

Diagnozy, doświadczenia, praktyki

DOI: 10.5604/01.3001.0012.1360

GŁOS W DYSKUSJI O CELACH I METODACH LECZENIA W POLSCE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD OPIOIDÓW

MARIA BANASZAK

Uniwersytet Warszawski

Od lat 80. XX wieku do dnia dzisiejszego najbardziej rozpowszechnioną formą pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych w Polsce są programy terapeutyczne oparte na filozofii *drug free*, czyli takie, których celem jest utrzymanie przez pacjentów całkowitej abstynencji narkotykowej oraz ogólna poprawa ich funkcjonowania psychicznego i społecznego. Leczenie ukierunkowane na abstynencję jest prowadzone w placówkach ambulatoryjnych, w formie terapii indywidualnej i grupowej oraz placówkach stacjonarnych, głównie w formie społeczności terapeutycznej.

W ostatniej dekadzie, w artykułach na łamach czasopism branżowych oraz podczas konferencji tematycznych, terapia *drug free* i, przede wszystkim, ośrodki stacjonarne pracujące metodą społeczności terapeutycznej, poddawane są dużej krytyce.

Jednym z głównych adwersarzy podejścia ukierunkowanego na abstynencję jest m.in. Jacek Harmast, będący przedstawicielem Stowarzyszenia Jump 93 oraz Sto-

warzyszenia Polska Sieć Polityki Narkotykowej. Organizacje te reprezentują podejście redukcji szkód w leczeniu uzależnień oraz postulują medykację terapii i upowszechnienie leczenia substytucyjnego.

Terapia w ośrodkach stacjonarnych i leczenie środkami zastępczymi stawiane są w opozycji do siebie i budzą wiele kontrowersji. Można to było zaobserwować m.in. na Ogólnopolskiej Konferencji na temat Przeciwdziałania Narkomanii pt. „Uzależnienia – Problem Cywilizacji XXI wieku”, która odbyła się w dniach 21–23 maja 2015 w Gdańsku. Konferencja ta przeszła w środowisku specjalistów do historii za sprawą wyjątkowo burzliwej i trwającej do późnych godzin nocnych debaty, jaką zakończył się panel pt. „Medykacja a demedykacja, obrady okrągłego stołu”.

Dyskusja nad celem terapii, skuteczności poszczególnych metod oddziaływań oraz zasadnością ich stosowania, przybiera czasem formę sporu ideologicznego, którego celem jest udowodnienie wyższości reprezentowanego sposobu leczenia nad

innymi, dzieląc przy tym związane z tematem środowiska teoretyków i praktyków na „wrocie obozy”. Istnienie ostrej polemiki wokół organizacji oferty pomocy osobom uzależnionym w Polsce podkreślały również m.in.: Agnieszka Barczykowska w tekście „Narkomania. Między *drug free* a terapią substytucyjną – w poszukiwaniu skutecznego modelu pomocy osobom uzależnionym i współuzależnionym” (2011), Jolanta Łazuga-Kopczurowska w artykule „Metoda społeczności terapeutycznej w leczeniu uzależnień” (2014), czy Bogusława Bukowska w artykule „Leczenie osób uzależnionych od narkotyków w Polsce” (2014).

W artykule tym zostały zaprezentowane różne formy leczenia osób uzależnionych, ze szczególnym uwzględnieniem oferty skierowanej do cierpiących na uzależnienie od substancji z grupy opioidów, następnie zostały omówione kontrowersje wokół poszczególnych metod leczenia, przeprowadzona dyskusja z przedstawionymi argumentami, oraz została zaprezentowana propozycja „pogodzenia”, z pozoru przeciwstawnych, podejść terapeutycznych. Artykuł nie pretenduje do przedstawienia jedyne go właściwego sposobu leczenia uzależnień od opioidów; zawiera natomiast propozycję rozważenia zagadnienia organizacji systemu pomocy osobom uzależnionym od opioidów od innej, niż dotychczas, strony.

Charakterystyka systemu pomocy osobom uzależnionym w Polsce

Całościowy system pomocy osobom uzależnionym, współuzależnionym lub zagrożonym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych obejmuje działania z zakresu profilaktyki, leczenia, postrehabilitacji oraz redukcji szkód. Każdy z tych obszarów posiada w swojej ofercie różne metody oddziaływań. Leczenie uzależnień w Polsce opiera się obecnie na sześciu podstawowych formach, do których należą:

- Oddziały detoksykacyjne, funkcjonujące z reguły jako specjalistyczne oddziały szpitali psychiatrycznych, rzadziej jako część innego rodzaju placówek ogólnomedycznych lub wyodrębniona część placówek leczenia uzależnień.
- Stacjonarne placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, prowadzące terapię krótkoterminową (kilkutygodniową), czerpiącą głównie z nurtu terapii poznawczo-behawioralnej.
- Ruchy samopomocowe, działające w formie takich grup, jak Anonimowi Alkoholicy i Anonimowi Narkomani, opierające swoją działalność w głównej mierze na programie 12 Kroków.
- Placówki ambulatoryjne w postaci poradni, z których część pełni funkcję bardziej punktów konsultacyjnych i placówek profilaktycznych; a część, z reguły w formie Niepublicznych Zakładów Zdrowotnych, zatrudnia certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień i prowadzi działalność *stricte* leczniczą. Leczenie odbywa się wtedy w formie spotkań indywidualnych i/lub uczestnictwa w grupach tematycznych. Leczenie takie, w zależności od potrzeb pacjenta, trwa od kilku miesięcy do kilku lat.
- Ośrodki stacjonarne, w których trzon oddziaływań stanowi terapia grupowa. Jest ona oparta na założeniach Społeczności Terapeutycznej, czyli formie organizacji placówki leczniczej, w której pacjenci odgrywają różne role społeczne, a proces uczenia się zachowań pozytywnych odbywa się m.in. poprzez udzielanie informacji zwrotnych, awans społeczny w strukturze społeczności i identyfikowanie się z nowymi wartościami, zasadami i rolami (Kooyman, 2002). W ostatnim dziesięcioleciu ośrodki rehabilitacyjne coraz intensywniej włączają w swój system terapeutyczny również metody zaczerpnięte z innych podejść, w tym: psychoterapii poznawczo-behawioralnej (jak np. treningi zapobiegania

nawrotom i treningi asertywności), przewodniki samopoznania oparte na podejściu strategiczno-strukturalnym Jerzego Mellibrudy (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006) oraz różne formy terapii indywidualnej. W ośrodkach, pod okiem lekarza psychiatry, stosowana jest również farmakoterapia.

Leczenie w tego typu placówkach trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Celem maksymalnym terapii w społeczności terapeutycznej jest zaprzestanie wszelkich zachowań nałogowych oraz osiągnięcie długotrwałej abstynencji poprzez nauczenie się satysfakcjonującego i konstruktywnego funkcjonowania. Rzadziej, cel określany może być również jako zaprzestanie używania w sposób problemowy oraz ogólna poprawa jakości życia. U podstaw sformułowania tego celu leży założenie, według którego uzależnienie jest traktowane jako choroba w sensie nie tylko medycznym, ale przede wszystkim jako skutek zespołu zaburzeń i deficytów o charakterze psychologicznym, społecznym i moralnym, a leczenie polega na dokonaniu wielu zmian „zachowania, emocji, postaw i wartości” pacjentów (De Leon, 2003).

- Programy substytucyjne, które skierowane są do osób uzależnionych od opioidów, czyli grupy naturalnych, półsyntetycznych lub syntetycznych substancji, działających agonistycznie (pobudzająco) na receptory opioidowe w organizmie człowieka. Charakteryzuje je silne działanie przeciwbólne oraz wysoki potencjał uzależniający. Przykładowe substancje z tej grupy to heroina, morfina czy kodeina (Woronowicz, 2009). Leczenie substytucyjne stanowi formę działalności z zakresu redukcji szkód. Polega ono na wydawaniu pacjentom substancji oddziałujących na te same receptory, co substancje opioidowe, nieposiadających jednak właściwości euforycznych i niepowodujących

tak silnej zmiany świadomości jak sam narkotyk (Rogała-Obłękowska, 2002). Ma to m.in. na celu zmniejszenie syndromów odstawiennych, a co za tym idzie, zmniejszenie potrzeby zażywania innych substancji psychoaktywnych. W Polsce, ze względu na swoją dość niską cenę, zdecydowanie najbardziej rozpowszechnionym substytutem jest metadon, będący agonistą receptorów opioidowych, co oznacza, że ma podobne działanie farmakologiczne, jak same opiaty. W programach substytucyjnych wydawana bywa również buprenorfina, będąca częściowym agonistą receptorów opioidowych, znacznie rzadziej suboxone, czyli połączenie buprenorfiny z naloxonem lub substancje o działaniu identycznym jak morfina. W Polsce programy substytucyjne prowadzone są najczęściej przez poradnie ambulatoryjne, rzadziej przez inne placówki medyczne. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. do udziału w tej formie leczenia kieruje lekarz psychiatra będący kierownikiem programu substytucyjnego. Główne kryteria kwalifikacyjne to ukończony 18. rok życia, uzależnienie od opioidów utrzymujące się od minimum trzech lat oraz brak efektów terapeutycznych w terapiach prowadzonych konwencjonalnymi metodami.

Przy postawieniu wysokoprogowego celu, jakim jest konsekwentne zmniejszenie dawki substytutu, aż do jego odstawienia (tzw. wyzerowanie), czas leczenia w programach substytucyjnych może obejmować okres kilku miesięcy. Znacznie częściej jednak leczenie z zastosowaniem tej metody odwołuje się do typowych celów związanych z redukcją szkód, w tym m.in. zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych, podejmowanych przez osoby w programie, a co za tym idzie, ograniczenie szkód społecznych (kradzieży, handlu nielegalnymi

substancjami) oraz szkód zdrowotnych (w tym śmiertelności), jakie związane są z nałogowym używaniem substancji opioidowych. W tym przypadku leczenie trwa kilka, kilkanaście lat, lub nawet całe życie. W obydwu przypadkach, pacjentom oferowane jest wsparcie psychologiczne ze strony placówek ambulatoryjnych.

System pomocy osobom uzależnionym lub zagrożonym uzależnieniem obejmuje również działania profilaktyczne, programy oraz placówki wsparcia dziennego realizujące zadania związane z redukcją szkód oraz różne formy wsparcia postrehabilitacyjnego. Ich działalność nie będzie tu jednak szerzej przedstawiona, ponieważ ta forma pomocy nie jest przedmiotem prowadzonych dalej rozważań.

Leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów w placówkach ambulatoryjnych a terapia w ośrodkach stacjonarnych

Zwolennicy leczenia w placówkach stacjonarnych, którzy stoją na stanowisku, że celem oddziaływań terapeutycznych powinno być doprowadzenie pacjentów do zaprzestania używania (lub przynajmniej nieużywania w sposób problemowy), zarzucają zwolennikom leczenia substytucyjnego, że ci działają na rzecz podtrzymania uzależnienia swoich pacjentów i demotywią do zmiany, co podkreśla Bogumiła Bukowska (2009), z-ca Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – najważniejszej w Polsce instytucji zajmującej się administracją, kontrolą jakości i koordynacją badań naukowych dotyczących problematyki leczenia i przeciwdziałania uzależnieniom. Krytykowany jest również fakt, że u pacjentów substytucyjnych, mimo wieloletniego pozostawania w programach, zachodzą bardzo niewielkie (lub też nie zachodzą żadne) zmiany w obszarach funkcjonowania spo-

łecznego i emocjonalnego, co potwierdziły m.in. wyniki międzynarodowego projektu badawczego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2004) oraz badania prowadzone przez dr Habrata z zespołem (Nalaskowska, Cierpiałkowska, 2014). Szczegóły badań zostaną przybliżone w następnym podrozdziale.

Jeszcze jednym argumentem wytaczanym przeciwko metodzie substytucyjnej jest ocena, że metoda ta odpowiada na potrzeby osób uzależnionych wyłącznie od substancji z grupy opioidów (uzależnienie od substancji z różnych grup dyskwalifikuje do udziału w programie), a od ok. 10 lat obserwujemy regularny spadek liczby osób z uzależnieniem wyłącznie opioidowym na rzecz wzrostu liczby uzależnionych od różnych substancji stymulujących. Potwierdzają to, prezentujące wzory używania, raporty, w tym m.in. ostatni Europejski Raport Narkotykowy Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, w którym czytamy, że: w Europie od 2006 do 2016 r. „odnotowano ogółem 50% wzrost liczby osób podejmujących leczenie po raz pierwszy i deklarujących użycie amfetaminy jako głównego narkotyku” (EMCDDA, 2016, s. 45). Ta sama publikacja przedstawia również dane, według których „Liczba osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od heroiny spadła o połowę w porównaniu do wartości szczytowych z 2007 r.” (tamże, s. 49). Sytuacja w Polsce jest pod tym względem analogiczna, co potwierdzają m.in. dane zbierane przez Stowarzyszenie Monar.

Z kolei zwolennikom leczenia stacjonarnego stawiany jest zarzut, że wymóg utrzymania całkowitej abstynencji podczas leczenia w społeczności terapeutycznej oraz zalecenie jej utrzymania po opuszczeniu placówki jest celem przesadnie trudnym do zrealizowania, a więc nie odpowiadającym na potrzeby i pozostawiającym bez wsparcia pacjentów niemających gotowości na całkowitą rezygnację z zażywania (Bukowska, 2009).

Mimo że społeczność terapeutyczna jest metodą o potwierdzonym działaniu i figuruje w przeglądzie metod o zweryfikowanej naukowo skuteczności, który znaleźć można na stronie National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Bukowska, 2014), spotkać się można również z opiniami, że nawrotowość w tej formie leczenia jest tak duża, że wręcz nieakceptowalna (Moskalewicz, Sierosławski, Dąbrowska, 2006), a co za tym idzie, sama metoda jest nieskuteczna. Formułowane są postulaty, że ośrodki stacjonarne powinny „ustąpić” placówkom ambulatoryjnym, jako mniej kosztownym, a jednocześnie będącym w stanie odpowiedzieć ofertą na znacznie szerszy wachlarz potrzeb swoich pacjentów.

Te oraz wiele innych, podobnych argumentów, używanych jest do oceny adekwatności postawionych celów terapii oraz zasadności stosowania i wyższości jednej metody nad drugą.

Zagrożenia wynikające z obecnej organizacji leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

U podstaw przedstawionej w poprzednim podrozdziale dyskusji znajdują się dwa podstawowe błędy logiczne; nie tyle w sposobie konstruowania samej argumentacji, co w założeniach będących punktem wyjścia prezentowanych stanowisk. Pierwszym podstawowym błędem jest założenie, że lecznictwo ambulatoryjne i lecznictwo stacjonarne są w stosunku do siebie w opozycji. Drugim natomiast, przekonanie, że najlepszym miejscem do prowadzenia programów substytucyjnych są ambulatoryjne poradnie leczenia uzależnień.

Na podstawie przedstawionej argumentacji może nasunąć się wniosek, że lecznictwo ambulatoryjne i stacjonarne niepotrzebnie spierają się o rację bytu, o to która forma leczenia lepiej odpowiada na potrzeby pacjentów, ponieważ obydwu rodzajom placówek przyświeca przecież zbieżny cel, jakim jest

jak najlepsza pomoc tym samym pacjentom oraz, że powinny się w realizacji tego celu wspierać i uzupełniać. Dyskusja ta jest bezzasadna, ponieważ obydwie formy odpowiadają w rzeczywistości potrzebom innego rodzaju pacjentów i powinny być skierowane do innych osób. Nie są więc w opozycji. Umieszczanie w tych samych placówkach pacjentów, którzy znajdują się na różnych etapach rozwoju uzależnienia, jest nie tylko niecelowe, może wręcz przynieść rezultaty odwrotne do zamierzonych.

Poradnie to miejsca, które powinny dysponować ofertą postrehabilitacyjną dla osób po zakończonej terapii uzależnień, wsparciem dla rodzin i bliskich osób uzależnionych oraz terapią dla osób eksperymentujących z narkotykami, nie spełniających jednak kryteriów uzależnienia. Osoby głęboko uzależnione, które na drodze rozwoju nałogu utraciły umiejętność funkcjonowania w różnych rolach społecznych oraz kontrolę nad swoim życiem, emocjami i relacjami, powinny uczestniczyć w ambulatoriach w spotkaniach indywidualnych (nie grupowych) i, w miarę możliwości, jak najszybciej być przekierowywane do innego rodzaju placówek przez pracujących w ambulatoriach psychiatrów oraz specjalistów terapii uzależnień. Celem tego typu reorganizacji systemu pomocowego miałyby być, możliwie jak największe, ograniczenie kontaktu i wymiany informacji pomiędzy osobami silnie uzależnionymi a znajdującymi się dopiero w początkowych fazach rozwoju uzależnienia, lub na etapie postrehabilitacyjnym oraz skuteczniejsza pomoc samym uzależnionym. Rozróżnienie między wstępną fazą uzależnienia, używaniem szkodliwym czy pełną diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych nie jest oczywiście kwestią subiektywnej oceny, lecz wynika z rozpoznania przez specjalistę konkretnych, ustanowionych przez Światową Organizację Zdrowia i ogólnie obowiązujących, kryteriów. Osoby, które z racji uzależnienia spełniają takie wskaź-

niki diagnostyczne jak: utrata kontroli nad dawkami i częstotliwością zażywania czy podporządkowanie wszystkich czynności zdobywaniu i konsumowaniu narkotyków, potrzebują zmiany na wielu płaszczyznach, aby móc odzyskać kontrolę nad swoim życiem. Zmiana ta natomiast rzadko możliwa jest bez, przynajmniej okresowej, zmiany środowiska, które w przypadku osób uzależnionych, stanowią inne osoby uzależnione. Jest to oczywiście dla reprezentantów najróżniejszych podejść psychoterapeutycznych, zarówno tych, którym bliżej do filozofii *drug free*, jak i przedstawicieli podejścia redukcji szkód jako głównego celu w psychoterapii uzależnień. Dlatego też znaczna część pacjentów placówek stacjonarnych kierowana jest do ośrodków właśnie przez pracowników poradni, którzy zdają sobie sprawę, że pacjentom w głębokim stadium uzależnienia, którzy utracili kontrolę nad swoimi emocjami i zachowaniami, bardzo trudno jest pomóc (czasem jest to wręcz niemożliwe) w warunkach ambulatoryjnych. Tym bardziej dziwi, że programy substytucyjne – a więc skierowane do osób z długą historią uzależnienia, charakteryzujących się najczęściej wysokim stopniem demoralizacji, wobec których inne formy terapii okazały się nieskuteczne – realizowane są właśnie w formie ambulatoryjnej. Ta forma organizacji systemu lecznictwa zdaje się zarówno najmniej efektywna dla uzależnionych od opioidów pacjentów programów substytucyjnych, jak i najbardziej zagrażająca dla efektów oddziaływań wobec pozostałych klientów poradni ambulatoryjnych.

Trudno przecenić wpływ czynnika społecznego na rozwój uzależnienia, co podkreśla Jolanta Rogala-Oblękowska (1999), autorytet naukowy w tematyce uzależnień od substancji psychoaktywnych. Największy niepokój budzi potencjalny kontakt i demoralizujący wpływ osób „zagłębionych” w mechanizmach nałogu z osobami, które są dopiero na początkowym etapie swoich doświadczeń z substancjami psychoaktyw-

ny lub też potrzebują wsparcia po zakończonej terapii.

Kontakt z innymi osobami „biorącymi” w licznych badaniach wskazywany był przez Michaela Gossopa (1997), psychologa, który od wielu lat pracuje w zespole Badań Klinicznych i Leczenia Uzależnień od Narkotyków w Szpitalu Maudsley w Londynie, jako istotny czynnik zagrażający utrzymaniu abstynencji.

W praktyce ambulatoria, zamiast stanowić miejsca bezpieczne zamieniają się niejednokrotnie w punkty spotkań, wokół których toczy się życie towarzyskie oraz miejsca wymiany informacji na temat sposobów odurzania się oraz pozyskiwania substancji psychoaktywnych. Potwierdzają to liczne doświadczenia z mojej własnej praktyki zawodowej, jak np. historia, którą opowiedział mi mój pacjent w trakcie jednej z sesji. Pacjent ukończył leczenie w placówce stacjonarnej około 19 miesięcy temu. Zmienił miejsce zamieszkania w celu uniknięcia kontaktu ze środowiskiem, w którym brał narkotyki. Pierwszy rok mieszkał w hostelu posrehabilitacyjnym, korzystając ze wsparcia oferowanego w placówce. Po upływie roku wynajął pokój. Przez cały ten okres był aktywny zawodowo oraz studiował. W związku z brakiem dalszej możliwości korzystania ze wsparcia hostelu, po upływie kilku miesięcy postanowił spróbować skorzystać z grupy wsparcia prowadzonej w pobliskiej poradni. Cieszył się, a wręcz traktował jako powód do dumy, fakt, że przez tyle miesięcy udało mu się funkcjonować bez jakiegokolwiek kontaktu, wiedzy i myśli o substancjach psychoaktywnych. Opowiadał, że w ciągu pierwszych piętnastu minut spędzonych w poradni, mimo że nie szukał takiej wiedzy, otrzymał informację, gdzie i od kogo można kupić narkotyki w okolicy. Jest to jedna z bardzo wielu podobnych historii.

Zaprezentowane rozważania nie mają na celu deprecjonowania znaczenia lecznictwa ambulatoryjnego. Wręcz przeciwnie, należy podkreślić, że dostęp do poradni na terenie

Polski jest w dalszym ciągu niedostateczny, nierównomiernie rozłożony, a czas oczekiwania stanowczo za długi. To właśnie osoby nadużywające, a nie uzależnione, stanowią najliczniejszą grupę osób potrzebujących wsparcia. Może gdyby poradnie działały sprawniej, mniej osób przekraczałoby granicę uzależniania.

Wspomniany wcześniej czynnik ryzyka w postaci innych osób biorących jest oczywiście tym bardziej znaczący, im bardziej zdemoralizowana jest grupa osób uzależnionych. Wśród wszystkich pacjentów terapii narkotykowych, grupą najslabiej funkcjonującą w różnych rolach życiowych i społecznych oraz o najmniejszym poczuciu koherencji i najsilniej działających mechanizmach uzależnienia, jest grupa osób w programach substytucyjnych. Zdarza się, że pacjenci ci spędzają czas nie tylko w samych placówkach, lecz także „krążą” wokół prowadzących leczenie zastępcze poradni i gromadzą np. w pobliskich bramach. Może to być zjawiskiem szkodliwym zarówno dla pacjentów o innym stosunku do substancji psychoaktywnych, jak i działać odstraszająco na rodziny i bliskich uzależnionych lub eksperymentujących, którzy mogą zrezygnować z kontynuacji konsultacji, aby nie stykać się lub nie identyfikować z przedstawicielami tej grupy (myślenie typu „ja tutaj nie pasuję, nie mam tu czego szukać”). Wreszcie, może mieć szkodliwy wpływ na samych pacjentów programów substytucyjnych, np. odwozic ich od innych aktywności społecznych, w których możliwość uczestniczenia miał im dać udział w programie.

Przytoczona argumentacja nie ma również na celu deprecjonowania ważności leczenia substytucyjnego. Podawanie substancji zastępczych osobom uzależnionym od opioidów jest istotną, a w przypadku niektórych pacjentów wręcz niezbędną, częścią oferty leczniczej. Gotowość pacjenta do zmiany oraz cel leczenia uzależnień jest kwestią bardzo indywidualną i są osoby, dla których osiągnięcie pełniej abstynencji

oraz zmiana sposobu funkcjonowania są po prostu nierealne. Co więcej, specyfika uzależniania od opiatów i związany z nim paniczny lęk przez bólem, może powodować, że wielu pacjentów z tej grupy potrzebuje znacznie więcej czasu niż inni uzależnieni, aby zdecydować się na całkowite odstawienie substancji. Dla tej grupy metadon oraz inne substancje zastępcze są niewątpliwie bardzo dobrym rozwiązaniem. Nie da się jednak uniknąć wrażenia, że leczenie substytucyjne przynosiłoby znacznie więcej korzyści samym zainteresowanym i mniej szkód pozostałym pacjentom, gdyby było inaczej zorganizowane.

Wydaje się, że placówki ambulatoryjne w postaci poradni leczenia uzależnień są mało adekwatnymi miejscami do prowadzenia tego typu oferty. Zrozumiałe jest, że ten sposób organizacji wziął się z założenia, że pacjenci ci, poza punktami wydawania substytutu, mogą, lub są wręcz zobowiązani do skorzystania w tym samym miejscu z pomocy psychologicznej w postaci konsultacji indywidualnej i uczestnictwa w grupach tematycznych. Ta forma leczenia przynosi oczywiście liczne efekty w postaci różnych form redukcji szkód, wynikającej z ograniczenia przyjmowania nielegalnych substancji. Użycie sformułowania „ograniczenia”, a nie „zaniechania”, jest celowe, ponieważ z badań wynika, że zdecydowana większość pacjentów w trakcie programów substytucyjnych przyjmuje w tym samym czasie również narkotyki inne niż metadon. Powodem tego jest fakt, że metadon nie powoduje całkowitego ustąpienia głodu narkotykowego i, co za tym idzie, nie eliminuje potrzeby zażywania innych substancji psychoaktywnych (Rogala-Obłękowska, 2002). Udowodniono również, że za poprawą samopoczucia fizycznego i psychicznego pacjentów w programach substytucyjnych, nie idzie zmiana funkcjonowania społecznego. Potwierdzają to przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu badawczego Światowej Organizacji Zdrowia badania, które na po-

czątku ubiegłego stulecia zrealizował Instytut Psychiatrii i Neurologii (WHO, 2004). Podobne wyniki otrzymał również Habrat z zespołem (Nalaskowska, Cierpiałkowska, 2014), badając w latach 2011–2012 pacjentów pięciu różnych placówek prowadzących leczenie metadonem w pierwszym miesiącu od rozpoczęcia terapii oraz sześć miesięcy później. Wykazali oni, że po upływie pół roku pacjenci charakteryzowali się większym poczuciem koherencji, zrozumiałości i częściej postrzegali przyczyny niepowodzeń po stronie swojej, a nie czynników zewnętrznych. Badanie nie wykazało jednak istotnych statystycznie różnic między dwoma pomiarami ani w zakresie sytuacji zawodowej pacjentów, jak również relacji partnerskich, poczucia zaradności, ani w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych, w zakresie strategii poznawczych regulowania uczuć, ani też pod względem realizacji zadań rozwojowych przypadających na okres dojrzałości (tamże).

Rozważania nad nowymi rozwiązaniami w terapii uzależnień od opioidów

Z zaprezentowanych tu rozważań wynika, że pacjenci korzystający z programów substytucyjnych w poradniach, mają relatywnie małą szansę na zmniejszanie dawki substytutu aż do całkowitego jej odstawienia oraz zmianę sposobu funkcjonowania na satysfakcjonujący, jednocześnie mogą stanowić istotny czynnik ryzyka dla innych pacjentów ambulatoriów. Nasuwa się wniosek, że maksymalizującym zyski i minimalizującym straty rozwiązaniem byłoby podzielenie formy leczenia substytucyjnego, ze względu na określony indywidualnie przez pacjenta cel leczenia. Programy substytucyjne powinny być realizowane w dwóch następujących nurtach.

Dla pacjentów, którzy poprzez leczenie substytucyjne chcieliby, w efekcie końcowym, całkowicie zaprzestać przyjmowania

narkotyków, nie są jednak gotowi do odstawienia substancji w relatywnie krótkim czasie, najlepszym rozwiązaniem zdają się być zintegrowanie oferty substytucyjnej z leczeniem w ośrodkach stacjonarnych. Pomysł włączenia społeczności terapeutycznej do leczenia metadonowego już w roku 1995 pierwszy zaproponował George De Leon (1995), guru i pionier badań nad społecznością terapeutyczną na świecie. O zaletach tego typu rozwiązania pisała także Bukowska (2009), jak również dr hab. n. med. Bogusław Habrat, lekarz psychiatra dr n. med. Karina Steinbach-Chmielewska i dr n. med., Specjalista Terapii Uzależnień Helena Baran-Furga (2013), specjaliści Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wszyscy autorzy zwracali uwagę na znacząco zwiększającą się efektywność leczenia substytucyjnego po zintegrowaniu go z leczeniem w ośrodkach rehabilitacyjnych. W Polsce rozwiązanie to traktuje się z dużą rezerwą, argumentując, że wprowadzenie pacjentów metadonowych do placówek stacjonarnych, może być zagrażające i dezintegrujące dla pozostałych pacjentów. Moim zdaniem, zagrożenie to jest jednak nieporównywalnie mniejsze w kontrolowanych warunkach zamkniętej społeczności terapeutycznej niż w otwartych placówkach ambulatoryjnych, gdzie interakcje między poszczególnymi pacjentami przebiegają bez żadnego nadzoru oraz zasad. Bezpodstawność tych obaw potwierdzają również doświadczenia ośrodka rehabilitacyjnego Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności w Kazuniu, który jako pierwszy, i dotychczas jedyny w Polsce, wprowadził to rozwiązanie i od 2009 r. z powodzeniem integruje obydwie metody. W proponowanej przez tę placówkę formie leczenia zmniejszanie dawek metadonu następuje stopniowo, aż do całkowitego odstawienia po około pół roku. Pacjenci zostają też w ten sposób odseparowani, nie tylko od dostępu do samych substancji, lecz także od całej narkomańskiej subkultury, co niewąt-

pliwie ułatwia proces ich leczenia i sprzyja zmianie (Rogała-Obłękowska, 2002). Wygląda na to, że dla pacjentów stawiających sobie za cel faktyczną zmianę funkcjonowania i uwolnienie się od przymusu zażywania opiatów, ale nie mających gotowości do nagłego odstawienia substancji, jest to metoda nie tylko dopuszczalna, lecz chyba najlepsza z możliwych. Natomiast dla pacjentów, dla których zarówno abstynencja, jak i zmiana schematów zachowania jest celem niemożliwym do osiągnięcia i potrzebują oni przyjmować substancję zastępczą w celu stricte związanym z redukcją szkód, skuteczniejsze wydaje się zaoferowanie formy wsparcia substytucyjnego, na podobnych zasadach, na jakich funkcjonuje ona w krajach o tzw. wysokiej kulturze medycznej, czyli np. w Szwajcarii, Holandii czy Kanadzie (Rogała-Obłękowska, 2002). W praktyce oznacza to wydawanie substytutu na receptę, w aptekach lub specjalistycznych punktach medycznych. Poza zmniejszeniem ryzyka wynikającego ze wzajemnego kontaktu osób uzależnionych w poradniach, dodatkową korzyścią płynącą z takiego rozwiązania są regularne kontrole medyczne stanu zdrowia pacjentów substytucyjnych, działające na rzecz dodatkowej poprawy jakości ich życia, poprzez jeszcze m.in. lepszą i wcześniejszą diagnostykę chorób oraz skuteczniejsze ograniczenie potencjalnych szkód związanych np. z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi czy dzieleniem się strzykawkami.

Argumenty na rzecz organizacji leczenia substytucyjnego w placówkach stacjonarnych działających na podstawie metody społeczności terapeutycznej

Na zakończenie chciałabym odnieść się do wspomnianego wcześniej zarzutu pod adresem ośrodków rehabilitacyjnych o stawianie zbyt trudnego do zrealizowania celu, a w rezultacie niskiej skuteczności progra-

mów opartych na założeniach społeczności terapeutycznej.

Argumenty leżące po stronie dowodów naukowych nie są jedynymi wartymi uwagi w tej dyskusji. Krytycy nie wzięli pod uwagę założenia, że tak jak w przypadku wszystkich innych metod leczenia uzależnień, „droga do celu”, czyli proces terapeutyczny, jest celem samym w sobie. Podczas pobytu w ośrodkach stacjonarnych, na drodze do celu pełnej abstynencji, pacjenci odnoszą różne dodatkowe korzyści, niezależnie od tego czy w efekcie końcowym udaje im się osiągnąć cel maksymalny, czy nie. Obszary wpisujące się w definicje poprawy jakości życia, w których, podczas leczenia w społecznościach terapeutycznych zazwyczaj następuje zmiana na lepsze, to m.in.:

- Regeneracja psycho-fizyczna poprzez utrzymanie dłuższej abstynencji, niemożliwej do zrealizowania w środowisku narkomańskim.
- Zadbanie o zdrowie fizyczne poprzez regularny kontakt z lekarzami. Należy tu zauważyć, że czynni narkomani w swoim systemie wartości zazwyczaj nie nadają zdrowiu zbytnej wagi, a co za tym idzie, rzadko podejmują wysiłek w stronę zadbania o nie. Ponadto, przyjmowanie substancji zmieniających świadomość w większości przypadków działa przeciwbólowo, tak więc uświadomienie sobie różnych problemów zdrowotnych oraz potrzeby zadbania o nie, przychodzi zazwyczaj dopiero po pewnym okresie pełnej abstynencji.
- Poprawa relacji z rodziną, która zazwyczaj docenia fakt podjęcia przez osobę uzależnioną leczenia w placówce bazującej na paradygmacie abstynencyjnym, stara się wspierać i podejmuje próbę zrozumienia sytuacji uzależnionego.
- Uregulowanie sytuacji prawnej. Pobyt w placówkach stacjonarnych daje m.in. możliwości odbycia kary w postaci przepracowania godzin społecznie-użytecznych, zamiany kary na leczenie

lub zmniejszenie jej wymiaru ze względu na podjęte w placówce leczenie. Nawet jeśli osiągnięcie tych celów byłoby możliwe poza ośrodkiem, to zazwyczaj nie utrzymując abstynencji, osoby uzależnione nie znajdują w sobie motywacji ani wyobraźni, aby zadbać o takie sprawy.

- Nadrobienie zaległości szkolnych. Niektóre ośrodki, w miarę możliwości, współpracują z pobliskimi placówkami edukacyjnymi i motywują swoich podopiecznych do edukacji.
- Poprawa rozumienia i kontroli własnych emocji, odczuwanie których jest w pełni możliwe dopiero po okresie dłuższej abstynencji. Daje to m.in. możliwość przeformułowania celów życiowych.
- Wzrost rozumienia mechanizmów nałogowej regulacji uczuć.
- Nabywanie umiejętności radzenia sobie z sytuacjami problemowymi w sposób konstruktywny oraz poprawa kompetencji interpersonalnych.
- Wzrost poczucia własnej wartości i poczucia własnej skuteczności poprzez odgrywanie różnych ról społecznych oraz wiele innych.

Skoro można wnioskować o skuteczności programów substytucyjnych na podsta-

wie realizacji takich celów, jak zmniejszenie bólu czy częstotliwości występowania zachowań ryzykownych, to tak samo można wnioskować o skuteczności leczenia w placówkach stacjonarnych ze względu na realizację wcześniej wymienionych celów. Jeśli cel osiągnięcia abstynencji, a raczej zaprzestania używania substancji psychoaktywnych w sposób problemowy i powrotu do satysfakcjonującego funkcjonowania w rolach społecznych zostanie osiągnięty, to bez wątpienia przyniesie to większy pożytek społeczny niż w przypadku programów niskoprogowych. W przypadku osób, które powrócą do funkcjonowania zgodnego ze społecznymi normami, istnieje jednocześnie większe prawdopodobieństwo, że przełamią krąg wyuczonej bezradności i nie wychowają kolejnego pokolenia narkomanów. Jeśli jednak cel maksymalny nie zostanie osiągnięty, dla większości pacjentów pobyt w ośrodku będzie, mimo wszystko, wiązał się ze znaczącą poprawą jakości życia. Zmiana taka nie staje się udziałem jedynie osób, które opuściły ośrodki w trakcie pierwszych dwóch tygodni pobytu, jednak w przypadku takich osób próba leczenia wiąże się z relatywnie niskimi kosztami, a w razie porażki zawsze można powrócić do leczenia substytucyjnego.

Bibliografia

- Barczykowska A. (2011). Narkomania. Między drug free a terapią substytucyjną – w poszukiwaniu skutecznego modelu pomocy osobom uzależnionym i współuzależnionym. W: I. Cytłak, E. Włodarczyk (red.), *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej* (s. 258–309). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cytłak, E. Włodarczyk (red.), *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Bukowska, B. (2009). Integracja leczenia substytucyjnego i modelu społeczności terapeutycznych – nowe wyzwania i szanse. *Serwis Informacyjny. Narkomania*, 3(47), 8–12.
- Bukowska, B. (2014). Leczenie osób uzależnionych od narkotyków w Polsce. *Świat Problemów*, 10(261), 5–10.
- De Leon, G. (2003). *Spoleczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- De Leon, G., Staines, G.L., Perlis, T.E., Sacca, S., McKendrick, K., Hilton, R., Brady, R. (1995). Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages): An open clinical trial. *Drug Alcohol Dependency*, 27(1), 45–57.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii [EMCDDA]. (2016). *Europejski Raport*–52.
- Gossop, M. (1997). *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA.

- Habrat, B., Steinbarth-Chmielewska, K., Baran-Furga, H. (2013). Łączone programy stacjonarnych oddziaływań rehabilitacyjno-readaptacyjnych i leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów. *Farmakoterapia w psychiatrii i Neurologii*, 1, 43–49.
- Koczurowska, J. (2014). Metoda społeczności terapeutycznej w leczeniu uzależnień. *Świat Problemów*, 10(261), 11–15.
- Kooyman, M. (2002). *Spoleczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna Psychoterapia Uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ PTP.
- Miller, P.M. (red.). (2013). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Moskalewicz, J., Sierosławski, J., Dąbrowska, K. (2006). Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(4), 327–355.
- Nalaskowska, M., Cierpiałkowska, L. (2014). Funkcjonowanie społeczne i psychiczne pacjentów uzależnionych od opiatów uczestniczących w terapii metadonowej – doniesienia z badań podłużnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 27(3), 237–254.
- Rogala-Ogłękowska, J. (1999). *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*. Warszawa: ISNS UW.
- Rogala-Ogłękowska, J. (2002). *Narkoman w Rodzinie. Wskazania do terapii*. Warszawa: ISNS UW.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in Central and Eastern Europe*. Genewa: WHO.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina & Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.

VOICE IN DISCUSSION ABOUT THE GOALS AND METHODS OF TREATMENT IN POLAND OF PEOPLE ADDICTED TO OPIOIDS

Abstract

For several years, a debate has been taking place in Poland on the effectiveness and appropriateness of using various methods of treating addiction to psychoactive substances. On one side there are representatives of rehabilitation centres with the assumptions of the therapeutic community, on the other side, advocates of substitution treatment, based on the paradigm of harm reduction. Substitute programs are usually conducted in outpatient clinics. Representatives of stationary treatment are accused that the endeavour of total abstinence is too difficult for patients to achieve; Substitutive programs are criticized for sustaining patients' addiction. At the bottom of the dispute, however, there are two logical errors. First, outpatient and stationary treatments are not competing because they meet the needs of different groups of clients and should be targeted at people who are at a different stage of addiction development. Secondly, non-counselling is the most appropriate place for substitution programs. Around the outpatient clinics, especially those who have a methadone program in their offer, are gathering patients in advance stages of addiction. The contact with people who do not take drugs in a problematic way has many negative consequences. In addition, it has been scientifically proven that benefiting from substitution programs results in harm reduction, but they are not accompanied by significant changes in social and emotional functioning. An optimal solution would be to reorganize substitution treatment and divide it into two streams, depending on the individual goal of the patient – those interested in the low-threshold goal – methadone prescription in out-of-ward care, and for those seeking actual change and abstinence – incorporating substitution programs into the therapeutic community.

Key words: drug addiction treatment, opioids, therapeutic community, substitution programs