeństwa, niż dotychczas. A jak miło „smakuje” wypłata! To nie zapomoga, nie zasiłek ani darowizna. To daje więcej wiary w siebie.

Daniel (uczestnik projektu):

Dla mnie praca w projekcie ma dwa oblicza: dzięki temu, że tu pracuję to mam okazję uczestniczyć w szkoleniach, czytam różne książki i publikację, dowiaduję się coraz więcej na temat uzależnień, szkód związanych z używaniem narkotyków i metod, którymi te szkody mogą być minimalizowane. Kiedyś wydawało mi się, że wiem wiele na temat HIV/AIDS; dziś wiem znacznie więcej. To jedno.

Z drugiej strony udział w projekcie pomógł mi przystosować się do wykonywania pracy. Rozumiesz – jak pracujesz to musisz wiedzieć, że gdzieś o określonej porze musisz być, wieczorem planujesz następny dzień, rano wstajesz, I zakładasz sobie pewne priorytety: pewne rzeczy są ważniejsze od innych, na to czy tamto nie masz czasu, bo w tym czasie pracujesz, dzisiaj nie możesz iść na imprezę, bo jutro rano masz dyżur, itd. Musisz odpowiedzialnie podchodzić do tego co robisz.

Po pewnym czasie zacząłem szukać również innej pracy, bo potrzebuję pieniędzy – te, które można zarobić w projekcie oczywiście nie wystarczają na wszystkie potrzeby. Wiem także, że nie mogę budować całego swojego życia zawodowego i swojej przyszłości w oparciu o udział w projekcie. Czuję też, że praca wśród innych osób z programu metadonowego wypala mnie trochę emocjonalnie: jesteśmy leczeni w tym samym miejscu, pracujemy w tym samym miejscu – to dobre, ale do czasu. Teraz muszę pójść nieco dalej, a także poszukać odskoczni. Dziś wiem, że udział w projekcie był dla mnie świetnym pierwszym krokiem, taką rozgrzewką przed nowymi wyzwaniami.

Robert (uczestnik projektu):

Czuję, że dzięki tej pracy nauczyłem się nawiązywania kontaktów z ludźmi. Nie takich, jak kiedyś. W ogóle nabrałem dużego dystansu do tego, co robiłem w przeszłości. To trochę tak, jakbym przestał już być dzieckiem. Odkąd pracuję, moi znajomi – którzy nadal biorą narkotyki widzą, że jestem trochę jakby z drugiej strony i nawet nie próbują zaproponować mi narkotyków. Traktują mnie poważniej, pytają o różne rzeczy, chcą abym im doradzał. Mam wrażenie, że też dziwne sprawy też dzieją się „na metadonie”: personel zmienia do mnie stosunek, mam mniej problemów z zaliczkami. Chyba nawet testy robią mi rzadziej (śmiejch).

Oczywiście czasem zdarza mi się, że powątpiewam, zastanawiam się czy dam radę i czy aby nie za wysoko ustawiłem sobie poprzeczki. Kiedy zaczynałem niektórzy z mojego środowiska nie dawali mi szans – mówili, że taki koleś jak

ja i tak skończy na ulicy. Teraz ci sami z kolei twierdzą, że zadzieram nosa. To może nieco wyprowadzić z równowagi. Ale każdy z nas przez to musi przejść.

Rodzina też miała obawy, czy rodzaj pracy, jaki wykonuję, nie będzie dla mnie zbyt ryzykowny. Cieszy mnie to, że teraz gdy wracam do domu pytają po prostu „jak tam było w pracy?”.

Rafał (uczestnik projektu):

Pracy szukałem w wielu miejscach. Pracowałem zawsze dorywczo, wykonywałem mało ciekawe zajęcia: sprzątanie, rozwożenie węgla, pracowałem nawet w piekarni. Kiedyś w Niemczech ukończyłem kurs pielęgniarstwa i przez pewien czas zajmowałem się dziećmi chorymi na białaczkę. Trudno powiedzieć czemu nie udało mi się zagrzać tam na dłużej miejsca. Chyba mam pewne braki, które o tym decydują. Ludzie w takich miejscach zaczynają traktować mnie w określony sposób, a ja zaczynam wtedy potwierdzać ich obawy. Ogólnie mało pasuję do tzw. norm poprawnego społecznego funkcjonowania. Zawsze tak było, kiedyś z powodu narkotyków, teraz trochę dlatego, że to mój świadomy wybór.

Są chwile, że chcę to zmienić, ale nie za dużo. Cenię sobie atmosferę w tej pracy; większość moich współpracowników znam od dawna. Trochę żałuję, że od początku nie starałem się o przyjęcie do projektu; wtedy, kiedy moi koledzy zaczęli w nim pracę. Myślałem, że się do tego nie nadaję. A jednak, jak projekt był prowadzony przy ul. Worcella – to często tam przychodziłem i im pomagałem. Wtedy zobaczyłem, że nie taki diabeł straszny. Pracownicy wspierają się nawzajem, a to dużo daje.

Czasem mam jeszcze jakieś „techniczne” wpadki. Parę dni temu klientowi, który wymieniał u nas sprzęt iniekcyjny wrzuciłem igły i strzykawki do plecaka, który mi podał, a tak nie można – nie wolno tak robić, ponieważ mogłoby to wyglądać dwuznacznie: jeśli w plecaku byłaby strzykawka z towarem, to klientem mógłby się potem tłumaczyć, że to ja mu podrzuciłem narkotyki.

Martyna (uczestniczka projektu):

Jestem dumna z pracy w projekcie. Sprawia mi ona satysfakcję i sądzę, że to trochę także dzięki mojej dobrej pracy, droga dla innych osób leczonych metadonem do tej pracy otwiera się. Pamiętam przecież, że gdy zaczynałam, niektórzy pracownicy byli do mnie sceptycznie nastawieni. Myśleli chyba, że osoba leczona metadonem niewiele różni się od osób biorących nielegalne narkotyki. Cieszę się, że byli na tyle dojrzały, żeby dać mi szansę i zobaczyli we mnie czło-

wieka, współpracownika, a wreszcie specjalistę, który może nieść nowe spojrzenie na problem osób uzależnionych.

Pracując w Centrum Redukcji Szkód zdałam sobie sprawę, że to co uważałam za ułomność może stać się dla mnie atutem. Poczułam, że jeśli będę pracować z osobami uzależnionymi - będę mogła czerpać z własnego doświadczenia. Praca w projekcie dała mi dodatkową motywację do zakończenia studiów, ciągłego kształcenia się i doskonalenia. Przestałam bać się nowych wyzwań, zdałam sobie sprawę, że jestem dobra w tym co robię.

Niedawno dostałam poważną pracę, w której wymagania stawiane kandydatom były bardzo wysokie. Kiedyś nie złożyłam bym nawet cv z obawy, że nie będę mieć żadnych szans na pracę i się tylko rozczaruję. I co się okazało? Zostałam wybrana z ogromnej ilości kandydatów i, z tego co wiem - nowy pracodawca jest ze mnie zadowolony.

Sylwia Pulka (wolontariuszka):

Studiuje pracę socjalną w Krakowskiej Szkole Wyższej. Tutaj trafiłam kilka miesięcy temu na 2-tygodniową praktykę, potem zaczęłam udzielać się jako wolontariusz. Kiedyś już coś nie coś słyszałam już o metadonie, ale nie znałam nikogo, kto byłby nim leczony i nie miałam wyrobionego zdania. Słyszałam wiele kąśliwych uwag na temat tej kuracji, że to legalne ćpanie i nic więcej. Teraz już wiem, że nic bardziej błędnego.

Katarzyna Krzykawska (wolontariuszka):

Podziwiam ich i trudno mi sobie dzisiaj wyobrazić, że kiedyś brali, że mogli kiedyś sami być klientami programu wymiany strzykawek. Są odpowiedzialni i solidarni, wspierają się nawzajem. Jeśli któryś z nich ma problem – może liczyć na innych. Myślę, że nie chcą, aby gorsza postawa któregoś z nich rzutowała na opinie o reszcie. Studiuje pedagogikę, ale dopiero pracując z nimi w projekcie czuję, że robię coś ważnego.

Maciej Kubat (wolontariusz):

W redukcji szkód nie robisz nic na siłę, wszystko wychodzi od klienta. Swoją współpracę z projektem zaczynałem jako student pedagogiki i moje nastawienie wtedy było zupełnie inne: mówić ludziom co powinni, a czego nie powinni robić, ogólnie – wiedzieć więcej, pouczać i nawracać – naprawiać ich jak coś zepsutego. Tutaj jednak kontakty z klientami są wyjątkowe. Narkomania jest niezmiernie złożonym zjawiskiem i na tyle specyficznym, że nawet drobne zmiany na lepsze są czymś ważnym. Mam świadomość, że wielu z moich

klientów nie wyleczy się z uzależnienia, ale nie zamierzam ich moralizować i potępiać.

Dr Jan Chrostek Maj (kierownik programu metadonowego):

Oczywistością jest, że leczenie uzależnień musi być kompleksowe, zintegrowane i musi obejmować postępowanie biologiczne, psychologiczne i socjalne. Podejmowanie jakichkolwiek pożytecznych zajęć dla innych ludzi (nazwane dla skrótu pracą) jest zarówno środkiem, jak i celem naszej działalności „człowieczej”, jest to kwintesencja człowieczeństwa. Pech chciał, że tym ludziom przypadł od razu jeden z najtrudniejszych odcinków tej pracy, specyfika środowiska, w którym pracują powoduje dla nich pewne ryzyko. Ale jednocześnie praca mająca na celu zmniejszenie zagrożenia wśród osób uzależnionych od narkotyków daje nadzieję na trwałą poprawę funkcjonowania oraz olbrzymią satysfakcję.

Dorota Pawliszyn (specjalista pracy socjalnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie):

Od lat zajmuję się osobami uzależnionymi, którzy korzystają z pomocy MOPS i zdają sobie sprawę, jak ciężko im znaleźć pracę, a co za tym idzie zrezygnować z korzystania z pomocy społecznej. Rzadko zdarza się, ażeby po rozpoczęciu kuracji metadonem sytuacja zasadniczo się zmieniała. Trudna sytuacja życia, która jest wynikiem długoletniego uzależnienia i brak perspektyw znalezienia pracy powodują, iż w odczuciu tych osób korzystanie z instytucji dających pomoc finansową wydaje się jedynym możliwym rozwiązaniem.

Inicjatywa, w jakiej mogli wziąć udział jest trudna do przecenienia. Ci, którym udało się rozpocząć pracę w programie Methwork zaczynają zarabiać na swoje utrzymanie i wychodzą z kręgu klientów pomocy społecznej. Dla większości z nich pomoc społeczna była jedynym źródłem utrzymania i zapewnienia bardzo skromnej egzystencji. Gdyby nie możliwość takiego zatrudnienia, to nadal tkwiliby w tym samym miejscu.

Podjęcie pracy w projekcie – mimo, że zarobki tam niewiele przewyższają wysokość zasiłku stałego – jest równoznaczne z rezygnacją z dalszego pobierania świadczeń MOPS. Mówiąc wprost: decydują się na pracę, nawet jeżeli ta nie przyniesie im diametralnej zmiany finansowej. Wygląda na to, że element finansowy nie jest decydujący, a ważna jest możliwość wykazania się aktywnością i chęć bycia potrzebnym. Sądzę, że ta propozycja pracy wyrывa ich również z myślenia o sobie, jako o kimś niezdolnym do pracy (chociażby z powodu posiadanych orzeczeń o stopniu niepełnosprawności). Po raz pierwszy od dłuższego czasu mogą się naprawdę sprawdzić i poznać swoją wartość. Niezmier-

nie ważne jest to, że pracują w miejscu, gdzie akceptowana jest ich przeszłość, nie muszą ukrywać tego, że są leczeni metadonem, że wcześniej brali narkotyki. Wielu pracodawców na wieść o takich „rewelacjach” nie dałoby im żadnej szansy. Czasem podjęcie pracy „na zewnątrz” jest także zbyt trudne. Dobrze jest mieć za sobą ten pierwszy krok w stronę dalszej aktywizacji zawodowej.

Marianna Iwulska (Stowarzyszenie na Rzecz Pacjentów Programów Substytucyjnych Wyzwolenie):

Banałem jest powtarzanie się z tym, że praca nie jest człowiekowi potrzebna tylko dla zapewnienia środków materialnych. To oczywiste. Praca daje poczucie przynależności do danej grupy, poczucie bycia potrzebnym i docenionym, praca podnosi samoocenę i przynosi uczucie zadowolenia z życia na trzeźwo. Na trzeźwo, ponieważ dobrze ustalona, stabilna dawka metadonu nie zmniejsza ani nie zmienia stopnia świadomości pacjenta.

Szkody wyrządzone przez styl życia, jaki wymusza nałóg heroinowy są ogromne. Należy tu mieć na uwadze bezdomność, brak więzi z rodziną, kryminalną przeszłość, samotne wychowywanie dzieci oraz brak stabilnej, bezpiecznej pozycji finansowej. Terapia metadonem sama w sobie nie rozwiązuje tych problemów. I wtedy metadon pozostaje tylko jeszcze jednym środkiem chemicznym, którym odgradzamy się od życia. Choć oczywiście metadon daje szansę, ażeby poradzić sobie z wieloma przeszkodami życiowymi. Czas i wysiłek wkładany do tej pory w zdobycie heroiny może być poświęcony celom, które mają sens, przynoszą satysfakcję i pożytek. Nie tylko samemu zainteresowanemu, ale i społeczności.

Niestety praca, ta podstawa zdrowego funkcjonowania jest dziś towarem deficytowym. Nawet dla człowieka młodego, wykształconego, zdrowego i znającego realia dzisiejszego świata biznesu może być trudne znaleźć posadę. Gdybyśmy chcieli napisać CV typowego pacjenta metadonowego to, w jakiej dziedzinie człowiek taki ma doświadczenie? Niby w żadnej. Lecz kiedy spojrzeć uważniej to jest on specjalistą w dziedzinie uzależnienia! Kto najlepiej wyjaśni początkującemu narkomanowi, jakie zagrożenia na niego czyhają? Szczególnie, że początkujący czy też i doświadczony już narkoman rzadko, kiedy wierzy w to, co mówią mu tzw. eksperci. Najlepszymi pracownikami programów wymiany są właśnie ludzie kiedyś uzależnieni od narkotyków. Po za tym, że wydając nowy, czysty sprzęt – pracownik może dużo szybciej zauważyć, jakie poza tym ma potrzeby jego klient i jaka pomoc jeszcze jest mu potrzebna. Praca w programach redukcji szkód to jakby upieczenie dwóch pieczeni na jednym ogniu. Z jednej strony mamy więcej świetnych streetworkerów wykonujących też prace

typu peer support, a z drugiej strony dla pracowników jest to forma terapii. Czują się potrzebni i jeszcze dostają wynagrodzenie za swoją pracę. Znikają niepotrzebne bariery: pracownik-klient. Znika wstyd przed zwierzaniem się ze swoich problemów, klient może oczekiwać również prawdziwej, wiarygodnej wiadomości na interesujący go temat. Bez obaw, że ktoś może się go brzydzić lub obawiać ze względu na zakażenie lub wygląd. Pomoc typu peer support powinna być bardziej doceniona. Osoba z zewnątrz, która nie zna środowiska języka i nie umie poruszać się w środowisku, mimo że ma wiedzę – nigdy nie będzie tam wiarygodna do końca.

A dla osoby, która żyła na marginesie społeczeństwa – taka praca – to uznanie jej praw obywatelskich. Zrównanie z „normalnymi”. Kto nie poczuł odrzucenia i dyskryminacji z powodu swojej przeszłości i choroby, nigdy nie zrozumie ile to znaczy.

* * *

Projekt Methwork – w formie, w jakiej został tu opisany stworzyło w roku 2005 Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym wraz z Poradnią Monar w Krakowie. Jako, że projekt jest integralną częścią Centrum Redukcji Szkód – jego rozwój był możliwy dzięki pomocy finansowej z Funduszu Inicjatyw Obywatelskich i IHRD/OSI (International Harm Reduction Development / Open Society Institute). Duży wkład finansowy miało także Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Przez wszystkie lata funkcjonowania projektu otrzymywaliśmy także wsparcie z Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa. Obecnie (w 2008 roku) w dużej mierze projekt wspierany jest ze środków unijnych, jakie otrzymujemy za pośrednictwem Fundacji Fundusz Współpracy.



Rozdział 17

Macierzyństwo w programie metadonowym

Małgorzata Jedynak

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Program metadonowy powstał w Krakowie w 2000 roku. W trakcie przygotowań do tego programu uzgodniono kryteria przyjęcia do programu. Zgodnie z ogólnymi wytycznymi wynikającymi z piśmiennictwa ciąża u kobiety uzależnionej jest szczególnym wskazaniem do objęcia programem terapii substytucyjnej. Wynika to ze znanych wszystkim okoliczności. Nielegalnie podawane dożylnie preparaty opiatowe są niesterylne, i za każdym razem o innym składzie substancji o nieznanym działaniu toksycznym, stanowią istotne bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia zarówno dla matki jak i dla płodu. Ponadto, ponieważ nielegalnie preparowane substancje (kompot) zawierają nieznaną ilość alkaloidów, głównie heroiny, wywołują objawy odurzenia opiatowego matki jak i płodu. Kiedy po tym okresie następuje przerwa w dostawie i w zależności od ekonomicznych i organizacyjnych możliwości matki wtedy odstawienie to trwa różnie długo. Warto nadmienić, że w tym momencie narkomanka, aby te przerwę w podawaniu środka narkotycznego skrócić dokonuje wielu nadzwyczajnych i nielegalnych wysiłków: a to kradnie, a to oddaje się prostytutce nie myśląc, bynajmniej o zasadach bezpiecznego seksu. Występująca przeważnie somatyczna i psychiczna degradacja dopełnia obrazu choroby uzależnieniowej u ciężarnych. Warto wspomnieć o jednej z zasadniczych cech uzależnienia - całkowita „głuchota” na argumenty o szkodliwości nałogu zwłaszcza w tej szczególnej sytuacji. Narkomanka znajdzie taką odpowiedź: jak nie wezmę narkotyku

to umrę, jak ja umrę to i dziecko umrze, więc muszę brać narkotyki. Tymczasem płód jest poddawany huśtawce neurobiologicznej - raz jest to stan odurzenia opiatowego, drugim razem mamy powtarzający się co jakiś czas zespół odstawienny. Wszystkie wspomniane elementy powodują, że dzieci narkomanek rodzą się w gorszym stanie zdrowia niż te z populacji ogólnej żyjącej na tym samym terenie. Dlatego zawsze w ciągu trwania naszego programu ciąży była swoistą przepustką do przyjęcia uzależnionej kobiety do leczenia substytucyjnego.

Co daje leczenie substytucyjne ciężarnej, głęboko uzależnionej od opiatów pacjentce, jakie daje zagrożenia? Jakie korzyści?

Korzyści są ewidentne: ustabilizowanie stanu zdrowia ciężarnej i płodu, brak opisanych wahań neurobiologicznych obu organizmów, spokojny przebieg ciąży bez okoliczności prowokujących do przedwczesnych rozwiązań, prawidłowy rozwój płodu, spokojny kontrolowany przebieg porodu, usunięcie zależności ekonomicznej od dealerów, co pozwala na rezygnację z opisanych nielegalnych i niebezpiecznych dla zdrowia zachowań [1].

Możliwość udzielenia odpowiednio długo trwającej pomocy medycznej wraz z hospitalizacją włącznie, istotnie poprawia stan zdrowia i kondycję psychospołeczną obu istot. Poza tym ogólnie substytucja metadonem poprawiając stan zdrowia każdej kobiety, poprawia jej możliwości rozrodcze, o czym pacjentki winny być informowane wcześniej, aby nie narażać się na zachodzenie w ciążę w niedogodnej dla nich sytuacji.

Czy istnieje zagrożenie toksykologiczne, mutagenne ze strony stosowanych legalnych środków? Z reguły jest to metadon, choć buprenorfina jest bardziej rekomendowana do stosowania substytucji w czasie ciąży [2].

Po pierwsze bardzo trudno przeprowadzić badania porównawcze działania szkodliwego nielegalnych środków odurzających z legalnie stosowanymi lekami. Są na to dowody kryminologiczne, że nielegalne preparaty mogą zawierać każdą truciznę byleby dało się ją sprzedać np. pod postacią białego proszku. Mogą to być pochodne zawierające ołów, kadm lub innych metali ciężkich a nawet arszenik, o czym, po niewczasie dowiadują się zainteresowani. Metadon stosowany w leczeniu przeciwbólowym od lat 40-tych ubiegłego wieku, a w leczeniu substytucyjnym od lat 60, jest jedną z najlepiej przebadanych substancji. Oczywiście są niewielkie zastrzeżenia zwłaszcza w zakresie jednoczesnego zastosowania metadonu łącznie z nielegalnymi nieznanymi substancjami i wnioskującymi z tego zagrożeniami. Takie zagrożenie jest zawsze, jednak stabilizacja psychologiczna ciężarnej, której udziela się wszechstronnej pomocy zapobiega na ogół takim sytuacjom. Zdarzają się także omyłkowe podania leku osobom postronnym, w tym dzieciom

pacjentek, ale długotrwałe działanie metadonu pozwala na szybkie udzielenie adekwatnej pomocy pod warunkiem dokładnie zebranego wywiadu toksykologicznego. Przebieg porodu jest stabilny i bez niespodzianek w zakresie objawów somatycznych obu osób i psychicznych ze strony matki. Reasumując prawidłowe stosowanie metadonu przez całą ciążę i poród jest bezpieczne dla matki i dziecka [2].

Po porodzie dziecko nie wie, że jest uzależnione, ale ma szereg niepokojących objawów - płacze, jest niespokojne, nie śpi, nie je prawidłowo, może mieć przyspieszenie oddechu, akcji serca, katar, biegunkę. Objawy te wyglądają groźnie, jeżeli nie wiemy, jaka jest tego przyczyna. Natomiast przy prawidłowo przeprowadzonym wywiadzie, opiatowy zespół odstawienny bardzo łatwo się leczy za pomocą kropli z fenobarbitalu lub opium. Potrafi to każdy neonatolog [3].

Matka, albo nadal używa środka substytucyjnego - wtedy z reguły powstrzymuje się od karmienia (choć nie jest to zasada bezwzględna), albo detoksykuje się i może bez wahania karmić dziecko bez żadnych obaw, o ile nie ma innych przeciwwskazań [4].

Podczas stosowania substytucji zawsze jest zdolna somatycznie i psychicznie zajmować się dzieckiem co powoduje powstanie prawidłowych więzów psychologicznych, które ułatwiają matce wyjście z uzależnienia.

Problemy epidemiologiczne związane z zakażeniem HIV, HCV i planowanego lub dokonanego macierzyństwa albo obecność w/w wirusów u jednego lub obu rodziców, oraz problem zdrowia dziecka wymaga osobnego specjalistycznego omówienia, ponieważ wykraczają poza tematy związane z uzależnieniem.

Nie są to problemy marginalne i pojawiają się w całkiem niespodziewanych okolicznościach.

Zachodzi potrzeba prowadzenia dokładnej i rzetelnej informacji o skutkach leczenia substytucyjnego zarówno wśród pacjentów jak i terapeutów, aby tych niespodzianek było jak najmniej.

Problemy z macierzyństwem nie ograniczają się tylko do dzieci urodzonych w programie. Obserwujemy również, że dzieci urodzone przed programem metadonowym mają kłopoty w szkole, u dzieci z rodzin narkomanów występuje wczesna inicjacja narkotykowa i zbyt wczesne współżycie seksualne oraz zachowania kryminogenne. Dla tych dzieci prowadzona jest w poradni psychoterapia, za zgodą rodziców.

W trakcie trwania programu metadonowego w Krakowie w latach 2000 do 2008 urodziło się osiemnaścioro dzieci.

Tabela 1

Liczba dzieci urodzonych przez pacjentki krakowskiego programu metadonowego

Rok	Suma pacjentów	Kobiet	Dzieci
2000	50	14	3
2001	75	16	6
2002	94	28	2
2003	94	28	1
2004	94	27	0
2005	88	25	3
2006	91	31	2
2007	90	32	1

Jak wynika z tab.1 największa ilość dzieci przysłała na świat w drugim roku trwania programu z matek uczestniczących w programie od początku.

Niewątpliwie udział w programie metadonowym wpłynął na poprawę stanu psycho-fizycznego pacjentek w porównaniu z okresem brania narkotyków.

W 2001 roku, na sześćcioro urodzonych dzieci - w 4 przypadkach oboje rodzice byli pacjentami programu, a w dwóch tylko matki. Aktualnie w programie metadonowym na 76 pacjentów jest 27 kobiet w wieku od 24 do 43 lat, spośród nich 16 osób to matki, które posiadają średnio od jednego do trojga dzieci, co w sumie stanowi dwadzieścia troje dzieci. Wśród 49 mężczyzn w programie piętnastu jest ojcami, posiadającymi dwadzieścioro dzieci. Okres życia, w którym pacjentki zaczęły brać narkotyki waha się od 12 r. życia do 18 r. życia. Okres brania narkotyków do czasu podjęcia leczenia substytucyjnego metadonem trwa od 7 do 22 lat.

Ciąże u pacjentek przebiegały bez komplikacji, pomimo że niektóre z nich w jej trakcie przyjmowały wciąż dożylnie narkotyki, nadużywały leków oraz alkoholu. Cztery pacjentki przez cały okres ciąży były w programie metadonowym, cztery zostały przyjęte do programu między czwartym a drugim miesiącem przed porodem, trzy pacjentki po porodzie. Pacjentki podczas ciąży nieznacznie zwiększały dawki przyjmowanego metadonu.

Kobiety w ciąży były otoczone szczególną opieką, były kierowane do placówek służby zdrowia, lekarzy specjalistów, ale to kobiety wybierały przez kogo chcą być prowadzone do momentu porodu, oraz w jakiej placówce ma przyjść na świat ich potomek. Wybór lekarza ginekologa odbywał się głównie na zasadzie polecenia - jedna pacjentka polecała drugiej.

Pacjentki były zainteresowane i wrażliwe, brały pod uwagę warunki jakie panują w szpitalu, możliwość łatwego nawiązania kontaktu z lekarzem, aby mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa i zagwarantowaną opiekę na jak najlepszym poziomie.

W grupie kobiet i mężczyzn zaznaczają się różnice między sygnalizowaniem macierzyństwa i ojcostwa. Zdecydowanie częściej i chętniej kobiety informują personel Poradni o fakcie posiadania dziecka przed podjęciem leczenia substytucyjnego. Przeżywają sukcesy jak i porażki swoich dzieci, mają poczucie, że popełniły wiele błędów i chciały by to „naprawić”. Wyrażają tęsknotę, chęć częstszego kontaktu z dziećmi zwłaszcza, gdy dzieci mieszkają w oddaleniu od rodzica.

Spośród dziesięciu matek z jedenaściorgiem dzieci pozostających nadal w programie - dla czterech matek jest to pierwsze dziecko, dla pięciu jest to drugie, dla jednej matki jest to trzecie dziecko. Ojcami wyżej wymienionych dzieci są: w pięciu przypadkach pacjenci programu metadonowego, w trzech przypadkach czynni narkomani, w dwóch przypadkach matki określają ojców swych dzieci jako osoby bez problemu narkotyków.

Pięć matek jest zakażona HIV, w jednym przypadku posiadamy informacje o zakażeniu HIV ojca. Pacjentki są w trakcie leczenia antyretrowirusowego, pod stałą kontrolą Kliniki Chorób Zakaźnych. W przypadku dzieci urodzonych z rodziców zakażonych HIV nie posiadamy wystarczających informacji potwierdzonych medycznie co do ewentualnego zakażenia dzieci. Matki nie zgłaszają wiarygodnych informacji.

Dzieci rodziły się z objawami odstawiennymi, były detoksykowane w warunkach szpitalnych luminalem i morfiną bez istotnych powikłań.

Waga urodzeniowa dzieci mieściła się w granicach 2700-3500 g, długość ciała 55-58 cm. Skala Agar 9-10 pkt. W dwóch przypadkach skala wynosiła 5-6 pkt. Jedno dziecko ma wadę wrodzoną układu moczowego, u jednego dziecka w wieku niemowlęcym rozpoznano cukrzycę, dwoje dzieci jednej matki urodziło się z przykurczami kończyn dolnych i górnych, co wymagało rehabilitacji. Rozwój dzieci fizyczny, umysłowy i emocjonalny jest przedmiotem zainteresowania pracowników naszej poradni, większość matek często przychodzi do Poradni z dziećmi. Na podstawie obserwacji, rozmów z rodzicami i danych na temat wzrostu, wagi ciała można stwierdzić, że rozwój dzieci przebiega prawidłowo. Aktualnie wiadomo, że dzieci te pozostają w opiece lekarzy pediatrów poradniach rejonowych. Niejednokrotnie fakt, że matka opiekuje się dzieckiem i sprawuje opiekę jest podstawą do otrzymywania zaliczek metadonu.

Opiekę nad dziećmi sprawują głównie rodzice, pomagają im osoby z rodziny, którymi zazwyczaj są dziadkowie. W dwóch przypadkach matki mają

ograniczone prawa do opieki - w pierwszym, prawa posiada babcia dziecka, w drugim siostra matki.

Dla oceny warunków socjalnych przyjęto następujące kryteria;

1. mieszkanie,
2. praca,
3. renta,
4. pomoc opieki społecznej,
5. pomoc finansowa ze strony rodziny.

Warunki dobre posiadają 4 pacjentki, mierne - 4, niewystarczające - 2 pacjentki. Kobiety mogły liczyć na wsparcie ze strony swych mężów - w 3 przypadkach. Dwie osoby nadal wychowują samotnie dziecko. Kobiety podkreślają, że wsparcie okazywane przez rodziny, przyjaciół, znajomych miało niewątpliwie pozytywny wpływ na przebieg ciąży jak i aktualną sytuację. W porównaniu do zachowań kobiet sprzed okresu posiadania dziecka obserwuje się silną motywację do podjęcia walki z nałogiem, co potwierdza obserwacja pacjentek i wyniki badań toksykologicznych moczu, na obecność substancji psychoaktywnych, które stały się wyraźnie częściej ujemne.

Pacjentki podejmują również nowe wyzwania tj. trzy pacjentki pracę a dwie pacjentki kontynuują naukę. Obserwuje się pozytywną zmianę wyglądu i zachowania pacjentek-matek generalnie nie odbiegającego od ogólnie przyjętych norm. Oczywiście, jak w każdej grupie są różnice na świetlane przykłady miłości macierzyńskiej i ojcowskiej, jak też przysłowiowego nie stosowania się do norm społecznych. Wyprowadzenie kobiet z patologicznej sytuacji jest dużym wyzwaniem dla osób zajmujących się tym środowiskiem, ale leczenie substytucyjne jest potężną bronią pozwalającą osiągnąć zdecydowanie lepsze rezultaty niż postulowanie nierealnej abstynencji.

Przypisy:

1. Vavrinková B., Binder T.: "Socioeconomic data's, the course of pregnancy and delivery in Opioid-addicted women and women under substitution therapy". Ceska Gynekol. 2007 Oct; 72(5):330-5.
2. Binder T., Vavrinková B.: "Prospective randomized comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birth weight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department". Neuro. Endocrinol.Lett. 2008 Feb; 29 (1): 80-86.
3. Ebner N., Rohrmeister K., Winklbaaur B., Baewert A., Jagsch R., Peternell A., Thau K., Fischer G.: "Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to

- opioids maintained women". *Drug Alcohol Depend.* 2007 Mar 16;87(2-3):131-8.
4. Jansson LM., Choo R., Velez ML., Harrow C., Schroeder JR., Shakleya DM., Huestis MA.: "Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period". *Pediatrics.* 2008 Jan;121(1): 106-14.



Rozdział 18

Podstawy pracy z osadzonymi uzależnionymi od narkotyków

Marian Kopciuch

Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Krakowie

Wychodząc z zasady konieczności założenia programu metadonowego dla osadzonych, w 1991 roku jako kierownik działu penitencjarnego aresztu śledczego w Krakowie w rozmowie z szefem krakowskiego Monaru - Markiem Zygałdło ustaliliśmy zasady współdziałania. Pracę z osadzonymi mężczyznami rozpoczął terapeuta, Marek Hanusz, a z osadzonymi kobietami - terapeutka, Beata Sierocka. Oprócz pracy ze skazanymi, prowadzone były równocześnie cykliczne szkolenia dla funkcjonariuszy. W 1998 roku w trakcie jednego ze szkoleń zainicjowano opracowanie projektu PPP - **Polish Prison Project**. Aktualnie jest on realizowany jako **„Krajowy program przeciwdziałania narkomanii, rozwiązywania problemów osób uzależnionych, zapobiegania infekcjom bakteryjnym i wirusom, opieki nad żyjącymi z HIV/HCV i chorymi na AIDS w polskich jednostkach penitencjarnych”**. Program ten jest finansowany przez UNDP z siedzibą w Nowym Jorku. Cel programu to przede wszystkim przybliżenie filozofii redukcji szkód oraz ograniczenie zapotrzebowania na środki psychoaktywne w AŚ i ZK (z wykorzystaniem wskazówek WHO, stworzonych na bazie konsultacji ekspertów w Genewie w 1993 roku). Koordynatorem programu jest Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym z tego względu siedziba programu znajduje się w Krakowie. Realizacja PPP pozostaje w zgodzie z „Krajowym Programem Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003”.

Celem, tak programu WHO oraz „Krajowego Programu...” jest poprawa jakości i dostępności opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, stałe uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów, doskonalenie istniejącego systemu opieki medycznej. W „Krajowym programie...” widnieje zapis o tym, że problem ten wymaga szczegółowego uregulowania w stosunku do niektórych grup osób, np. aresztowanych i osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych m.in. poprzez rozszerzenie dostępu do programów metadonowych dla osób uzależnionych od opiatów i zakażonych HIV, celem kompleksowego leczenia.

W ramach PPP - mieszczą się strategie medyczne, psychologiczne i penitencjarne wynikające z aktualnych wymogów polskiego prawa (kodeksu karnego wykonawczego), wymogów „Krajowego programu...”, wytycznych WHO. Na podstawie wymienionych założeń uzasadniających wdrożenie PPP, u Wojewody Małopolskiego złożony został „Program Leczenia Substytucyjnego – Metadonowego Dla Osób Osadzonych na terenie Aresztu Śledczego w Krakowie (METAR)”.

PROGRAM METADONOWY „METAR– KRAKÓW”

Początki realizacji programu:

- Zezwolenie na realizację programu – decyzja Wojewody Małopolskiego z dnia 27 maja 2002 roku (aktualnie zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii zezwolenie na leczenie substytucyjne w zakładach dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po zasięgnięciu opinii dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii).
- 4 stycznia 2003 r. - włączenie do programu pierwszej osoby.
- Styczeń 2003r. - ustalenie zasad kwalifikacji pacjentów do programu.

Zespół realizujący program:

- Kierownik programu - kpt. lek. med. Katarzyna Leśniak - specjalista chorób wewnętrznych,
- Psychiatry (2) oraz psycholog,
- Terapeuta uzależnień,
- Pielęgniarka,
- Konsultant - psychiatra z Ośrodka Terapii Uzależnień Szpitala im. L. Rydygiera w Krakowie.

Styczeń 2008 roku - dane statystyczne:

- Od początku realizacji programu, tj. od stycznia 2003 roku do leczenia

w programie metadonowym zakwalifikowano łącznie 44 osoby (przeprowadzono 69 pozytywnych kwalifikacji – kolejne pobyty w areszcie tych samych osób).

- W roku 2007 do uczestnictwa w programie zakwalifikowano 9 osób.
- Aktualnie w leczeniu metadonem pozostaje 5 osób.

Uwagi odnośnie realizowanego programu:

- Art. 96 par. 1 KKW: W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani (...) uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych (...) Leczenie uzależnień realizowane jest w Oddziałach Terapeutycznych dla Osób Uzależnionych od Środków Odurzających.
- Uwarunkowania kwalifikacji do programu:
 - Przewidywany czas pobytu w areszcie,
 - Preferencje chorego,
 - Oddział terapeutyczny - w myśl Art. 96 par.1,
 - Miejsce zamieszkania,
 - Możliwości regionalnego ośrodka metadonowego.
- Główne przyczyny dyskwalifikacji do udziału w programie:
 - Niespełnienie ustawowych wymogów włączenia do terapii metadonem,
 - Trudny do określenia czas przewidywanego pobytu w areszcie (np. tymczasowy areszt z zagrożeniem wieloletnim wyrokiem, a jednocześnie możliwość uchylenia tego aresztu przed terminem jego zakończenia) - co skutkuje trudnością zabezpieczenia możliwości kontynuacji terapii.
- Program metadonowy zapewnia komplementarność dostępności usług medycznych w warunkach więziennych oraz cywilnej służby zdrowia.
- Szczególnie zasadne wydaje się zapewnienie ciągłości leczenia osobom krótkotrwale zatrzymanym w więzieniu, które pozostają w trakcie substytucji metadonowej.
- Terapia metadonem pozostaje leczeniem z wyboru w stosunku do kobiet ciężarnych pozostających przed zatrzymaniem w ciągu narkotycznym.
- W wyjątkowych wypadkach możliwe jest rozpoczynanie leczenia metadonem w sytuacji pozbawienia wolności - spełnione kryteria ustawowe, zdefiniowany choćby w przybliżeniu czasokres pozostawania w warunkach izolacji więziennej, zgoda rejonowego ośrodka metadonowego na kontynuację leczenia pacjenta uzyskana wstępnie już w momencie kwalifikacji.
- Powiększenie ilości ośrodków prowadzących leczenie metadonem w warunkach więziennych (Kraków, Warszawa, Lublin, Poznań) pozwoliło na transport osadzonych w ramach tych jednostek, np. do czynności procesowych.

Komplikacje:

- Brak możliwości dalszego leczenia w Oddziałach Terapeutycznych dla osób pobierających metadon.
- Brak możliwości transportu do ZK w pobliżu miejsca zamieszkania lub do ZK właściwych dla odbywania kary po otrzymaniu wyroku.
- Utrudnienia w przypadku konieczności udziału w czynnościach procesowych.
- Potencjalne ryzyko powikłań w przypadku konieczności hospitalizacji w specjalistycznych oddziałach szpitalnych w ramach innych placówek SW, które nie prowadzą terapii substytucyjnej.

Podstawy prawne zawarte w Kodeksie Karnym Wykonawczym (Ustawa z dn. 6 czerwca 1997r.) - dotyczące wykonywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania w kontekście oddziaływań ukierunkowanych na pracę ze skazanymi uzależnionymi od środków odurzających lub psychotropowych.

Art.2.5) **Jednym z organów wykonującym orzeczenie jest dyrektor zakładu karnego**, aresztu śledczego, a także dyrektor okręgowy i Dyrektor Generalny Służby Więziennej albo osoba kierująca innym zakładem przewidzianym w przepisach prawa karnego wykonawczego **oraz komisja penitencjarna**.

Art.4§1. Kary, środki karne, zabezpieczające i **zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej** skazanego. Zakazuje się stosowania tortur lub nieludzkiego albo poniżającego traktowania i karanie skazanego.

§2. Skazany zachowuje prawa i wolności obywatelskie. Ich ograniczenie może wynikać jedynie z ustawy i przepisów wydanych na jej podstawie oraz prawomocnego orzeczenia.

Art.58§1. Skazany jest podmiotem określonych w niniejszym kodeksie praw i obowiązków.

Art.38.§1. W wykonywaniu kar, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych, w szczególności związanych z pozbawieniem wolności, **mogą współdziałać stowarzyszenia, fundacje, organizacje oraz instytucje**, których celem jest realizacja zadań określonych w niniejszym rozdziale, jak również kościoły i inne związki wyznaniowe oraz **osoby godne zaufania**.

§ 2. Podmioty, o których mowa w § 1, **mogą** w porozumieniu z dyrektorem zakładu karnego lub aresztu śledczego **uczestniczyć w prowadzeniu działalności resocjalizacyjnej**, społecznej, kulturalnej, oświatowej, sportowej i religijnej

w tych zakładach lub aresztach.

Art. 67. §1. Wykonywanie **kary pozbawienia wolności** ma na celu **wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych postaw**, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa.

§2. Dla osiągnięcia celu określonego w §1 **prowadzi się zindywidualizowane oddziaływanie** na skazanych w ramach, określonych w ustawie, systemów wykonywania kary w różnych rodzajach i typach zakładów karnych.

§3. **W oddziaływaniach** na skazanych, przy poszanowaniu ich praw i wymaganiu wypełniania przez nich obowiązków, **uwzględnia się** przede wszystkim pracę, zwłaszcza sprzyjającą zdobywaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz **środki terapeutyczne**.

Art. 68. Zakłady karne podlegają Ministrowi Sprawiedliwości

Art. 69. Karę pozbawienia wolności wykonuje się w następujących rodzajach zakładów karnych:

- 1) zakładach karnych dla młodocianych,
- 2) zakładach karnych dla odbywających karę po raz pierwszy,
- 3) zakładach karnych dla recydywistów penitencjarnych,
- 4) zakładach karnych dla odbywających karę aresztu wojskowego.

Art. 70. §1. Zakłady karne wymienione w art. 69 mogą być organizowane jako:

- 1) zakłady karne typu zamkniętego,
- 2) zakłady karne typu półotwartego,
- 3) zakłady karne typu otwartego.

§2. **Zakłady karne**, o których mowa w §1, **różnią się w szczególności stopniem zabezpieczenia, izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie** poruszania się w zakładzie i poza jego obrębem.

Art. 75. §1. W zakładach karnych działają komisje penitencjarne.

W skład komisji penitencjarnej dyrektor zakładu karnego powołuje funkcjonariuszy i pracowników tego zakładu. **Do udziału w pracach komisji, z głosem doradczym, dyrektor może zapraszać także inne osoby godne zaufania, zwłaszcza przedstawicieli stowarzyszeń, fundacji, organizacji i instytucji, o których mowa w art. 38 §1, oraz kościołów i innych związków wyznaniowych.**

Art. 76. §1. Do zakresu działania komisji penitencjarnej należy:

1. **podejmowanie decyzji o skierowaniu skazanego do właściwego zakładu karnego,**
2. **kierowanie skazanego do określonego systemu odbywania kary — jeżeli**

nie określił tego sąd w wyroku,

3. ustalanie indywidualnych programów oddziaływań na skazanego i dokonywanie ocen ich wykonywania,

4. dokonywanie **ocen okresowych postępów** skazanego w resocjalizacji,

5. **wykonywanie innych zadań** przewidzianych w ustawie i w przepisach wydanych na jej podstawie.

§2. Jeżeli decyzja komisji penitencjarnej w przedmiocie klasyfikacji jest sprzeczna z prawem, o jej zmianie lub uchyleniu orzeka sąd penitencjarny.

Art. 82. §1. W celu stwarzania warunków sprzyjających indywidualnemu postępowaniu ze skazanymi, zapobieganiu szkodliwym wpływom skazanych zdemoralizowanych oraz zapewnieniu skazanym bezpieczeństwa osobistego, wyboru właściwego systemu wykonywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego oraz rozmieszczenia skazanych wewnątrz zakładu karnego - **dokonuje się klasyfikacji.**

§2. Klasyfikacji skazanych dokonuje się mając na względzie w szczególności:

1. płeć,
2. wiek,
3. uprzednie odbywanie kary pozbawienia wolności,
4. umyślność lub nieumyślność czynu,
5. stan zdrowia fizycznego i psychicznego,
6. stopień demoralizacji i zagrożenia społecznego.

Art.95. §1. W systemie programowanego oddziaływania odbywają karę skazani młodociani, a także **dorośli, którzy po przedstawieniu im projektu oddziaływania wyrażają zgodę** na współudział w jego opracowaniu i wykonaniu.

Art.96. W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, **uzależnieni od alkoholu** albo innych **środków odurzających lub psychotropowych** oraz skazani niepełnosprawni fizycznie - wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacji.



Rozdział 19

Osoby uzależnione od środków odurzających lub psychotropowych w systemie penitencjarnym

Kajetan Dubiel

Biuro Penitencjarne Centralnego Zarządu Służby Więziennej, Warszawa

Aktualnie, baza terapeutyczna więziennictwa dla osób uzależnionych, składa się z 32 oddziałów, w tym 20-stu oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu, dysponujących łącznie 649 miejscami oraz 13 oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, o łącznej pojemności ustalonej na 479 miejsc zakwaterowania. W 2007 roku, we wszystkich oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych objęto terapią łącznie ponad 4300 skazanych.

W dalszym ciągu, jedną z cech charakterystycznych więziennego systemu terapii osób uzależnionych, jest bardzo wysoki odsetek skazanych, którzy kończą programy terapeutyczne, w stosunku do ogółu objętych terapią. Ponad 90% skazanych rozpoczynających terapię, kończy programy terapeutyczne. W porównaniu do wolnościowych placówek terapii uzależnień, jest to wskaźnik niewiarygodnie wysoki. **W realizowanych poza zakładami karnymi, długoterminowych programach terapii osób uzależnionych od narkotyków, proporcje te często wyglądają odwrotnie.**

W oddziałach dla uzależnionych od narkotyków, powody nieukończenia terapii kształtują się nieco inaczej – wśród przyczyn nieukończenia terapii,

zdecydowanie dominują sądowe nakazy przetransportowania skazanego do innej jednostki w związku z udziałem w czynnościach procesowych. Wzrost liczby skazanych uzależnionych od narkotyków, wypisanych przed ukończeniem programu terapeutycznego o 30 przypadków, w porównaniu do roku 2004, jest już wzrostem zauważalnym i każe zastanowić się nad przyczynami tej sytuacji.

Wprowadzie w skali całego systemu, skazani „wypadający” z terapii przed jej ukończeniem, stanowią niewielką część ogółu obejmowanych terapią – tym nie mniej, liczbę takich przypadków, można z pewnością jeszcze zmniejszyć, przynajmniej w niektórych kategoriach przyczyn.

Od kilku lat oddziały terapeutyczne odnotowują bardzo dobre wyniki swojej pracy. Utrzymują się korzystne trendy w zakresie praktycznie wszystkich monitorowanych przez Biuro Penitencjarne mierzalnych wskaźników efektywności systemu.

Liczba skazanych, którym przedłużano terapię i czas trwania przedłużeń w oddziałach dla skazanych uzależnionych od narkotyków znacząco spadły. Odnotowano także dalszą, znaczącą poprawę wskaźnika wykorzystania zasobów, działów terapeutycznych. Ilościowe wyniki pracy działów terapeutycznych należy uznać za doskonałe, szczególnie uwzględniając fakt, iż dane te obejmują nie tylko oddziały, w których oddziaływania prowadzone były przez cały rok, ale także oddziały uruchamiane pod koniec roku. Gdyby w analizie uwzględniono tylko oddziały terapeutyczne funkcjonujące przez cały rok, wykorzystanie zasobów systemu oscylowałoby w granicach pułapu możliwości.

Zapotrzebowanie na terapię uzależnień nadal wzrasta. Pomimo istotnego powiększenia bazy systemu terapeutycznego i znaczącego wzrostu liczby skazanych obejmowanych terapią, zapotrzebowanie rośnie jeszcze szybciej. Odnotowywany jest stały wzrost liczby zarejestrowanych w oddziałach terapeutycznych skazanych, z wyznaczonymi terminami przyjęcia, oczekujących na rozpoczęcie terapii. Co roku, według stanu na dzień 31 grudnia, liczba skazanych oczekujących na terapię wzrasta, w skali kraju, o ok. 300-500 skazanych uzależnionych od alkoholu i ok. 200 uzależnionych od narkotyków. Dzięki uruchomieniu 9-ciu nowych oddziałów dla uzależnionych od alkoholu, średni czas oczekiwania tych skazanych nie rośnie i oscyluje wokół 10 miesięcy. Natomiast utworzenie dwóch nowych oddziałów terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków nie zdołało zahamować wzrostu czasu oczekiwania

na terapię w tej populacji. Rośnie także liczba skazanych, wobec których terapia jest stosowana na podstawie decyzji organów sądowych, podejmowanych w trybie art. 62 Kk lub 117 Kkw.

Z monitorowanych danych wynika, iż nadal mamy do czynienia z rosnącym zapotrzebowaniem na nowe oddziały terapeutyczne dla uzależnionych, szczególnie od narkotyków. Wymowa prezentowanych liczb jest jednoznaczna. **Rozpowszechnienie zjawiska uzależnień od środków psychoaktywnych jest wśród skazanych tak duże, iż – tak naprawdę – każda większa jednostka penitencjarna w Polsce, powinna dysponować własnym oddziałem terapeutycznym przeznaczonym dla tej populacji skazanych.**

Wszystkie oddziały terapeutyczne dla skazanych uzależnionych realizują programy, które zostały opracowane w zespołach terapeutycznych, uwzględniają współczesną wiedzę z obszaru terapii uzależnień, były konsultowane z Biurem Penitencjarnym CZSW i zostały zatwierdzone do realizacji przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej. Nie oznacza to jednak, że programy te są w każdym przypadku optymalne. Przeciwnie, wiedza z zakresu terapii uzależnień oraz stosowane metody rozwijają się, personel terapeutyczny kończy nowe szkolenia, zmienia się populacja skazanych trafiających do oddziałów terapeutycznych.

Niestety część programów została zatwierdzona do realizacji w istniejącym kształcie pomimo pewnych słabych stron, z uwagi na szereg uwarunkowań organizacyjnych, etatowych czy wynikających z istniejącej bazy terapeutycznej. Co więcej, niektóre spośród realizowanych programów opierają się na prostym przeniesieniu do zakładu karnego metod terapeutycznych stosowanych w terapii uzależnień poza zakładami karnymi i wydają się w niewystarczającym stopniu uwzględniać specyfikę populacji więziennej.

Programy psychoterapii uzależnień realizowane we wszystkich oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych należą do kategorii programów poznawczo-behawioralnych. Jako takie powinny w maksymalnym możliwym stopniu uwzględniać wiedzę o tym, co decyduje o efektywności tego typu podejścia. Należy zatem, przyrzec się własnemu programowi mając na uwadze to, co ogólnie wiadomo, na temat skutecznych programów tego typu, zwłaszcza tych, które zostały opracowane dla sprawców przestępstw.

Spośród oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych, jedynie program Atlantis jest programem, który został oryginalnie opracowany spe-

cialnie dla populacji więziennej, tj. z myślą o skazanych i dla skazanych. Pozostałe programy realizowane w oddziałach terapeutycznych, rozwijały się raczej poprzez przenoszenie na grunt zakładów karnych metod i sposobów pracy, przygotowanych i stosowanych wobec osób uzależnionych, nie będących przestępcami. Oczywiście, oddziaływania te były „przystosowywane” do potrzeb skazanych i możliwości zakładu karnego, tym nie mniej, niekiedy stopień owego przystosowania wydaje się być niewystarczający. Niektóre programy terapeutyczne wydają się niemal nieodróżnialne od swoich odpowiedników realizowanych w placówkach wolnościowych.

Polski system terapii skazanych uzależnionych ma charakter unikatowy i jest czymś wyjątkowym, nie tylko w naszej części Europy, ale także na całym kontynencie. Dobre programy terapeutyczne dla skazanych uzależnionych, bywają prowadzone w poszczególnych zakładach karnych, w wielu krajach. Bardzo często, programy te nie mają jednak oparcia w istniejących strukturach zakładów karnych, są prowadzone przez różne (zmieniające się) podmioty zewnętrzne, bywają silnie uzależnione od zmiennych (i niekiedy zanikających) źródeł finansowania albo dotyczą relatywnie niewielkich grup skazanych. Na tym tle polskie rozwiązania wydają się zdecydowanie dobrze i wyróżniają się zwłaszcza swoim całościowym i systemowym charakterem. Prowadzone oddziaływania terapeutyczne mogą być w tych warunkach rozwijane w sposób stabilny i długofalowy. Jednocześnie należy zaakcentować fakt, iż złożone formy oddziaływań na skazanych, wymagają wyższych niż przeciętne nakładów etatowych, finansowych i szkoleniowych. Rozwijanie i doskonalenie tej sfery oddziaływań na skazanych, pozostaje niezmiennie jednym z priorytetów Biura Penitencjarnego. Dalsze poszerzanie bazy terapeutycznej, o kolejne, nowe oddziały terapeutyczne, wymaga równoległego zaangażowania oraz aktywnego udziału także dyrektorów okręgowych. Z kolei, oddziaływania terapeutyczne prowadzone w już istniejących oddziałach, muszą być troskliwie pielęgnowane i wspierane na co dzień. W tym zakresie nie do przecenienia jest rola dyrektorów jednostek podstawowych.

W styczniu 2003 w AŚ Kraków ruszył pierwszy więzienny program metadonowy, dzięki szczególnie dobrej współpracy z instytucjami zewnętrznymi. Od kwietnia 2004 w trzech jednostkach warszawskich (AŚ Warszawa - Mokotów, Białoleka, AŚ Służewiec) działa kolejny program, przewidujący do 15 uczestników. Program jest realizowany w ścisłej współpracy z podmiotami zewnętrznymi. Adresatami są osadzeni, którzy byli w substytucji przed uwięzieniem. W październiku 2005 ruszył program w AŚ Lublin, od stycznia 2007 są nim objęte wszystkie jednostki Okręgu Lubelskiego czyli 7. W tym samym czasie

ruszył również w AŚ Poznań, a od maja 2007 w ZK Siedlce. Główną przeszkodą rozwoju programów więziennych jest wymóg Instytut Psychiatrii i Neurologii, żeby zapewniać kontynuację po wyjściu na wolność. Osobiście uważam, że to nie nasze zadanie – za murem to nie my.



Rozdział 20

Zastosowanie buprenorfiny i metadonu w przedłużonej detoksykacji

Aleksandra Kamenczak, Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

W trakcie przygotowania pacjentów programu metadonowego w Oddziale Detoksykacji Kliniki Toksykologii UJ zaszła konieczność stosowania w trakcie leczenia pacjentów z objawów zespołu odstawiennego od opiatów innych niż metadon środków detoksykacyjnych. Na podstawie danych z piśmiennictwa ustalono, **że na świecie drugim po metadonie najbardziej rozpowszechnionym w użyciu środkiem substytucyjnym jest buprenorfina** [1].

W ramach działalności naukowej w Klinice Toksykologii UJ w Krakowie pod kierunkiem Pana Prof. Janusza Pacha wdrożono program badawczy na temat współzależności uzyskanych stężeń buprenorfiny a dawką stosowanego leku [2].

Problem był bardzo ciekawy albowiem w Polsce mieliśmy dostęp do tabletek podjęzykowych w dawce 0,4 mg specyfiku, natomiast stosowane dawki za granicą, a zwłaszcza we Francji, wynosiły dziennie 8-16 mg w 2 dawkach podzielonych, czyli były około 20 krotnie większe. Nie dysponowaliśmy także preparatami złożonymi z buprenorfiny i naltreksonu jako bardziej bezpiecznymi w stosowaniu [3].

Buprenorfina jest częściowym agonistą i częściowym antagonistą receptorów opiatowych, co w praktyce przekłada się na to, że jest bezpieczniejsza w użyciu gdyż m.in. w mniejszym stopniu może wywołać niewydolność oddechową i jest bezpieczniejsza dla kobiet w ciąży [4]. Co do jej działania w naszych realiach to możemy odwołać się do doświadczeń naszych pacjen-

tów. Jeżeli stosują satysfakcjonującą ich dawkę to odczuwają podobny komfort życia jak przy stosowaniu metadonu [5]. Ponieważ na poczucie satysfakcji pacjenta ma wpływ motywacja psychologiczna i konieczność przystosowania się do aktualnie możliwych do uzyskania warunków, to pozytywne rezultaty leczenia uzyskujemy także przy naszych procedurach. Niestety buprenorfina może być stosowana również dożylnie. Dlatego na świecie jest używana w połączeniu z antagonistami receptorów opiatowych tj. z naloxonem. W Polsce z powodów prawnych i ekonomicznych preparaty te są praktycznie poza zasięgiem pacjentów, mimo odpowiednich rejestracji ogólnounijnych.

Wielu pacjentów Oddziału Detoksykacji nie miało szans zakwalifikować się do programu metadonowego, choćby z powodu oddalenia ich miejsca zamieszkania od miast, w których były nieliczne programy metadonowe.

Po użyciu buprenorfiny zadeklarowali, że na pewno odruliby się zupełnie, gdyby ten proces wydłużono w czasie. Nie ma oczywiście ani potrzeby ani możliwości tak długiej hospitalizacji w tym celu. Wprawdzie doniesienia z piśmiennictwa wskazują, że najefektywniejsza detoksykacja buprenorfiną trwa kilka tygodni, ale warunki leczenia za granicą, jak wykazaliśmy istotnie różnią się od polskich. **W tej sytuacji zastosowaliśmy procedurę przedłużonej ambulatoryjnie detoksykacji**, wychodząc z założenia, że:

1. **Najbardziej uciążliwym objawem zespołu odstawiennego są przewlekłe bóle, pochodzenia psychogenne, przeważnie kostno stawowe.**
2. **Ponieważ leczenie detoksykacyjne jest w istocie leczeniem p/bólowym zaproponowaliśmy pacjentom leczenie przeciwbólowe na warunkach ogólnie dostępnych dla takiego leczenia dla osób ubezpieczonych** wprowadzając elementy kontroli takie, jak w programie metadonowym.

Aktualnie w Polsce metadon może być przepisywany przez lekarza w lecznictwie otwartym, do celów przeciwbólowych, w opakowaniach po 20 mg na niereglementowane, pełnopłatne recepty. Na jednej receptce może być przepisane maksymalnie 60 mg leku. Zastosowanie odpowiedniej dawki ustala lekarz i on jest odpowiedzialny za wszelkie konsekwencje wynikłe z użycia leku.

Buprenorfina jest dostępna w tabletkach po 0,4 mg na recepty z wtórnikiem, są one częściowo odpłatne, stosowane ze wskazań przeciwbólowych ustalonych przez lekarza z opieki ambulatoryjnej. Natomiast lek jest bezpłatny tylko do celów onkologicznych. Na receptce są dwie daty - wystawienia recepty i rozpoczęcia realizacji. Podając te dwa terminy lekarz może regulować tempo realizacji leku przeciwbólowego.

Pacjent zgłasza się raz na 2-4 tygodnie do Poradni Leczenia Uzależnień, otrzymuje receptę (z zachowanym wtórnikiem w dokumentacji) na

ogólnie refundowany lek przeciwbólowy. Nadmieniam, że szpital płaci pełną 100% cenę obu leków i powinien je mieć w swoim receptariuszu [6].

W poradni leczenie jest kontynuowane, jeżeli podczas rozmowy, ogólnego badania lekarskiego nie wykazano wpływu środków psychoaktywnych, oraz jeżeli jego moczu pobrany pod nadzorem nie wykazał obecności niedozwolonych środków psychoaktywnych. Podczas pobytu pacjent ma możliwość skorzystania z psychoterapii. Obecnie leczenie prowadzone jest w ramach Poradni Leczenia Uzależnień SS im L. Rydygiera w Krakowie, os. Złota Jesień. Pacjent podpisuje kontrakt, w którym zobowiązuje się do przestrzegania przedstawionych warunków procedury **przedłużonej detoksykacji i zobowiązuje się do zmniejszenia dawki w czasie uzgodnionym z terapeutą.**

Od czerwca 2001 roku do wspomnianego programu przyjęto 96 osób, aktualnie w wieku 33 lat (mediana) w zakresie od 20-74 lat, w tym 63 mężczyzn, i 33 kobiety. Pacjenci dojeżdżają do Poradni w Szpitalu Rydygiera w Krakowie od 0 do 530 km, średnio 91,8 km.

Są to osoby, u których uzależnienie opiatowe trwa średnio 12,8 lat (mediana 11 lat), zakres czasu od 1 roku do 33 lat, ale oczywiście tak jak to się dzieje obecnie, żadna z tych osób nie używa jednego środka psychoaktywnego, 31 osób używa THC, 39 pacjentów dodatkowo stosuje amfetaminę w tym 11 często dożylnie, pozostali stosują leki, alkohol. Z wymienionych osób biorących udział w programie buprenorfinowym 11 osób przeszło do programu metadonowego lub stosuje ambulatoryjnie przepisywany metadon.

Pacjenci byli leczeni średnio przez okres 27 miesięcy (mediana 16), w zakresie od 1 do 86 miesięcy. Stosowana dawka wynosiła od 0,8 do 6,4 mg, średnia równa się 2,62 mg, a mediana 2,4 mg.

Na wielkość stosowanych dawek ma wpływ postać leku, ponieważ średnia dawka 2,4 mg to jest stosowanie 6 tabletek podjęzykowych dziennie, kosztujących 3 złote, czyli miesięczna kuracja wynosi 90 złotych, tj. aktualnie około 30 dolarów amerykańskich, co może stanowić problem nie do pokonania dla ubogich pacjentów, którzy średnio muszą pokonać odległość około 2 x 100 km tam i z powrotem. Obserwacja i dane z wywiadu wskazują, że wszystkie osoby mają wsparcie w rodzinie, większość z nich pracuje, jest zaangażowana w życie rodzinne. Stosowanie przedłużonej detoksykacji stwarza im możliwość zarówno opuszczenia krępującego programu metadonowego, jak też ułatwia im oczekiwanie na przyjęcie do tego programu.

Np. zastosowanie metadonu w ramach ciągłości kuracji rozpoczętej w programach zagranicznych jest praktycznie w Polsce niemożliwe, co zresztą jest zgodne z elementarnym poczuciem tzw. sprawiedliwości społecznej, odziedziczonej szeroko u nas po poprzednim systemie. W Polsce na przyjęcie do programu metadonowego czeka się od 2-24 miesięcy a czasami dłużej,

więc przybysze również muszą czekać. W tej sytuacji prowadzenie przedłużonej detoksykacji przez krakowski ośrodek jest dla tych pacjentów wybawieniem, z uwagi na to, że warunki ekonomiczne i prawne w Polsce nie sprzyjają rozwojowi tego typu leczenia.

Przypisy:

1. Radomska M., Bisaga A., Popik P.: „Współczesne metody farmakoterapii w uzależnieniu opiatowym”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 509-518.
2. Radomska A., Pach J., Chrostek Maj J.: „Zastosowanie buprenorfiny w leczeniu substytucyjnym uzależnienia od opiatów w Klinice Toksykologii - wstępne doniesienie kliniczne”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 351.
3. Di Petta G., Leonardi C.: “Buprenorphine high – dose, broad spectrum, long-term treatment: A new clinical approach to opiate alkaloid dependency”, *Heroin Add and Rel. Clin. Probl.* September 2005, vol.7, nr 3, 21-26.
4. Piątek P., Pach D., Kamenczak A., Schmager J.: „Cytogenetyczna ocena substytucyjnej terapii buprenorfiną – badanie wstępne”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 391- 393.
5. Doran C., Holmes J., Ladewig D., Ling W.: “Buprenorphine induction and stabilization in the treatment of opiate dependence”, *Heroin Add and Rel. Clin. Probl.* March 2005, vol 7, nr 1, 7-18.
6. Cennik leków Medycyny Praktycznej 1/2008. 1 grudnia 2007, Medycyna Praktyczna, Kraków 2008.



Rozdział 21

Uwagi o ultraszybkiej detoksykacji - UROD

Ryszard Woźnica

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpital Ogólny im dr E. Wojtyły Bielsko-Biała

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Od pewnego czasu rozwinęły się różne techniki anestezjologiczne, które okazały się być pomocne przy leczeniu dokuczliwych zespołów odstawiennych u osób uzależnionych. Jest to leczenie w pierwszej fazie choroby, czyli detoksykacja, po której występują następne okresy leczenia lub czasami, po prostu nawrót choroby.

Ponieważ postępowanie tego typu nie jest jeszcze w naszym kraju popularne i sytuacja w opisanej dziedzinie jeszcze znacznie odbiega od stosowanych metod. Za Siugh i Basu, którzy przedstawili różne metody i aspekty anestezjologicznego leczenia zespołów odstawiennych na tle sytuacji leczenia uzależnień w Indii, pozwoliliśmy sobie opisać kilka metod stosowanych w krajach rozwiniętych:

1. **Bardzo Szybka Detoksykacja Opiatowa** (Ultra Rapid Opiate Detoxification - UROD) z zastosowaniem ogólnego znieczulenia trwająca około 6 godzin.
2. **Szybka Detoksykacja Opiatowa** (Rapid Opiate Detoxification - ROD), która jest głęboką sedacją trwającą 6-72 godzin.
3. **Przyspieszona Detoksykacja Opiatowa z użyciem doustnym naltrexonu lub bez** (Compressed Opiate Detoxification - COD lub Naltrexon COD)

- NCOD), jest to trwająca 3-6 dni sedacja z wywoływanym zespołem odstawiennym przez podawanie naltrexonu.

Jak zawsze, istnieje jeszcze inna definicja, wg której z ultraszybką detoksykacją opiatową (UROD) mamy wtedy do czynienia, jeżeli pacjent jest poddany ogólnej anestezji dłużej niż 24 godziny [1].

Warto nadmienić, że zespół abstynencyjny występujący w uzależnieniu od opiatów nie jest jedynym zespołem odstawiennym, przy którym stosuje się metody anestetyczne, opisano zastosowania ich w uzależnieniu od barbituranów czy alkoholu [2].

Grupa pacjentów, u której istnieją wskazania do przeprowadzenia wspomnianych procedur jest bardzo wąska z wielu względów, m.in.:

1. Z powodu przeciwwskazań somatycznych i psychicznych takich, jak ciąża, poważne choroby serca, niewydolność nerek, nieodwracalne uszkodzenie wątroby, występowanie innych uzależnień (alkohol lub barbiturany), objawy psychotyczne, stany głębokiej depresji, itp.
2. Z powodu trudności w ustaleniu wskazań i prognozowaniu motywacji w utrzymaniu następowej abstynencji lub podjęciu leczenia substytucyjnego wraz poddaniem się psychoterapii.
3. Z powodu niekorzystnej dla zabiegu analizy kosztów i możliwości przeprowadzenia klasycznej detoksykacji.

Pożądanymi przez terapeutów i negocjowanymi z pacjentami celami przeprowadzonego zabiegu jest długotrwałe podjęcie abstynencji przez pacjenta, ewentualne satysfakcjonująca obie strony psychoterapia bez substytucji. Pójściem na kompromis z pacjentem byłoby podjęcie przez niego substytucji opiatowej wraz z zintegrowaną psychoterapią. W tej sytuacji można sobie pozwolić na kurację substytucyjną w zdecydowanie niższych dawkach niż dotychczas i pacjent ma większą możliwość unikania niebezpiecznego dobierania nielegalnych narkotyków.

Pacjenci kwalifikowani do UROD są to generalnie młodzi ludzie z ustabilizowanym stanem zdrowia, którzy prowadzą czynne życie zawodowe lub społeczne, są zorientowani co do celu leczenia i mają motywację do poniesienia ewentualnych konsekwencji takiego leczenia. Wiedzą ponadto czego mogą oczekiwać po zabiegu, planują dalsze postępowanie terapeutyczne i mają duże opory do przeżywania objawów odstawiennych i skutków leczenia tradycyjnego.

W Polsce do tych argumentów dochodzą koszty i trudności w przeprowadzeniu klasycznej detoksykacji, koszty leków antagonistów receptora opiatowego, trudności w dostępie do kuracji substytucyjnej. Biorąc te wszystkie uwa-

runkowania i zastrzeżenia pod uwagę dr Ryszard Woźnica przeprowadził opisaną procedurę we wrześniu 2007 roku, a konsultantem psychiatrycznym był Jan Chrostek Maj i dlatego autorzy mogą podzielić się uwagami na ten temat.

Lista powikłań, jaka zdarza się po lub w trakcie prowadzenia procedury UROD jest różnorodna i autorzy odsyłają zainteresowanych do odpowiedniego piśmiennictwa [3].

Wg Siugh lista ta obejmuje m.in.:

1. Przedłużające się objawy odstawienne poza okres stosowania procedury. Są one z reguły słabo wyrażone, mają raczej charakter czynnościowy.
2. Zaburzenia przewodnictwa pokarmowego: wymioty biegunka, pojawienie się owrzodzenia postresowego.
3. Zakażenia, włącznie ze sepią.
4. Przejsiowe zaburzenia neurologiczne, zaburzenia mowy, czynności ruchowych.
5. Zaburzenia układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia stymulacji, przewodnictwa, przedłużenie odcinka QT, zaburzenia rytmu serca, bradykardia, bigeminia, częściowy zakrzep żyły podobojczykowej.
6. Niewydolność nerek.
7. Zaburzenia hormonalne - niedoczynność tarczycy.
8. Zaburzenia psychiczne - nastroju, psychotyczne, zamachy samobójcze w dniu zabiegu lub w dniu następnym.
9. Śmierć w ciągu 48 godzin po przeprowadzonym zabiegu [1].

Mimo tej listy możliwych zdarzeń zabieg należy do stosunkowo bezpiecznych i zalecanych. W piśmiennictwie anestezjologicznym bardzo często spotykamy się z doniesieniami o bezpiecznym przeprowadzeniu kilkunastu podobnych zabiegów [4].

Jednocześnie zawsze należy zachować zdrowy rozsądek przy podejmowaniu decyzji o wykonaniu procedury, albowiem (mimo że nie zawsze za złe skutki zabiegu można obwiniać lekarzy przeprowadzających UROD) - wszelkich powikłań należy unikać. Może zaistnieć sytuacja, w której nie zdołamy w wywiadzie ustalić istnienia wieloletniego uzależnienia alkoholu z następnym uszkodzeniem wątroby, a rutynowe badania nie zawsze są jednoznaczne i po przeprowadzonej procedurze chory ma zalecone używanie hepatotoksycznych leków przeciwbólowych. Wtedy nieszczęście gotowe [5].

W omawianym przez nas przypadku istniała konieczność redukcji dawki opiatowych środków przeciwbólowych ze względu na niebezpieczny dla zdrowia sposób ich podawania przez pacjenta. Natomiast nie zostały wzięte dostatecznie pod uwagę przeciwwskazania natury psychiatrycznej.

Notowano u pacjenta zarówno objawy przejściowe objawy psychiatryczne, jak i w wywiadzie ustalono występowanie nastawienia depresyjnego, nadużywania i uzależnienia od wielu środków psychoaktywnych i od innych środków przeciwbólowych o dużym potencjale uzależniającym (benzodiazepiny, nlpz). Stwierdzono obecność sztywnej struktury osobowościowej odpornej na argumenty terapeutów. Wszystko to nie wróżyło dobrze o przejawianiu motywacji przez pacjenta do podjęcia dalszego postępowania terapeutycznego. Jednak obserwacja bezpośrednio po zabiegu wskazywała na ustąpienie wszelkich objawów odstawiennych, mimo braku opiatów. Prawdopodobne kontynuowanie leczenia przeciwbólowego przez pacjenta będzie wymagało znacznie niższych dawek używanych leków, a tym samym zmieni ich sposób podawania na bardziej bezpieczny.

Jednak potwierdza się oczywiste stwierdzenie, że przeprowadzenie zabiegu anestezjologicznego, jakim jest UROD zmienia warunki neurobiologiczne ustroju [6], ale nie wpływa na dalsze postępowanie psychologiczno-psychiatryczne i zastosowanie anestezjologicznej procedury pozostaje ostatnim ratunkiem w przebiegu leczenia choroby uzależnieniowej [7].

Przypisy

1. Singh J., Basu D.: "Ultra-rapid opioids detoxification - Current status and controversies". J. Postgrad. Med. September 2004 vol.50, issue 3, p.227-232.
2. Fontaine E., Godfroid IO., Guillaume R.: "Ultra-rapid detoxification of opiate dependent patients: review of the literature, critiques and proposition for an experimental protocol", Encephale, 2001 Mar-Apr; 27 (2): 187-93.
3. Hamilton RJ., Olmedo RE., Shah S., Hung OL., Howland MA., Perrone J., Nelson LS., Lewin NL, Hoffman RS.: "Complications of ultrarapid opioid detoxification with subcutaneous naltrexone pellets", Acad Emerg Med. 2002 Jan; 9 (1): 63-8. Comment in: Acad Emerg Med. 2002 Sep; 9 (9): 960. Acad Emerg Med. 2002 Sep; 9 (9): 960-2.
4. Kaye AD., Gevirtz C., Bosscher HA., Duke JB., Frost EA., Richards TA., Fields AM.: "Ultrarapid opiate detoxification: a review". Can J Anaesth. 2003 Aug-Sep; 50 (7): 663-71.
5. Olmedo RE., Hoffman RS., Howland M., Nelson L.: "Death as a complication of ultrarapid opioid detoxification (UROD)", Clinical Toxicology. 2000, vol.38, nr 5, 81 Abstract of 2000 NACCT.
6. Golovko AI., Leont'eva LV., Golovko SI., Zefirov Slu., Konoplin DA., Romanenko OP.: "Neurochemical basis of ultra rapid opioid detoxication", Vopr Med Khim. 2002 Mar-Apr; 48 (2): 154-73.
7. Kaye AD., Banister RE., Hoover JM., Baluch AR., Jacobs S., Shah RV.: "Chronic pain and ultrarapid opioid detoxification". Pain Pract. 2005 Mar; 5 (1): 33-42 Comment in: Pain Pract. 2005 Jun; 5 (2): 135



Rozdział 22

Samobójstwa i narkomania wśród młodzieży

Andrzej Polewka, Zofia Foryś

Katedra i Klinika Toksykologii Klinicznej i Środowiskowej CM UJ w Krakowie

Izabella Marchwińska

Wydział Psychologii UJ w Krakowie

„Gdy ktoś krzykiem o pomoc wszystko wokół głuży, to woła wciąż za cicho jak na moje uszy” – Georg Kreisler

I. Wstęp

Samobójstwo uważane jest za jedną z wiodących przyczyn śmiertelności wśród młodych ludzi i stanowi istotny problem dotyczący zdrowia publicznego [30].

Do najczęściej występujących form patologii społecznych godzących w zdrowie fizyczne, psychiczne oraz w postawy moralne młodzieży u progu Trzeciego Tysiąclecia należą: palenie papierosów, alkoholizm, narkomania, przestępczość, samobójstwa, przynależność do sekt (satanizm), AIDS. Wszelkie typy uzależnień, jak i inne patologie społeczne wykazują tendencje wzrostowe w ostatnich 10 latach (1990-2000) przy czym zauważa się systematyczne obniżanie się wieku wchodzenia w te patologie [45].

Jak wynika z danych WHO do najważniejszych czynników ryzyka, oprócz depresji i zachowań samobójczych w rodzinie oraz braku akceptacji w rodzinie, należą nadużywanie substancji psychoaktywnych: alkoholu i narkotyków [9, 24, 19].

Rola narkotyków w zachowaniu suicydalnym jest złożona. Przyjmuje się, że długotrwałe stosowanie leków psychotropowych może wzbudzać nastrój depresyjny, w którym następuje wzrost zagrożenia samobójczego. Przyjmuje się również, iż stan ciężkiego zatrucia alkoholowego może wywołać akt suicydalny u osób podatnych, gdyż intoksykacja może wzmacniać impulsywność, nasilać myśli i wyobrażenia suicydalne, ograniczać funkcje poznawcze i zdolność dostrzegania alternatywnych strategii radzenia sobie oraz redukować bariery chroniące przed autodestrukcją [27].

II. Samobójstwa i narkomania u młodzieży w literaturze światowej

Występowanie i wskaźniki rozpowszechnienia samobójstw uśiłowanych wśród młodzieży są mniej udokumentowane, niż w przypadku samobójstw dokonanych. Niemniej jednak, analizy dotyczące występowania prób samobójczych wśród młodzieży, oparte na danych ankietowych, wskazują, iż około 3-10% nastolatków uśiłowowało popełnić samobójstwo [28].

Wiele badań wykazało wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia prób samobójczych wśród adolescentów spożywających alkohol często lub w dużych ilościach i wśród adolescentów biorących narkotyki [30].

Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez adolescentów zostało zauważone dopiero w drugiej połowie XX wieku. Pierwsze doniesienie na temat wdychania przez nastolatków lotnych rozpuszczalników organicznych pojawiło się w 1959 roku. Od czasów kontestacji młodzieżowych lat sześćdziesiątych wiek narkomanów stopniowo się obniżał. **Obecnie adolescenti i młodzi dorośli są najliczniejszą grupą nadużywających środków uzależniających** [4, 6, 10].

Przyczyny używania tych substancji przez młodzież pozostają niejasne. Rozważa się możliwe biologiczne, psychologiczne i społeczne czynniki [33]. Nie ulega wątpliwości, że etiologia nadużywania środków psychoaktywnych jest wieloczynnikowa. Szczególnym czynnikiem ryzyka jest wiek rozpoczęcia przyjmowania tych środków. Początek używania przed 15 r.ż. niesie w sobie wysokie ryzyko stałego uzależnienia. Robins i in. wskazują na trzy inne czynniki wysokiego ryzyka: problemy alkoholowe rodziców, niepowodzenia szkolne i wczesne rozpoczęcie palenia papierosów [27].

Wśród innych powszechnie przytaczanych czynników wymienia się ciekawość, wcześniejsze ryzykowne zachowania, modelowanie i wpływ rówieśników, wzorce rodzinne, przeobrażenia w strukturze rodziny, predysponujące cechy osobowości, uwarunkowania genetyczne, niską samoocenę, lęk i depresję, izolację społeczną, ogólny wpływ środowiska społecznego, w tym usankcjonowanie normatywne, nieodpowiednie przedstawienie spraw związanych z uzależnieniami w środkach masowego przekazu oraz możliwości

finansowe adolescenta i samowzmacniające właściwości chemiczne danej substancji [5].

„Wzrost spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych dotyczy nie tylko polskiej młodzieży – nadużywanie środków odurzających stało się w ciągu ostatnich kilkunastu lat istotnym problemem na świecie” [18].

Próby samobójcze podejmują najczęściej młodzi ludzie, zwłaszcza dziewczęta i kobiety. Wskaźniki samobójstw wśród osób młodych wykazały w ostatnich latach spektakularny wzrost. Zjawiskami składowymi samobójstw, które są szczególnie znaczące dla prewencji samobójstw wśród młodzieży, są myśli samobójcze, próby samobójcze bez skutku śmiertelnego i samobójstwa dokonane. Prowadzone przez WHO wielośrodkowe badania zachowań samobójczych wykazały, że najwyższe przeciętne roczne europejskie współczynniki prób samobójczych wykryto wśród młodych kobiet w wieku od 15- 24 lat. **Samobójstwo uważane jest za jedną z wiodących przyczyn śmiertelności wśród młodzieży i stanowi poważny problem zdrowia publicznego [30].**

W literaturze przedmiotu, zarówno na świecie jak i w Polsce istnieje ogromna przewaga publikacji na temat samobójstw dokonanych. Próby samobójcze traktowane są raczej marginesowo, być może ze względu na brak dostępnych wiarygodnych danych dla dużych populacji [7, 23].

Ostatnie lata przyniosły poważne postępy w badaniach nad epidemiologią, etiologią i leczeniem zachowań samobójczych u młodzieży. Trudno jest ustalić liniową zależność pomiędzy czynnikami ryzyka a zachowaniami samobójczymi. Przyczyna jest zazwyczaj kombinacją czynników konstytucjonalnych włącznie z czynnikami genetycznymi, oraz wcześniejszych doświadczeń osobistych i precypitujących wydarzeń stresowych. **Paradoksalne jest to, iż ryzyko samobójstw wśród adolescentów wzrasta w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie nastąpiła istotna poprawa jakości życia [11, 29].**

Jak wynika z danych WHO, ilość prób samobójczych i samobójstw wśród młodzieży wykazuje w ostatnich latach drastyczny wzrost. Coraz częściej, jako istotne uwarunkowania – równoległe z depresją – wskazuje się na uzależnienie alkoholowe i problem narkotyków [22, 35].

Choć zachowania suicydalne są zjawiskiem złożonym i wieloaspektowym, pewne czynniki ryzyka powtarzają się w dużej liczbie przypadków. Jednym z nich jest używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych [17].

Aaron Beck, jako jeden z pierwszych, potwierdził w swoich badaniach na temat samobójstw usiłowanych, że alkoholicy są grupą wysokiego ryzyka, wymagającą specjalnej uwagi. W klasycznych już badaniach w publikacji z 1989 roku Beck i Steer (1989) podali wyniki wyżej wymienionych 5-10-cio letnich prospektywnych badań osób hospitalizowanych z powodu próby samo-

bójczej. Na przestrzeni dziesięciu lat dwudziestu pacjentów z badanej grupy popełniło samobójstwo. Z tych longitudinalnych badań wynikało, iż diagnoza alkoholizmu podczas pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej przynajmniej pięciokrotnie zwiększała ryzyko popełnienia samobójstwa w przyszłości [2].

Samobójstwa dzieci i młodzieży stanowią poważny problem społeczny. W latach 80-tych i 90-tych XX wieku ich liczba niepokojąco wzrosła [3, 8].

Niewiele badań dotyczyło kwestii, czy istotne zmiany w użyciu substancji psychoaktywnych miały wpływ na wskaźniki zachowań suicydalnych bez skutku śmiertelnego. Fombone (1998) zwrócił uwagę na wyniki badań z trzech dekad czasowych z obszaru Wielkiej Brytanii, gdzie współczynniki samobójstw wśród młodych mężczyzn oraz depresja, zaburzenia zachowania oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych wykazywały istotny wzrost. W oparciu o wyniki badania wśród młodych ludzi leczonych psychiatrycznie, stwierdził istotną zależność pomiędzy wzrostem - na przestrzeni czasu - występowania zachowań suicydalnych a nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zwłaszcza jak chodzi o nadużywanie alkoholu. Przeciwnie, badania amerykańskie (Sells i Blooms, 1996) nie wykazały istotnej zależności pomiędzy spadkiem konsumpcji alkoholu wśród młodych ludzi, a współczynnikiem samobójstw w USA [27].

Pokazuje to, iż nawet silne związki przyczynowe na poziomie indywidualnym nie koniecznie muszą świadczyć o istnieniu podobnych trendów na poziomie globalnym, ze względu na rozbieżne tendencje w przypadku innych istotnych czynników wyjaśniających [20].

Weiner przytacza dwa stanowiska teoretyczne. Według Jacobnizer: „Samobójstwo jest nagłą, impulsywną reakcją na sytuację stresową. Występuje ona częściej u dziewcząt w związku z większą impulsywnością i tendencjami historycznymi oraz ograniczonymi możliwościami wyładowania agresji w sposób społecznie akceptowany” [Weiner].

Teicher i Jacobs, badając samobójców w wieku 14-18 lat stwierdzili, że samobójstwo w większości przypadków było szczegółowo przemyślanym działaniem, które zostało wybrane dopiero wtedy, gdy zawiodły inne sposoby złagodzenia sytuacji (buntowniczość, zamknięcie się w sobie, ucieczki, konwersje) [27].

Weiner wymienia następujące konflikty leżące u podstaw zachowań samobójczych: „komunikowanie poczucia odrzucenia, winy i bezradności, które nie mogą być przezwyciężone; odrzucenie i utrata miłości osób znaczących, wywołujące impulsy agresywne i poczucie winy- zachowanie samobójcze wynika z potrzeby usunięcia poczucia winy; myśli o charakterze seksualnym związane z rodzicami, wywołujące poczucie winy i pragnienie kary; sposób ukarania siebie i innych; myśl o połączeniu się z ukochaną, nieżyjącą osobą;

rozpaczliwe sygnalizowanie cierpień, wołanie o pomoc” [27].

Anthony pisze, że samobójstwo jest symptomem za którym stoją problemy zawsze aktualne, dotyczące poczucia własnej wartości, wiary, sensu i celu istnienia, umiejętności radzenia sobie z trudnościami i rozczarowaniami. Rozwiązania tych problemów poszukiwać można w silnej hierarchii wartości - wierze w Boga i wierze w siebie. Osoby o silnych korzeniach duchowych, emocjonalny i psychologicznych są lepiej przygotowane do przeżywania trudności i wszelkich przeciwności losu. Wielu współczesnych nastolatków nie ma jednak takich korzeni - dlatego też nie wytrzymują próby [1].

Norman Farberow uważa, że próba samobójcza, zwłaszcza u młodych jest krzykiem o pomoc, stanowiąc wyzwanie dla najbliższego otoczenia. Różnica pomiędzy wartościami wyznawanymi przez społeczeństwo, a wartościami wyznawanymi przez osobę aktualnie zagrożoną samobójstwem stanowi dodatkową barierę w udzieleniu jej skutecznej pomocy. Problem samobójstw zarówno dokonanych, jak i usiłowań samobójczych jest stałym przedmiotem zainteresowań psychiatrów, psychologów, socjologów a także filozofów i teologów [23].

W opinii Edwina Ringela, jednego z pionierów badań nad samobójstwami, twórcy terminy syndromy presuicydalnego, samobójstwo nie jest reakcją nagłą, lecz procesem długiego gromadzenia się urazów prowadzących do zmian osobowości człowieka.

Przechodząc do terapii, Böhme zadaje pytanie: „Jakie środki są osiągalne by udzielić pomocy, co z tak zwaną „interwencją kryzysową z pacjentami suicydalnymi?”. Jeśli zachowanie suicydalne miało już miejsce konieczne jest ocenienie wagi, jaką to ma w trakcie rozwoju presuicydalnego. Trzeba nam wiedzieć, kto uczestniczy w kryzysie suicydalnym. Potrzebujemy odkryć, kto pełni rolę osoby znaczącej w otoczeniu społecznym osoby suicydalnej. Precyzyjny obraz zwężenia świadomości ma podstawowe znaczenie, jako że zależy od niego konieczne środki interwencji. Środki pomocy w suicydalnym kryzysie życiowym muszą być tak różne jak same kryzysy.

Na koniec swoich rozważań Böhme zadaje pytanie, „czym jest zapobieganie samobójstwom. Zobowiązaniem czy pychą? Czy powinniśmy wkraczać z pomocą w każdy przypadek czy też w istocie nie istnieją sytuacje, gdzie decyzja o śmierci naprawdę reprezentuje przywilej wszystkich ludzi, jak nazwał to Amery.” Odpowiedź brzmi: „(...) Przyjmujemy i powinniśmy przyjąć do wiadomości fakt, że większość ludzi w kryzysie suicydalnym nie chce umrzeć, lecz chce żyć, jeśli by tylko wiedzieli jak to zrobić” [23].

Szczególnie w przypadku zachowań samobójczych u młodzieży uzależnionej od narkotyków, stwierdzenie Böhme’go jest istotnie ważne dla niesienia im pomocy.

III. Samobójstwa i narkomania u młodzieży – przegląd wybranych danych z literatury polskiej

Z polskich prac interesujące wyniki, zbieżne z ustaleniami Weinera, Anthonego i Hołysta, prezentują Joanna Różańska Kowal oraz Bernadeta Izydorczyk. Omawiając psychologiczne uwarunkowania młodzieżowych zamachów samobójczych autorki stwierdziły, „iż do głównych przyczyn samobójstw należą: uwarunkowania rodzinne (poczucie odrzucenia, zaburzenia komunikacji interpersonalnej pomiędzy członkami rodziny, wadliwe metody wychowawcze) oraz uwarunkowania szkolne (niepowodzenia w nauce oraz trudności w kontaktach w rówieśnikami i nauczycielami.” [Różańska-Kowal J., Izydorczyk B]

Andrzej Piotrowski zwracał uwagę na fakt, że „zjawisko uzależnienia w Polsce różni się znacznie od obrazu tego problemu w USA. Nielegalna dystrybucja narkotyków w Polsce w dużej mierze wyznaczana jest stosunkowo niewielkimi możliwościami finansowymi zainteresowanych. Z tego powodu tzw. polska heroina czyli „kompot” zastępuje czystą heroinę i kokainę. Nadużywanie leków uspokajających i kojących staje się niepokojącym zjawiskiem. Niewątpliwie jednak, najbardziej palącym problemem społecznym jest choroba alkoholowa” [12, 21].

Niestety, zgodnie z przewidywaniami, w chwili obecnej w Polsce, problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych u młodzieży nadal narasta [13, 16].

„W okresie powojennym przeprowadzono w Polsce kilkadziesiąt badań wśród młodzieży szkolnej skoncentrowanych na używaniu substancji psychoaktywnych. Badania z lat dziewięćdziesiątych na ogół ujawniały podobną skalę zjawiska tak w odniesieniu do alkoholu jak i pozostałych substancji. Badanie uczniów szkół ponadpodstawowych województwa wrocławskiego, jak wiele innych badań, wskazuje na alkohol jako „pierwszy” i tytoń jako „drugi”, co do rozpowszechnienia wśród substancji psychoaktywnych używanych przez młodzież. Badania z lat dziewięćdziesiątych rejestrują już dość wysoki poziom rozpowszechnienia marihuany oraz środków uspokajających i nasennych” [14, 31].

W innych krakowskich badaniach, również z Kliniki Toksykologii, podejmowano wielokrotnie problem alkoholu, narkotyków i prób samobójczych. Podobnie jak w badaniach norweskich [27], nie stwierdzono liniowej zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu, narkotykami, a częstością prób samobójczych w badanej grupie [8, 26].

Nie sposób nie wspomnieć o bardzo interesujących badaniach będących tematem pracy doktorskiej Zofii Forys „Społeczne uwarunkowania zatruc samobójczych młodzieży” [8] również z Kliniki Toksykologii CM UJ. We wnio-

skach stwierdzono, iż w badanej grupie stu adolescentów w wieku od 14-19 lat hospitalizowanych po próbach samobójczych, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej nie-samobójców, istotnie częściej miało miejsce nadużywanie alkoholu jak również częste kontakty z narkotykami.

Rozpowszechnienie i rodzaje uzależnień według rozpoznań z Kliniki Toksykologii CM UJ w latach 1999-2006 przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1

Rodzaje uzależnienia wg rozpoznań w Klinice Toksykologii UJ

Rozpoznanie	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	Razem
Opis	Opiaty	THC	Leki	Coca	Stymulanty	Halucynogeny	Tytoń	Inhalatory	Mieszane	
Rozpoznania w Kl. Toksykologii 1999-2006	60	17	29	3	49	6	4	16	77	261
	23,0 %	6,5 %	11,1 %	1,1 %	18,7 %	2,2 %	1,6 %	6,2 %	29,6 %	100 %
Rozpoznania wypisanych z SOR WSS. L.R* 2002-2006	123	44	73	6	61	2	--	13	145	467
	26,4 %	9,4 %	15,6 %	1,3 %	13 %	0,4 %	-- %	2,8 %	31,1 %	100 %

*Izba Przyjęć Kliniki Toksykologii UJ / Konsultacje toksykologiczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym WSS im. L. Rydygiera

Przedstawiona tabela może być adekwatną ilustracją do opinii wyrażonej przez Czesława Cekierę, iż zjawisko narkomanii wśród młodzieży przybiera charakter groźny i ma nadal tendencję wzrostową, zagrażającą zdrowiu i życiu młodzieży (bardzo liczne zakażenia HIV). Znamienne jest przesunięcie sceny narkotyków w kierunku amfetaminy, LSD oraz konopi [45].

W Polsce ta patologia społeczna wskazuje tendencje wzrostowe. Dotyczy wszystkich grup społecznych bez względu na wiek, wykształcenie, region zamieszkania; wzrasta liczba przestępstw w związku z narkomanią i liczba ofiar śmiertelnych w wyniku przedawkowania. Wyraźnie wzrasta liczba osób uzależnionych od opiatów, halucynogenów, kokainy i amfetamin. Liczba zgonów w ostatnich latach oscyluje od 143 do 180 przypadków, co równa się wzrostowi w ciągu ostatnich trzech lat o 25%. Według danych Komendy Głównej Policji w 1998 r. odnotowano w Polsce około 60 tys. osób zażywających narkotyki, w tym nałogowo 18 tys. Wiek narkomanów wahał się od 18-20 lat [45].

Jak podaje Janusz Pach, badania wykonane w Polsce w ramach akcji „Uczelnie wolne od narkotyków” wykazały, iż „83.6% ankietowanych studentów zetknęło się z zażywaniem środków odurzających, 38.3% badanych ma za sobą inicjację narkotykową, a 12% zażywa narkotyki systematycznie”. Ponadto, „61,9% badanych studentów orzekło, że na zdobycie narkotyków potrzebuje mniej niż jeden dzień”. Częściej sięgali po narkotyki mężczyźni niż kobiety, oraz studenci, którzy będąc na pierwszym roku studiów, ukończyli 20 r. ż. Większe ryzyko użycia narkotyków stwierdzono u studentów zamieszkujących w czasie studiów w wynajmowanych mieszkaniach oraz tych, których rodzice zarabiali razem więcej niż 3500 PLN brutto. Rzadziej sięgali po narkotyki osoby studiujące na kierunkach medycznych” [18].

Rezultaty przytoczonych badań i prac naukowych zarówno z literatury światowej jak i polskiej, wskazują na potrzebę podjęcia istotnych realnych działań w zakresie profilaktyki i terapii adolescentów będących w kryzysie suicydalnym, z równoczesnym problemem nadużywania substancji psychoaktywnych.

Przypisy:

1. Anthony, T. Mitchel.: „Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania” / T. Michel Anthony; przekł. Agnieszka Karpowicz. Warszawa, Oficyna Wydaw. Vocatio, 1994.
2. Beck A.T., Steer R.A.: “Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters”. *J. Affect. Dis.* 1989, 17: 203.
3. Brodniak, W.: „Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii”. W: *Psychiatria*, Tom I, Urban & Partner, Wrocław 2002; 289-309.
4. Chrostek-Maj J., Goszcz H.: „Przyczyny pojawiania się prób samobójczych przez zatrucie wśród młodzieży w wieku szkolnym-próba omówienia problemu”. *Probl. Higieny* 2000, 69: 164-169, w: *Problemy wieku dojrzewania cz. II. Prozdrowotny styl życia*.
5. Davidson, K. M. & Ritson, E. B.: “The relationship between alcohol dependence and depression”. *Alcohol and Alcoholism*, (1993) 28, 147-155.
6. Dąbkowski M., Woźniak J., Klimarczyk M.: „Rozpowszechnienie i częstość używania substancji uzależniających wśród uczniów klas piątych wielkomiejskich szkół podstawowych”. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; s. 171- 176.
7. Dymek-Balcerek K.: „Patologie zachowań społecznych - rzeczywistość przełomu wieków XX i XXI: narkomania - alkoholizm - samobójstwa - grupy subkulturowe – sekty” / Krystyna Dymek-Balcerek; Politechnika Radomska im. Kazimierza Pułaskiego. Radom: PR, 2000.
8. Foryś Z.: „Społeczne uwarunkowania zatruć samobójczych młodzieży”. Praca doktorska UJ CM Kraków 2008.
9. Gmitrowicz A.: „Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży”. *Suicydologia*. Tom 1, nr 1, 71-76, PTS, Warszawa 2005.

10. Gould M.S., King R., Greenwald S., Fisher P., Schwab - Stone M., Kramer R., Flisher A.J., Goodman S., Canino G., Shaffer D.: "Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (1998) 37, 915- 923.
11. Hołyst B.: „Suicydologia” Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2002.
12. Hufford M. R.: "Alcohol and suicidal behaviour". *Clinical Psychology Review*, (2001) 21, 797–811.
13. Keith C.R.: "Adolescent Suicide. Perspectives on a Clinical Quandry". *JAMA*, 2001 December 26.Vol 286, No. 24,
14. Kroch S., Chrostek Maj J., Polewka A., Groszek B., Szkolnicka B.: „Samobójstwa usiłowane u młodzieży i młodych dorosłych”. *Przegląd Lekarski* 2004, 4 (61); 278-282.
15. Lester D.: "Adolescent suicide risk today: a paradox". *Journal of Adolescence* 1998, 21, 499-503.
16. Meyer R. E.: „Uzależnienia; alkoholizm i inne”*. W: *Psychiatria Amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Pod redakcją Jacka Bomby i Bogdana de Barbaro. CM UJ, Kraków 1995; s. 136-145.
17. Moskalewicz J., Sierosławski J.: „Dostępność ekonomiczna napojów spirytusowych a szkody zdrowotne”. W: *Alkoholizm i Narkomania, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne* Warszawa, Tom 18, nr. 4, 2005; s. 41-50.
18. Moskalewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K.: „Dostępność fizyczna alkoholu a szkody zdrowotne”. W: *Alkoholizm i Narkomania, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne* Warszawa, Tom 18, nr. 4, 2005; s. 51-64.
19. Moskalewicz J., Żulewska-Sak J.: "Alcohol drinking in the time of political transition in Poland". Report of the National Health Programme.
20. Mroziak B.: „Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież”. W: *Alkoholizm i Narkomania, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne* Warszawa, Nr. 1 (22) 1996; s. 27-34.
21. Murphy, G. E.: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse. In: Hawton, K. & Van Heeringen, K., eds. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, pp. 135–146. Chichester: John Wiley & Sons. (2000).
22. Pach J., Tobiasz – Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.: Uczelnie wolne od narkotyków – trendy używania substancji psychoaktywnych przez studentów krakowskich uczelni. *Przegl. Lek.* 2005, 6 (62): 342-350.
23. Pach J., Polewka A., Zięba A. i inni.: „Próba kompleksowej oceny predyktorów ryzyka ponowienia samobójstwa u pacjentów po samobójczym zatruciu lekami hospitalizowanych w Klinice Toksykologii CM UJ w Krakowie Cz. II. Predyktory kliniczne”. *Przegl. Lek.* 2001, 4 (58): 330-334.
24. Pfeffer C.R.: „Diagnosis of Childhood and Adolescent Suicidal Behavior: Unmet Needs for Suicide Prevention”. *Biol Psychiatry*, 2001, 49, 1055-1061. Society of Biological Psychiatry.
25. Piotrowski, A.: „Niektóre najważniejsze problemy leczenia uzależnień w Polsce”. W: *Psychiatria Amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Pod redakcją Jacka Bomby i Bogdana de Barbaro. CM UJ, Kraków 1995; s. 146-147.
26. Polewka A., Bolechała F., Kołodziej J., Chrostek Maj J., Groszek B., Trela F., Forys Z.: "Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults in Kraków in the years 2002-2003". *Przegląd Lekarski* 2005, 6 (62); 422-426.
27. Polewka A., Kroch S., Chrostek Maj J.: „Zachowania i próby samobójcze młodzieży i młodych dorosłych – epidemiologia, czynniki ryzyka, prewencja i leczenie”. *Przegląd Lekarski* 2004, 4 (61); 261-264.

28. Pużyński, S.: „Uwarunkowania kliniczne, biologiczne i psychospołeczne chorób afektywnych w kontekście samobójstw”. *Suicydologia* Tom 1, nr 1, 33-39, PTS, Warszawa 2005.
29. Rabe - Jabłońska J., Dietrich- Muszalska A., Gmitrowicz A.: „Używanie psychoaktywnych środków uzależniających przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi, leczoną lekami psychotropowymi”. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; s. 177- 182.
30. Ringel E.: “The Pre-Suicidal Syndrome”. *Psychiatr. Fen.* 1973, 3: 209-213.
31. Ringel E.: „Gdy życie traci sens: rozważania o samobójstwie” / Erwin Ringel; przeł. Elżbieta Kaźmierczak. Szczecin : Glob, 1987.
32. Rossow I., Grøholt B., Wichstrøm: “Intoxicants and suicidal behavior among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002”. *Addiction. Society for the Study of Addiction*, 2005; 100. 79-88.
33. Różańska-Kowal J., Izydorczyk B.: „Psychologiczne uwarunkowania młodzieżowych zamachów samobójczych”. W: Namysłowska I. (red.): *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 159-165.
34. Safer, D J.: “Self-reported suicide attempts by adolescents”. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1997, 9, 263 – 269.
35. Sartorius N., Angst J.: “Suicide in population subgroups. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001 Mar; 16 Suppl 2:2p preceding S1. University Hospitals of Geneva, Switzerland.
36. Sells, C. W. & Blum, R. W., (1996) Morbidity and mortality among U.S. adolescents: an overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86, 513–519.
37. Shaffer, D., Pfeffer, C. R. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001, 40, 248-518.
38. Shapiro, TH.: *Psychiatria dzieci i młodzieży: stan obecny*. W: *Psychiatria Amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Pod redakcją Jacka Bomby i Bogdana de Barbaro. CM UJ, Kraków 1995; s. 111- 121.
39. Skog, O.-J. (1988) Interpreting trends in alcohol consumption and alcohol related damage. *Alcohol and Alcoholism*, 23, 193– 202.
40. van Heeringen C.: Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 2001, 16 (suppl 2), 1-6.
41. van Heeringen K.: The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *Can J Psychiatry*, Vol 48, No.5, June 2003.
42. Weiner, I.: *Zaburzenia psychiczne w wieku dorastania*. Warszawa 1977, PWN.
43. Wells, J. E., Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Society for the Study of Addiction*. 2004. s. 1529-1541.
44. WHO (2000). *Mental and Behavioral Disorders. Figures and facts about suicide*. WHO/MNH/MBD/99.1. Department of Mental Health, Social Change and Mental Health, World Health Organization, Geneva.
45. źródło: <http://www.cm-uj.krakow.pl/ArchMedSadKrym/suplement/15-24.htm>



Rozdział 23

Współpraca naukowa w krakowskim programie metadonowym

Jan Chrostek Maj

Poradnia Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w Krakowie

Agnieszka Szpanowska Wohn

Zakład Higieny i Epidemiologii CM UJ Kraków

Używanie, nadużywanie środków psychoaktywnych oraz związane z tym zjawisko uzależnienia jest znane od „początku świata” i jeszcze dawniej. Klasycznym stwierdzeniem o trzech przyczynach uzależnień jest przekonanie o łącznym – biologicznym, psychologicznym i socjalnym charakterze zjawiska. Zaburzenie to stało się w świecie przedmiotem wielu interdyscyplinarnych badań, ale w praktyce trudno sobie uzmysłować rozległość zagadnienia.

Leczenie substytucyjne metadonem rozpoczęto w Stanach Zjednoczonych latach 60-70 ub. wieku u osób uzależnionych od opiatów w oparciu o różnice działania metadonu i dożylnie stosowanych opiatów. Leczenie to stało się podstawą użycia filozofii pomocy osobom uzależnionym określoną jako redukcja szkód [3].

Osoby uzależnione od dożylnie podawanych opiatów, zakażone nierzadko wirusem HCV, HIV, gruźlicą, zapadające na zapalenia płuc, skóry, naczyń krwionośnych i cierpiące na szereg innych towarzyszących chorób (również psychicznych) - należą do najbardziej „upośledzonych” i dyskryminowanych grup społecznych. Nie da się ukryć, że dla tzw. przeciętnego człowieka spo-

tkanie się z bliska z osobą będącą na marginesie społecznym, a do tego jeszcze uzależnioną nie jest pożądanym doznaniem. A tym czasem trzeba umiejętnie nawiązać z tym człowiekiem dialog, uzyskać informacje na temat jego problemów i udzielić mu skutecznej pomocy.

Nie będziemy w tym gronie opisywać szczegółowych i oczywistych problemów epidemiologicznych i socjalnych z tym faktem związanych, ale z wyliczenia choćby w/w zjawisk towarzyszących uzależnieniu wynika, że profilaktyka, jak i leczenie, z założenia muszą być interdyscyplinarne. Jest to warunek ich skuteczności [1].

Podanie doustne metadonu jeden raz dziennie w ściśle określonej dawce zapobiega wystąpieniu zespołu odstawienia, a stan psychiczny pacjenta umożliwia prowadzenie pomocy psychosocjalnej, a nawet odzyskaniu zdolności do pracy w wielu zawodach. Zmniejsza także ryzyko zakażeń krwiopochodnych i umożliwia się leczenie innych chorób. Stałym pytaniem, jakie sobie stawiają pracownicy programów substytucyjnych jest pytanie: „czy przynoszą one jakiegokolwiek korzyści lub też czy są przynajmniej mniej szkodliwe od niekontrolowanego używania opiatów?”. Mimo bardzo obfitej literatury naukowej odpowiedź nie jest dla wielu osób jednoznaczna.

Zagadnienia te ściśle związane są z prawem każdego człowieka do otrzymania adekwatnej pomocy w zakresie - leczenia, wsparcia psychologicznego i pomocy socjalnej - stanowiąc w Polsce problem nie do końca rozwiązany. Warunki prawne określające możliwość prowadzenia leczenia substytucyjnego w Polsce stawiają dość duże wymagania pacjentom pod względem socjalnym i prawnym. Od wielu lat Klinika Toksykologii była jedynym ośrodkiem uniwersyteckim w Małopolsce zajmującym się wpływem środków chemicznych na zdrowie człowieka pod względem biologicznym, epidemiologicznym, środowiskowym. Struktura Kliniki jest wieloprofilowa i jest umieszczona w dużym wielospecjalistycznym szpitalu [2].

W Klinice Toksykologii UJ zdarzały się przypadki ostrych zatruc środkami psychoaktywnymi w przebiegu uzależnienia, a pacjenci po krótkim leczeniu opuszczali szpital, a ich grupa była wyodrębniana z ogólnej populacji zatrutych i kierowana do leczenia ambulatoryjnego. Wieloletnia obserwacja pacjentów i analizowanie dostępnego piśmiennictwa skłoniła do podjęcia trudu organizacji programu metadonowego w obrębie naszego ośrodka [3].

W trakcie pracy programu, przedstawiciele wielu specjalności brali udział w badaniach naukowych w celu rozwijania doświadczeń grupy osób związanych z programem metadonowym w Krakowie. W tym miejscu spotykali się toksykolodzy lekarze i analitycy, lekarze medycyny pracy, interniści, psychiatrzy, neurologrzy, specjaliści chorób zakaźnych, dermatolodzy, chirurdzy, laryngolodzy, pulmonolodzy, genetycy, epidemiolodzy oraz psychologzy,

psychoterapeuci, pedagodzy, socjolodzy, prawnicy i inni przedstawiciele wielu profesji, a także studenci i absolwenci wielu uczelni.

W 2000 roku przyjęto do leczenia 50-ciu pacjentów w wieku 21-45 lat, w tym 25 % kobiet. Pacjenci uzależnieni byli przede wszystkim od dożylnie podawanych opiatów i spełniali kryteria zawarte w ministerialnym rozporządzeniu. W grupie tej około 95% osób było zakażonych wirusem HCV a ok. 18% osób było zakażonych wirusem HIV, a w przebiegu dalszego leczenia występowały przypadki pełnoobjawowego AIDS [4].

W ciągu ośmiu lat programu objęto opieką 167 osób, z tego 8 osób zmarło na choroby związane głównie z zakażeniem HIV.

Uczestniczenie w programie narzuca pacjentom szereg problemów takich, jakie niesie życie dla każdego z nas. A więc problemów socjalnych związanych z relacjami w środowisku, z najbliższymi w rodzinie, problemów z codziennym utrzymaniem się, podjęciem nauki i pracy, planowaniem przyszłości itd. Do tego dochodzą bardzo poważne problemy zdrowotne. Grupa osób uzależnionych od opiatów ma utrudnione możliwości w rozwiązywaniu wielu swoich problemów [5, 6].

Aby częściowo naprawić zaistniałą sytuację trzeba zaangażować szereg specjalistów z różnorodnym wykształceniem. Ponadto jest okazja do obserwacji przebiegu leczenia, jak też wdrażanie nauczania o charakterze multidyscyplinarnym. Wstępną kwalifikację pacjentów do programu oraz motywowanie uzależnionych do podjęcia leczenia prowadzili pracownicy poradni Monaru. Jej pracownicy, socjologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, prawnicy - dobrze zorientowani w środowisku - pomagali naszym pacjentom w adaptacji, przezwyciężaniu trudności w prowadzeniu zmian w ich życiu pod względem psychologicznym i socjalnym udzielając im wszechstronnej pomocy.

Od początku programu zachodziła konieczność dokładnego określenia stanu zdrowia przyjmowanych pacjentów. Podczas wstępnej hospitalizacji w Oddziale Detoksykacyjnym Kliniki Toksykologii pacjenci byli poddawani badaniu ogólnie lekarskiemu, mieli wykonywane badania laboratoryjne, przechodzili badanie psychiatryczne, badanie psychologiczne wraz z testami określającymi stan uszkodzenia organicznego OUN. Ponadto pacjenci mieli wykonywane badanie toksykologiczne moczu na obecność środków psychoaktywnych i inne badania [7, 8, 9, 10, 11]. Ponadto podczas podawania metadonu w fazie wstępnej określano stężenie metadonu we krwi i oceniano stan zdrowia pacjenta w okresie ustalania dawki. Stanowiło to podstawę do prowadzenia programu badawczego toksykologicznego oceniającego wpływ podawanego leku na stan zdrowia badanych [4].

Jednym z elementów oceny było określenie stanu odżywienia i stanu układu oddechowego, czego dokonywali pracownicy Katedry Higieny i Epide-

miologii UJ w Krakowie pod kierunkiem prof. Emilii Kolarzyk. Wyniki badań przedstawiono w wielu publikacjach [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18], **które wykazywały bezpieczeństwo stosowania kuracji metadonowej i pozytywny wpływ na stan zdrowia podopiecznych.**

Prace te były podstawą do dalszego monitoringu stanu zdrowia badanych osób. Jednym z nich była wspomniana ocena stanu odżywienia rozpoczęta w Zakładzie Higieny, czego rezultatem była praca doktorska autorki [19, 20, 21, 22], **która również wykazała pożądane zmiany w stanie zdrowia pacjentów poddanych kuracji metadonowej, w porównaniu do stanu wyjściowego.**

Podczas leczenia substytucyjnego występuje potrzeba kontynuowania leczenia w wielu oddziałach szpitalnych. Do czasu istnienia programu metadonowego w Krakowie hospitalizacje osób uzależnionych było bardzo utrudnione. Dotyczyło to zwłaszcza osób zakażonych wirusami HIV i HCV. Dzięki współpracy z Kliniką Chorób Zakaźnych UJ w Krakowie kierowanej przez prof. Tomasza Macha wszyscy wyrażający zgodę pacjenci otrzymują leczenie antyretrowirusowe [23]. **Natomiast pozostaje problem, aby objąć leczeniem wszystkich potrzebujących, ale niewykazujących chęci współpracy.** Aby umożliwić takie leczenie najbardziej zaawansowanym w chorobie i jednocześnie będących w tragicznych warunkach socjalnych Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym zorganizowało hostel dla najuboższych.

Pacjenci mogli uzyskać pomoc w innych oddziałach chirurgicznych, laryngologicznych, psychiatrycznych, itp. Stwierdziliśmy, że najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów z programu metadonowego były problemy z detoksykacją i rozpoczęciem leczenia uzależnień od innych niż opiaty substancji. Drugą, najczęstszą przyczyną hospitalizacji były porody.

Przeprowadzenie ciąży i porodu w trakcie programu substytucyjnego pozwoliło na urodzenie 18 dzieci, których rozwój w dalszym okresie nie odbiega od normy. Dalszym skutkiem obecności tego rodzaju pacjentek w oddziałach położniczych jest współpraca personelu pozwalająca udzielać im odpowiedniej pomocy i wypracowanie właściwych zasad postępowania. Stale jest aktualne pytanie o wpływ leków na aparat dziedziczności człowieka. Podobną obserwację w czasie prowadzili pracownicy Zakładu Antropologii Instytutu Zoologii UJ na temat zmian w strukturze genów, jakie mogły zachodzić w trakcie leczenia substytucyjnego, co zostało uwieńczone odpowiednimi pracami magisterskimi i publikacjami naukowymi [24, 25]. I znowu wyciągnięto wnioski: **przemiany zdrowia zachodzące podczas leczenia substytucyjnego owocowały mniejszym nasileniem uszkodzeń aparatu genetycznego niż w sytuacji używania nielegalnych środków, wytwarzanych niefachowo, używanych w Polsce.**

Zagadnienia toksykologiczno-analityczne były również przedmiotem badań prowadzonych w Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie [26, 27, 29].

Dokładna analiza toksykologiczna jest wymagana w sprawach sądowych, toteż Katedra Medycyny Sądowej UJ też współpracowała z Kliniką Toksykologii i Poradnią Leczenia Uzależnień WSS im L. Rydygiera w tym zakresie [30]. Wsparcie technologiczne i dokładność oznaczeń wykonywanych w tych instytucjach umożliwiały weryfikację wyników toksykologicznych badań moczu, co w pewnym stopniu powstrzymywało pacjentów przed zbyt pochopnym podważaniem rezultatów.

W Wydziale Chemii UJ prowadzono badania nad zawartością mikroelementów we krwi osób uzależnionych leczonych substytucyjnie czego wynikiem były prace potrzebne do uzyskiwania kolejnych stopni zawodowych [31].

W Klinice Toksykologii prowadzone są ćwiczenia dla ogółu studentów CM UJ, w trakcie których mogą zetknąć się z problemami osób uzależnionych, jak też przyrzeć się stosowanym metodom leczniczym. Przedstawiciele wielu innych szkół wyższych uczących w zakresie szeroko rozumianej pomocy psychologicznej, socjalnej czy też pracowników związanych z ochroną praw, zwraca się do nas o możliwość kontaktu z naszymi pacjentami. Dowodem tego są kolejne prace na poziomie licencjackim, magisterskim [32]. Korzyści z uzyskanych danych dotyczyły wielu osób/studentów lub młodych asystentów, ale z natury rzeczy zbieranie danych musiało być ograniczane, aby nie zmęczyć naszych pacjentów. Dlatego często musimy kontakty badawcze ograniczać, aby chronić spokój naszych podopiecznych jako pacjentów.

Jednak z tych kontaktów nasi podopieczni też uzyskują korzyści – widząc innych młodych ludzi, którzy chcą im pomóc i czerpią z tego satysfakcje stając się przykładem pozytywnej drogi życiowej. Kandydaci na pracowników społecznych mają niepowtarzalną okazję spotkać się z jednym z najtrudniejszych problemów współczesnego świata i trzeba powiedzieć, że robią to z entuzjazmem [30].

Niestety, nie tylko same dobre zjawiska towarzyszą pacjentom uzależnionych od opiatów. Często stają się osobami, którymi interesuje się wymiar sprawiedliwości i niestety trafiają do więzień, gdzie jak wiadomo problem narkotykowy nie znika. We współpracy z programem metadonowym powstała możliwość zorganizowania pierwszego w Polsce programu substytucyjnego w zakładzie karnym. Problemy prawne związane z narkomanią są przedmiotem zainteresowań pracowników nauki, jednak mają one charakter opisujący, rzadziej postulujący określone rozwiązania.

Nadal nie jest nierozwiązany problem z orzeczeniem zdolności do prowadzenia pojazdu samochodowego osoby, która jest w stabilnej terapii substytucyjnej [33, 34, 35, 36].

Potrzeby związane z promocją zdrowia, rozpowszechnieniem nowych, czasami kontrowersyjnych metod leczenia nie ograniczają się do społeczności akademickiej stanowiąc również zainteresowanie pracowników mediów informacyjnych, władz samorządowych. Te ostatnie prowadzą politykę przeciwdziałania narkomanii i naszym celem jest, aby leczenia substytucyjne uzyskało należytą część uwagi tych władz. Niewątpliwie dotychczasowa pomoc samorządu pozwala na wiele inicjatyw.

Część pacjentów podjęła pracę w programie wymiany igieł i strzykawek. Program Methwork stanowi dla pacjentów metadonowych nie lada wyzwanie, aby po pierwsze pozostać przy swoich nowych postanowieniach substytucyjnych, a po drugie skutecznie pomagając ludziom, którzy jeszcze takiej decyzji nie podjęli.

Pacjenci założyli pierwszą w Polsce organizację pozarządową pacjentów programów substytucyjnych, stając się w ten sposób przykładem dla osób z innych programów.

Grupa pacjentów leczonych metadonem stanowi poważne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne z uwagi na występowanie licznych chorób somatycznych i psychicznych. Koordynacja leczenia tych osób wymaga wielu wysiłków i pokonywania oporów, także wśród personelu medycznego. Jest i może być nadal polem do dalszych prac badawczych i nauczania studentów wielu kierunków, które łączą zainteresowanie człowiekiem, a które wydają się być bardzo odległe. Oczekujemy, że nasza praca przyczyni się do rozszerzenia ram współpracy wielu specjalistów w realizacji podstawowego celu jakim jest skuteczne leczenie wszystkich potrzebujących pacjentów i przyzwyczajenie studentów wielu dyscyplin do rozwiązywania trudnych problemów we współpracy z kolegami z innych uczelni i organizacji pozarządowych, instytucji samorządowych i rządowych.

Reasumując program metadonowy zorganizowany w Krakowie przez ośrodek uniwersytecki stał się miejscem współpracy interdyscyplinarnej wielu specjalistów. Mamy nadzieję, że w wyniku tej pracy przestaniemy być wyjątkowym miejscem spotkań na mapie naukowej Krakowa.

Przypisy:

1. „Przełamywanie barier. Doświadczenia z leczenia infekcji HIV u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach”, Open Society Institute/International Harm Reduction Development 2004, Wydanie polskie red. Rogowska-Szadkowska D.
2. Wiernikowski A., Groszek B.: „Toksykologia kliniczna w Krakowie - XXXV lat dzia-

- łałości Kliniki Toksykologii”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 171-174.
3. Targosz D., Szkolnicka B., Radomska M., Kaczmarczyk A.: Substancje uzależniające w materiale kliniki Toksykologii Collegium Medicum uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w latach 1997-2000, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 232-236.
 4. Pach J., Kamenczak A., Chrostek Maj J., Foryś Z.: „Ocena stanu zdrowia uczestników programu metadonowego w Krakowie po roku leczenia substytucyjnego”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 240-244.
 5. Szczepańska Ł.: „Analiza objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych od *kompotu* leczonych na oddziale detoksykacji”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 281-286.
 6. Szczepańska Ł., Chrostek -Maj J., Jenner B.: „Kompetencje społeczne w ocenie pacjentów w terapii metadonowej na tle zróżnicowanych uwarunkowań”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 382-386.
 7. Piekoszewski W., Janowska E., Stanaszek R., Pach J., Winnik L., Karakiewicz B., Koziół T.: „Oznaczanie pochodnych alkaloidów opium w surowicy, ślinie i włosach osób uzależnionych”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 287-289.
 8. Sadlik J., Pach J., Winnik L., Piekoszewski W.: „Stężenie cynku miedzi i magnezu w surowicy krwi osób uzależnionych od narkotyków”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 563-564.
 9. Panas M., Sołtycka M., Piekoszewski W.: „Profil analiz substancji psychoaktywnych wykonanych w latach 1990-1999 w Laboratorium Toksykologicznym Kliniki Toksykologii”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 565-567.
 10. Panas M.: „Parametry farmakokinetyczne i toksykokinetyczne niektórych środków uzależniających”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 373-375.
 11. Gomółka E., Wilimowska J., Piekoszewski W., Groszek B.: „Substancje psychoaktywne w materiale biologicznym- dane z laboratorium toksykologicznego”, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 323-327.
 12. Kolarzyk E., Targosz D., Pach D., Miziołek L.: „Nerwowa regulacja oddychania u pacjentów uzależnionych od opiatów. Część I. Sprawność wentylacyjna i regulacja oddychania w pierwszym okresie kontrolowanej abstynencji”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 531-535.
 13. Kolarzyk E., Targosz D., Pach D., Miziołek L.: „Nerwowa regulacja oddychania u pacjentów uzależnionych od opiatów. Część II. Sprawność wentylacyjna i regulacja oddychania u pacjentów zakwalifikowanych do programu metadonowego”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 536-538.
 14. Kolarzyk E., Targosz D., Pach D.: „Zmiany wskaźników oceniających nerwową regulację oddychania w okresie sześciomiesięcznego leczenia substytucyjnego metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 250-253.
 15. Kolarzyk E., Targosz D., Pach D.: „Zmiany wskaźników stanu czynnościowego układu oddechowego w okresie sześciomiesięcznego leczenia substytucyjnego metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 254-257.
 16. Kolarzyk E., Kroch S., Szot W.: „Rodzaj uzależnienia a składowe masy ciała”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 276-280.
 17. Kolarzyk E., Chrostek Maj J., Pach D., Janik A., Kwiatkowski J., Szurkowska M.: „Ocena dobowych racji pokarmowych osób uzależnionych od opiatów przed i po 4 latach leczenia substytucyjnego metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 368-377.
 18. Szpanowska-Wohn A., Kolarzyk E., Janik A.: „Problemy żywieniowe osób zakwalifikowanych do leczenia substytucyjnego metadonem. Część I. Stan odżywienia osób uzależnionych od opiatów”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 539-543.
 19. Szpanowska-Wohn A., Dłużniewska K., Barbara G., Lang-Młynarska D.: „Problemy

- żywieniowe osób zakwalifikowanych do leczenia substytucyjnego metadonem. Część II. Sposób żywienia osób uzależnionych od opiatów”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 544-548.
20. Szpanowska-Wohn A., Kolarzyk E., Pach D., Targosz D.: „Podaż składników odżywczych w dobowych racjach pokarmowych osób uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 332-338.
 21. Szpanowska-Wohn A., Kolarzyk E., Pach D., Targosz D.: „Stan odżywienia osób uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 339-344.
 22. Kolarzyk E., Jenner B., Szpanowska-Wohn A., Pach D., Szurkowska M.: „Zmiany w preferencjach smakowych osób uzależnionych od opiatów w czasie 4-letniego leczenia substytucyjnego metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 378-381.
 23. Chrostek Maj J., Piekoszewski W., Kamenczak A., Foryś Z.: „The Hospitalizations of the Patients on Methadone Maintenance in Krakow during 2000-2004 years”, *The 3RD International Conference on Substitutive Treatment and Rehabilitation of Drug Addiction*, Katowice, Poland, September 29-October 2, 2004.
 24. Skowrońska A., Groszek B., Schmager J.: „Mikrojądra jako markery uszkodzeń DNA u osób uzależnionych od opioidowych substancji psychoaktywnych”, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 241-247.
 25. Furtak S., Pach D., Chrostek Maj J., Schmager J.: „Ocena wpływu kuracji metadonowej na częstość uszkodzeń DNA ujawnionych jako mikrojądra i wymiany chromatyd siostrzanych”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 387-390.
 26. Adamowicz P., Kała M.: „Scena środków ułatwiających wykorzystanie seksualne w Polsce”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 572-575.
 27. Kochanowski M., Kała M.: „Tetrahydrokanabinole w toksykologii klinicznej i sądowej”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 576-580.
 28. Skulska A., Kała M., Parczewski A.: „Fentanyl i jego pochodne w toksykologii Klinicznej”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 581-584.
 29. Stanaszek R., Piekoszewski W., Karakiewicz B., Koziół T.: „Zgodność wyników analizy włosów z wywiadem lekarskim pacjentów poddawanych detoksykacji i terapii substytucyjnej metadonem”, *Przegląd Lekarski* 2002, 59, 4-5, 347-350.
 30. Kłys M., Rojek S., Kulikowska., Ścisłowski M.: „Wieloparametrowa ocena analizy opiatów we włosach osób uzależnionych oraz zmarłych wskutek zatrucia”, *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 585-590.
 31. Kłys M., Klementowicz W., Bujak-Giżycka B., Kołodziej J., Trela F.: „Opiniowanie sądowo lekarskie w narkomanii w świetle nowoczesnej analityki toksykologicznej”, *Przegląd Lekarski* 2000, 57, 10, 572-576.
 32. Bednarek A.: „Analiza krwi i moczu na zawartość selenu i arsenu u pacjentów objętych programem metadonowym”, *Praca magisterska, Promotor Prof. Kościelniak P. Wydz. Chemii UJ. Prac. Chemii Sądowej* 2005.
 33. Konieczna K.: „Poczucie sensu życia a zakażenie HIV- Perspektywa egzystencjalna i psychospołeczna”, *Praca magisterska, Promotor Dr Ostrowski T. Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ, Instytut Psychologii Stosowanej, Kraków* 2007.
 34. Jąźwiec M.: „Funkcjonowanie w sferze społecznej osób uzależnionych od narkotyków opiatowych w oparciu o substytucję metadonową”, *Praca magisterska, Promotor Prof. Flis M., Wydział Filozoficzny UJ, Socjologia. Kraków* 2006.
 35. Morawska J.: „Regulacje prawne dotyczące narkomanii w Polsce i na tle porównawczym”, *Przegląd Lekarski* 2001, 58, 4, 208-214.
 36. Morawska J., Satora L.: „Badanie świadomości prawnej dotyczącej narkomanii”, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 328-331.

37. Satora L., Morawska J.: „Vaccine, methadone and zebrafish”, *Przegląd Lekarski* 2003, 60, 1, 311.
38. Kała M., Adamowicz P., Chudzikiewicz E., Lechowicz W., Pula E., Pach J., Piekoszewski W., Śliwka K.: „Problemy związane z prowadzeniem samochodu pod wpływem substancji działających podobnie do etanolu”, VI Symposium: Postępy Toksykologii Klinicznej. Streszczenie, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 4, 453.

Osoby zaangażowane w przygotowanie książki (w kolejności alfabetycznej)

„Anita”, była uczestniczka programu metadonowego w Krakowie, obecnie studiuje Religioznawstwo, stale współpracuje z magazynem MONAR NA BAJ-ZLU.

Jan Chrostek Maj, dr n. med., specjalista medycyny pracy oraz psychiatrii, wieloletni pracownik Kliniki Toksykologii CM UJ, realizator programu metadonowego w WSS im L. Rydygiera w Krakowie (jan.chrostek.maj@gmail.com).

Maciej Cioch, student III roku Wyższej Łódzkiej Szkoły Filmowej Telewizyjnej i Teatralnej. Zdjęcia zamieszczone w książce to fragment pracy dyplomowej w ramach pracowni fotoreportażu. Praca powstaje pod opieką Prof. Krzysztofa Hejke.

Kajetan Dubiel, socjolog, w latach 80-tych terapeuta w ośrodku dla młodzieży uzależnionej. Dyrektor Biura Penitencjarnego w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej koordynuje pracę oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu, narkotyków, z psychicznymi problemami, skazanych za przestępstwa popełnione na tle seksualnym, oddziały diagnostyczne.

Elżbieta Fabiańczyk-Maj, absolwent Akademii Ekonomicznej w Krakowie, studia podyplomowe Uniwersytet Jagielloński, uczestnik postępowań kwalifikacyjnych KIBR i ACCA, doświadczony specjalista finansowo-księgowy, wolontariusz organizacji non-profit.

Zofia Forýś, dr n. med., pielęgniarka oddziałowa Kliniki Toksykologii CM UJ, współorganizator programu metadonowego, prowadzi prace z zakresu suicydologii i organizacji ochrony zdrowia.

Marianna Iwulska, przewodnicząca Małopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów Substytucyjnych WYZWOLENIE, aktywnie działa na polu rzecznictwa praw

ludzi używających narkotyki. Od ubiegłego roku jest członkiem INPUD (International Network of People who Use Drugs).

Piotr Jabłoński, pedagog, specjalista terapii uzależnień, menadżer ochrony zdrowia. Od 1999 roku jest dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a także sekretarzem Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Przewodniczący Stałych Korespondentów Grupy Pompidou Rady Europy (2007-2010), członek Biura Zarządu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

Małgorzata Jedynak, pielęgniarka, terapeutka, wieloletni pracownik programu metadonowego.

Aleksandra Kamenczak, dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, toksykologii klinicznej, specjalista terapii uzależnień, starszy wykładowca Kliniki Toksykologii CM UJ. Prowadzi Pododdział Detoksykacji WSS im L. Rydygiera w Krakowie, w którym używa zarówno metadonu, jak i buprenorfiny.

Marian Kopciuch, dr n. med., neurochirurg. Naczelnny Lekarz Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Krakowie w stopniu majora, członek założyciel Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego.

Ewa Kosecka Grzybek, lekarz medycyny pracy, wieloletni asystent lekarz Kliniki Toksykologii i długoletni pracownik krakowskiego programu metadonowego, konsultant Poradni Profilaktyczno-Społecznej Towarzystwa „Powrót z U” w Krakowie.

Izabella Marchwińska, absolwentka Wydziału Psychologii UJ, prowadzi badania na tematy suicydologiczne w Klinice Toksykologii UJ.

Andrzej Polewka, dr n. med., lekarz specjalista psychiatrii, wieloletni pracownik Kliniki Psychiatrii CM UJ, adiunkt Kliniki Toksykologii CM UJ, biegły sądowy, członek-założyciel Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego.

Dorota Rogowska Szadkowska, dr n. med., specjalistka chorób zakaźnych. Współorganizowała jeden z pierwszych w Polsce oddziałów szpitalnych w Klinice Obserwacyjno-Zakaźnej dla osób żyjących z HIV, którego pacjentami były w większości osoby uzależnione od opiatów. Obecnie pracuje w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Justyna Sobeyko, doktor nauk prawnych, pracownik naukowo-dydaktyczny Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Rodzinnego Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Chorobom Zakaźnym, Promocji i Ochrony Zdrowia Publicznego „AVICENNA”. Jej praca doktorska poświęcona była prawnej problematyce redukcji szkód w Polsce na tle porównawczym. Jest autorką artykułów naukowych i wykładów z zakresu prawnych aspektów zdrowia publicznego.

Łucja Szczepańska, psycholog, specjalista psychologii klinicznej, terapeuta. Pracownik Kliniki Toksykologii CM UJ, programu metadonowego, a także Poradni Profilaktyczno-Społecznej Towarzystwa „Powrót z U” w Krakowie.

Agnieszka Szpakowska Wohn, dr n med. adiunkt Zakładu Higieny i Ekologii CM UJ.

Halina Świtalska, psycholog, specjalista psychologii klinicznej i terapii uzależnień, wieloletni pracownik zespołu psychologów WSS im L. Rydygiera w Krakowie, któremu obecnie przewodzi. Wieloletni pracownik programu metadonowego. Autorka programu zatwierdzonego przez MEN dla specjalizacji w zakresie pomocy społecznej, osoba odpowiedzialna za szkolenie w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej. Wykładowca w Wyższej Szkole im. Jańskiego (psychopatologia, warsztaty specjalnościowo edukacyjne). Wieloletni wykładowca w Szkole Pracowników Służb Społecznych.

Jonna Weck, ukończyła studia antropologiczne na Uniwersytecie w Utrechcie. Odkąd zamieszkała w Polsce zajmuje się problemami osób marginalizowanych przez społeczeństwo, stale współpracuje ze Stowarzyszeniem PROBACJA. Opracowuje grafikę i skład wydawnictw związanych z problematyką społeczną i zdrowotną, m.in. magazynu „Monar na bajzlu”.

Grzegorz Wodowski, socjolog, specjalista terapii uzależnień. Kieruje Poradnią Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Krakowie, założyciel i redaktor magazynu „Monar na bajzlu”. W 1996 roku zorganizował pierwszy w Polsce uliczny program wymiany igieł i strzykawek, przekształcony przed trzema laty w Centrum Redukcji Szkód.

Ryszard Woźnica, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, specjalista toksykologii klinicznej. Członek ESICM (European Society of Intensive Care Medicine), ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Ogólnego im. dr Emila Wojtyły w Bielsku Białej.

Marek Zygałło, pedagog, specjalista terapii uzależnień, od 1993 roku jest kierownikiem Centrum Terapii Narkomanów MONAR – Kraków (zintegrowany system placówek i projektów pomocy osobom uzależnionym). Laureat Nagrody Rollestona (2007) przyznawanej za wybitne osiągnięcia i wkład na rzecz rozwoju redukcji szkód. Jest Sekretarzem Zarządu Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym.