

Praca pogładowa

Review

BOGUSŁAW HABRAT, KARINA STEINBARTH-CHMIELEWSKA, HELENA BARAN-FURGA

Łączone programy stacjonarnych oddziaływań rehabilitacyjno-readaptacyjnych i leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów

Combined residential rehabilitation programs with substitution therapy for opioid dependent patients

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii

STRESZCZENIE

Leczenie substytucyjne jest uważane za leczenie z wyboru dla większości osób uzależnionych od opioidów, a w programach tych często stosuje się różne formy oddziaływań psychoterapeutycznych i środowiskowych, choć stosunkowo rzadko są to metody oparte na zasadach społeczności terapeutycznej. W Polsce dostępność leczenia substytucyjnego jest niedostateczna, a dominującą formą są oddziaływania psychospołeczne oparte głównie na zasadach społeczności terapeutycznej. Leczenie to jest mało efektywne, m.in. ze względu na znaczne trudności utrzymywania abstynencji bez wsparcia farmakologicznego. Jedną z propozycji dostosowania się do struktury leczenia uzależnień w Polsce jest próba zwiększenia efektywności stacjonarnych programów rehabilitacyjnych przez umożliwienie części pacjentów korzystania z leczenia substytucyjnego w czasie terapii opartej na zasadach społeczności terapeutycznej.

SUMMARY

Substitution therapy is currently a treatment of choice for majority of opioid dependents. In that programs different kind of psychosocial interventions are used, although only minority of them is based on therapeutic community approach. Accessibility to substitution treatment in Poland is inappropriate and psychosocial interventions hold leading position. Majority of residential programs are based on therapeutic community approach. Effectiveness of that programs is low due to low attractiveness of drug-free aim of treatment and due to inability to abstain without pharmacological support. One of the proposals of adaptation to Polish drug treatment structure is a trial of effectiveness improvement of residential drug-free programs by combining therapeutic community with substitution treatment, even during some months residential treatment, only.

Słowa kluczowe: uzależnienie opioidowe, programy rehabilitacyjne, terapia substytucyjna

Key words: opioid dependence, rehabilitation programs, substitution therapy

WSTĘP

Uzależnienie opioidowe jest przedmiotem zatro- skania społeczeństw oraz podejmowania intensywnych działań przez instytucje prowadzące politykę zdrowotną i terapię. Wynika to m.in. ze związanymi z tym uzależnieniem: zwiększoną umieralnością, znacznymi szkodami zdrowotnymi, dramatycznym

obrazem i przebiegiem uzależnienia, zwiększonym ryzykiem chorób przenoszonych drogą krwionośną, pogorszeniem jakości życia, znacznym upośledzeniem w funkcjonowaniu nawet w podstawowych rolach społecznych, zwiększoną liczbą zachowań kryminalnych związanych głównie ze zdobywaniem środków na narkotyki i generowanie innych problemów przestępczych (gangi narkotykowe), a co za tym

idzie: zaniepokojenie społeczeństwa zagrożeniami oraz zachowaniami nieobyczajnymi.

W latach 60. XX wieku podjęto szereg prób psycho-, socjo- i farmakoterapii osób uzależnionych od opioidów, w większości z niezadawalającym skutkiem. Przeglądy piśmiennictwa, metaanalizy, a także nieopisane w piśmiennictwie profesjonalnym doświadczenia doprowadziły do konkluzji, że najbardziej skuteczne (przynajmniej w odniesieniu do znacznej części pacjentów) jest leczenie substytucyjne (Fisher 2002; Mattick i wsp. 2009; Wechsberg i wsp. 2007; WHO/UNODC/UNAIDS 2003).

Leczenie substytucyjne – podstawy, cele i skuteczność

Wprowadzone do szerszego użytku w połowie lat 60. XX wieku leczenie substytucyjne polega na zastąpieniu nielegalnych, toksycznych, zanieczyszczonych chemicznie i biologicznie preparatów opiatowych (najczęściej heroiny) lekami o podobnym mechanizmie działania farmakologicznego (agonistyczny lub częściowo agonistyczny wpływ na receptory opioidowe), ale o korzystniejszych właściwościach farmakokinetycznych (dłuższy czas działania umożliwiające stosowanie jednej dawki dziennie), farmaceutycznych (formy umożliwiające podawanie inną drogą niż iniekcyjna), czystych chemicznie i biologicznie, dokładnie dawkowanych.

Programy leczenia substytucyjnego są typowymi programami opartymi na polityce redukcji szkód, która opiera się na potwierdzonej badaniami empirii, że większość osób uzależnionych nie chce lub nie może zrealizować maksymalistycznego celu leczenia, jakim jest całkowita i długotrwała abstynencja od substancji psychoaktywnych, a upieranie się przy forsowaniu tego celu związane jest ze: znacznym ryzykiem tzw. przedawkowań (nieraz śmiertelnych) oraz infekcji przenoszonych drogą krwionośną, złym stanem somatycznym, brakiem stabilizacji psychicznej, złym funkcjonowaniem, frustracją pacjentów, otoczenia i terapeutów (Tatarsky 2007). W zamian za pogodzenie się z faktem, że leczenie substytucyjne w sensie farmakologicznym „podtrzymuje” uzależnienie (leki substytucyjne mają identyczne lub zbliżone mechanizmy działania farmakologicznego jak opiaty i inne opioidy), łatwiej i częściej osiąga się takie cele jak:

- zmniejszenie śmiertelności,
- możliwość stałego diagnozowania, monitorowania i leczenia chorób somatycznych (w tym HIV/AIDS) i zaburzeń psychicznych, co powoduje poprawę stanu somatycznego i psychicznego (Habrat i wsp. 2001),

- wyeliminowanie używania lub zmniejszenie ilości używanych nielegalnych substancji psychoaktywnych (Habrat i wsp. 2001; Lawrinson i wsp. 2008),
- zmniejszenie liczby zachowań związanych z możliwością infekcji przenoszonych drogą krwionośną (m.in. iniekcyjne przyjmowanie narkotyków, prostytuowanie się w celu zdobycia środków na narkotyki) (Lawrinson i wsp. 2008),
- poprawa jakości życia (Habrat i wsp. 2003),
- zmniejszenie liczby zachowań sprzecznych z prawem (WHO/UNODC/UNAIDS 2003) lub dobrymi obyczajami,
- poprawa funkcjonowania w różnych rolach społecznych.

Duża skuteczność leczenia substytucyjnego (mierzona osiągnięciem zakładanych celów – patrz wyżej) i mała skuteczność innych metod (odsetek osób utrzymujących abstynencję od wszelkich środków po roku), a co za tym idzie: stosunkowo duże ryzyko konsekwencji w wyniku przerywania leczenia alternatywnymi metodami spowodowały, że leczenie substytucyjne uważa się za metodę z wyboru w leczeniu większości osób uzależnionych od opioidów, szczególnie opiatów (Wechsberg i wsp. 2007; WHO/UNODC/UNAIDS 2003). Efektem tego jest polityka zdrowotna dążąca do udostępnienia leczenia substytucyjnego wszystkim uzależnionym od opiatów, którzy tego chcą. W Europie z leczenia substytucyjnego korzysta ponad 560 tys. osób, a w Europie Zachodniej odsetki leczonych sięgają ponad 50%, w USA ponad 250 tys. z ok. miliona uzależnionych (Wechsberg i wsp. 2007). W Polsce nie osiągnięto zakładanej w Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 dostępności na poziomie 20% (Rozporządzenie Rady Ministrów 2006) i dysponujemy ok. 2000 miejsc w programach leczenia substytucyjnego, co stanowi zaledwie miejsce dla ok. 8–10% uzależnionych. Przyczyny tego zjawiska są złożone, a jedną z nich jest historycznie uwarunkowany rozwój programów rehabilitacyjnych nastawionych głównie na utrzymywanie całkowitej długotrwałej abstynencji. Mimo wykazania małej skuteczności tego typu leczenia, stosunkowo dużego zaangażowania personelu, dużych kosztów (Moskalewicz i wsp. 2006) w Polsce jest ona nadal głównym typem terapii, podczas gdy np. w Stanach Zjednoczonych ok. ćwierć miliona korzysta z leczenia substytucyjnego, a z psychoterapii bez farmakoterapii – zaledwie ok. 5000 osób (Tober i wsp. 2003).

Niezależnie od orientacji teoretycznej i zakładanych celów terapii większość pacjentów uzależnionych od opioidów styka się z lekami substytucyjnymi, np. w czasie tzw. detoksykacji – procedury

medycznej, która polega na zamianie nielegalnych opiatów na leki opioidowe (metadon, buprenorfina), a następnie na zmniejszaniu dawki tych leków w sposób możliwie minimalizujący przykre objawy abstynencyjne. Procedura ta trwa najczęściej dni lub tygodnie, a osoby zdetoksykowane mogą korzystać z różnych form psychoterapii (w tym wspomaganą farmakologicznie, np. antagonistami receptorów opioidowych np. naltreksonem). Oprócz krótkotrwałych (dni, tygodnie) detoksykacji z użyciem leków substytucyjnych rzadko stosuje się detoksykacje przedłużone, trwające miesiące. U podstaw tego typu detoksykacji stoją: obserwacja, że im dłuższe rozłożenie w czasie zmniejszania dawki, tym mniej nasilone objawy abstynencyjne i lepsza akceptacja pacjentów, oraz założenie, że odwrócenie mechanizmów neuroadaptacji wymaga dłuższego czasu. Detoksykacja średnioterminowa stosowana jest stosunkowo rzadko, m.in. ze względu na duże koszty długiej hospitalizacji przy ryzyku niekorzystnych wpływów środowiskowych w przypadku jej stosowania w warunkach ambulatoryjnych.

Detoksykacje długoterminowe polegające na założeniu stopniowego zmniejszania dawki leku substytucyjnego przez ponad rok są bardzo rzadkie i najczęściej są wynikiem zmiany decyzji pacjenta, a nie pierwotnie ustalonej strategii.

Używanie leku substytucyjnego z założeniem nieokreślenia terminu zakończenia nazywa się leczeniem substytucyjnym w sensie ścisłym. Czasami w wyniku długotrwałego leczenia substytucyjnego dochodzi do długotrwałego stopniowego zmniejszania dawki do pewnego poziomu, rzadziej do całkowitego odstawienia leku. Część terapii substytucyjnych, które muszą z różnych powodów być zakończone, kończy się stopniowym odstawieniem leków w ciągu dni lub tygodni.

Podstawy leczenia wyłącznie metodami psychospołecznymi i ich efektywność

Podstawowym celem takiego leczenia jest utrzymywanie całkowitej i długotrwałej abstynencji, którą osiąga się m.in. poprzez pogłębienie wglądu w szkody spowodowane używaniem narkotyków, zwiększanie motywacji do leczenia, wyuczenie się rozpoznawania okoliczności, które wiążą się z ryzykiem nawrotu, wyuczenie radzenia sobie z sytuacjami zwiększonego ryzyka, umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami, głodem narkotyku bez jego używania, integrację społeczną. W Polsce tego typu leczenie realizuje się w tzw. ośrodkach rehabilitacyjnych, gdzie oferowane są programy wielomiesięczne, a do niedawna nawet wielolet-

nie. W odniesieniu do większości uzależnionych od opioidów maksymalistyczny cel, jakim jest utrzymywanie całkowitej i długotrwałej abstynencji, jest nierealistyczny albo nieatrakcyjny. Tego typu leczenie wiąże się z częstym przerywaniem terapii bądź na żądanie, bądź na skutek dyscyplinarnego wypisu za nieprzestrzeganie regulaminów ośrodka (głównie: złamanie abstynencji). To z kolei wiąże się ze zwiększonym ryzykiem tzw. przedawkowania na skutek przyjmowania dawki narkotyku zbliżonej do ostatnio przyjmowanej, ale potencjalnie zagrażającej życiu ze względu na zmniejszenie tolerancji w czasie detoksykacji oraz pobytu w ośrodku. Niedokończone terapie są też przyczyną frustracji pacjentów, ich rodzin oraz terapeutów.

Choć można spotkać się z pojedynczymi doniesieniami o skuteczności programów opartych na zasadach społeczności terapeutycznej (De Leon 2003; De Leon i wsp. 1995; Roman 1996), to metaanaliza badań opublikowana w Cochran Library wykazała, że badania spełniające akceptowalne standardy metodologiczne są nieliczne i nie dają przesłanek do wnioskowania o skuteczności ww. metod, choćby w odniesieniu do podstawowego parametru, jakim jest retencja w programie (Mayet i wsp. 2004). Autorzy konstatują, że z brakiem wykazanej naukowo skuteczności kontrastuje powszechność tego typu leczenia w niektórych krajach. W programach tych stosuje się różne metody oddziaływań psychologicznych i środowiskowych, jednak w największym zakresie stosowane są metody oparte na zasadach społeczności terapeutycznej.

Rozbieżności między leczeniem substytucyjnym a leczeniem opartym na zasadach społeczności terapeutycznej

Mimo deklarowanych powszechnie: konieczności oferowania osobom uzależnionym zróżnicowanej gamy programów dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz zaleceń konstruowania programów wszechstronnie odpowiadających na potrzeby z różnych obszarów w praktyce doszło do dość dychotomicznego podziału na programy substytucyjne, których trzonem jest oddziaływanie farmakologiczne, oraz na programy psychoterapeutyczne (rehabilitacyjne) z dominującymi oddziaływaniami psychologicznymi i socjoterapeutycznymi, w których farmakoterapia odgrywa rolę drugorzędną, o ile nawet nie jest doktrynalnie zakazana. Podział ten jest pogłębiany faktem, że leczenie substytucyjne odbywa się głównie w trybie ambulatoryjnym, a programy oparte głównie na oddziaływaniach pozamedycznych realizowane są często, a nawet głównie, w warunkach stacjonarnych.

Nie bez znaczenia jest fakt, że leczenie substytucyjne, jako ambulatoryjne, jest znacznie tańsze i m.in. z tego powodu jest preferowane przez kreujących politykę zdrowotną (Moskalewicz i wsp. 2006).

Inną, trudną do przekroczenia, linią podziału jest spór o cele leczenia.

Programy psycho- i socjoterapeutyczne zazwyczaj za cel ambitnie stawiają sobie utrzymywanie całkowitej i długotrwałej abstynencji (ang. *drug free*), która czasami jest interpretowana jedynie jako wskaźnik nabycia przez pacjenta umiejętności radzenia sobie bez narkotyków ze stanami psychicznymi (lęk, depresja, drażliwość, bezsenność, frustracja) i otaczającymi, stresującymi sytuacjami społecznymi. Złamanie abstynencji, traktowane jako złamanie kontraktu, najczęściej bywa przyczyną dyscyplinarnych skreśleń z programu lub innych sankcji, co interpretowane bywa jako oddziaływanie behawioralne i wyuczanie ponoszenia konsekwencji swoich decyzji i zachowań. Ostatnio obserwuje się pewną tendencję do interpretowania nieutrzymywania zobowiązań lub nieprzestrzegania regulaminu, lecz traktowania tego zjawiska jako immanentnej części obrazu klinicznego i przebiegu oraz sygnału do podejmowania lub zintensyfikowania oddziaływań mających na celu zapobieganie nawrotom. Niemniej, nawrotowość w tych programach jest duża (przez wielu uznawana za nieakceptowalnie dużą) (Moskalewicz i wsp. 2006).

Cele leczenia substytucyjnego zostały opisane powyżej i polegają na rezygnacji z bardziej ambitnych celów (całkowita, długotrwała abstynencja, nabycie umiejętności satysfakcjonującego funkcjonowania), kosztem akceptowania podtrzymywania farmakologicznego uzależnienia, za to sprzyjają osiągnięciu zmniejszonej śmiertelności i chorobowości, zmniejszeniu liczby zachowań ryzykownych, poprawie jakości życia i lepszemu funkcjonowaniu społecznemu.

Oprócz kontrowersji, u podstaw których leżą odmienne podstawy teoretyczne, wizje człowieka, zakładane cele, podejścia itp., trzeba zwrócić uwagę na kilka elementów natury praktycznej. Środki przeznaczone na leczenie osób uzależnionych są zwykle ograniczone i często zachodzi obawa o przemieszczenie środków finansowych np. z programów o orientacji *drug free* do programów leczenia substytucyjnego.

Leczenie substytucyjne wsparte oddziaływaniami psychospołecznymi

Generalnie uważa się, że im leczenie substytucyjne jest bardziej obudowane różnymi programami

psychoterapeutycznymi, środowiskowymi, medycznymi itp., tym jego wyniki są lepsze. Jednak największy udział w pozytywnych wynikach leczenia ma dystrybucja metadonu i wynikająca z niej stabilizacja zarówno farmakologiczna, jak i kliniczna. M.in. w dużych wielośrodkowych, prowadzonych przez WHO badaniach nad skutecznością leczenia substytucyjnego w krajach o dużych, średnich i małych dochodach, a co za tym idzie: o bardzo zróżnicowanej dostępności do towarzyszących programów psychoterapeutycznych, środowiskowych, medycznych itp., wykazano, że skuteczność tego rodzaju leczenia pod względem zmniejszenia używania substancji psychoaktywnych, profilaktyki zachowań ryzykownych w odniesieniu do zakażeń przenoszonych drogą krwionośną jest zbliżona (Lawrinson i wsp. 2008).

W krajach, w których wprowadzono leczenie substytucyjne, często obserwuje się dość wyraźny podział na zwolenników i centra leczenia substytucyjnego oraz zwolenników i ośrodki realizujące programy *drug free*. Ten dychotomiczny podział nierzadko powoduje okopanie się na swoich pozycjach i rzadkie korzystanie z doświadczeń „konkurujących” programów. I tak, w programach leczenia substytucyjnego często głównym rodzajem psychoterapii są metody behawioralne, szczególnie zawiadywanie wzmocnieniami (ang. *contingency management*), a w ośrodkach rehabilitacyjnych rzadko walczy się farmakologicznie z głodem narkotyków lub ignoruje się współwystępujące zaburzenia psychiczne (Chen i wsp. 2009), uznając je za wtórne do uzależnienia, a co za tym idzie: ustępujące w wyniku utrzymywania abstynencji. Np. w USA na 380 programów leczenia opartego na zasadach społeczności terapeutycznej jedynie 11% kiedykolwiek prowadziło leczenie substytucyjne, a w chwili badania zaledwie 7% (Roman 2006).

Trzonem leczenia substytucyjnego jest dystrybucja leków o działaniu agonistycznym (np. metadon) lub częściowo agonistycznym (preparaty zawierające buprenorfinę) w stosunku do receptorów opioidowych. Codzienny (przynajmniej na początku) kontakt z pacjentem przychodzącym po środek substytucyjny stwarza unikalną możliwość stosowania wobec niego różnych oddziaływań medycznych (diagnozowanie, leczenie i monitorowanie zdrowia), a także pozamedycznych, w tym różnych oddziaływań psychospołecznych. Trwa dyskusja na temat niezbędnego minimum świadczeń i programów towarzyszących dystrybucji metadonu. Raczej intuicyjnie przyjmuje się, że im więcej tego typu świadczeń i programów, tym wyniki leczenia substytucyj-

nego powinny być lepsze. W skrajnej formie znajduje to wyraz w stwierdzeniu, że dystrybucja środka substytucyjnego jest jedynie środkiem umożliwiającym systematyczne oddziaływania psychospołeczne. W większości standardów leczenia substytucyjnego umieszczone są oddziaływania psychospołeczne, ale najczęściej nie są one wyspecyfikowane pod względem treściowym. W publikacjach z USA dominują proste metody behawioralne, od kontrolowania moczu na występowanie substancji psychoaktywnych, aż do rzeczowych, a częściej nawet finansowych nagród za utrzymywanie abstynencji. Powszechniejsze jest stosowanie bardziej skomplikowanej metody behawioralnej: zawiadywania (lub sterowania) wzmocnieniami (ang. *contingency management*). Przykładem takiego postępowania jest np. nadawanie pacjentom systematycznie przestrzegającym zasad uczestniczenia w programie przywilejów, np. możliwości otrzymywania środków substytucyjnych do domu. W przypadku nieprzestrzegania tych zasad pacjent nie może być karany ze względów etycznych, ale można stosować wobec niego warunkowanie negatywne polegające na utracie przywilejów.

Jednak metaanaliza 34 badań (obejmujących 3777 pacjentów) na temat efektywności wzbogacenia dystrybucji środków substytucyjnych przez dodanie oddziaływań psychospołecznych nie wykazała przyrostu ich skuteczności (retencja w programie, ilość używanych substancji psychoaktywnych), choć autorzy spekulują, że być może w dłuższych katamnezach ten efekt uwidoczni się i to w innych parametrach (Amato i wsp. 2004).

Powyższa metaanaliza dotyczyła wszystkich metod oddziaływań psychospołecznych. Szczególnie nieliczne były badania nad wspólnymi programami substytucyjnymi z uwzględnieniem metod psychospołecznych opierających się na zasadach społeczności terapeutycznej, co wydaje się wynikać z dość dużej polaryzacji założeń, postaw, ideologii tych obu podejść.

Połączone metody leczenia substytucyjnego i oddziaływań opartych na funkcjonowaniu społeczności terapeutycznej

W jednym z pierwszych doniesień na ten temat De Leon i wsp. (1995) opisali wprowadzenie zasad społeczności terapeutycznej dla pacjentów leczonych substytucyjnie. Stu piętnastu leczonych substytucyjnie zgodziło się na udział w dziennym programie opartym na zasadach społeczności terapeutycznej. Gdy porównano ich z grupą 212 leczonych substytucyjnie, którzy nie wzięli udziału w tym dodatkowym

programie, okazało się, że mieli znacząco większe zmniejszenie używania kokainy, heroiny, igieł i strzykawek, a także mniej konfliktów z prawem i mniejsze dysfunkcje psychologiczne. Wartość pracy zmniejsza fakt nielosowego przydziału do grup i podejrzenie, że z rozszerzonego leczenia skorzystały osoby bardziej zmotywowane. Niemniej, autorzy postulowali, że rozszerzenie programów metadonowych o formy terapii opartej na zasadach społeczności terapeutycznej może zaowocować poprawą szeregu parametrów uzależnienia u niektórych pacjentów (de Leon i wsp. 1995). Zweben i wsp. postulowali umożliwienie leczonym substytucyjnie dostępu do programów opartych na zasadach społeczności terapeutycznej (Zweben i wsp. 1999).

Amerykański National Consensus Panel on Effective Medical Treatment of Opioid Dependence w 1997 roku rekomendował optymalizację leczenia uzależnienia od opiatów poprzez włączenie terapii substytucyjnej do programów społeczności terapeutycznej (National Consensus Panel 1997), lecz spotkało się to z małym oddźwiękiem (Roman 2006) i rekomendacje są ponawiane (Hattema i Sorensen 2009).

Greenberg i wsp. (2007) opisują opory przed włączeniem pacjentów leczonych substytucyjnie do stacjonarnego leczenia w społecznościach terapeutycznych. Stwierdzono m.in., że w 380 społecznościach terapeutycznych w USA kiedykolwiek leczenie substytucyjne prowadzono w 11% z nich, a w czasie badania ten typ terapii prowadzono zaledwie w 4% z nich (Roman 2006). Wprowadzenie leczenia substytucyjnego do placówek dotychczas zajmujących się programami opartymi na zasadach społeczności terapeutycznej wymaga intensywnego szkolenia i motywowania personelu (Greenberg i wsp. 2007). Zaleca się też, by pacjenci leczeni substytucyjnie byli leczeni w innych grupach, wskazane jest nawet, aby w innych grupach były osoby, które mają przewlekle przyjmować metadon, a w innych te, u których planuje się stopniowe odstawianie leku (Greenberg i wsp. 2007).

Większe badania przeprowadzili Sorensen i wsp. (2009). Porównywali oni przebieg uzależnienia u pacjentów otrzymujących leki substytucyjne z uczestniczącymi w społeczności terapeutycznej i wykazali, że obie grupy nie różniły się znamienne między sobą w odniesieniu do takich parametrów, jak: retencja w programach, używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych, benzodiazepin, substancji stymulujących i alkoholu. Podobnie obie grupy nie różniły się znamienne pod względem wykonywania iniekcji i ryzykownych zachowań seksualnych.

Autorzy wnioskowali, że otrzymane wyniki wykazują, iż można pacjentów leczonych substytucyjnie umieszczać w programach opartych na zasadach społeczności terapeutycznej. Wadą pracy jest brak porównania z grupą pacjentów leczonych wyłącznie substytucyjnie, co pozwoliłoby odpowiedzieć na pytanie, czy zintegrowane leczenie jest lepsze niż tylko farmakoterapia.

W Polsce po raz pierwszy problem zbyt małego wykorzystania bazy rehabilitacyjnej na potrzeby leczenia substytucyjnego podniosła Bukowska (2009). Problemem tym zajął się ośrodek w Kazuniu, gdzie podjęto próbę poprawy współpracy pacjentami oraz zmniejszenia odsetka osób niekończących programów rehabilitacyjnych poprzez umożliwienie części z nich dostępu do leczenia substytucyjnego, przynajmniej na czas rehabilitacji. Wyniki tego eksperymentu zostaną opublikowane w najbliższym czasie.

WNIOSKI

1. Łączone oddziaływanie na osoby leczone substytucyjnie, zarówno farmakologiczne, jak i z użyciem zasad społeczności terapeutycznej, jest rzadkie, a rzadkość tego zjawiska jest nieuzasadniona merytorycznie.
2. W krajach zachodnich, głównie w USA, rozpoczynają się nieliczne próby włączenia leczenia substytucyjnego do ośrodków, w których terapia oparta jest głównie na zasadach społeczności terapeutycznej.
3. Wskazane jest naukowe zweryfikowanie hipotezy, że dodanie leczenia substytucyjnego osobom podejmującym leczenie w stacjonarnym ośrodku rehabilitacyjnym zwiększa odsetek kończących program i poprawia inne parametry przebiegu uzależnienia.

Praca wykonana w ramach programu statutowego IPiN: 501-284-12025

PIŚMIENNICTWO

1. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochran Library* 2011. <http://summaries.cochrane.org/CD004147/combined-psychosocial-and-agonist-maintenance-interventions-for-treatment-of-opioid-dependence>.
2. Bonetta L. Study supports methadone maintenance in therapeutic communities. *NIDA Notes* 2010, 23: No 3.
3. Bukowska B. Integracja leczenia substytucyjnego i modelu społeczności terapeutycznych – nowe wyzwania i szanse. *Biul Inform Narkomania* 2009, nr3/47: 8–12.
4. Chen TC, Masson CI, Sorensen JI, Greenberg B. Residential treatment modifications: Adjunctive services to accommodate clients on methadone. *Am J Drug Alcohol Dependence* 2009, 35: 91–94.
5. Chmielewska K, Baran H, Dąbrowski S, Habrat B. Kontynuowanie terapii w programie substytucyjnego leczenia metadonem przez pacjentów uzależnionych od opiatów i niektóre czynniki wpływające na długość tego leczenia. *Alkoholizm i Narkomania* 1998, nr 3 (32), 309–319.
6. De Leon G. Społeczność Terapeutyczna. Teoria, Model, Metoda. KBPN, Warszawa 2003
7. De Leon G, Staines GL, Perlis TE, Sacks S, McKendrick K, Hilton R, Brady R. Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages): an open trial. *Drug Alcohol Dependence* 1995, 37: 45–57.
8. EMCDDA. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA, Lisbon 2000.
9. Fischer G. Therapie mit Opioiden. *Facultas Vrlg, Wien* 2002.
10. Greenberg B, Hall DH, Sorensen JL. Methadone maintenance therapy in residential therapeutic community settings: challenges and promise. *J Psychoactive Drugs* 2007, 39: 203–210.
11. Habrat B, Chmielewska K, Baran-Furga H. Stan zdrowia osób uzależnionych od opiatów przed i po roku leczenia w programie metadonowym. *Przegl Lek* 2001, 58: 245–249.
12. Habrat B, Chmielewska K, Baran-Furga H, Kęszycka B, Taracha E: Subiektywna ocena jakości życia (QoL) przez pacjentów uzależnionych od opiatów przed przyjęciem, po 6 miesiącach i po roku uczestniczenia w programie metadonowym. *Przegl Lek* 2002, 59: 351–256.
13. Hattema JE, Sorensen JL: Access to care for methadone maintenance patients in the United States. *Int J Mental Health Addiction* 2009, 7: 468–474.
14. Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, Chiamwongpaet S, Dvoryak S, Habrat B, i wsp. Key findings from WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS. *Addiction* 2008, 103: 1484–1492.
15. Mattick RP, Ali R, Lintzeris N. *Pharmacotherapies for the Treatment of Opioid Dependence*. Informa Healthcare, New York London 2009.
16. Mayet S, Farrell M, Ferri M, Amato L, Davoli M. Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004330.pub2/abstract;jsessionid=7A0B401C12208D0F00F2746B9BC7F065.d01t03>.
17. Moskalewicz J, Sierosławski J, Dąbrowska K. Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania* 2006, 19: 327–355.
18. National Consensus Panel on Effective Medical Treatment of Opioid Addiction. *JAMA* 1998, 280: 1936–1943.
19. Roman P. National Treatment Center Study Summary Report: a National Sample of Therapeutic Communities (Report No. 9), www.uga.edu/ntcsreports/TC%20W4%20Summary%20report.pdf.
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. *Dziennik Ustaw* z 2006 r. Nr 143 poz. 1033
21. Simpson DD, Curry SJ: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997, 11: 211–337.
22. Sorensen JL, Andrews S, Delucchi KL, Greenberg B, Guldish J, Masson CL, Shopshire M. Methadone patients in the therapeutic community: A test of equivalency. *Drug Alcohol Depend* 2009, 100: 100–106.
23. Tatarsky A (red.). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. KBPN, Warszawa 2007.
24. Tober G, Strang J. *Methadone Matters. Evolving Community Methadone Treatment of Opiate Addiction*. Martin Dunitz 2003.

25. Wechsberg WM, Kasten JJ, Berkman ND, Roussel AE. Methadone Maintenance Treatment in the US. Springer Publ. Comp. New York 2007.
26. WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the managements of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS 2003.
27. Zweben JE, Aly T, Martin J, Wengrofsky S, Bacci J, Meddaugh R. Making residential treatment available to methadone clients. J Subst Abuse Treatment 1999, 17: 249–256.

Adres do korespondencji:
Bogusław Habrat
Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień,
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
habratb@ipin.edu.pl
