

Uzależnienie od narkotyków

PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW

Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

Uzależnienie od narkotyków

PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW

Uzależnienie od narkotyków

PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW

Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

Redaktorzy prowadzący i redakcja merytoryczna:
Piotr Jabłoński
Bogusława Bukowska
Jan Czesław Czabała

Redakcja językowa:
Barbara Gawrońska

Opracowanie bibliografii:
Anna Twierdziańska

Tłumaczenie rozdziału 16:
Paweł Nowocien

Prawa autorskie do rozdziału 16:
Copyright 2010 John Wiley & Sons, Inc.
“Reprinted by permission of John Wiley & Sons, Inc.”

Projekt okładki, łamanie komputerowe: Ireneusz Sakowski

Copyright © 2012 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

ISBN 978-83-934334-8-3

Egzemplarz bezpłatny

Wszelkie prawa zastrzeżone. Bez zgody wydawcy żadna część tej pracy nie może być powielana czy rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie, jakiegokolwiek sposób bądź elektroniczny, bądź mechaniczny, włącznie z fotokopiowaniem, nagrywaniem na taśmę lub przy użyciu innych systemów.

Druk: Łódzkie Zakłady Graficzne

Spis treści

Piotr Jabłoński

Wstęp 9

Część I HISTORIA TERAPII UZALEŻNIEŃ

Rozdział 1

Piotr Jabłoński, Katarzyna Puławska-Popielarz

Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce 15

Rozdział 2

Grażyna Świątkiewicz

Uzależnienia od narkotyków – kontekst społeczny 25

Część II PSYCHOPATOLOGIA UZALEŻNIEŃ

Rozdział 3

Bogdan Szukalski

Charakterystyka środków psychoaktywnych 35

Rozdział 4

Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska

Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych 51

Rozdział 5

Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska

Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych 73

Rozdział 6

Elżbieta Hornowska

Specyfika narzędzi w diagnozowaniu uzależnień 87

Część III TEORIE WYJAŚNIAJĄCE UZALEŻNIENIE OD NARKOTYKÓW

Rozdział 7

Marcin Wojnar, Kirk J. Brower

Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia 105

Rozdział 8

Bogusława Bukowska

Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli 127

Część IV METODY I FORMY LECZENIA I REHABILITACJI
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Rozdział 9

Adam Bisaga, Marcin Wojnar

Farmakologiczne leczenie uzależnień 145

Rozdział 10

Jan Czesław Czabała

Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień 171

Rozdział 11

Jolanta Koczurowska

Spółeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień 183

Rozdział 12

Elżbieta Rachowska

Model Minnesota 199

Rozdział 13

Jolanta Koczurowska

Dialog motywujący 207

Rozdział 14

Elżbieta Rachowska

Zapobieganie nawrotom w uzależnieniu 217

Rozdział 15

Sylwia Kluczyńska

Interwencja kryzysowa 229

Rozdział 16

Andrew Tatarsky, Scott Kellogg

Psychoterapia Integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód.
Studium przypadku używania substancji psychoaktywnych,
wielokrotnej traumy i skłonności samobójczych 239

Rozdział 17

Kasia Sempruch-Malinowska, Marek Zygańdo

Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem
środków psychoaktywnych 253

Rozdział 18

Elżbieta Rachowska

Spółeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków 265

Rozdział 19

Katarzyna Dąbrowska

Wykorzystanie metody *case management* w pracy z osobami uzależnionymi 271

Część V GRUPY SPECYFICZNE A TERAPIA OSÓB
UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Rozdział 20

Jolanta Koczurowska

Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym 283

Rozdział 21

Marcin Wojnar, Adam Bisaga

Leczenie osób z podwójną diagnozą 299

Rozdział 22

Tomasz Głowik

Specyfika terapii w izolacji więziennej 313

Rozdział 23

Grażyna Cholewińska

Leczenie osób uzależnionych, przewlekle chorych 331

Rozdział 24

Bogusława Bukowska

System opieki i terapia kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych – przegląd badań i wskazania dla praktyki klinicznej 341

Rozdział 25

Piotr Jabłoński

Używanie wielu substancji psychoaktywnych – opis zjawiska i terapia 355

Rozdział 26

Zbigniew Izdebski

Zdrowie seksualne osób używających substancji psychoaktywnych 371

Część VI PRAWNE I ETYCZNE ASPEKTY PRACY Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI

Rozdział 27

Krzysztof Krajewski

Przepisy prawne a terapia 389

Rozdział 28

Katarzyna Sawicka

Moralne powinności terapeuty uzależnień 401

Wstęp

Piotr Jabłoński

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Według jednego z ostatnich raportów Narodów Zjednoczonych międzynarodowy biznes narkotykowy osiągnął obroty rzędu 400 miliardów dolarów rocznie. Jest to wartość około 8% całości światowych obrotów handlowych. „Główne substancje będące przedmiotem tego nielegalnego handlu ludzkość zna od tysięcy lat i wykorzystuje do leczenia bólu fizycznego i psychicznego, jak również szeroko pojętego poprawiania nastroju” (Davenport-Hines, 2006).

Współczesna wiedza o problematyce narkotyków i narkomanii nakazuje widzenie w nich zagrożenia o charakterze globalnym, które jednakże manifestuje się głównie na poziomie krajowym i lokalnym (Pompidou Group, 2003) i właśnie w strukturach krajowych i regionalnych upatruje się coraz powszechniej skutecznych form reakcji na problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W opiniach wielu praktyków i naukowców zajmujących się narkotykami i narkomanią, jedną z kluczowych, z punktu widzenia interesu publicznego, odpowiedzią na problemy związane z narkotykami jest zagwarantowanie osobom używającym substancji psychoaktywnych dostępu do różnorodnych form oddziaływań terapeutycznych. Leczenie i rehabilitacja uzależnień obejmuje szerokie i interdyscyplinarne spektrum zagadnień natury biologiczno-medycznej, psychologicznej i społecznej. Aby leczenie mogło być postrzegane jako efektywna i skuteczna składowa ogólnej polityki ograniczania popytu (*demand reduction*) na substancje psychoaktywne, spełnione powinny być co najmniej dwa warunki:

- leczenie musi ograniczać używanie narkotyków oraz
- duże grupy osób uzależnionych muszą mieć dostęp do instytucji leczniczych i pomocowych.

W sytuacji, gdy leczenie spełnia oba te warunki, wywiera znaczący wpływ na nielegalny rynek narkotykowy (UNODC, 2000).

Leczenie uzależnienia zostało zdefiniowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization) jako proces, który rozpoczyna się w momencie, gdy użytkownik substancji psychoaktywnej wchodzi w kontakt z osobą lub instytucją dostarczającą usług zdrowotnych i który może być kontynuowany poprzez udział w specyficznych formach interwencji i procedur, aż do uzyskania stanu najwyższego, możliwego do osiągnięcia, poziomu zdrowia i poprawy samopoczucia. Leczenie i rehabilitacja są postrzegane jako kompleksowe podejście do zagadnienia terapii, polegające na identyfikacji problemu, dostarczeniu wsparcia, na zapewnieniu dostępu do opieki zdrowotnej oraz możliwości integracji społecznej osobie doświadczającej problemów, spowodowanych przez używanie jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej (WHO, 1996).

Oficjalnie deklarowaną i praktykowaną, od momentu uchwalenia ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1985 roku, podstawą polskich oddziaływań antynarko-

tykowych pozostaje podejście zorientowane na zdrowie publiczne, choć od końca lat 90. XX wieku obserwowaliśmy tendencję do wzrostu znaczenia modelu działań z obszaru redukcji podaży narkotyków (*supply reduction*). Istotną nową kategorią w tej dziedzinie, która będzie oddziaływać również na system pomocy dla osób używających narkotyków i uzależnionych w Polsce, stała się ostatnia nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹, której wprowadzeniu przyswiecała myśl o wzmocnieniu zasady prymatu terapii nad karaniem. Jest to rozwiązanie wprowadzające elementy oportunistycznego prawa do polskiego prawa narkotykowego i w efekcie pozwalające na fakultatywną, pozostającą w gestii prokuratora lub sędziego, dekryminalizację posiadania nieznacznych ilości narkotyków.

Jednym z decydujących czynników kształtowania systemu terapii są postawy społeczne wobec zjawiska uzależnień. Jak pokazały badania populacji generalnej w Polsce z lat 2002 i 2006, obejmujące m.in. postawy wobec narkomanów i narkomanii (Sierosławski, 2002; 2007), osoby uzależnione w dalszym ciągu w percepcji społecznej nie są postrzegane głównie jako przestępcy, ale jako osoby chore, wymagające opieki i leczenia, często jednak w warunkach izolacji. Pomimo swoich ograniczeń, podejście takie tworzy pozytywny klimat społeczny dla rozwoju terapii uzależnień jako alternatywy dla szukania rozwiązań problemów uzależnień poprzez egzekucję prawa.

Obecny system specjalistycznej opieki w Polsce, adresowany do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, wkomponowany został w system opieki zdrowotnej i stanowi część modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Podobnie do zasad obowiązujących w całej psychiatrii, leczenie dla osób uzależnionych jest w Polsce bezpłatne, nie ma rejonizacji usług i konieczności posiadania skierowania w celu podjęcia leczenia. Leczenie realizowane jest w strukturach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których działalność od 1999 roku finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia (prawny następca kas chorych), a także urzędy gmin lub urzędy marszałkowskie. System leczenia i terapii uzależnień tworzą przede wszystkim specjalistyczne placówki ambulatoryjne i stacjonarne oraz stosunkowo nieliczne jeszcze w naszym kraju, choć bardzo pożądane, formy opieki pośredniej, takie jak oddziały dzienne, placówki hostelowe i programy post-rehabilitacyjne.

W dokonanej w 2005 roku ocenie systemu leczenia i rehabilitacji uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol stwierdzono, że celem dominującym terapii jest abstynencja (na drugim miejscu znalazła się poprawa jakości życia), a „struktura sieci placówek nie jest optymalna z perspektywy dostępności oferowanych świadczeń i absorpcji środków finansowych” (Moskalewicz, 2006).

Od pewnego czasu można zaobserwować, że w związku ze zmianami w kompozycji krajowej sceny narkotykowej i w potrzebach zdrowotnych populacji osób uzależnionych, organizacja systemu leczenia uzależnień w Polsce zaczyna ulegać transformacji i widoczne staje się poszukiwanie nowych wzorców koncepcyjnych i organizacyjnych. Istotnym wskaźnikiem i motorem zmian, wyzwającym potrzebę adaptacji do nowych warunków, są dane epidemiologiczne. Pomimo obserwowanego spadkowego trendu sięgania po narkotyki, głównie przez młodzież, oszacowania

1 z dnia 15.04.11 r., Dz. U. 2011 nr 105 poz. 614

bazujące na danych z 2005 roku wskazywały na wzrost liczby osób uzależnionych w Polsce. Oceniono, że liczebność tej populacji można było oszacować w przedziale od 100.000 do 130.000 osób, wśród których ok. 25.000–27.000 to osoby uzależnione od opioidów (Sierosławski, 2007). Najnowsze szacunki, będące obecnie w fazie analizy i biorące pod uwagę dane z roku 2009, sugerują stabilizację lub też spadek liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce do poziomu około 56.000–95.000 osób.

Zgodnie z badaniami nad charakterystyką rozpowszechnienia problematyki narkotyków, obecny system leczenia uzależnień staje przed nowymi wyzwaniami, takimi jak wzrost używania substancji innych niż dominujące do niedawna opioidy (konopie indyjskie, amfetamina i inne syntetyczne psychostymulanty, leki przyjmowane bez potrzeb terapeutycznych czy tzw. „dopalacze”) oraz wzrost przyjęć do leczenia osób z rozpoznaniem używania wielu substancji psychoaktywnych, w którym to wzorze powszechnie obecne jest używanie alkoholu połączone z konopiami indyjskimi i tabletkami (CBOS, 2011). Jednocześnie obserwuje się znaczne zróżnicowania terytorialne w obrazie używania substancji, co powinno znajdować odzwierciedlenie w różnorodności dostępnej oferty leczniczej i w strukturze organizacyjnej leczenia uzależnień.

Prezentowana przez lata, bazująca na modelu społeczności terapeutycznej, spójność działania i filozofia pracy osób zaangażowanych w leczenie i rehabilitację uzależnień, ulega zmianom. Dominujące przez ostatnie lata formy terapii, oparte na oddziaływaniach psychospołecznych oraz podejście skoncentrowane na abstynencji od używania substancji psychoaktywnych, konfrontowane są z koncepcjami bazującymi na modelach ograniczania szkód, dla których uzyskanie abstynencji nie jest już *conditio sine qua non* sukcesu terapeutycznego, oraz ze wzrostem znaczenia farmakoterapii i biomedycznych aspektów uzależnień.

Coraz powszechniej uznawanym standardem wydaje się być integracja modeli abstynencyjnego i redukcji szkód, a także współpraca leczenia odwykowego (alkoholowego) z terapią i rehabilitacją uzależnienia od substancji odurzających i środków psychotropowych (narkotyków).

Programy redukcji szkód i leczenia substytucyjnego, pomimo stosunkowo długiej obecności w polskiej praktyce leczniczej, ciągle nie są kompleksowo wbudowane w ogólny system oddziaływań pomocowych. Niezaprzeczalną wartością łączenia podejścia zorientowanego na abstynencję i koncepcji redukcji szkód jest możliwość oferowania osobom uzależnionym form pomocowych, dostosowanych do różnych etapów rozwoju uzależnienia i do postępów procesu zdrowienia.

W tle terapii uzależnień od substancji chemicznych pozostaje również problematyka powiązań z tzw. uzależnieniami behawioralnymi, np. z uzależnieniem od internetu, hazardu, zakupów, seksu, gier komputerowych. Obecnie stajemy również wobec konieczności zapewnienia dostępu do leczenia grupom pacjentów ze specyficznymi potrzebami, takim jak osoby młodociane i dorośli z orzeczonymi różnego typu formami przymusu leczenia, kobiety uzależnione, osoby uzależnione przewlekłe chore somatycznie, czy pacjenci z współwystępującymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Dla systemu opieki nad pacjentami uzależnionymi aktualnym wyzwaniem staje się nie tyle problem rozwoju ilościowego, poza kwestią dostępności terapii substy-

tuczynnej, ile jakościowego, w tym rozwój standaryzacji usług, akredytacji placówek, rozwój infrastruktury oraz zagadnienie podstawowe dla funkcjonowania struktur lecznictwa i pomocy osobom uzależnionym, jakim jest szkolenie kadr.

Znajdujące oparcie w przepisach prawa, kształcenie instruktorów i specjalistów terapii uzależnień zostało formalnie zapoczątkowane w 2001 roku poprzez zatwierdzenie przez ministra zdrowia zasad szkolenia.

W toku ewaluacji funkcjonowania systemu szkoleń w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnień wielokrotnie podnoszony był problem braku – zarówno dla osób szkolących się, jak i dla organizatorów szkoleń – kompleksowego i wiodącego opracowania merytorycznych standardów kształcenia. W zamierzeniach autorów prezentowana publikacja jest próbą wypracowania takiego kanonu szkolenia. Próbujemy tu łączyć zagadnienia teoretyczne z praktycznymi i przedstawiać je w formule skoncentrowanej na potrzebach odbiorców leczenia. Prezentujemy przegląd zagadnień związanych ze współczesną i udokumentowaną naukowo wiedzą, ale także z dobrą praktyką leczniczą, wymaganą od specjalistów terapii i rehabilitacji uzależnień od substancji psychoaktywnych. Ten podręcznik może być podstawą do tworzenia i doskonalenia indywidualnego warsztatu oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych każdego terapeuty uzależnień. Stanowi również pośrednio próbę podsumowania dotychczasowych doświadczeń, obejmujących mocne i słabe strony terapii i rehabilitacji uzależnień w naszym kraju, próbę wskazania dróg rozwoju metod pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi – w wymiarze indywidualnych praktyk i w kontekście ogólnego rozwoju systemu leczenia uzależnień.

BIBLIOGRAFIA

- CBOS.** (2011). *Młodziż 2010. Opinie i diagnozy*, 19. Warszawa: CBOS.
- Davenport-Hines, R.** (2006). *Odurzeni. Historia narkotyków 1500–2000*. Warszawa: W.A.B.
- Moskalewicz, J., Sierosławski, J. i Dąbrowska, K.** (2006). Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 4.
- Pompidou Group.** (2003) *Public health policy in evidence-based management of drug addiction*. Technical file for Ministerial Conference.
- Sierosławski, J.** (2002). *Substancje psychoaktywne postawy i zachowania – raport z ogólnopolskich badań ankietowych z 2002 r.* Warszawa: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Strona internetowa: <http://www.narkomania.gov.pl/population2002.zip>
- Sierosławski, J.** (2007). Używanie narkotyków w Polsce. Wyniki badań ankietowych w populacji generalnej. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 2 (37), 44-48.
- UNODC – United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.** (2000) *World Drug Report 2000*.
- WHO – World Health Organization.** (1996). *Costs and effects of treatment for psychoactive substance use disorders: A framework for evaluation*.

Część I

HISTORIA TERAPII UZALEŻNIEŃ

Rozdział 1

Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce

Piotr Jabłoński

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Katarzyna Puławska-Popielarz

Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności

Używanie substancji psychoaktywnych jest zjawiskiem od dawna widocznym w rozwoju polskiego społeczeństwa. W kulturze europejskiej przez wieki tolerancja dla konsumpcji alkoholu była i pozostaje nadal bardzo wysoka. Polska nie stanowi w tym względzie wyjątku. Również używanie tytoniu, najpopularniejszej w naszym kręgu kulturowym substancji uzależniającej, ma w Polsce długą historię. Tytoń został po raz pierwszy sprowadzony do naszego kraju z Turcji już w 1590 roku, a w 1643 roku ustanowiono podatek od jego używania. W 1661 roku Sejm polski uznał, że nie jest on szkodliwy dla zdrowia (Markiewicz, 1996).

W polskiej tradycji ludowej powszechne było świadome wykorzystywanie do celów ziołoleczniczych miejscowych roślin o właściwościach trujących czy psychoaktywnych, takich jak blekot, bielun, dziędzierzawa, lulek czarny czy pokrzyk wilcza jagoda. Jednakże do czasu odzyskania niepodległości trudno znaleźć w polskim piśmiennictwie naukowym informacje ściśle związane z używaniem środków odurzających. Przed II wojną światową narkomania nie stanowiła większego problemu społecznego. Pierwsi narkomani pojawili się w lecznictwie psychiatrycznym w 1921 roku. Według danych dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Tworzech k/Warszawy, w 1928 roku w całym kraju hospitalizowanych było 85 narkomanów, a pięć lat później ich liczba wzrosła do 295. Przedwojenni narkomani przyjmowali przede wszystkim klasyczne narkotyki – morfinę, heroinę i kokainę (Bielewicz, 1988).

Narkomania w Polsce w latach międzywojennych w większości przypadków wynikała z gwałtownie zmieniających się reguł życia, destabilizacji materialnej (inflacja i bezrobocie), zamętu ideologicznego, przemieszczania i reemigracji ludności wewnątrz scalanego po zaborach państwa, zmiany obyczajów, w tym „socjopatyzacji” występującej w niektórych środowiskach artystyczno-literackich.

Rząd Polski nastawiony głównie na stworzenie państwa i utrzymanie jego integralności, a następnie zmagający się z trudnościami społecznymi i ekonomicznymi, podjął jednak walkę z problemem narkomanii. Najpierw przez ratyfikację konwencji międzynarodowych (zmierzających m.in. do nadzoru nad obrotem środkami odurzającymi i zobowiązujących państwa do walki z narkomanią, np. Konwencja Haska z 1912 roku), a potem na ich bazie przez wprowadzanie własnych rozwiązań prawnych, np. ustawy sejmowej z czerwca 1923 roku, która objęła swoim zakresem wszystkie problemy związane z narkomanią (Lewicki, 1987).

Narkomania w latach 1918–1939 miała charakter odmienny w różnych regionach Polski i w różnych grupach społecznych. Morfinizm nie wytwarzał subkultury narkomańskiej, związany był głównie z modelem medycznym uzależnienia. W grupie ludzi dobrze sytuowanych, przyjmujących narkotyki dobrowolnie w poszukiwaniu nowych, nieznanych wrażeń, dominowali kokainiści i amatorzy opium. Wśród gospodyń domowych rozpowszechniony był zwyczaj nadużywania proszków od bólu głowy. Osobnym zagadnieniem była eteromania. Używanie eteru rozpowszechniło się głównie na Górnym Śląsku, w okolicach Częstochowy i na Podkarpaciu. W pewnych miejscowościach specyfik ten konsumowało trzy czwarte mieszkańców (Bielewicz, 1988). W niektórych wielkich miastach rozwinął się rynek narkotyków, powstały problemy nielegalnego obrotu, karano nieuczciwych aptekarzy i lekarzy; alarmujące społecznie stały się nagłaśniane w prasie samobójstwa wśród narkomanów.

Od 1919 roku nadzór nad dystrybucją środków odurzających i kontrolę aptek powierzono Departamentowi Służby Zdrowia MSW, a w 1921 roku powołano Instytut Spraw Społecznych, który – jako placówka ministra opieki społecznej – zajął się opracowaniem krajowego programu zwalczania narkomanii oraz planem stworzenia systemu lecznictwa. Znaczącą rolę w zwalczaniu narkomanii odegrały stowarzyszenia opiekuńcze, społeczne i samorządowe oraz fundacje. Ogniwem scalającym wysiłki państwa, samorządu i stowarzyszeń opiekuńczych stał się Polski Komitet ds. Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii. Tym wszystkim działaniom należy przypisać wprowadzenie obowiązku leczenia narkomanów przebywających w więzieniach i zapoczątkowanie tworzenia pierwszego etapu szpitalnego leczenia narkomanii. Chociaż stanowiło ono margines lecznictwa psychiatrycznego i zasadniczo było mało skuteczne, to wyraźnie zaczął poprawiać się los pozostawianych dotąd samym sobie narkomanów i zmienił się lekarski punkt widzenia na zdeformowaną przez narkotyki osobowość narkomana (Lewicki, 1987).

Po II wojnie światowej zjawisko narkomanii w Polsce występowało wyjątkowo i było na ogół skutkiem tzw. uzależnienia jatrogennego, tj. rozwijającego się w następstwie oddziaływania na organizm środków farmakologicznych, zażywanych w toku leczenia bólu. Od 1960 roku liczba osób przyjmowanych do szpitali z rozpoznaniem „narkomania” zaczęła znacznie wzrastać (1960 rok – 103 osoby, 1965 – 148, 1970 – 336) (Jędrzejko i Bożejewicz, 2007).

Choć w Polsce lat 50. i 60. problem narkotyków oficjalnie nie istniał, to sytuacja uległa zmianie z końcem lat 60., kiedy to narkomania zaczęła rozpowszechniać się wśród młodzieży. Narkomania dostrzegana dotąd jako zjawisko niegroźne społecznie, zaczęła zmieniać swój publiczny wizerunek. Pogłębianiu ulegały procesy medykalizacji i upolitycznienia zjawiska. Jednocześnie w proces interpretacji narkomanii zaczęły się angażować nowe grupy, m.in. nauczyciele, pedagodzy, urzędnicy resortu oświaty, kryminolodzy, prawnicy (Abucewicz, 2006).

W latach 1969–1973 miał miejsce ponad pięciokrotny wzrost liczby pacjentów leczonych z powodu narkomanii w poradniach zdrowia psychicznego i ponad trzykrotny – w szpitalach psychiatrycznych. W tym okresie lekozależność ujawniała się przede wszystkim jako zjawisko kulturowe, jako element kontrkultury młodzieżowej. Podłożem, na którym rozwijała się lekozależność, były młodzieżowe ruchy konte-

stacyjne. Zażywanie środków odurzających podniesione zostało do rangi ideologii, m.in. do kontestacji ówczesnego systemu politycznego. Od strony epidemiologicznej zjawisko to charakteryzowało się względnie dużą liczbą osób biorących, a relatywnie małą – uzależnionych (Siemieński, 1985).

W latach 70. najczęściej stosowane substancje psychoaktywne to leki kradzione z aptek, fabryk i placówek służby zdrowia oraz uzyskane poprzez fałszowanie recept. Były to głównie leki z grupy opiatów (morfina, kodeina, dolantyna), krople Inozemcowa (żołądkowe), psychostymulanty (amfetamina, pemolina, efedryna) i niektóre leki np. z grupy barbituranów. Stosunkowo powszechnie używano także łatwo dostępne różne środki chemiczne, takie jak: tri, benzyna, proszki do prania czy gazy (zapalniczki, gaśnice halonowe).

W Polsce początkowo bagatelizowano narastający wśród młodego pokolenia problem narkomanii, traktując go jako przejściową modę „bananowej” czy „hipisującej” młodzieży, wzorującej się na „pseudokulturze” dekadentckiego Zachodu. Przez długi czas, prawie do początku lat 80., problem ten był spychany na margines zainteresowania społecznego i obłożony przez władze zakazem informacyjnym (zapisem cenzury).

Szacuje się, że w I połowie lat 70. odurzało się w Polsce około 50 tysięcy osób, a w placówkach służby zdrowia rejestrowano około 2–3 tysiące pacjentów rocznie. Ponieważ od końca lat 60. do połowy 70. statystyki notowały wzrost rozmiarów narkomanii, państwo podjęło działania w celu likwidacji tego zjawiska. Pod koniec lat 60. zaostrzono kontrolę dostępności substancji odurzających. Obok ograniczeń podaży, wprowadzono środki zabezpieczające przed fałszowaniem recept. W styczniu 1973 roku zaczęły obowiązywać specjalne blankiety recepturowe z kopią, jako druki ścisłego zarachowania. Podjęto radykalne kroki w zakresie ograniczenia dostępu do leków i innych środków odurzających.

Być może jednym z niepożądanych efektów restrykcji, dotyczących konsumpcji i dostępu do legalnych substancji psychoaktywnych, stało się odkrycie „narkotykowych” właściwości ogólnie dostępnego w Polsce maku. Początkowo do produkcji narkotyku używano mlecza makowego (tzw. „zielonego”); pito „herbatę makową” (*poppy tea*), powszechnie znaną pod nazwami „zupa”, „szambo” czy „makiwara”, a otrzymywaną w procesie warzenia słomy makowej. Od połowy lat 70. ogólnie dostępna i praktykowana stała się technologia uzyskiwania z wywaru słomy makowej mieszaniny opiatów, nazywanej „polską heroiną” lub „kompotem”. Wkrótce opiaty domowej produkcji stały się narkotykiem pierwszego wyboru dla osób uzależnionych w Polsce (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1988). Duża dostępność słomy makowej oraz mało skomplikowana i tania technologia wytwarzania spowodowały nagły wzrost w skali kraju liczby osób uzależnionych od opiatów, przyjmowanych drogą dożylną.

W omawianym okresie wzrostowi zaangażowania instytucji kontroli i egzekwowania prawa nie towarzyszyły przedsięwzięcia z zakresu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Nie podejmowano właściwie żadnych kroków, zmierzających do stworzenia instytucjonalnego programu przeciwdziałania narkomanii i systemu terapii dla narkomanów. Dopiero lata osiemdziesiąte XX wieku zbliżyły nas do poziomu rozwiązań prawnych i organizacyjnych, które funkcjonowały w dwudziestoleciu międzywojennym.

W latach 60. i 70. ubiegłego wieku osoby uzależnione, jeśli w ogóle trafiły do placówek medycznych, były leczone w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Lecznictwo odwykowe dla narkomanów dysponowało zaledwie 90 łózkami na terenie całego kraju, a leczenie i rehabilitacja należały prawie całkowicie do kompetencji lekarzy psychiatrów. Jedną z pierwszych i wiodących placówek dla osób uzależnionych był działający w latach 1971–1976 Oddział Leczenia Toksykomanów przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu pod Wrocławiem. Ordynatorem Oddziału został dr Zbigniew Thielle, współautor pionierskiej w Polsce pracy dotyczącej uzależnienia od substancji psychoaktywnych pt. „Toksykomanie, zagadnienia społeczne i kliniczne”.

W środowisku służby zdrowia leczenie narkomanii uznawane było za bardzo trudne, a wyniki kuracji odwykowych i resocjalizacyjnych w Polsce i na świecie – za mało zachęcające i niebudzące optymizmu (Andrzejewska, 1974). Stąd też istotne dla rozwoju terapii uzależnień stały się – pozytywne w stosunku do osób uzależnionych i nowatorskie na gruncie państwowej służby zdrowia – doświadczenia garwolińskiego Sanatorium dla Dzieci i Młodzieży, działającego wówczas pod kierownictwem dr Ewy Andrzejewskiej. W tej placówce od około 1972 roku zainicjowano przyjmowanie na leczenie pełnoletnich pacjentów uzależnionych od narkotyków. Tutaj też rozpoczęło swoją drogę zawodową wielu praktyków i badaczy terapii uzależnień, na czele z Markiem Kotańskim.

Formy terapii oferowane ówczesnie osobom uzależnionym w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej okazały się być mało skuteczne. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu i od narkotyków w jednym oddziale kończyło się w większości przypadków kompletnym rozkładem pracy tych placówek i zniechęcało do terapii – zarówno świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1988). Świadomość nieadekwatności proponowanych rozwiązań stawała się powszechna w środowisku medycznym i nie zachęcała do podejmowania wysiłków terapeutycznych na rzecz narkomanów. I tak np. w szpitalu w Pruszkowie leczenie narkomanów w oddziałach odwykowych, przystosowanych do leczenia alkoholików, uznano za niecelowe i nieskuteczne (Łęczycka i Steffen-Kusz, 1986).

Rewolucyjną zmianę w podejściu do terapii narkomanii w październiku 1978 roku zapoczątkował Marek Kotański. Źródłem zmiany była nie tylko chęć niesienia pomocy osobom uzależnionym, ale i rozczarowanie zarówno dotychczasowymi metodami pracy terapeutycznej, jak i jej wynikami – „wszyscy żyliśmy iluzją: oni, że wychodzą z nałogu, my, że pomagamy im w tym” (Kotański, 1984). Wraz z częścią pacjentów i kadry z Sanatorium w Garwolinie założył w miejscowości Głosków pierwszy ośrodek rehabilitacyjny¹ (dla około trzydziestu osób), nazwany Monarem i posługujący się metodą społeczności terapeutycznej. Podstawowe zasady tej społeczności były wypadkową doświadczeń amerykańskich i europejskich oraz polskiej specyfiki. Wśród reguł obowiązywało m.in.:

1 Początkowo w ramach struktury Sanatorium, wkrótce uzyskał pełną samodzielność.

- charyzmatyczne przywództwo,
- równość wśród członków społeczności,
- pełna abstynencja,
- ograniczenie dopływu wzorców z zewnątrz,
- budowanie własnych norm (Siczek, 1994).

Istotnym impulsem dla rozwoju leczniczych form detoksykacyjnych i ambulatoryjnych stało się założenie w 1980 roku przez dr Zbigniewa Thielle pierwszego oddziału detoksykacji i leczenia uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym przy ul. Nowowiejskiej w Warszawie. Z jego inicjatywy zorganizowana została również Poradnia Leczenia Uzależnień przy ul. Dzielnej w Warszawie, która odegrała pionierską rolę w organizowaniu różnych form pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych (Karpowicz, 2002).

W systemie opieki nad osobami uzależnionymi zaczęto obserwować postępujące zróżnicowanie oferty terapeutycznej i specjalizację placówek.

Leczenie detoksykacyjne, prowadzone w ramach państwowej służby zdrowia, miało z reguły charakter czysto medyczny i początkowo jego głównym celem było odtrucie (detoksykacja) pacjentów. Już pierwsze doświadczenia wskazały, że samo ustąpienie objawów abstynencyjnych na skutek leczenia farmakologicznego należy traktować jako wstępny krok w kierunku abstynencji (trzeźwości). Pacjenci w oddziałach detoksykacyjnych objęci zostali opieką psychoterapeutyczną, głównie terapią motywującą do podjęcia dalszego leczenia w ośrodkach długoterminowych.

W 1981 roku zarejestrowano pierwszą w Polsce powojennej organizację pozarządową zajmującą się przeciwdziałaniem narkomanii – Młodzieżowe Stowarzyszenie MONAR. Założnikiem Stowarzyszenia był wspomniany tu ośrodek w Głuskowie, a Marek Kotański – twórcą i przywódcą duchowym MONARU. W tym samym roku MONAR podpisał historyczne porozumienie z Ministerstwem Zdrowia dotyczące zasad prowadzenia i finansowania programów profilaktyki i leczenia narkomanii. W latach 1981–1983 MONAR otworzył 11 ośrodków dla osób uzależnionych, w tym z inicjatywy Jolanty Koczurowskiej² pionierski w Polsce dom dla dzieci i młodzieży w Gdańsku Matarnii.

Placówki stacjonarne, ośrodki rehabilitacyjne w zdecydowanej większości zakładane były przez organizacje pozarządowe, które – wzorem Stowarzyszenia MONAR – zaczęły powstawać na terenie całego kraju. W ośrodkach nastawionych na trzeźwość i redukujących do minimum, lub wręcz eliminujących, możliwość wspierania przebiegu terapii środkami farmaceutycznymi (*drug free approach*), dominującą formą oddziaływań stała się metoda społeczności terapeutycznej.

W latach 80. wzrost problemów związanych z narkotykami zaczęto odnotowywać we wszystkich sferach życia społecznego – od edukacji i zdrowia poczynając, przez ekonomię i politykę społeczną, a na szeroko rozumianym egzekwowaniu prawa kończąc. Wraz z osobami skazanymi za przestępstwa narkotykowe do systemu penitencjarnego przeniknęły problemy osób uzależnionych, wymagających opieki i terapii. W reakcji na te potrzeby Dyrekcja Centralnego Zarządu Zakładów Karnych (CZZK) w listopadzie 1986 roku utworzyła dwa oddziały specjalne dla narkomanów

² Jolanta Koczurowska, związana z MONAREM od początku, po tragicznej śmierci Kotańskiego w 2002 r. objęła po nim przewodniczenie w Zarządzie Głównym tego stowarzyszenia.

– w Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec i w Zakładzie Karnym Lubliniec oraz 4 pododdziały specjalne w zakładach karnych Elbląga, Rawicza i Wronek, a także w Areszcie Śledczym w Kielcach. W maju 1988 roku CZZK wydał wytyczne w sprawie działalności przeciwnarkotykowej w podległych sobie placówkach, które usprawniły m.in. działalność terapeutyczną skierowaną do osób uzależnionych od substancji innych niż alkohol, przebywających w aresztach i więzieniach (Wąsik, 1993) w 14 placówkach, w tym jednej specjalizującej się w problematyce kobiet. Stosunkowo nową, a zainicjowaną w Areszcie Śledczym w Krakowie ofertą (Dubiel, 2008), realizowaną przez jednostki służby więziennej, stał się dostęp do terapii substytucyjnej. Dzięki współpracy pomiędzy placówkami wolnościowymi a oddziałami wyżej wymienionej służby, możliwe jest utrzymanie ciągłości opieki nad pacjentami, którzy rozpoczęli terapię substytucyjną przed osadzeniem w jednostkach penitencjarnych.

Szybko rozprzestrzeniające się, wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcji, zakażenie wirusem HIV stało się nowym, dramatycznym zjawiskiem, które zasadniczo zmieniło percepcję społeczną zjawiska, a przede wszystkim kondycję zdrowotną polskich narkomanów i „zmusiło” społeczeństwo do znalezienia nowych dróg reakcji na problem. Pierwszy taki przypadek stwierdzono w 1985 r., a pierwsze zachorowanie na AIDS – w 1986 roku (HIV i AIDS w Polsce, 2008). W kwietniu 1993 roku wśród 2.548 wszystkich zarejestrowanych zakażonych HIV ponad 70% stanowili narkomani. Wobec dużego lęku społecznego oraz braku przygotowania istniejących placówek do przyjmowania pacjentów HIV-dodatnich, Marek Kotański w 1984 roku powołał do życia ośrodek MONAR-u dla osób uzależnionych zakażonych wirusem HIV w Zbicku koło Opola. Szybko okazało się jednak, że stworzona w ten sposób społeczność zdeterminowana faktem zakażenia, była zbyt jednorodna, co niweczyło wysiłki i efekty terapeutyczne. W wyniku tego doświadczenia od 1988 roku we wszystkich ośrodkach MONAR-u i większości innych placówek zaczęto przyjmować osoby uzależnione bez względu na status zdrowotny. Dalsze doświadczenia wskazały na lepsze efekty leczenia uzależnienia u osób z HIV w placówkach o mieszanym składzie – zapobiegało to bowiem stygmatyzacji tych osób. Wraz z rozprzestrzenianiem się zakażeń HIV i zachorowań na AIDS wśród osób uzależnionych powstawały nowe inicjatywy społeczne i państwowe. W 1989 roku z inicjatywy MONAR-u i Marka Kotańskiego rozpoczęło aktywność Stowarzyszenie „Solidarni-Plus” (2011), organizacja prowadząca osady dla osób żyjących z HIV i ich rodzin (w Wandzinie, Darżewie, Lutyńce). W styczniu 1989 r. powstaje historyczna, bo przełamująca strach przed zarzutem ułatwiania używania narkotyków, uchwała MONAR-u dotycząca prewencji HIV poprzez rozdawnictwo igieł, strzykawek i prezerwatyw w skupiskach osób uzależnionych (dworce, noclegownie, tzw. „bajzle” – miejsca handlu narkotykami oraz punkty konsultacyjne i poradnie). W związku z narastającym problemem osób uzależnionych zakażonych HIV, klimatem społecznej nietolerancji i agresji wobec nich, ważną inicjatywę podjęło Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. A mianowicie, pod patronatem Ministerstwa ksiądz Arkadiusz Nowak zorganizował dwa pierwsze ośrodki w Konstancinie i Piastowie (1991 r.) dla osób żyjących z HIV/AIDS, a później trzeci – w Anielinie (1998 r.).

Mimo wprowadzenia różnorodnych działań edukacyjnych i prewencyjnych, w Polsce, tak jak i w innych krajach, szybko stało się jasne, że znaczne grupy osób uzależnionych nie są w stanie zmienić swoich ryzykownych zachowań narkotykowych,

seksualnych i społecznych. Styl ich życia, m.in. bezdomność, prostytutcja, dożyłne przyjmowanie „kompotu” – wszystko to powodowało coraz większą zapadalność na liczne choroby somatyczne (przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby, choroby weneryczne, gruźlicę), do tego dochodziły zakażenia oportunistyczne związane z AIDS. Stan zdrowia tej grupy społecznej zaczął wymagać specjalistycznego, kosztownego i często dozorowanego leczenia.

Próba odpowiedzi na nowe wyzwania stało się, mocno osadzone w koncepcji redukcji szkód, leczenie substytucyjne. Polska, jako lider wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej, wprowadziła programy metadonowe do swojej praktyki klinicznej. Pierwszy program terapii substytucyjnej dla grupy 120 pacjentów został uruchomiony w 1992 roku w Warszawie (Baran-Furga i Chmielewska, 1994). W Instytucie Psychiatrii i Neurologii rozpoczęto pod kierownictwem dr Kariny Chmielewskiej i dr Heleny Baran realizację pilotażowego, eksperymentalnego programu substytucyjnego z użyciem syntetycznego opioidu – metadonu, leku przeznaczonego dla narkomanów uzależnionych od polskiej heroiny – „kompotu”. Metadon jako środek doustny ogranicza ryzyko zakażenia HIV poprzez krew. Okres działania leku wynosi 24 godziny i przyjmowany jest w jednej dawce dobowej. Środek ten nie wywołuje senności ani euforii i pozwala funkcjonować pacjentom w życiu społecznym. Dla zdrowia społecznego stosowanie substytucji, i szerzej – „filozofii” redukcji szkód, oznacza ograniczenie handlu narkotykami i ograniczenie przestępczości, a także zmniejszenie wydatków na leczenie narkomanów. Korzyścią bezsporną jest również ograniczenie nowych zakażeń HIV i epidemii AIDS (Szpanowska-Wohn, 2003).

Narastanie wśród osób uzależnionych zaburzeń psychicznych wywołało konieczność wypracowania jakościowo nowej, podążającej za ich potrzebami, oferty leczniczej. Odpowiedzią na ten problem było utworzenie w 1995 r. w ośrodku „Familia” w Gliwicach programu dla pacjentów z „podwójną diagnozą psychiatryczną”. Twórca programu dr Andrzej Maj-Majewski i jego zespół, wzorzec społeczności terapeutycznej, wzbogacił o doświadczenia lecznictwa psychiatrycznego.

W Polsce, wraz z rozwojem lecznictwa i rehabilitacji uzależnień, powstawały nowe formy organizacyjne, wspierające i utrwalające efekty terapii oraz umożliwiające reintegrację społeczną osób leczących się, takie jak hostele czy mieszkania rehabilitacyjne (*half-way houses*). Znajomości potrzeb pacjentów, którzy coraz częściej odrzucali ofertę terapii długoterminowej, towarzyszyła również próba organizowania placówek lecznictwa pośredniego, np. ośrodków dziennych. W środowisku terapeutów, badaczy i samych pacjentów coraz powszechniej uświadamiano sobie konieczność poprawy jakości terapii ambulatoryjnej i dostępności programów redukcji szkód i leczenia substytucyjnego.

Współczesny polski model terapii uzależnień od substancji nielegalnych zbudowany został w oparciu o dominującą rolę lecznictwa stacjonarnego, charakteryzującego się długoterminowym leczeniem w całodobowych placówkach o charakterze zamkniętym, dla których podstawową formą oddziaływań stała się metoda społeczności terapeutycznej. W Polsce działa ok. 80 ośrodków/oddziałów stacjonarnych, przyjmujących osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, w tym 34 placówki dla osób poniżej 18 roku życia. Od 1999 roku liczba miejsc dla pacjentów zwiększyła się o około 900 łóżek i obecnie w ośrodkach tego typu dostępnych jest ok. 2.500 miejsc. Leczenie i rehabilitacja w tych placówkach bazuje najczęściej na podejściu

zorientowanym na całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych. Dużą rolę w terapii odgrywa mikro-edukacja, nauka oraz praca – jako elementy przygotowania do podjęcia prawidłowych ról społecznych.

Różnorodność i pojemność metod i podejść terapeutycznych oraz dążenie do skracania czasu leczenia są zjawiskami wspólnymi dla wielu form terapii uzależnień.

Leczenie osób z problemem narkotykowym przebiega coraz częściej w formie ambulatoryjnej w poradniach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych i ośrodkach dziennych. Zgodnie z danymi zebranymi przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (2011), na terenie Polski funkcjonuje obecnie ok. 220 placówek ambulatoryjnych udzielających pomocy osobom: 1) eksperymentującym z narkotykami, 2) używającym narkotyków problemowo, 3) uzależnionym oraz 4) bliskim pacjentów (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2011). Celem głównym terapii ambulatoryjnej, podobnie jak w przypadku leczenia stacjonarnego, jest uzyskanie przez pacjenta abstynencji. Często jednak placówki tego typu definiują również inne cele leczenia, takie jak poprawa jakości życia czy ograniczenie używania substancji – jako bardziej realne do osiągnięcia dla większości pacjentów niż pełna abstynencja. W ramach oferty leczniczej podejmowane są działania m.in. z zakresu terapii grupowej i indywidualnej, treningów umiejętności i zapobiegania nawrotom choroby oraz poradnictwa i uczestniczenia w grupach wsparcia. Czas trwania terapii jest zróżnicowany i waha się od 3 do 12 miesięcy. Środki na utrzymanie programów mogą pochodzić z kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, urzędami gmin czy też urzędami marszałkowskimi.

Ofertę post-rehabilitacyjną tworzą natomiast specjalistyczne programy pomocy, kierowane do osób po ukończonym procesie leczenia, a także do osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego. Realizowane są na terenie hosteli i/lub mieszkań readaptacyjnych. Uczestnicy tych programów korzystają ze wsparcia psychologicznego, terapii podtrzymującej (np. w ramach grup zapobiegania nawrotom), nauki usamodzielniania się (np. uczenia się zawodu, uzupełnianie braków w wykształceniu). Celem programów jest reintegracja społeczna rozumiana jako pomoc w powrocie do niepatologicznego funkcjonowania w społeczeństwie.

Do pewnego stopnia oddzielnym zagadnieniem jest terapia zastępcza. Na obecnym etapie rozwoju lecznictwo substytucyjne stało się dostępne dla około 2200 pacjentów, którzy korzystają z pomocy 24 programów, zlokalizowanych w 14 miastach Polski. Leczenie zastępcze dostępne jest obecnie również dla osób przebywających w jednostkach penitencjarnych służby więziennej. Wszystkie programy lecznicze używają metadonu dla potrzeb substytucyjnych, choć istniejące rozwiązania legislacyjne dopuszczają również stosowanie innych leków podtrzymujących (Jabłoński, 2008; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2011).

Dostęp do leczenia substytucyjnego jest utrudniony; w niektórych przypadkach czas oczekiwania na przyjęcie do programu waha się od kilku tygodni do nawet 2 lat. Bariery te mają również charakter terytorialny, gdyż w niektórych regionach Polski brak jest tej formy terapii. Oferowany obecnie poziom świadczeń substytucyjnych jest wysoce niezadowolający, gdyż obejmuje 15% populacji osób kwalifikujących się do tej formy terapii. Zmianę powyższej sytuacji zakładał Krajowy Program

Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów, 2006), przewidując wzrost dostępności terapii podtrzymującej do poziomu 20% populacji osób jej potrzebujących. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 zwiększył ten wskaźnik do 25% pacjentów opiatowych. Oznacza to, że do roku 2016 leczenie substytucyjne powinno być dostępne dla około 4000 osób przy założeniu, że liczba użytkowników opiatów wynosi pomiędzy 10400 a 19800 (niepublikowane dane: IPiN, 2011).

Aktualna organizacja systemu leczenia uzależnień w Polsce staje przed nowymi wyzwaniami przede wszystkim potrzebami zmian natury jakościowej. Źródłem tych nowych potrzeb są zjawiska powiązane ze zmianą sceny narkotykowej i ewolucją charakterystyki zarówno potencjalnych pacjentów, jak i osób z wyboru pozostających poza systemem terapii. Obecna sytuacja nie jest zjawiskiem wyjątkowym. Podejście społeczeństw, polityków i dostawców usług pomocowych do problematyki uzależnień i osób odurzających się zmieniało się na przestrzeni dziesięcioleci, odpowiadając na ewoluujące wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych i towarzyszące im zmiany w postrzeganiu „oczekiwań antynarkotykowych” społeczeństwa i potrzeb osób używających środków psychoaktywnych. Świadomość przebiegu, przyczyn i efektów tych zmian może służyć zarówno pogłębionej analizie aktualnej sytuacji, jak i planowaniu oraz wdrażaniu nowych, zorientowanych przyszłościowo rozwiązań merytorycznych i strukturalnych. Przykładem poszukiwania rozwiązań nowatorskich i jednocześnie korzystnych dla poprawy zdrowia indywidualnego i publicznego jest podjęta przez Ośrodek Terapeutyczny w Kazuniu pod Warszawą, inicjatywa połączenia na gruncie stacjonarnego ośrodka rehabilitacyjnego – terapii substytucyjnej z metodą społeczności terapeutycznej.

BIBLIOGRAFIA

- Abucewicz, M.** (2006). Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część druga: okres powojenny do 1968/1969. *Alkoholizm i Narkomania*, 1(19), 71-85.
- Andrzejewska, E.** (1974). *O narkomanii wśród młodzieży*. Warszawa: PZWL.
- Baran-Furga, H. i Chmielewska, K.** (1994). Terapia Metadonem. *Alkoholizm i Narkomania*, 1(15), 25-45.
- Bielewicz, A.** (1988). Narkomania w 20-leciu międzywojennym. *Alkoholizm i Narkomania*. PTP 1988.
- Dubielski, K.** (2008). Osoby uzależnione od środków odurzających lub psychotropowych w systemie penitencjarnym. W: J. Chrostek Maj i G. Wodowski (red.), *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007* (s. 217-221). Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.
- HIV i AIDS w Polsce.** (2008). Zaczepnięte 21 lutego 2011. Strona internetowa: <http://www.biomedical.pl/zdrowie/hiv-i-aids-w-polsce-291.html>

- Jabłoński, P.** (2008). O rozwoju substytucji w Polsce. Wspomnienia i perspektywy. W: J. Chrostek-Maj, G. W. (red.), *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie 2000 – 2007* (s. 9-17). Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.
- Jędrzejko, M. i Bozejewicz, W.** (2007). *Zjawisko eksperymentowania z narkotykami wśród dzieci i młodzieży na Mazowszu*. Warszawa: Fundacja Pedagogium.
- Karpowicz, P.** (2002). *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?* Białystok: Instytut Wydawniczy Kreator.
- Kotański, M.** (1984). *Ty zaraziłeś ich narkomanią*. Warszawa: PZWL.
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.** (2011). *Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy. VI Edycja*. Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Lewicki, M.** (1987). Zarys historii lecznictwa narkomanów w Polsce w latach międzywojennych 1918-1939. *Zeszyty Problemowe TZN*, 2, 9-16.
- Łęczycka, K. i Steffen-Kusz, T.** (1986). Analiza rozwoju narkomanii na podstawie obserwacji w Oddziale Odwykowym SPZOZ w Pruszkowie. *Zeszyty problemowe narkomanii*, 1.
- Markiewicz, A.** (1996). *Środki odurzające a młodzież*. Warszawa: Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii.
- Siczek, J.** (1994). *Narkonauci: od uzależnienia do dobrego życia*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Siemiński, M.** (1985). *Po tej stronie granicy. Zapis stanu świadomości o polskich narkomanach i narkomanii w Polsce w pierwszej połowie roku 1981*. Warszawa: Wydawnictwa Radia i Telewizji.
- Stowarzyszenie „Solidarni Plus”** (brak daty). Zaczepnięte 15 lutego 2011. Strona internetowa: <http://www.frs.pl>
- Szpanowska-Wohn, A.** (2003). *Sposób żywienia oraz stan odżywienia osób uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie metadonem*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Świątkiewicz, G., Moskalewicz, J. i Sierosławski, J.** (1988). Therapeutic communities as a major response to drug abuse in Poland. W: H. Klingemann i G. Hunt (red.), *Drug Treatment Systems in an International Perspective* (s. 124-132). SAGE Publications.
- Wąsik, J. J.** (1993). Zwalczanie narkomanii u osób pozbawionych wolności. W: *Zwalczanie narkomanii w Polsce i w świecie. VIII Wrocław Sympozjum Kryminologiczne, Wrocław-Karpacz, 1-3 czerwca 1990*. Wrocław (s. 277-285). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r.** (poz. 1033). *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010*.

Rozdział 2

Uzależnienia od narkotyków – kontekst społeczny

Grażyna Świątkiewicz

Instytut Psychiatrii i Neurologii

WPROWADZENIE

Uzależnienie od narkotyków utożsamiane jest z pojęciem narkomanii. Zarówno alkoholizm, jak i narkomania definiowane są jako zjawiska o randze problemów społecznych. Konsekwencją nadania narkomanii statusu problemu społecznego jest jego instytucjonalizacja, a jej elementem stworzenie specjalistycznego leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków. Zawężenie społecznej definicji narkomanii do używania substancji nielegalnych powoduje, że badania społeczne, dotyczące konsekwencji uzależnienia od substancji psychoaktywnych, koncentrują się przede wszystkim na szkodliwym wpływie konsumentów narkotyków – „nosicieli problemu” – na porządek społeczny, a nie na aspektach związanych z wpływem używania substancji na zdrowie publiczne (March, Oviedo-Joekes i Romero, 2006).

W przypadku alkoholu dopiero przekroczenie przyjętych norm częstości i ilości picia sytuuje konsumenta w gronie „nosicieli problemu” alkoholizmu. Z powodu nielegalnego, z punktu widzenia prawa, statusu substancji nazywanych narkotykami, każde ich użycie postrzegane jest jako zachowanie problemowe, nawet jeśli nie towarzyszą mu żadne dodatkowe konsekwencje. Od lat badacze koncentrują swoją uwagę na czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących jednostki przed podejmowaniem zachowań problemowych, które mogą prowadzić do uzależnienia od narkotyków. Oznacza to przyjmowanie milczącego założenia, że to cechy indywidualne leżą u podłoża uzależnienia od narkotyków (O'Brien i McLellan, 1996).

Ostatnio w debacie publicznej coraz częściej pojawia się pogląd, że w większym stopniu, niż osobnicze cechy jednostki, za uzależnienie odpowiedzialne są cechy substancji, która w miarę wydłużania się okresu jej zażywania powoduje, że użytkownik stopniowo traci kontrolę nad częstością i ilością wypijanego alkoholu czy połykanych tabletek nasennych.

Społeczna historia substancji psychoaktywnych potwierdza, że „współczesne koncepcje problemów opierają się na normatywnej kategoryzacji. Klasyfikacja między tym, co dozwolone lub zakazane czy legalne lub nielegalne jest przedmiotem społecznego i politycznego wyboru” (Hakkarainen, Laursen i Tigerstedt, 1996). Umieszczenie substancji na liście tych niedozwolonych, automatycznie lokuje jej konsumentów w kategorii łamiących prawo dewiantów.

SPOŁECZNE KONSEKWENCJE UŻYWANIA NARKOTYKÓW

Zazwyczaj przy omawianiu społecznych konsekwencji używania narkotyków, przywoływane są statystyki ilustrujące rozmiary szkód i problemów, jakich przysparzają społeczeństwu „nosiciele problemu”: osoby uzależnione, dilerzy czy nielegalni pro-

ducenci. Obecnie we wszystkich krajach europejskich istnieją rozbudowane systemy monitorowania dynamiki zmian wskaźników rozpowszechnienia problemu narkomanii. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA¹) pełni funkcję instytucji koordynującej te działania, regularnie publikuje raporty pozwalające na bieżąco je śledzić i dyskutować. Centra informacji o narkotykach zostały powołane we wszystkich europejskich krajach, również w Polsce. Dane dotyczące społecznych konsekwencji narkomanii są często udostępniane opinii publicznej, a w debacie publicznej stanowią istotny argument dla potrzeby podejmowania działań zmierzających do ograniczenia tego problemu.

Systematyczne gromadzenia wiedzy na temat społecznych konsekwencji uzależnień stało się możliwe dopiero wtedy, gdy zjawisko to uzyskało rangę ważnego problemu społecznego. W Polsce miało to miejsce na początku lat osiemdziesiątych poprzedniego stulecia. Uczestnikom ówczesnej debaty publicznej udało się przekonać społeczeństwo i co ważne – kręgi decydentów stanowiących prawo, że jest to zjawisko groźne, wymagające wypracowania specyficznej strategii działania i społecznej kontroli. Wtedy nastąpiła instytucjonalizacja problemu narkomanii. Jedną z istotnych konsekwencji tego procesu było powołanie do życia specjalistycznego lecznictwa uzależnień. Jest ono w jakimś sensie społeczną konsekwencją wzrostu rozpowszechnienia zjawiska i uznania go za poważny problem na poziomie kraju. Funkcjonowanie lecznictwa wymaga niemałych nakładów finansowych z kieszeni podatników. Jednocześnie jest to instytucja kontroli społecznej nad osobami uzależnionymi, a statystyki pacjentów korzystających z jej usług służą do mierzenia poziomu rozpowszechnienia narkomanii.

W ostatnich latach coraz więcej jest publikacji, w których przyjmowana jest, odmienna od tradycyjnej, perspektywa patrzenia na społeczne konsekwencje narkomanii. Autorzy zastanawiają się, jakie skutki ponoszą społeczeństwa w związku z przyjęciem takiej, a nie innej strategii przeciwdziałania. Czyli mówiąc po prostu: jakie są skutki zarówno pozytywne, jak i negatywne tak zwanej „polityki narkotykowej”. Dobrą ilustracją nowego spojrzenia na kwestię społecznych konsekwencji narkomanii jest wydana w Polsce w 2005 roku książka „Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa a prawa człowieka” (Malinowska-Sempruch, 2005) czy opublikowana cztery lata później „Polityka narkotykowa. Przewodnik krytyki politycznej” (Wydawnictwo Krytyki Politycznej, 2009).

W debacie nad negatywnymi, społecznymi konsekwencjami strategii antynarkotykowych dominują rozważania dotyczące karania za posiadanie, niedostatecznego rozwoju terapii substytucyjnych czy kwestii związanych z działaniami profilaktycznymi kierowanymi do młodzieży. Relatywnie mało dyskutuje się na temat konsekwencji, jakie wynikają z dominującej w danym czasie i miejscu ideologii terapeutycznej i modelu lecznictwa.

Główną społeczną konsekwencją funkcjonowania specjalistycznego lecznictwa uzależnień powinno być przywracanie do uczestniczenia w życiu społecznym jednostek, które z powodu uzależnienia od narkotyków albo utraciły albo znacznie zmniejszyły swoją zdolność do wykonywania przypisanych im ról społecznych. Wydaje się,

1 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

że panuje powszechna zgoda, że tego oczekiwania społecznego nie udaje się lecznictwu uzależnień spełniać w zadowalającym stopniu.

ROLA LECZNICTWA W PROCESIE NAZNACZANIA OSÓB UZALEŻNIONYCH

Dominujące w lecznictwie ideologie i modele terapeutyczne mają istotny wpływ na kształtowanie się społecznej definicji osoby uzależnionej od narkotyków. To terapeuci mówią kim są ich klienci, jak groźne jest uzależnienie oraz formułują sądy na temat prawdopodobieństwa całkowitego powrotu do społeczeństwa osoby uzależnionej.

Warto pokrótce przypomnieć, jak pod wpływem zmian modelu lecznictwa alkoholowego zmieniał się społeczny stereotyp alkoholika. W latach 50. i 60. przeważał w Polsce stereotyp alkoholika prawie identyczny jak stereotyp kryminalisty czy pasożyta społecznego. Był to człowiek z marginesu społecznego, agresywny, utrudniający funkcjonowanie pozostałym normalnym członkom społeczeństwa. W tamtym czasie lecznictwo odwykowe, nastawione na tak zwanych „pacjentów przymusowych”, próbowało ich nie tyle leczyć, co resocjalizować. Długotrwały pobyt w ośrodkach izolował alkoholików od społeczeństwa i pozwalał odetchnąć żonom, rodzinom, kolegom od dramatycznych konsekwencji codziennego obcowania z nimi (Żmudzki i Morawski, 1983). Lecznictwo odwykowe, którego model został narzucony przez tak uproszczoną definicję alkoholizmu, od momentu swego powstania stereotyp ten wzmacniało. Ówczesne lecznictwo – poza rygiem zamkniętych ośrodków, antioleem i terapią pracą – nie dysponowało ofertą zachęcającą do dobrowolnego podjęcia leczenia. Dobrowolne zgłoszenie się po pomoc byłoby jednoznaczne z przyznaniem się alkoholika przed samym sobą do „stoczenia się” na margines społeczny. Wyniki badań prowadzonych na leczonych populacjach alkoholików potwierdzały, że problem jest ulokowany wśród grup o najniższym statusie społecznym (Bielewicz i Sikorska, 1984).

Próbę zmiany powyższego stereotypu podjęło środowisko terapeutów odwykowych, sfrustrowanych brakiem efektów swojej pracy. Praca z klientami z najniższych warstw społecznych obniżała prestiż zawodowy, zatrudnionych w alkoholowym lecznictwie odwykowym, lekarzy i psychologów. W latach 70. miała miejsce tak zwana „rewolucja psychiatryczna”. Idee, zyskującej licznych zwolenników, psychiatrii humanistycznej, która głównych źródeł problemów psychicznych upatrywała w węziej lub szerzej definiowanym środowisku, trafiły także do lecznictwa odwykowego. Środowisko to próbowało poszerzyć ofertę terapeutyczną o psychoterapię indywidualną, grupową i rodzinną oraz inne atrakcyjne formy. Klienci tych, eksperymentalnych w owym czasie, placówek różnili się od osób zazwyczaj rejestrowanych w lecznictwie. Wyższa była w nich proporcja kobiet, osób z wyższym wykształceniem, o wysokim statusie społecznym, funkcjonujących w rodzinie, w ogólnie lepszej kondycji psychospołecznej (Bielewicz i Sikorska, 1984; Świątkiewicz, 1992).

Proces zmiany stereotypu alkoholika, przez lata wspierany przez zmiany, jakie następowały w lecznictwie odwykowym, wzmocnił moralnie osoby uzależnione od alkoholu. Udało im się wyegzekwować od państwa dotacje i prawo do powołania Federacji Klubów Pacjenta, która za jeden z celów stawiała sobie krzewienie trzeźwości,

ale też pokazywanie, że uzależnienie od alkoholu zdarza się we wszystkich grupach i kręgach społecznych (Świątkiewicz, 1992; Świątkiewicz i Woronowicz, 1995).

NIECHCIANE NEGATYWNE KONSEKWENCJE LECZENIA UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Model medyczny

Mimo że od lat dwudziestych poprzedniego stulecia na forum międzynarodowym przyjęto szereg dokumentów i aktów dotyczących narkomanii, to do lat sześćdziesiątych – kiedy to w wielu krajach narkotyki stały się elementem buntu młodzieży kontestującej ład społeczny – poradnie i szpitale psychiatryczne były jedynymi placówkami, gdzie leczono osoby uzależnione (Kooyman, 1984). Dominował model medyczny, którego zasadniczym elementem było ordynowanie osobom uzależnionym od narkotyków innych substancji psychoaktywnych.

W połowie lat 60. wśród najpopularniejszych w Europie narkotyków wymieniano: marihuanę, LSD, amfetaminę, opium. Do lat 70. w większości krajów europejskich heroina nie była dostępna dla młodzieży używającej narkotyków. W owym czasie w Wielkiej Brytanii traktowano ją jako lek, przepisywany młodocianym narkomanom, a od 1968 roku – podawano w specjalnych klinikach przy szpitalach psychiatrycznych. W ten sposób substancja ta została wprowadzona w obszar zainteresowania ówczesnych narkomanów. W 1971 roku odnotowano obecność heroiny na brytyjskim czarnym rynku (Edwards, 1979). Od początku lat osiemdziesiątych służby celne Wielkiej Brytanii, Niemiec, Włoch, Francji i Holandii zaczęły donosić o dużych ilościach heroiny przemycanej do Europy (Szukalski, 2005).

Analizując rolę medycyny w dostarczaniu szerokim rzeszom konsumentów coraz to nowych substancji uzależniających, warto zauważyć, że w kolejnych epokach zmieniały się opinie na temat właściwych metod terapii, że leki dziś wprowadzane entuzjastycznie, po latach okazywały się bardziej szkodliwe niż pomocne. Historia medycyny może uczyć dystansu do jej współczesnych osiągnięć i „niepodważalnych prawd”. Dotyczy to zwłaszcza substancji psychoaktywnych, które, obok innych niepożądanych efektów ubocznych, niosą ze sobą ryzyko uzależnienia (Madewar, 1992).

Ogólną zasadę zmian, jakie zachodziły na przełomie XIX i XX wieku w zastępowaniu substancji uzależniających przez „bardziej bezpieczne”, Madewar ujmując następująco:

Alkohol → (uzależnienie) → Opium
Opium → (uzależnienie) → Morfina
Morfina → (uzależnienie) → Kokaina
Kokaina → (uzależnienie) → Heroina

Powyższe zestawienie dość wyraźnie pokazuje, że poszukiwanie substancji do leczenia uzależnienia od innej substancji prowadziło do udostępniania do szerszego użytku coraz to nowych narkotyków. Warto zwrócić uwagę, że wszystkie, oprócz alkoholu, zalecane pod koniec XIX i na początku XX wieku leki są współcześnie uznawane za środki nielegalne. Ich stosowanie do celów medycznych obwarowane jest szeregiem szczegółowych uregulowań prawnych. W ostatnich lat obserwujemy

powrót do idei leczenia uzależnień za pomocą innych substancji psychoaktywnych. O lekach współcześnie stosowanych często mówi się, że są bezpieczne i nie mają właściwości uzależniających (Madewar, 1992). Wydaje się, że warto do tych doniesień podchodzić z dystansem i ostrożnością, pamiętając, że na początku ubiegłego stulecia heroina była polecana jako bezpieczna, nieuzależniająca substancja.

Model psychologiczny

Niska skuteczność leczenia uzależnienia od narkotyków innymi substancjami psychoaktywnymi oraz szybko rosnąca w wielu krajach, w latach sześćdziesiątych, liczba osób uzależnionych stały się impulsem do szukania nowych metod. W tamtych czasach coraz większą popularność zaczęła zdobywać metoda społeczności terapeutycznej (ST), która z czasem została wprowadzona do leczenia osób uzależnionych od narkotyków we wszystkich prawie krajach europejskich, za wyjątkiem Francji i Danii. W Czechosłowacji i Jugosławii model ten stosowano również do leczenia alkoholików (Kooyma, 2002). W Polsce pierwszy ośrodek funkcjonujący na zasadach ST powstał w 1977 roku w Garwolinie. Nie opisuję bliżej założeń i metod oddziaływania modelu ST, bo są one szczegółowo zaprezentowane w innym miejscu². Warto jedynie przypomnieć, że celem terapii jest osiągnięcie całkowitej abstynencji od narkotyków oraz przywrócenie narkomana do życia w „normalnym” społeczeństwie. Wspominam o tym dlatego, że w latach osiemdziesiątych, kiedy zaczęło rozwijać się w Polsce specjalistyczne leczenie uzależnień, zaadaptowany przez Marka Kotańskiego i MONAR, model społeczności terapeutycznej przez kolejne dekady całkowicie dominował w polskiej ofercie terapii dla osób uzależnionych od narkotyków (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1998).

Od początku lat osiemdziesiątych w coraz liczniejszych audycjach telewizyjnych i artykułach publikowanych w prasie pokazywano drastyczne sceny i opowiadano drastyczne historie, których bohaterami byli bardzo młodzi ludzie. To wtedy powstała wizja narkomanii jako plagi, która jednych młodych ludzi zabija, a innym zagraża (Siemieński, 1985). Taka definicja narkomanii i narkomanów jest do dnia dzisiejszego podtrzymywana przez liczne grono terapeutów stykających się bezpośrednio z osobami uzależnionymi. W społecznej świadomości, nie tylko w Polsce, funkcjonuje przekonanie, że wszelkie eksperymentowanie z nielegalnymi substancjami (narkotykami) nieuchronnie kończy się uzależnieniem. Strach przed narkotykami jest potęgowany przez jeszcze jeden stereotyp, wedle którego „wyjście” z uzależnienia od narkotyków jest znacznie trudniejsze, niż w przypadku innych substancji i wymaga bardzo długiej, intensywnej terapii.

Taka społeczna definicja zjawiska usprawiedliwiała przyjęcie modelu społeczności terapeutycznej jako dominującej formy leczenia narkomanów, mimo że z powodu długiego czasu trwania terapii jest to model kosztowny. Z drugiej strony, skrajnie pesymistyczne przekonania na temat możliwości przywrócenia osoby uzależnionej do życia w społeczeństwie mogły mieć wpływ na wyniki leczenia. Wydaje się rzeczą wysoce prawdopodobną, że jednym z powodów niskich wskaźników skuteczności leczenia uzależnień jest mechanizm tzw. „samospełniającego się proroctwa”. Mam

2 Patrz w tym tomie J. Koczurowska „Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień”.

na myśli to, co w psychologii nazywane jest też „efektem Golema” – przystępowanie do działania ze wstępnym negatywnym oczekiwaniem co do końcowego efektu zdecydowanie zwiększa prawdopodobieństwo porażki. Nie sposób oszacować, jak często pacjenci i terapeuci, znajdujący się pod wpływem dominujących w społeczeństwie postaw i przekonań, przystępują do wspólnego działania bez wiary w sukces.

Jednym z dotkliwych skutków dominacji jednego modelu leczenia jest oferta terapeutyczna skierowana jedynie do wąskiej, jednorodnej grupy uzależnionych. W modelu ST trudno byłoby się odnaleźć osobom uzależnionym od legalnych leków psychoaktywnych, a nawet tym, którzy mają problemy z używaniem tzw. syntetycznych narkotyków. Lecznictwo oferujące pomoc prawie wyłącznie osobom, które potrzebują głębokiej resocjalizacji w sposób zapewne niezamierzony wzmacnia negatywny stereotyp narkomana.

Mała skuteczność specjalistycznego lecznictwa – czy to alkoholowego czy uzależnień – nie przeszkodziła w upowszechnieniu się społecznego przekonania, że jeśli już doszło do uzależnienia, to tylko specjalista (profesjonalista) może pomóc w powrocie do „normalnego” życia. Brak efektów terapii zazwyczaj jest wyjaśniany różnymi cechami klienta. Często mówi się o słabej motywacji, niewypełnianiu zaleceń terapeuty czy niekorzystnych uwarunkowaniach środowiskowych. Twierdzenie o niemożności „wyjścia” z uzależnienia bez profesjonalnej pomocy często znajduje oddźwięk w przekonaniach społecznych w charakterze „mitu”, powstrzymującego osobę uzależnioną od podjęcia samodzielnego wysiłku w kierunku zmiany (Prochaska, Norcross i DiClemente, 2008).

Główną pozytywną konsekwencją, jakiej oczekuje się od lecznictwa jest przywrócenie większości osób, korzystających z jego usług, do normalnego życia społecznego. Ten cel, niezależnie od modelu lecznictwa, rzadko jest osiąganym. Wydaje się, że obserwowana od lat tendencja do lokowania przyczyn uzależnienia w cechach indywidualnych jednostki i traktowania osób uzależnionych jako jednolitej grupy istotnie zawęża kreatywność terapeutów i nie pobudza do poszukiwania nowych sposobów pracy z klientem. Coraz częściej wypowiedzany jest pogląd, że uzależnienie to proces psychospołeczny, w którym uczestniczą czynniki psychiczne, biologiczne i społeczne, występujące u każdej jednostki w niepowtarzalnych konfiguracjach. Przy takim podejściu nie sposób zdefiniować kim jest narkoman czy alkoholik i co mu pomoże. Podaje ono w wątpliwość sens wąskich specjalizacji w leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i sens kreowania tak zwanych najlepszych szkół terapeutycznych. Dodatkowym argumentem jest tu upowszechniający się wzór używania równoległe różnych substancji.

Wąskie specjalizacje w lecznictwie uzależnień umacniają ostre granice, jakie w świadomości społecznej zarysowały się między poszczególnymi substancjami: i tak alkohol to substancja, która bywa niebezpieczna, ale jego rozsądne używanie nie tylko nie szkodzi, lecz niekiedy pomaga, narkotyki to substancje skrajnie niebezpieczne i wreszcie leki psychoaktywne to substancje wyłącznie dobroczynne.

BIBLIOGRAFIA

- Bielewicz, A. i Sikorska, C.** (1984). *Wstępne wyniki badań nad efektywnością stacjonarnego leczenia odwykowego. Raport z badań*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Edwards, G.** (1979). British policies on opiate addiction. Ten years working on the response and options for the future. *British Journal of Psychiatry*, 134, 1-13.
- Hakkarainen, P., Laursen, L. i Tigerstedt, C. H.** (red.). (1996). *Discussing drugs and control policy*. NAD Publication, 31.
- Kooyman, M.** (1984). The drug problem in the Netherlands. *Journal of Substance Drug Abuse Treatment*, 1, 125-130.
- Kooyman, M.** (2002). *Spółeczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Madewar, Ch.** (1992). *Power and Dependence. Social Audit on the Safety of Medicines*. Social Audit Ltd, 1-15.
- Malinowska-Sempruch, K.** (red.). (2005). *Niezamierzone konsekwencje polityki narkotykowej a prawa człowieka*. Warszawa: The International Debate Education Association.
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E. i Romero, M.** (2006). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research*, 12, 33-41.
- O'Brien, Ch. P. i McLellan, A. T.** (1996). Myths about treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
- Prochaska, J., Norcross, J. i DiClemente, C.** (2008). *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut Amity.
- Siemieński, M.** (1985). *Po tej stronie granicy. Zapis stanu świadomości o polskich narkomanach i narkomanii w Polsce w pierwszej połowie roku 1981*. Warszawa: Wydawnictwa Radia i Telewizji.
- Świątkiewicz, G.** (1992). Self-help abstainer clubs in Poland. *Contemporary Drug Problems. Winter*, 677-687.
- Świątkiewicz, G. i Woronowicz, B.** (1995). *Transformation of alcohol treatment in Poland during the time of transition*. Referat prezentowany na konferencji Towarzystwa Naukowego im. Kettila Brunna, Edynburg.
- Świątkiewicz, G., Moskalewicz, J. i Sierosławski, J.** (1998). Therapeutic communities as a major response to drug abuse in Poland. W: H. Klingemann i G. Hunt (red.), *Drug treatment systems in an international perspective. Drugs, demons and delinquents* (124-132). Londyn: SAGE Publications.
- Szukalski, B.** (2005). *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Wydawnictwo Krytyki Politycznej.** (2009). *Polityka Narkotykowa*. Przewodnik Krytyki Politycznej, tom VII.
- Żmudzki, A. i Morawski, J.** (1983). 25 lat przymusowego leczenia alkoholików w Polsce. *Psychiatria Polska*, 17(2), 147-157.

Część II

PSYCHOPATOLOGIA UZALEŻNIEŃ

Rozdział 3

Charakterystyka środków psychoaktywnych

Bogdan Szukalski

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Narkomania stanowi obecnie poważny problem społeczny i medyczny, a związane z nią zagrożenia mają tendencje narastające. Zagrożenia te wynikają m.in. z olbrzymiej strukturalnej różnorodności substancji psychoaktywnych wytwarzanych w nielegalnych laboratoriach i dostępnych na „czarnym” rynku, nieustannego wzrostu ich liczby oraz najczęściej bardzo silnie toksycznych właściwości. Tymczasem świadomość społeczna tych zagrożeń oraz stan wiedzy o środkach psychoaktywnych są nadal niewystarczające. Konieczne wydaje się więc propagowanie rzetelnych informacji na temat właściwości narkotyków, bo tylko poznanie prawdy o nich i skonfrontowanie jej z dalekimi od prawdy obiegowymi opiniami, może przyczynić się do odrzucenia przez młodych ludzi narkotyków w sposób naturalny i spontaniczny.

PODZIAŁ ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Pierwszy podział substancji psychoaktywnych, zaproponowany przez grupę ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w 1974 roku, ma znaczenie wyłącznie historyczne, bo kryteria, na jakich został oparty są od dawna nieaktualne. Ponadto w minionym trzydziestoleciu pojawiło się bardzo wiele nowych narkotyków niemieszczących się w ramach tego podziału.

Według aktualnej klasyfikacji narkotyki dzieli się na 6 grup, przy czym jednym z kryteriów podziału jest kierunek ich działania farmakologicznego (Shuckit, 2000).

- **Depresanty ośrodkowego układu nerwowego**, tj. związki zmniejszające przejawy aktywności ośrodkowego układu nerwowego (OUN) (m.in. alkohol etylowy, barbiturany, benzodiazepiny i kwas γ -hydroksymasłowy).
- **Stymulanty OUN**, tj. psychoaktywne substancje pobudzające czynność OUN (m.in. amfetamina, metamfetamina, kokaina, metkatinon, katina i katinon).
- **Opioidy**: morfina, kodeina, tebaina oraz opioidy półsyntetyczne i syntetyczne.
- **Kannabinoidy**, tj. składniki konopi *Cannabis sativa*, występujące na rynku narkotykowym jako marihuana, haszysz i olej haszyszowy.
- **Halucynogeny**, związki wywołujące halucynacje, które dzieli się zwykle na 4 podgrupy należące do różnych grup chemicznych:
 - a) pochodne ergoliny (lizergid)
 - b) pochodne tryptaminy (psylocyna i psylocybina)
 - c) pochodne karboliny (harmina i harmalina)
 - d) pochodne fenetylaminy (meskalina).

- **Inhalanty albo wziewne środki odurzające** (*volatile substance abuse*, VSA) – duża grupa związków, które stosują głównie ludzie bardzo młodzi, często nawet uczniowie szkół podstawowych. Jest to spowodowane ich łatwą dostępnością, niską ceną, a także prostymi sposobami stosowania (wdychanie). Do inhalantów należą pospolite rozpuszczalniki, np. toluen, ksylen, heksan i benzyna, gazy np. propan i butan, propelanty aerozoli, spreje.

Ze względu na zagrożenie, jakie stanowią dla zdrowia i życia, substancje psychoaktywne są objęte kontrolą: ich produkcja i dystrybucja podlegają surowym karom. Stopień zagrożenia związany z ich stosowaniem stanowi podstawę innego ważnego podziału, wprowadzonego przez amerykańską Agencję ds. Zwalczania Narkotyków (*Drug Enforcement Administration – DEA*). Dzieli ona substancje psychoaktywne na pięć grup (*schedules*) według dwóch kryteriów: potencjału uzależniającego oraz przydatności terapeutycznej (niektóre narkotyki mają zastosowanie w leczeniu, np. kodeina, morfina, metadon). Najbardziej niebezpieczne substancje psychoaktywne, tj. o najwyższym potencjale uzależniającym i bez żadnych zastosowań w terapii, zostały zaliczone do grupy I, np. heroina, lizergid, fentanyl. Do grup II, III, IV i V należą substancje o stopniowo malejącym potencjale uzależniającym i wzrastającej przydatności terapeutycznej.

W polskim ustawodawstwie wg ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, uchwalonej 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z dnia 19 września 2005 r.) i wprowadzonej w życie 4 października 2005 r., substancje podlegające kontroli dzieli się na dwie grupy: Środki odurzające – Załącznik Nr 1, Substancje psychotropowe – Załącznik Nr 2.

Środki odurzające są podzielone na grupy I-N, II-N, III-N i IV-N, a substancje psychotropowe na grupy I-P, II-P, III-P i IV-P. Najgroźniejsze narkotyki: heroina, fentanyl i jego analogi strukturalne, morfina i wyciągi ze słomy makowej należą do grupy I-N, a groźne narkotyki zmodyfikowane (patrz niżej) wywodzące się z amfetaminy, a także LSD, psylocybina i meskalina – do grupy I-P. W ustawie wymienione są również tzw. prekursorzy, to jest substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które mogą być wykorzystywane do produkcji środków odurzających lub substancji psychotropowych. Grupę prekursorów klasyfikuje rozporządzenie 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej.

Trzeba wspomnieć również o tym, że 10 wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, *International Classification of Diseases*) wprowadziła kliniczny podział zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Zaburzenia te oznaczono kodami od F-10 do F-19.

Narkotyki można podzielić także według źródeł i sposobów ich otrzymywania na:

- izolowane ze źródeł naturalnych, głównie z surowców roślinnych;
- otrzymywane na drodze syntezy chemicznej.

NARKOTYKI IZOLOWANE ZE ŹRÓDEŁ NATURALNYCH

Do najważniejszych surowców roślinnych, z których otrzymuje się narkotyki pierwszej grupy, należą:

- krzew *Erythroxylon coca*, czyli krasnodrzew peruwiański, rosnący w tzw. „srebrnym trójkącie”, utworzonym przez Boliwię, Kolumbię i Peru – źródło kokainy;

- konopie *Cannabis sativa*, rosnące głównie w Azji, ale obecnie uprawiane z powodzeniem również w Polsce – źródło kannabinoidów;
- mak *Papaver somniferum* – źródło opiatów;
- krzew *Catha edulis* rosnący w Afryce północnej i wschodniej – źródło katiny i kationu;
- kaktus *Lophophora williamsii*, występujący w Meksyku i południowo-zachodnich regionach USA – źródło meskaliny;
- *Salvia divinorum*, roślina rosnąca głównie w Meksyku – źródło salwinoryny, jednego z najsilniejszych halucynogenów.

Narkotyki otrzymywane ze źródeł naturalnych to grupa kilkunastu substancji psychoaktywnych, do której należą tzw. „twarde” narkotyki, wywołujące uzależnienie fizyczne. Ich niebezpieczne właściwości są od dawna znane i szczegółowo opisane w piśmiennictwie. Do najbardziej niebezpiecznych ze względu na zdolność wywoływania uzależnienia fizycznego lub bardzo duże rozpowszechnienie należą opioidy, kokaina i kannabinoidy.

1. Opioidy

Przystępując do krótkiego omówienia grupy narkotyków opioidowych trzeba powiedzieć, że w piśmiennictwie dotyczącym tego tematu występują dwa terminy, które mogą wprowadzać pewne zamieszanie: „opiaty” i „opioidy”. Terminy te są niekiedy używane wymiennie, ale najczęściej terminem „opioidy” określa się wszystkie substancje działające na receptory opioidowe μ (μ), δ (delta) lub κ (kappa), występujące w ośrodkowym układzie nerwowym i odpowiedzialne za analgetyczne i euforyczne działanie tych substancji. Natomiast termin „opiaty” odnosi się do grupy opioidów pochodzenia naturalnego, tj. izolowanych z maku *Papaver somniferum* – morfiny, kodeiny i tebainy. Tak więc opioidy są pojęciem znacznie szerszym obejmującym opiaty, ich syntetyczne analogi oraz tzw. opiaty endogenne, czyli enkefaliny, endorfiny i dynorfiny.

Spośród około 25 alkaloidów, występujących w soku niedojrzałych makówek, tzw. lateksie, najważniejsze są morfina, kodeina i tebaina. Ich pełna synteza jest trudna, natomiast otrzymywanie półsyntetycznych analogów (heroina, hydromorfon, hydrokodon, oksymorfon i oksykodon) przebiega stosunkowo łatwo. Heroina, czyli diacetylmorfina, jest narkotykiem półsyntetycznym po raz pierwszy uzyskanym z morfiny przez niemieckiego chemika Dressera. Nazwa pochodzi od niemieckiego słowa *heroisch* – potężny, gdyż heroina siłą działania farmakologicznego znacznie przewyższa morfinę.

Morfina jest stosowana do uśmierzania umiarkowanych i silnych bólów. Podawana jest w iniekcjach podskórnych, domięśniowych, dożylnych, nadtwardówkowych i dokańałowych. Typowe dawki to 1–10 mg/kg. Doustnie stosuje się ją w dawkach 20–200 mg/dobę.

Morfina jest typowym agonistą receptorów μ i działa przeciwbólowo zarówno na poziomie rdzeniowym, jak i mózgowym. Wywołuje jednak również typowe dla opioidów objawy niepożądane: mdłości, suchość w ustach, zwężenie źrenic, zaparcia, depresję układu oddechowego oraz działanie tłumiące czynność OUN, zwolnienie akcji serca i obniżenie ciśnienia krwi. Przyjmowanie większych dawek w celu uzyskania pożądaných efektów euforycznych wywołuje supresję oddychania do niebezpiecznego poziomu oraz zwolnienie akcji serca i obniżenie ciśnienia krwi, prowadzące do utraty przytomności. Przy długotrwałym stosowaniu morfiny dochodzi do ciężkiego zaparcia, utraty popędu seksualnego i uzależnienia (Heinz i inni, 2006).

Wskutek tzw. „efektu pierwszego przejścia” (tj. metabolizmu, jakiemu ulega podczas przejścia przez wątrobę) biodostępność doustnie podanej morfiny wynosi zaledwie 20–40%. Około 5% dawki ulega N-demetylacji z utworzeniem normorfiny, która nie wykazuje aktywności farmakologicznej, 87% dawki morfiny wydalą się z moczem w postaci metabolitów, w tym 75% jako 3-glukuronian morfiny (M-3-G).

Przyjmowanie opiatów przez kobiety ciężarne zagraża zdrowiu, a nawet życiu dziecka, gdyż narkotyki przenikają przez łożysko i wywołują:

- upośledzone zaopatrzenie płodu w tlen
- wzrost prawdopodobieństwa poronienia lub urodzenia martwego dziecka
- 10-krotny wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia u dziecka wad
- uzależnienie dziecka w łonie matki i występowanie, po urodzeniu, objawów abstynencyjnych
- zagrożenie płodu infekcją przez czynniki wprowadzone za pośrednictwem igły, użytej do iniekcji narkotyku.

2. Kokaina

Kokaina (ester metylowy benzoilokoekgoniny) jest narkotykiem pochodzenia naturalnego, występującym w liściach krasnodrzewu peruwiańskiego (*Erythroxylon coca*). Po raz pierwszy izolowano ją z materiału roślinnego w 1844 roku wraz z 14 innymi alkaloidami, które nie wykazują jednak wyraźnego działania biologicznego. Zawartość kokainy w suchych liściach koki waha się od 0,1–1%, średnio – 0,7%. Izolacja narkotyku z liści jest procesem nie wymagającym ani specjalnego przygotowania ani doświadczenia. Umiejętność tę przekazują sobie mieszkańcy Ameryki Południowej z pokolenia na pokolenie. W postaci czystej kokaina jest bezwonny, gorzkim, krystalicznym proszkiem, wyglądem przypominającym śnieg. Jako narkotyk zaliczana jest do stymulantów OUN, jednak w leczeniu wykorzystuje się także dwie inne jej właściwości: dość słabe, ale wyraźne działanie znieczulające oraz zdolność obkurczania naczyń krwionośnych i powstrzymywania krwawienia (Goldstein, Woicik, Lukasiak, Maloney i Volkow, 2007).

Chlorowodorek kokainy rozpuszcza się w wodzie, ale nie nadaje się do palenia, gdyż w wyższej temperaturze ulega rozkładowi. Formę nadającą się do palenia, tzw. *crack* lub *rock*, otrzymuje się, wprowadzając do roztworu chlorowodoru kokainy, wolną lotną zasadę (NH_3) albo ogrzewając chlorowodorek z jednometalicznym węglanem sodu. *Crack* miesza się z tytoniem i pali w specjalnych fajkach. W dawkach umiarkowanych kokaina wywołuje pobudzenie i euforię, ale także lęk i niepokój. Ostra intoksykacja może spowodować wystąpienie zaburzeń psychicznych, takich jak napady lęku i paniki, delirium i psychozy. Przewlekłe przyjmowanie kokainy może wywołać psychozy paranoidalne podobne do schizofrenii. Bardzo częstą dolegliwością osób stosujących kokainę są bóle głowy, które odczuwa 13–50% pacjentów. U części z nich występują one w okresie przyjmowania kokainy, a u innych są jednym z objawów zespołu abstynencyjnego. Bezpośrednią przyczyną bólów głowy jest wywołane przez kokainę nadciśnienie, prowadzące często do udarów mózgowych (Dackis i O'Brien, 2001; Fasano i inni, 2008).

3. Kannabinoidy

Kannabinoidy są to psychoaktywne substancje występujące w marihuanie, haszyszu i oleju haszyszowym – produktach otrzymywanych nielegalnie z konopi (*Cannabis sativa*). Są one najczęściej nadużywanymi narkotykami na świecie. Związkiem, który w największym stopniu decyduje o psychotropowym działaniu tych produktów jest Δ^9 -tetrahydrokannabinol (THC). Stężenie THC w *Cannabis sativa* waha się w bardzo szerokich granicach od 1–30%, zależnie od strefy geograficznej i gatunku rośliny. Bardzo wysoką zawartością THC odznacza się *Sinsemilla* – ukwiecone szczyty niezapłodnionych żeńskich konopi, które nie zawierają nasion (Pertwee, 2004).

THC dość dobrze rozpuszcza się w lipidach, łatwo więc ulega kumulacji w ustroju. Badania z użyciem znakowanego THC wykazały, że w ciągu trzech dni pozostaje w ustroju 40% podanej dawki, w ciągu tygodnia – 30%, po 48 dniach – 10%.

Efekty działania marihuany różnią się znacznie w zależności od jakości narkotyku, dawki, osobowości i nastroju konsumenta, wcześniejszych doświadczeń z narkotykami, sytuacji społecznej oraz oczekiwań związanych z zażyciem narkotyku.

Narkotyk ten może wywoływać zarówno przyjemne, jak i nieprzyjemne doznania. Jeśli przyjmuje go osoba, która w danej chwili jest w złym nastroju, nieszczęśliwa, zła, pełna podejrzeń lub niepokoju, odczucia te mogą się potęgować. W przypadku osób szczególnie wrażliwych, duże dawki marihuany mogą wywołać niezwykłą euforię, wesołość i nadmierną rozmowność, ale równie dobrze – prowadzić do intensywnego lęku, depresji, urojeń i halucynacji (Fergusson i Boden, 2008).

Marihuana łączy w sobie pewne cechy alkoholu, benzodiazepin, opiatów i halucynogenów, a więc działa anksjolitycznie, uspokajająco, przeciwbólowo i psychodelicznie. Umiarkowana intoksykacja wywołuje niewielkie obniżenie temperatury ciała i ciśnienia krwi, przyspieszenie akcji serca, osłabienie siły mięśni i koordynacji ruchowej, suchość w ustach, bóle głowy, mdłości.

Marihuanę najczęściej się pali w postaci papierosów, tzw. *jointów*, które zawierają zwykle 10–30 mg THC. Efekty palenia pojawiają się po 10–20 minutach i trwają 2–3 godziny (Degenhardt i Hall, 2002). Konsumenci marihuany są zgodni, że jej palenie i wdychanie dymu powoduje umiarkowaną euforię, dobre samopoczucie, wyostrenie zmysłów i przyjemne uczucie odprężenia, któremu towarzyszy wrażenie unoszenia się i odpływania. Następuje również intensyfikacja doznań zmysłowych. Często ma miejsce zakłócenie poczucia czasu, który wydaje się płynąć szybciej lub wolniej niż w rzeczywistości. Dochodzi również do zaburzeń pamięci krótkotrwałej, polegających na rejestracji oderwanych faktów bez uwzględniania ich przyczyny.

Haszysz jest żywicą rośliny *Cannabis sativa* zawierającą 20–30 razy więcej THC niż marihuana. Wywołuje on halucynacje, niepokój, panikę i psychozy. Efekty te mogą się utrzymywać przez kilka dni. Ponadto występują zaburzenia równowagi, przyspieszenie akcji serca, skurcz naczyń obwodowych z obniżeniem temperatury kończyn, podciśnienie ortostatyczne, suchość w ustach i zwiększone łaknienie (Vandrey, Budney, Kamon i Stanger, 2005).

Rozpuszczalność kannabinoidów w lipidach sprawia, że półokres trwania THC w tkankach wynosi około 7 dni, a pełna eliminacja przyjętej dawki trwa aż 30 dni. Metabolity THC są w 25% wydalane przez nerki – z moczem, a w 65% – przez przewód pokarmowy, z którego ulegają częściowej reabsorpcji.

NARKOTYKI OTRZYMYWANE NA DRODZE SYNTEZY CHEMICZNEJ

W odróżnieniu od narkotyków izolowanych ze źródeł naturalnych, narkotyki otrzymywane metodami syntezy chemicznej stanowią wielokrotnie liczniejszą grupę substancji psychoaktywnych, która stale się powiększa o nowe, wcześniej nieznanne, często bardzo toksyczne związki. To właśnie z nimi, zdaniem ekspertów *United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention*, będą się w XXI wieku wiązać największe zagrożenia, większe niż z narkotykami pochodzącymi ze źródeł naturalnych.

1. Zagrożenia związane z narkotykami syntetycznymi

Jaki charakter mają te zagrożenia i na czym polegają? Zanim jakaś substancja stanie się lekiem podlega bardzo wnikliwym i wielokierunkowym badaniom i rygorystycznej kontroli. Jest to proces trudny i długotrwały, bo przy obowiązującej obecnie procedurze badania nowych preparatów leczniczych, okres między otrzymaniem nowej substancji w laboratorium a ukazaniem się jej na rynku w postaci leku wynosi 10, a nawet więcej lat (Wieniawski, 2005). W tym czasie bada się na kilku gatunkach zwierząt jej toksyczność ostrą, przewlekłą, teratogenność, wpływ na układ krążenia, układ nerwowy, układ oddechowy i pokarmowy, śledzi metabolizm i drogi wydalania, wreszcie wykonuje kontrolowane próby na ludziach. Mimo tak gęstego sita selekcyjnego zdarza się, że nie dostrzeżone wcześniej efekty uboczne zmuszają do wycofania leku z rynku. Dwa bardziej znane przykłady to Elipten – lek przeciwdrgawkowy, który okazał się silnym inhibitorem syntezy hormonów steroidowych, wywołującym objawy choroby Addisona oraz Talidomid – lek uspokajający, który w latach 60. był przyczyną narodzin kilku tysięcy kalekich, pozbawionych kończyn, noworodków (Główka, 2005).

A jak wygląda droga na czarny rynek syntetycznych narkotyków otrzymywanych w nielegalnym laboratorium? Do ich syntezy stosuje się najtańsze surowce (często o bardzo niskim stopniu czystości) oraz używa najprostszych, często prymitywnych metod, gdyż jedynym celem, pozbawionych skrupułów moralnych, producentów jest uzyskanie maksymalnego zysku. Otrzymane w tych warunkach związki chemiczne, zanieczyszczone ubocznymi produktami syntezy oraz domieszkami surowców użytych do reakcji, nie podlegają żadnej kontroli, takiej jak badania toksyczności, teratogenności i metabolizmu, żadnej innej weryfikacji, żadnemu monitoringowi. Toksyczność narkotyków syntetycznych badają więc na sobie dopiero ich nabywcy, zupełnie nieświadomi niebezpieczeństwa, jakie się z tym wiąże. Nie jest to jednak zagrożenie jedyne. Większość narkotyków otrzymywanych metodami syntezy ma postać białych proszków (są to najczęściej chlorowodorki aktywnych substancji) wo identycznym lub bardzo zbliżonym wyglądzie, co pozwala zachłannym i pozbawionym skrupułów producentom i dilerom sprzedawać narkotyki tańsze jako droższe, np. p-metoksamfetaminę zamiast *Ecstasy* czy fentanyl jako heroinę. Bardzo często, podobnie jak w wymienionych przykładach, substytut jest znacznie bardziej toksyczny niż narkotyk, zamiast którego został sprzedany i w wyniku takiej zamiany nabywca, nieświadomy oszustwa, może przekroczyć dawkę śmiertelną. Tak więc zagrożenia związane z syntetycznymi narkotykami, otrzymywanymi w nielegalnych laboratoriach, są naprawdę ogromne i w pełni uzasadniają porównanie ich stosowania z nieświadomym udziałem w grze w rosyjską ruletkę – ze wszystkimi jej tragicznymi konsekwencjami.

Do najbardziej znanych narkotyków syntetycznych należą m.in. amfetamina, metamfetamina, fentanyl, fencyklidyna, ketamina, petydyna, metadon oraz ich analogi strukturalne.

2. Narkotyki zmodyfikowane

W pogoni za zyskiem, jaki przynosi narkobiznes, w nielegalnych laboratoriach zsyntetyzowano bardzo wiele analogów strukturalnych wymienionych narkotyków syntetycznych. Henderson nazwał je narkotykami zmodyfikowanymi (*designer drugs*), ponieważ powstają w wyniku chemicznej modyfikacji struktury innych narkotyków (Henderson, 1988).

Mają one zwykle właściwości farmakologiczne i toksykologiczne podobne do narkotyków, z których się wywodzą, ale jako nowe związki chemiczne nie podlegają kontroli i mogą być otrzymywane i rozprowadzane legalnie do chwili stwierdzenia ich szkodliwości i oficjalnego umieszczenia na liście środków zakazanych (w Polsce – na jednym z dwóch załączników do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29.07.2005). Ich produkcja w zakonspirowanych, nielegalnych laboratoriach stanowi więc próbę realizacji dwóch przestępczych celów:

- otrzymywania nowych narkotyków spełniających oczekiwania nabywców w stopniu większym niż znane narkotyki
- ominięcia przepisów prawnych zabraniających produkcji, sprzedaży i posiadania narkotyków obecnych na czarnym rynku (Kalant, 2001).

Dwie najliczniejsze i najbardziej znane grupy narkotyków zmodyfikowanych to związki o działaniu amfetaminopodobnym – pochodne fenetylaminy, amfetaminy i metamfetaminy oraz związki o działaniu podobnym do opiatów.

Narkotyki amfetaminopodobne

Narkotyki zmodyfikowane amfetaminopodobne powstały w wyniku trzech typów modyfikacji struktury amfetaminy i metamfetaminy. Pierwszy typ modyfikacji to wprowadzenia do pierścienia benzenowego w cząsteczkach amfetaminy lub metamfetaminy jednego lub kilku podstawników (rodnika metylowego, etylowego, atomu chlorowca lub grup metoksyowych). Efektem tych zmian są narkotyki znane pod akronimami PMA, DMA, TMA, DOM, DOET, DOB, PMMA (tabela 1).

Tabela 1. Nazwy chemiczne narkotyków zmodyfikowanych pochodnych amfetaminy*

	Akronim	Nazwa chemiczna
1	PMA	Parametoksyamfetamina
2	DMA	2,5-dimetoksyamfetamina
3	TMA	3,4,5-trimetoksyamfetamina
4	DOM, STP	2,5-dimetoksy-4-metyloamfetamina
5	DOET	2,5-dimetoksy-4-etyloamfetamina
6	DOB	2,5-dimetoksy-4-bromoamfetamina
7	PMMA	Parametoksymetamfetamina

* opracowanie własne

Drugi typ modyfikacji polega na dołączeniu do pierścienia amfetaminy lub metamfetaminy cyklicznego układu dioksymetylenowego, a trzeci – na wydłużeniu łańcucha bocznego w cząsteczkach narkotyków macierzystych. Wynikiem dwóch ostatnich modyfikacji strukturalnych są narkotyki o akronimach MDA, MDEA, MDMA, BDB i MBDB (tabela 2).

Tabela 2. Nazwy chemiczne i zwyczajowe entaktogenów*

	Akronim	Nazwa chemiczna i nazwy zwyczajowe
1	MDA	3,4-metylenodioksyamfetamina, tenamfetamina, love drug
2	MDEA, MDE	3,4-metylenodioksy-N-etyloamfetamina, Eve, N-etylo-MDA
3	MDMA	Metylenodioksymetamfetamina, ecstazy, Adam
4	BDB	1-(3,4-metylenodioksyfenylo)-2-aminobutan
5	MBDB	N-metylo-1-(3,4-metylenodioksyfenylo)-2-aminobutan

* opracowanie własne

Wzbudziły one początkowo zainteresowanie psychoterapeutów, gdyż wywoływały, jak to wówczas określano, „przyjemny stan introspekcji ułatwiający porozumiewanie się w sprawach bolesnych”, na który składa się uczucie euforii, podwyższona samoocena, silnie wyrażona empatia, chęć przebywania w towarzystwie innych, podniecenie seksualne. Dla związków tych Nichols wprowadził termin „entaktogeny”, mający oznaczać „działający od środka”. Ten euforyczny stan trwa jednak krótko i pojawiają się nieprzyjemne, a nawet groźne objawy intoksykacji: brak łaknienia, mdłości i wymioty, hipertonia, hipertermia, bezsenność, zaburzenia pamięci, halucynacje i stany depresyjne.

Z grupy entaktogenów najbardziej znany jest *Ecstasy* (MDMA), którego rozpowszechnienie stale wzrasta. Jest on syntetycznym analogiem metamfetaminy, wykazującym również strukturalne podobieństwo do meskaliny, działa więc na układ nerwowy pobudzająco jak metamfetamina i psychodelicznie jak meskalina (Parrot, 2004).

Ecstasy zadomowił się również na polskim rynku, głównie w związku z pojawieniem się mody na tzw. *raving parties* – całonocne imprezy taneczne z szybką, żywiołową muzyką, na których MDMA jest stosowany jako środek pozwalający zachować dobrą formę fizyczną i psychiczną przez cały czas trwania tej wyczerpującej zabawy, czyli jak to się określa w kręgach subkultury *rave* – tańczyć bez końca. Uczestnicy takich narkotykowych dyskotek nie zdają sobie jednak sprawy z tego, że cena jaką przyjdzie im, być może, zapłacić za chwilową poprawę nastroju i szaleńczą zabawę jest bardzo wysoka. Składają się na nią nie tylko skutki toksycznego działania narkotyku na układ nerwowy i wiele narządów, ale również groźba utraty życia. MDMA powoduje bowiem hipertermię, a jednocześnie osłabia odczuwanie pragnienia, co w połączeniu z długotrwałym, wyczerpującym tańcem w dusznych pomieszczeniach prowadzi do skrajnego odwodnienia, utraty przytomności i śmierci. W latach 90. prasa brytyjska zamieszczała wiele dramatycznych opisów hospitalizacji i zgonu uczestników takich dyskotek, nazywając ten rodzaj zabawy „tańcem śmierci”

(Pillai i Paul, 2006). W Polsce Ecstasy podlega kontroli i w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku figuruje w grupie I-P substancji psychotropowych.

Narkotyki o działaniu opiatopodobnym

Narkotyki zmodyfikowane opiatopodobne są to syntetyczni agoniści receptorów μ , δ lub κ , o właściwościach przypominających morfinę, ale o zupełnie różnej od morfiny budowie chemicznej. Z grupy tej na szczególną uwagę zasługuje fentanyl, fencyklidyna, ketamina i metadon.

Fentanyl jest agonistą receptorów opioidowych o działaniu przeciwbólowym ok. 100 razy silniejszym od morfiny. Jego dawka śmiertelna jest bardzo niska i wynosi 2 mg. Początkowo stosowano go do wywoływania narkozy, jednak po ujawnieniu niepożądanych działań ubocznych został wycofany z lecznictwa i trafił na rynek narkotykowy. Dilerzy często sprzedają go jako heroinę, której cena jest znacznie wyższa. W lutym 1991 roku w Nowym Jorku fentanyl był przyczyną 20 śmiertelnych zatruc oraz ponad 250 intoksykacji wymagających intensywnego leczenia szpitalnego. Liczby te dotyczą tylko udokumentowanych przypadków opisanych w publikacjach naukowych i byłyby znacznie wyższe, gdybyśmy sięgnęli do statystyk policyjnych.

W nielegalnych laboratoriach zsyntetyzowano wiele analogów strukturalnych fentanylu, różniących się siłą i czasem działania oraz toksycznością. Wśród nich należy wymienić kilka odznaczających się bardzo silnym działaniem przeciwbólowym, ale również olbrzymią toksycznością, wielokrotnie wyższą od toksyczności fentanylu. Są to, między innymi, p-fluorofentanyl (dawka śmiertelna 250 μg , 8 razy niższa niż fentanylu), α -metylofentanyl (dawka śmiertelna 125 μg , 16 razy niższa niż fentanylu) i 3-metylofentanyl (dawka śmiertelna kilkanaście μg , kilkadziesiąt razy niższa niż fentanylu) (Kuhlman, McCaulley, Valouch i Behonick, 2003).

Fencyklidynę, czyli (1-(1-fenylcykloheksylo) piperidynę (PCP, *angel dust* – anielski pył), zsyntetyzowano w ramach poszukiwań leków wywołujących narkozę. Początkowe próby były obiecujące, bo nie wywołuje ona typowej dla opiatów depresji układu oddechowego, ale u dużej części pacjentów w końcowej fazie narkozy i po jej zakończeniu występowały utrzymujące się przez kilka godzin groźne objawy niepożądane: silne pobudzenie, napady agresji, halucynacje, reakcje psychotyczne. Zakończyło to lecznicze stosowanie fencyklidyny, zapoczątkowało natomiast jej „karierę” jako popularnego narkotyku (Mozayani, 2003).

W wyniku chemicznej modyfikacji cząsteczki fencyklidyny otrzymano szereg jej analogów strukturalnych, wykazujących działanie przeciwbólowe i właściwości halucynogenne. Jednym z nich jest PCC (1-piperidynocykloheksanokarbonitryl) związek powstający w pierwszej fazie syntezy fencyklidyny, który występuje w produkcie końcowym jako jego zanieczyszczenie. Jest bardzo niebezpieczny, gdyż wchodząca w jego skład grupa nitrylowa odłącza się łatwo w postaci niezwykle toksycznego cyjanowodoru. Przy paleniu fencyklidyny zanieczyszczonej PCC aż 58% tego związku rozkłada się z wydzieleniem cyjanoków, które dostają się do płuc palącego. Przyczyną wielu śmiertelnych zatruc obserwowanych po stosowaniu fencyklidyny jest prawdopodobnie właśnie ten półprodukt. Ogółem z fencyklidyny wywodzi się około 50 narkotyków zmodyfikowanych.

Ketamina jest syntetycznym związkiem nie-barbituranowym, działającym depresyjnie na OUN. Budową chemiczną przypomina fencyklidynę, którą z powodu niepożądanych objawów ubocznych wycofano z klinik. I właśnie w ramach poszukiwań analogu fencyklidyny wywołującego narkozę, ale pozbawionego właściwości niepożądanych (halucynacje, delirium), wykonano w 1962 roku w Parke Davis Laboratory syntezę ketaminy, którą opatentowano w 1963 roku. Synteza jest stosunkowo prosta dla gruntownie wykształconego chemika, pracującego w dobrze wyposażonym laboratorium, natomiast w prymitywnych warunkach nielegalnego laboratorium syntetyczne otrzymanie ketaminy jest zadaniem trudnym. Prawdopodobnie dlatego brak dotychczas doniesień o jej nielegalnej produkcji. Handlowy produkt jest mieszaniną izomerów optycznych R i S, przy czym izomer S działa 3–4 razy silniej (Jensen, 2001).

Ketamina, podobnie jak zbliżona do niej budową fencyklidyna, zniekształca percepcję wrażeń wzrokowych i słuchowych oraz wywołuje uczucie oderwania (dysocjacji) od środowiska i własnej osoby. Zniekształcenia te nie mają jednak cech halucynacji, dlatego związki te nazwano „narkotykami lub anestetykami dysocjatywnymi”. Dzięki tym właściwościom ketamina znalazła zastosowanie w dysocjatywnej narkozie. Jest to metoda kontroli bólu, redukująca lęk i wywołująca stan, który przypomina hipnotyczny trans. Pacjent nie śpi, ale wykazuje daleko idącą niewrażliwość na ból i odnosi wrażenie „oddzielenia” od własnego ciała. Czynność oddychania i odruchy gardłowe są zachowane. Jest to metoda sprawdzająca się w nagłych wypadkach urazu lub zranienia, np. na polu walki, ale może być także stosowana przy krótkotrwałych bolesnych zabiegach, np. zmianie bandażu. Pojedynczy zastrzyk ketaminy wywołuje trans hipnotyczny trwający 10–30 minut i nieodczuwanie bólu przez 30–45 minut. Efekty takiego znieczulenia mijają całkowicie w ciągu kilku godzin (Jensen, 2000).

Niezależnie od zastosowań klinicznych ketamina jest coraz szerzej nadużywana w celu poprawy samopoczucia i wywoływania różnorodnych, rzadko spotykanych, subiektywnych doznań, określanych często mianem „dziury ketaminowej” (*K-hole*). Są to: uczucie przenikania światła przez ciało, uczucie zmiany konsystencji ciała na drewnianą lub gumową, groteskowego zniekształcenia kształtów i rozmiarów części ciała, unoszenia się w powietrzu w stanie nieważkości, „stapiania się” z ludźmi lub przedmiotami z otoczenia, „wychodzenia z ciała”, a także brak poczucia czasu, „wgląd w tajemnice istnienia” oraz halucynacje. Stan taki trwa 10–60 minut i kończy się nagle, gdy – w wyniku procesów metabolicznych i wydalania – ketamina znika z ustroju, jednak może być wywołany ponownie za pomocą kolejnej iniekcji narkotyku.

3. Metadon i terapia substytucyjna

Na uwagę zasługuje również inny syntetyczny narkotyk o działaniu opiatopodobnym – metadon. Otrzymano go w Niemczech podczas II wojny światowej, gdy brakowało surowców do produkcji morfiny. Chociaż pod względem budowy chemicznej bardzo różni się od morfiny, wywołuje podobne do niej efekty. Jednakże w przeciwieństwie do morfiny, heroiny, oksykodonu i innych uzależniających opiatów, które dość krótko pozostają w organizmie, efekty metadonu utrzymują się dłużej. Po wojnie, w latach 60., metadon znalazł zastosowanie w terapii osób uzależnionych od opiatów w ramach tzw. programów podtrzymujących, które mają na celu ograniczenie szkód (*harm reduction*), związanych z używaniem narkotyków opiatowych. Jego

przydatność w terapii uzależnień opiatowych wykazały badania Dole, Nyswandera i Kreeka (Kreek, 2000).

Metadon ma szereg zalet, które predysponują go do stosowania w tych programach.

- Działa wystarczająco silnie, by nie dopuścić do wystąpienia bardzo nieprzyjemnych i groźnych objawów abstynencyjnych, wywołanych przerwaniem przyjmowania opiatów (heroiny, morfiny).
- Jest skuteczny przy przyjmowaniu doustnym, nie ma zatem potrzeby stosowania iniekcji, grożących przeniesieniem wirusów wywołujących AIDS lub żółtaczkę. Przyjmowanie doustne przerywa ponadto związek przyczynowy między stanem euforycznym wywołanym przyjęciem narkotyku a złożonym rytuałem, jaki stanowi iniekcja dożylna.
- Działanie metadonu trwa znacznie dłużej (12–24 godzin) niż narkotyków opiatowych, co pozwala na rzadsze przyjmowanie, zwykle raz dziennie.
- Długotrwałe stosowanie metadonu nie wywołuje niekorzystnych skutków ubocznych, poza zaparciami i, niestety, uzależnieniem.

Metadon wywołuje uzależnienie, ale z uwagi na to, że mocniej wiąże się z receptormi μ (μ) powoduje minimalną tolerancję i łagodzi pragnienie przyjęcia narkotyku oraz przymus jego używania. Ponadto terapia metadonowa normalizuje wiele zaburzeń hormonalnych, występujących u osób uzależnionych od opiatów, m.in. łagodzi nadmierną odpowiedź kory nadnerczy na stres, wyrażającą się wzmożoną sekrecją kortyzolu, która zwiększa prawdopodobieństwo recydywy w sytuacjach stresowych. Podawanie metadonu zmniejsza częstość nawrotów, ułatwia terapię behawioralną i umożliwia pacjentom skoncentrowanie się na sprawach życiowych, na pracy i jej utrzymaniu. Kontrolowane podawanie metadonu osobom uzależnionym od opiatów ma na celu odizolowanie ich od przestępczego kręgu, związanego ze zdobywaniem na czarnym rynku kosztownych narkotyków oraz stworzenie warunków umożliwiających normalne życie, z dala od środowiska narkomanów. Pozwala również uniknąć, wcale nierzadkich, przypadków śmiertelnego przedawkowania kupowanych na ulicy środków odurzających o nieznannej zawartości opiatów i substancji toksycznych, powstających w toku prymitywnego procesu technologicznego (Weinrich i Stuart, 2000).

Metadon należy do II grupy substancji pozostających pod kontrolą i może być stosowany jedynie w programach gwarantujących systematyczne monitorowanie moczu pacjentów (kontrola abstynencji) oraz prawidłowe dawkowanie. Na ogół terapię rozpoczyna się od dawki 20–30 mg i stopniowo zwiększa ją o 5–10 mg, aż do osiągnięcia dawki dobowej 60–100 mg. Wyższe dawki powodują pełną supresję pragnienia przyjmowania opiatów i eliminują potrzebę ich dobierania. Kuracja trwa od 6 miesięcy do 3 lat, a niekiedy nawet dłużej. Niektórzy pozostają na podtrzymujących dawkach metadonu przez całe życie. Nawroty występują głównie u pacjentów, którzy przerywają leczenie po dwóch latach lub wcześniej. Poważną wadą metadonu są jednak wspomniane już właściwości uzależniające, które zdaniem przeciwników jego stosowania zupełnie go dyskwalifikują. Uważają oni, że zastępowanie jednej substancji uzależniającej (heroina, morfina) inną (metadon) jest pozbawione sensu, zwłaszcza że stosunkowo rzadko udaje się tą metodą osiągnąć całkowite wyleczenie z nałogu. Pozostaje więc alternatywa: zostawić osoby uzależnione bez pomocy, w środowisku olbrzymiego zagrożenia infekcją wirusem HIV lub próbować pomóc

im przez włączenie do programów metadonowych, minimalizujących szkody wynikłe z niekontrolowanego przyjmowania narkotyków, które dotyczą nie tylko uzależnionych, ale i otoczenie. Największe osiągnięcia w terapii metadonowej mają *Beth Israel Medical Center* oraz *Mount Sinai Hospital* w Nowym Jorku, które od kilkunastu lat prowadzą programy terapeutyczne o bardzo dużym zasięgu. Ich doświadczenia przemawiają za jak najszerszym stosowaniem terapii metadonowej. W Polsce od 1992 roku metadon stosowano w programach eksperymentalnych, a od 1997 roku leczenie substytucyjne jest prawnie dopuszczoną na terenie całego kraju metodą leczenia osób uzależnionych od opiatów.

Projektowanie i synteza narkotyków zmodyfikowanych w nielegalnych laboratoriach trwają nieprzerwanie i dlatego na czarny rynek stale trafiają nowe niebezpieczne środki psychoaktywne. Oprócz narkotyków amfetaminopodobnych i opiatopodobnych należy jeszcze wymienić narkotyki zmodyfikowane o działaniu halucynogennym (Meatherall i Sharma, 2003), pochodne piperazyny, pirolidyny i benzimidazolu (Szukalski, 2005a), narkotyki zmodyfikowane zawierające siarkę (Szukalski, Błachut i Bykas-Strękowska, 2006) oraz analogi strukturalne kwasu γ -hydroksymasłowego (Szukalski, 2005b). Ich rozpowszechnienie w Polsce jest na razie niewielkie, ale trzeba się liczyć w przyszłości z próbami nielegalnej syntezy oraz przemytu z innych krajów (De Boer i inni, 2001; Wikstrom, Holmgren i Ahlner, 2004).

NARKOTYKI WYKORZYSTYWANE W CELACH PRZESTĘPCZYCH

W ostatnich latach pojawiło się nowe zagrożenie związane ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Są nim narkotyki odznaczające się szczególnymi, bardzo niebezpiecznymi właściwościami, pozwalającymi wykorzystywać je w celach przestępczych, głównie w celu dokonywania gwałtu, ale także kradzieży i innych przestępstw (Hurley, Parker i Wells, 2006). Stosowanie różnych substancji, w tym leków i narkotyków, z zamiarem wywołania zmiany zachowania i osiągnięcia celów przestępczych, nie jest zjawiskiem nowym. W piśmiennictwie można znaleźć liczne przykłady podawania innym osobom leków w celu osiągnięcia celów osobistych – rabunku czyjejs własności lub dokonania gwałtu. Cele tych działań nie uległy zmianie, wzbogaciły się natomiast środki stosowane do ich osiągnięcia: liczba, rodzaje, efekty i dostępność leków oraz środków psychoaktywnych. Ze względu na skutki, ich nieodwracalny charakter i szczególnie cynizm przestępców najbardziej niebezpieczne jest wykorzystywanie środków psychoaktywnych w celu dokonania gwałtu (Wells, 2006).

Narkotyk ułatwiający dokonanie gwałtu jest to środek, który przyjęty świadomie lub nieświadomie przez ofiarę staje się przyczyną stosunku seksualnego z ofiarą bez jej zgody. Jest to więc gwałt ułatwiony przez użycie narkotyku, który wywołuje stan przypominający narkozę, czyniący ofiarę bezbronną, bezradną i niezdolną do przeciwdziałania seksualnej aktywności napastnika. To, czy ofiara przyjęła narkotyk nieświadomie czy świadomie w tzw. „celach rekreacyjnych”, nie ma znaczenia, istotne jest bowiem, że do stosunku doszło w stanie uniemożliwiającym jej zaprotestowanie (lub wyrażenie akceptacji).

Do narkotyków stosowanych w celu dokonania gwałtu należą m.in.: kwas γ -hydroksymasłowy (GHB), flunitrazepam (Rohypnol), klonazepam, ketamina i skopolamina. Kwas γ -hydroksymasłowy jest hydroksypochodną kwasu tłuszczowego o krótkim łańcuchu, występującą w różnych strukturach ludzkiego mózgu w stężeniach od 2–20 nmoli/g tkanki, gdzie spełnia prawdopodobnie rolę neuroprzebieźnika lub neuromodulatora. Wywołuje oszołomienie oraz amnezję i dlatego jest wykorzystywany jako środek ułatwiający dokonanie gwałtu. Osoba, której podano GHB, budzi się zwykle w nieznanym miejscu, niekompletnie ubrana, z niejasną świadomością uczestniczenia w akcie seksualnym, ale bez możliwości przypomnienia sobie czegokolwiek. W USA Agencja ds. Żywności i Leków (*Food and Drug Administration*, FDA) podjęła 13 marca 2000 roku decyzję o zaliczeniu GHB do pierwszej grupy związków objętych kontrolą, co oznacza zakaz jego przepisywania, syntezy i sprzedaży. Producenci narkotyków podjęli wówczas próby ominięcia zakazów, wynikających z tej kontroli, wprowadzając na rynek, zamiast GHB, niepodlegający kontroli lakton tego kwasu (GBL) oraz 1,4-butandiol (BDO), które w organizmie przekształcają się w GHB. Później pojawił się na rynku kwas γ -hydroksywalerianowy (GHV), wywołujący takie same efekty jak GHB, a także jego lakton (GVL), który w organizmie przekształca się w GHV (Carter i inni, 2005). Ostatnio pojawiły się dwa nowe narkotyki zmodyfikowane, które wprowadzone do organizmu przekształcają się w GHB i stają się psychoaktywne: ester metylowy kwasu 4-acetoksymasłowego (MAB) oraz 1,4-diacetylobutandiol (DABD).

Flunitrazepam (Rohypnol) – związek z grupy benzodiazepin, wykazuje działanie uspokajające 10 razy silniejsze niż diazepam, a ponadto nasenne, anksjolityczne, zwiotczające mięśnie i przeciwdrgawkowe, jednak efekt nasenny zdecydowanie dominuje nad innymi kierunkami działania (Olishima, 2006). W 1996 roku zanotowano w USA ponad 3000 udokumentowanych przypadków przestępczego stosowania flunitrazepamu. W tym samym roku zakazano wypisywania tej benzodiazepiny oraz jej importu i sprzedaży. Jednakże duże ilości flunitrazepamu są przemycane do USA, głównie z Meksyku, i sprzedawane nielegalnie pod różnymi nazwami ulicznymi. Ponieważ w większości krajów Europy Zachodniej flunitrazepam pozostaje nadal dostępny na recepty, koncern Hoffmann–La Roche produkuje go obecnie w formie zabarwiającej roztwór na łatwo dostrzegalny kolor niebieski.

Etamina, analog strukturalny fencyklidyny, oprócz działania przeciwbólowego wywołuje stan oszołomienia i paraliż reakcji obronnych oraz obniża wrażliwość na to, co dzieje się w otoczeniu. Powoduje również amnezję.

W piśmiennictwie anglojęzycznym narkotyki wykorzystywane w celach przestępczych określa się terminami *drugs facilitated sexual assault* (DFSA) lub *date-rape drugs*, które nie mają dotąd ogólnie akceptowanych polskich odpowiedników, jeśli nie liczyć takich terminów – jak „pigułka gwałtu”, „tabletki niepamięci”, „narkotyk na randkę z gwałtem” czy „środek na gwałt towarzyski” – używanych z upodobaniem przez dziennikarzy. Dlatego na uwagę i akceptację zasługują terminy proponowane przez prof. Vetulaniego: „obezwładniacze” i „środki zniewalające” (Vetulani, 2006). Narkotyki te nie mają wyraźnego zapachu i smaku, są bezbarwne i rozpuszczalne w wodzie, mogą więc być dodawane do napojów i drinków bez wiedzy i wzbudzania podejrzeń potencjalnych ofiar przestępstwa. Wywołują oszołomienie, dezorientację

senność oraz stan określany jako abulia, czyli niezdolność do podejmowania decyzji i działania, a więc również reakcji obronnych. Łatwo wtedy narzucić ofercie swoją wolę i doprowadzić do tzw. przestępstwa z namowy. Kolejnym efektem narkotyków tej grupy jest obojętność i brak reakcji na to, co dzieje się w otoczeniu. Stan taki w połączeniu z abulią psychiatrzy nazywają zespołem apatyczno-abulicznym. Bardzo niebezpiecznym skutkiem przyjmowania związków z grupy *date-rape drugs* jest amnezja następcza, czyli całkowita niepamięć zdarzeń po przyjęciu narkotyku. Utrudnia ona, a często nawet uniemożliwia, identyfikację i ukaranie sprawców przestępstwa.

Wypicie przez kobietę napoju zawierającego narkotyk sprawia, że traci ona kontrolę nad tym co robi, a często zupełnie traci świadomość i odzyskuje ją dopiero po kilku godzinach, gdy na jakiegokolwiek przeciwdziałanie jest już za późno. Po przebudzeniu może zdawać sobie sprawę, że stała się ofiarą gwałtu, ale równie dobrze może w ogóle nie pamiętać co się zdarzyło. Zanim skontaktuje się z policją upływa zwykle kilkanaście godzin, a wtedy w jej organizmie nie ma już narkotyku, bo uległ zmetabolizowaniu i wydaleniu. Nie jest również możliwe odnalezienie i zabezpieczenie naczynia, w którym podano narkotyk.

W Stanach Zjednoczonych skala zjawiska i stopień zagrożeń, związanych z przestępczym stosowaniem narkotyków okazały się na tyle poważne, że wydano specjalny akt prawny *Drug Induced Rape Prevention and Punishment Act*, który stanowi, że podawanie komukolwiek, bez jego wiedzy, środków kontrolowanych prawnie, a więc niedozwolonych, jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 20.

Zagranicą na dyskotekach i w niektórych lokalach kufle, szklanki i kieliszki stawia się na specjalnych podkładkach, które pod wpływem napoju zawierającego GHB, GHV lub ketaminę zmieniają barwę na niebieską. Jednakże napoje lub drinki o intensywnym zabarwieniu (np. czerwone wino, coca cola), maskują tę zmianę barwy. Ponadto często się zdarza, że mimo obecności narkotyku zmiana barwy następuje z dużym opóźnieniem lub nie następuje wcale. Trudno więc uznać tę metodę za niezawodną.

Najlepszym zabezpieczeniem jest pamiętanie o istnieniu narkotyków wykorzystywanych w celach przestępczych oraz o ich niebezpiecznych właściwościach i zachowywanie ostrożności. Na przykład w przypadkowym, mało znanym towarzystwie nie należy pić drinków i napojów, jeśli nie byliśmy świadkami ich przygotowania, przyjmować ich od nieznanomych osób, pić z butelki, którą ktoś wcześniej otworzył, a odchodząc od stolika na parkiet lub do toalety – należy wypić do końca zawartość szklanki i kieliszka. Niespodziewana senność lub uczucie oszołomienia powinny być sygnałem do natychmiastowego szukania towarzystwa większej grupy osób lub pomocy lekarskiej.

NARKOTYKI „REKREACYJNE”, „KLUBOWE” I „IMPRESOWE”

Środki psychoaktywne stosowane w celu poprawieniu samopoczucia i wywołania stanów oszołomienia przez uczestników różnego rodzaju spotkań towarzyskich, imprez klubowych, całonocnych zabaw tanecznych, dyskotek itp. są często, w zależności od charakteru imprezy, nazywane eufemistycznie narkotykami „rekreacyjnymi” (*recreational drugs*), „klubowymi” (*club drugs*) lub „imprezowymi” (*party drugs*).

Terminy te najczęściej odnoszą się do 3,4-metylenodioksymetamfetaminy, kwasu γ -hydroksymasłowego, flunitrazepamu, ketaminy, metamfetaminy, a niekiedy również LSD, kokainy i PMA.

Wprowadzają one w błąd potencjalnych nabywców i konsumentów, sugerując, że chodzi o nieszkodliwe lub mało szkodliwe substancje, sprzyjające wypoczynkowi i regeneracji sił, podczas gdy w rzeczywistości mamy do czynienia ze związkami o wysokiej toksyczności ogólnej, wywierającymi w dodatku wybiórcze, destrukcyjne działanie na subtelnej sferę ludzkiej psychiki. Nazwy te powstają zwykle w wyniku niedopuszczalnych skrótów myślowych, które z groźnych narkotyków, rozprowadzanych nielegalnie w klubach i na różnych imprezach, robią „narkotyki klubowe”, „imprezowe” lub „rekreacyjne”. Tymczasem nie istnieją „rekreacyjne” narkotyki, podobnie jak nie istnieją „rekreacyjne” trucizny, bo groźne dla zdrowia i życia właściwości związków, które zadecydowały o zaliczeniu ich do grupy narkotyków, wykluczają działania rekreacyjne.

BIBLIOGRAFIA

- Carter, L. P., Chen, W., Wu, H., Mehta, A. H., Hernandez, J., Maharaj, H., Coop, A., Koek, W. i France, C. P.** (2005). Comparison of the behavioral effects of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and its N-methyl-substituted analog, gamma-hydroxyvaleric acid (GHV). *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 91-99.
- Dackis, C. A. i O'Brien, C. P.** (2001). Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 111-117.
- De Boer, D., Bosman, J. J., Hidvegi, E., Manzoni, C., Benko, A. A., dos Reys, J. A. i Maes, R. A.** (2001). Piperazine-like compounds: a new group of designer drugs-of-abuse on the European market. *Forensic Science International*, 121, 47-56.
- Degenhardt, L. i Hall, W.** (2002). Cannabis and Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 4, 191-196.
- Fergusson, D. M. i Boden, J. M.** (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103, 969-976.
- Fasano, A., Barra, A., Nicosia, P., Rinaldi, F., Bria, P., Bentivoglio, A. i Tonioni, F.** (2008). Cocaine addiction: From habit to stereotypical-repetitive behaviors and punning. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 178-182.
- Główka, F. K.** (2005). Talidomid – wczoraj tragedia a nadzieja chorych dzisiaj? *Farmacja Polska*, 61, 184-190.
- Goldstein, R. Z., Woicik, P. A., Lukasik, T., Maloney, T. i Volkow, N. D.** (2007). Drug fluency: A potential marker for cocaine use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 97-101.
- Heinz, A. J., Epstein, D. H., Schroeder, J. R., Singleton, E. G., Heishman, S. J. i Preston, K.** (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: Measurement validation and potential relationships. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 355-364.
- Henderson, G. L.** (1988). Designer Drugs: past history and future prospects. *Journal of Forensic Science*, 33, 569-573.

- Hurley, M., Parker, H. i Wells, D. L. (2006). The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 181-185.
- Jensen, K. L. (2000). A Review of Nonmedical Use of Ketamine: Use, Users and Consequences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 419-433.
- Jensen, L. R. (2001). The Nonmedical Use of Ketamine. Part Two: A Review of Problem Use and Dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 151-158.
- Kalant, H. (2001). The pharmacology and toxicology of „ecstasy” (MDMA) and related drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 917-928.
- Kreek, M. J. (2000). Methadon related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: history, recent molecular and neurochemical research and the future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909, 186-193.
- Kuhlman, J. J., McCaulley, R., Valouch, T. J. i Behonick, G. S. (2003). Fentanyl Use, Misuse and Abuse: A Summary of 23 Postmortem Cases. *Journal of Analytical Toxicology*, 27, 499-504.
- Meatherall, R. i Sharma, P. (2003). Foxy, a Designer Tryptamine Hallucinogen. *Journal of Analytical Toxicology*, 35, 313-317.
- Mozayani, A. (2003). Phencyclidine – Effects on Human Performance and Behavior. *Forensic Science Review*, 15, 62-74.
- Olishima, T. (2006). A case of drug-facilitated sexual assault by the use of flunitrazepam. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 44-45.
- Parrot, A. C. (2004). MDMA (3,4-Metylenedioxymetamphetamine) or Ecstasy: The Neuropsychobiological Implications of Taking It at Dances and Raves. *Neuropsychobiology*, 50, 329-335.
- Pertwee, R. G. (2004). Navel Pharmacological Targets for Cannabinoids. *Current Neuropharmacology*, 2, 9-29.
- Pillai, M. i Paul, S. (2006). Facilities for complainants of sexual assault throughout the United Kingdom. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 164-167.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Szukalski, B. (2005a). Pochodne piperazyny, piroolidyny, benzimidazolu i tryptaminy – nowe narkotyki zmodyfikowane. *Problemy Kryminalistyki*, 249, 9-15.
- Szukalski, B. (2005b). Kwas γ -hydroksymasłowy i jego analogi strukturalne. *Problemy Kryminalistyki*, 247, 10-18.
- Szukalski, B., Błachut, D. i Bykas-Strękowska, M. (2006). Narkotyki zmodyfikowane zawierające siarkę. *Problemy Kryminalistyki*, 251, 5-12.
- Vandrey, R., Budney, A. J., Kamon, J. L. i Stanger, C. (2005). Cannabis withdrawal in adolescent treatment seekers. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 205-210.
- Vetulani, J. (2006). Narkotyki bez dydaktyki. *Polityka - dodatek do numeru 37*.
- Weinrich, M. i Stuart, M. (2000). Provision of Methadon Treatment in Primary Care Medical Practices. *The Journal of the American Medical Association*, 283, 1343-1348.
- Wells, D. L. (2006). Sexual assault practice: Myths and mistakes. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 189-193.
- Wieniawski, W. (2005). Aktualne koncepcje w poszukiwaniu nowych leków – nowe tendencje i nieodłączne trudności. *Farmacja Polska*, 61, 987-1009.
- Wikstrom, M., Holmgren, P. i Ahlner, J. (2004). A2 (N-Benzylpiperazine) a New Drug of Abuse in Sweden. *Journal of Analytical Toxicology*, 28, 67-70.

Rozdział 4

Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych

Helena Baran-Furga

Karina Steinbarth-Chmielewska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

UZALEŻNIENIE W KONTEKŚCIE MIĘDZYNARODOWYCH KLASYFIKACJI CHORÓB: ICD-10 I DSM-IV

Uzależnienia dopiero w XIX wieku znalazły swoją lokację wśród chorób. W obiegowych opiniach zachowania osób uzależnionych traktowano w kategoriach chuligaństwa, braku woli, grzechu, niemoralności. W dzisiejszych czasach kwalifikacja medyczna uzależnienia znajduje odbicie w różnych podziałach zaburzeń psychicznych.

Mimo ogromnego postępu neurobiologii w drugiej połowie XX wieku, etiopatogeneza większości zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień, nie jest w pełni poznana. Dlatego też podstawowe podziały zaburzeń psychicznych opierają się na symptomatologicznych opisach zespołów chorobowych. W przypadku uzależnień symptomatologia wynika z działania substancji psychoaktywnych. Warunkiem powstania uzależnienia jest połączenie dwóch składowych: człowieka i substancji psychoaktywnej. W tym rozumieniu patologiczny hazard nie jest uzależnieniem; zarówno w ICD-10¹, jak i DSM-IV² jest zaliczany do grupy zaburzeń nawyków i popędów.

Uzależnienia są dziedziną psychiatrii i w ICD-10 są opisane w rozdziale pt. *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych* (od F-10 do F-19). Uzależnienie, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne, prowadzi do „utrąty zdolności skutecznego regulowania przez organizm swych stosunków wewnętrznych i wymiany ze środowiskiem oraz utraty równowagi wewnętrznej lub/i adaptacji do środowiska”³. Uzależnienie jest przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego, która przebiega pod postacią remisji i nawrotów często doprowadzając do niepełnosprawności.

W klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV zespół uzależnienia jest zdefiniowany jako „kompleks zjawisk fizjologicznych, poznawczych, behawioralnych wśród których dominuje przyjmowanie substancji psychoaktywnych nad innymi zachowaniami”. Definicja ta w bardzo ogólnych, ale fundamentalnych kategoriach opisuje powstałe zaburzenia przewlekłego przyjmowania substancji psychoaktywnych. Poprzednie definicje posługując się takimi określeniami jak „głód psychiczny”, „objawy abstynencyjne”, „tolerancja”, „uzależnienie fizyczne czy psychiczne” przybliżyły opis ze-

1 ICD-10 *International Classification of Diseases*, World Health Organization

2 DSM-IV *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*, American Psychiatric Association

3 Encyklopedia Zdrowia PWN, 2001 – J. Wciórka

społu, ale nie odzwierciedlały nasilenia patologii. Starsze definicje kładły nacisk na objawy somatyczne zespołu uzależnienia, bieżące akcentują deficyty w funkcjonowaniu człowieka jako jednostki, członka rodziny i społeczeństwa.

Zespół uzależnienia może powstać w wyniku okresowego, regularnego przyjmowania poniżej wymienionych substancji psychoaktywnych (jednej lub kilku).

ICD-10	DSM-IV
Alkohol	Alkohol
Opiaty	Amfetaminy
Kanabinoles	Kofeina
Kokaina	Kokaina
Inne środki stymulujące	Halucynogeny
Halucynogeny	Inhalanty
Tytoń	Nikotyna
Lotne rozpuszczalniki	Opioidy
Kilka substancji	Fencyklidyna
lub inne	Subst. uspokajające, nasenne, anksjolityki
	Inne (np. sterydy)
	Używanie wielu subst.

W części dotyczącej uzależnień występują nieliczne rozbieżności pomiędzy klasyfikacjami ICD-10 a DSM-IV. Na przykład grupy takich leków jak sterydy, hormony, anksjolityki, nienarkotyczne leki przeciwbólowe, leki przeciwdepresyjne w DSM-IV są traktowane jako powodujące uzależnienie, w ICD-10 – jako nie powodujące uzależnienia. Podobnie jest w przypadku kofeiny: w ICD-10 używanie kofeiny może prowadzić do powstania zespołu uzależnienia, zaś w DSM-IV objawy spowodowane przewlekłym przyjmowaniem kofeiny nie spełniają wszystkich kryteriów uzależnienia. Klasyfikacje chorób mają charakter użytkowy, służą do wypracowania „wspólnego języka profesjonalistów”, do oceny epidemiologicznej i opierają się na dotychczasowej wiedzy (często niewiedzy).

OBJAWY ZESPOŁU UZALEŻNIENIA

Zespół kliniczny uzależnienia opisuje zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka w zakresie procesów poznawczych, zachowań i reakcji fizjologicznych. Ekspresja objawów w wyżej wymienionych obszarach jest zmienna i zależna od wielu czynników.

Do najważniejszych czynników modelujących uzależnienie zalicza się: cechy osobowości, stan somatyczny, czynniki środowiskowe oraz rodzaj i ilość substancji psychoaktywnej, a także czas jej przyjmowania. Klarowne kryteria opisujące uzależnienie nie są wystarczające do uniknięcia sporów wśród profesjonalistów dotyczących rozpoznania. Zarówno DSM-IV, jak i ICD-10 odwołują się do używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku. Dla psychoterapeutów pracujących z osobami uzależnionymi rozpoznanie uzależnienia jest „raz na zawsze”, nielimitowane w czasie.

W zaburzeniach psychicznych kontekst stawiania diagnozy, oczekiwanie danego rozpoznania i uwarunkowania kulturowe zawsze będą różnicowały oceny, np. WHO ustaliła dawki alkoholu dla których istnieje minimalne prawdopodobieństwo szkód zdrowotnych i możliwości powstania uzależnienia: dla kobiet 20 g, a dla mężczyzn 40 g dziennie, nie częściej niż 5 x w tygodniu. W kulturze śródziemnomorskiej ten model picia traktowany jest jako norma żywieniowa, a w Polsce jako nadużywanie i czynnik zagrożenia uzależnieniem.

Obraz symptomatologiczny uzależnienia na przestrzeni czasu ulega przeobrażeniom. Do powyżej wymienionych czynników modelujących uzależnienie należy dołączyć współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych. Dane epidemiologiczne od bardzo wielu lat wykazują, że nawet u 60% uzależnionych współwystępują inne zaburzenia psychiczne, m.in. zespoły: depresyjne i lękowe, obsesyjne, psychotyczne, nadpobudliwości ruchowej i swoiste zaburzenia osobowości. Te zaburzenia z upływem czasu również zmieniają swój obraz psychopatologiczny i modyfikują przebieg uzależnienia.

Do kryteriów diagnostycznych uzależnienia wg ICD-10 zaliczane są następujące objawy i zachowania:

- silne pragnie przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania,
- trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji – rozpoczęcia jej przyjmowania, zakończenia lub ilości,
- fizjologiczne objawy odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych,
- stwierdzenie tolerancji,
- narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania,
- przyjmowanie substancji mimo dowodów i wiedzy o jej szkodliwych następstwach somatycznych, psychicznych i społecznych.

Stwierdzenie występowania trzech lub więcej wyżej wymienionych objawów pozwala na postawienie rozpoznania uzależnienia. Objawy te muszą występować łącznie przez pewien czas w ciągu ostatniego roku. Nie określono jak długi ma być „pewien czas” – ocenę pozostawiono diagnoście.

Silne pragnienie, poczucie przymusu przyjęcia substancji psychoaktywnej, nazywane głodem psychicznym, mieści się w kręgu zaburzeń funkcji poznawczych, emocjonalnych i motywacyjnych. Głód psychiczny jest uważany za podstawowy objaw uzależnienia, za siłę „napędową” rozwoju i trwania uzależnienia. Poczucie przymusu jest porównywane do myśli natrętnych (charakteryzują się one uporczywością występowania i powracania). Myślom tym towarzyszy dyskomfort psychiczny, fizyczny. Często jest odczuwany niepokój psychoruchowy z objawami pobudzenia układu wegetatywnego. Przygnębienie, smutek, drażliwość, złość z reguły towarzyszą głodowi psychicznemu narkotyku.

Nasilenie myśli natrętnych ma miejsce zarówno w okresach abstynencji (szczególnie w pierwszych 3 miesiącach), jak i niedoboru narkotyku, i może prowadzić

do zachowań kompulsywnych, czyli do przyjęcia narkotyku. Występowanie myśli natrętnych, głodu psychicznego upośledza inne funkcje poznawcze, np. uwagę, koncentrację, uczenie się, rozumienie oraz wpływa na zachowanie.

Upośledzenie kontroli przyjmowania substancji psychoaktywnej dotyczy trzech aspektów tego procesu: rozpoczęcia, zakończenia i/lub ilości substancji psychoaktywnej. Głód psychiczny substancji psychoaktywnej inicjuje proces jej przyjęcia, zaś utrata kontroli podtrzymuje proces aktywnego używania substancji, tzw. „ciąg”. Pacjent przyjmujący narkotyk codziennie, choć deklaruje zakończenie przyjmowania w dniu jutrzejszym, to zazwyczaj nie jest w stanie sprostać tym deklaracjom (utrata kontroli nad zakończeniem przyjmowania narkotyku). Pacjent w okresie abstynencji przyrzeka sobie, że weźmie narkotyk tylko jeden raz i zazwyczaj rozpoczyna codzienne jego używanie (utrata kontroli nad rozpoczęciem i zakończeniem).

Osoba uzależniona zazwyczaj ma trudności w postawieniu sobie granicy co do ilości przyjmowanej substancji psychoaktywnej, np. alkoholik wypija cały dostępny mu alkohol; kokainista zużywa cały swój zapas kokainy, nie potrafi odłożyć narkotyku na później. Upośledzenie kontroli nad ilością przyjmowanej substancji psychoaktywnej jest objawem częściej spotykanym u osób uzależnionych od alkoholu, kokainy, leków uspokajających i nasennych, rzadziej – u uzależnionych od opioidów, nikotyny, kanabinoli, amfetaminy, lotnych rozpuszczalników.

Rozwój tolerancji. Regularne przyjmowanie narkotyków „wymusza” przystosowywanie się organizmu do coraz to zmieniających się warunków: odbywa się to w drodze rozwoju tolerancji, która pozwala na utrzymanie „równowagi neuroprzekaznikowej mózgu”. Z kolei odstawienie lub zmniejszenie ilości narkotyków ponownie „zmienia” tę równowagę, co wyraża się w występowaniu objawów abstynencyjnych. Ustępowanie tych objawów świadczy o powracaniu równowagi. Tolerancja, czyli zmniejszenie się wrażliwości określonych struktur receptorów mózgowych, powoduje słabnięcie odpowiedzi na kolejne dawki substancji psychoaktywnej. Efektem tolerancji jest przyjmowanie coraz większych dawek substancji w celu uzyskania oczekiwanego efektu działania narkotyku, np. po miesięcznym okresie palenia 125 mg brązowej heroiny nie odczuwa się jej euforycznego działania, aby zapobiec temu zjawisku należy zwiększyć dawkę heroiny.

Występowanie zespołu abstynencyjnego i tolerancji jest wyrazem neuroadaptacji centralnego układu nerwowego. Te objawy w definicji uzależnienia określane są jako „zaburzenie zjawisk fizjologicznych”. Zespół abstynencyjny i tolerancja są to „przeciwnie sobie procesy”, ale nierozzerwalne: nie ma objawów zespołu abstynencyjnego bez rozwoju tolerancji. Zjawiska te powstają w wyniku regularnego przyjmowania substancji psychoaktywnych, świadczą o uzależnieniu fizycznym. Niekiedy objawy zespołu abstynencyjnego są słabo nasilone, np. kilkanaście lat temu uważano, że w uzależnieniu od konopi nie występuje zespół abstynencyjny. Kolejne lata obserwacji i poznawania mechanizmów neurobiologicznych dowiodły jego istnienia, a ponadto uważa się, że jego przebieg (długi w czasie, nękający) jest jednym z czynników utrudniających przerwanie ciągu przyjmowania konopi. Mechanizmy powstawania tolerancji i zespołu abstynencyjnego nie są do końca poznane.

Powstawanie zjawiska tolerancji jest określone m.in. przez dawki, czas i regularność przyjmowania substancji psychoaktywnej. Rozwój tolerancji wyznacza granice

„osobniczego bezpieczeństwa” przyjmowania określonej dla danej osoby wielkości dawki narkotyku. Każde zwiększenie poza granice „osobniczego bezpieczeństwa” poziomu narkotyku w płynach, tkankach ustrojowych może spowodować stan zatrucia. Wystąpienie objawów zatrucia może być zależne nie tylko od wielkości przyjętej dawki narkotyku, ale także od jego metabolizmu i ogólnego stanu psychofizycznego organizmu.

Rozwój tolerancji zazwyczaj nie jest równomierny w zakresie działania substancji psychoaktywnej i tak np. w krótkim czasie rozwija się tolerancja na działanie euforyczne i anorektyczne amfetaminy, znacznie wolniej na jej działanie podnoszące ciśnienie krwi czy powodujące pobudzenie; w zakresie działania psychotycznego praktycznie tolerancja się nie rozwija. Zjawisko tolerancji jest odwracalne. Po odstawieniu substancji psychoaktywnej następuje spadek tolerancji. Pacjenci, którzy przebyli leczenie detoksykacyjne i powracają do substancji psychoaktywnych w dawkach sprzed leczenia, zazwyczaj ulegają zatruciu (następuje przedawkowanie). Po okresie abstynencji u osób uzależnionych ponowny powrót do przyjmowania narkotyku powoduje znacznie szybszy rozwój tolerancji, niż miało to miejsce w początkowym okresie uzależnienia.

Tolerancja w stosunku do jednej substancji psychoaktywnej może powodować tolerancję do innej substancji. Zjawisko to jest określane jako tolerancja krzyżowa. Na przykład alkohol i leki uspokajające z grupy benzodwazepin wykazują tolerancję krzyżową.

Zespół abstynencyjny, często nazywany też odstawiennym, charakteryzuje się występowaniem grupy objawów psychicznych i somatycznych specyficznych dla danej substancji. Pojawia się on jako wyraz niedoboru przyjmowanego dotychczas narkotyku, który może być spowodowany odstawieniem lub zmniejszeniem dawki, jednoczesnym przyjmowaniem leku, który przyspiesza metabolizm narkotyku lub działa antagonistycznie do receptorów, w stosunku do których rozwinęła się tolerancja. Występowanie pierwszych objawów abstynencyjnych, często nazywanych objawami zwiastunowymi, jest zależne od okresu biologicznego półtrwania narkotyku. W przypadku heroiny objawy zwiastunowe mogą wystąpić po 5–6 godzinach od przyjęcia ostatniej dawki, w przypadku metadonu – po 24–36 godzinach, a nikotyny – po 30–45 minutach. Oczywiście, ten czas określi wzorec przyjmowania narkotyku w kwestii częstości zażywania poszczególnych dawek i dlatego zazwyczaj w ciągu doby heroinę zażywa się 3–4 razy, metadon – raz, nikotynę – 20–25 razy.

Obraz kliniczny zespołu abstynencyjnego jest zmienny w czasie i w nasileniu poszczególnych objawów.

Przebieg zespołu abstynencyjnego zależy od takich czynników jak:

- rodzaj przyjmowanego narkotyku,
- długość ostatniego ciągu,
- wielkość dawki,
- osobnicza reakcja na odstawienie narkotyków,
- stan psychiczny i fizyczny,
- sposób leczenia,
- doświadczenia w chorobie,
- odstawienie narkotyku dobrowolne czy pod przymusem.

W zależności od czynnika powodującego zespół abstynencyjny może on rozwijać się bardzo gwałtownie, np. po zastosowaniu antagonisty receptorów opioidowych lub powoli przy fizjologicznym wydalaniu narkotyku. Po osiągnięciu szczytowego nasilenia objawów, które jest różne w czasie dla różnych substancji psychoaktywnych, dochodzi do ustępowania poszczególnych objawów. Objawy abstynencyjne ustępują nierównomiernie, zazwyczaj w takiej kolejności jak narastały.

Nasilenie objawów zespołu abstynencyjnego zależy od wielkości dobowej dawki przyjmowanej w okresie ostatnich 3–4 tygodni; tylko nieznacznie związane jest z czasem trwania ciągu.

Zespół abstynencyjny, który powstał w przebiegu odstawienia dwóch lub kilku substancji psychoaktywnych ma niespecyficzny przebieg kliniczny, rzadko bywa wypadkową „nakładających się lub przeciwstawnych” objawów. I tak np. u pacjentów przyjmujących amfetaminę z heroiną w pierwszych dniach abstynencji może dominować nadmierna senność (charakterystyczny objaw dla amfetaminowego zespołu abstynencyjnego), a nie rozdrażnienie, głód psychiczny heroiny, bezsenność (charakterystyczne objawy dla zespołu opioidowego).

Poszczególne substancje psychoaktywne powodują wystąpienie zespołu abstynencyjnego o charakterystycznym przebiegu, dynamice, objawach i powikłaniach. Na objawy abstynencyjne osoby uzależnione reagują odmiennie, niemniej zazwyczaj objawy te są źle tolerowane, towarzyszy im znaczny dyskomfort, poczucie krzywdy i cierpienia. Natomiast pacjenci, u których doszło do jatrogennej neuroadaptacji (nie spełniają oni kryteriów uzależnienia) stosunkowo łatwo znoszą objawy zespołu abstynencyjnego.

Zaburzenia behawioralne – kontekst społeczny. U osób uzależnionych od nikotyny, kofeiny zmiany behawioralne nie powodują zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym. Spowodowane jest to właściwościami farmakologicznymi tych substancji, ich dostępnością, ceną. W przypadku uzależnienia od pozostałych substancji psychoaktywnych zaburzenia behawioralne w kontekście społecznym dominują w obrazie choroby.

Zmiany zachowania, stylu życia osób uzależnionych sprowadzają się do ich podległości w stosunku do nadrzędnego celu, jakim jest osiągnięcie przyjemności związanej z przyjęciem substancji psychoaktywnej, często przyjmowanej w tajemnicy przed osobami „nie biorącymi”. Ta sytuacja powoduje dość płynne wycofywanie się z dotychczasowych aktywności na rzecz aktywności związanych z kupowaniem, handlowaniem, produkowaniem, zdobywaniem pieniędzy. Myślą nadwartościową staje się zabezpieczenie przed wystąpieniem dyskomfortu psychicznego i fizycznego spowodowanego brakiem substancji psychoaktywnej.

Wyształcenie, pozycja społeczna, zainteresowania w niewielkim zakresie wpływają na model funkcjonowania osoby uzależnionej. Często łamane są dotychczasowe normy społeczne (kradzieże, prostytutka), osobiste (zaniedbania higieniczne i zdrowotne), moralne (kłamstwa, brak troski o rodzinę). Narastające ograniczenie zainteresowań, zaniedbywanie pracy, rodziny, przyjaciół owocują stopniową zmianą stylu życia, np. kontaktowanie się głównie z grupą związaną z narkotykami, stereotypowość myślenia i działania. Coraz większą ilość czasu i energii poświęca się na zdobywanie, przyjmowanie narkotyku i „trwanie” w stanie odurzenia.

Każda z osób uzależnionych wytwarza charakterystyczny dla siebie wzorzec przyjmowania narkotyków, który jest wypadkową właściwości farmakologicznych substancji psychoaktywnej, osobowości użytkownika i realiów życiowych. W okresie uzależnienia praktycznie dochodzi do „wyboru” preferowanej substancji psychoaktywnej. (Omówienie wieloprzyczynowości takiego wyboru przekracza ramy tego rozdziału.) Właściwości farmakologiczne danej substancji określają częstotliwość jej przyjmowania, np. papierosa pali się co 40–50 minut, ponieważ w tym czasie dochodzi do obniżenia poziomu nikotyny w organizmie i występują pierwsze objawy abstynencyjne. Osoby pracujące zawodowo częściej przyjmują heroinę drogą dożylną, zajmuje im to bowiem mniej czasu niż inhalowanie heroiny. W celu ukrycia śladów po iniekcjach wykonują je w miejscach mało widocznych, np. w okolicach pachwin i dołów pachowych, a nie na dłoniach, przedramionach czy w zgięciach łokciowych. Konieczność zmniejszenia wydatków na narkotyki może prowadzić do ograniczenia dawki dobowej. Oczekiwany komfort psychiczny i fizyczny można też osiągnąć dodając inny, tańszy narkotyk – tak się dzieje u pacjentów łączących heroinę z lekami z grupy benzodwazepin.

Wzorce przyjmowania substancji psychoaktywnej ulegają zmianom w miarę progresji choroby. Nasilające się zaburzenia fizjologiczne, behawioralne i poznawcze doprowadzają do dalszej utraty kontroli nad objawami i do narastania niepełnosprawności.

Przyjmowanie narkotyków mimo świadomości następstw. Wiedza o szkodliwych następstwach somatycznych, psychicznych i społecznych uzależnienia nie wpływa na przyjmowanie narkotyków. Zazwyczaj osoby uzależnione znają używane przez siebie substancje, wiedzą o ich interakcjach, mechanizmach działania i zagrożeniach, jakie mogą powodować. Wiedza ta jest wykorzystywana nie do ochrony zdrowia, ale „do trwania w nałogu”. To jeszcze jeden z objawów pokazujący, jak ciężkim zaburzeniem jest uzależnienie. W okresie czynnego uzależnienia, mimo wiedzy o zakażeniach wszczepiennych, wielu pacjentów korzysta z jednej strzykawki, igły, do iniekcji dożylnych używa roztworów o dużej toksyczności, nie przestrzega zasad aseptyki.

PRZEBIEG UZALEŻNIENIA

Uzależnienie jest chorobą cykliczną: okresy remisji (abstynencji) przeplatają się z okresami czynnego przyjmowania substancji psychoaktywnych. Czas trwania remisji zależy od bardzo wielu czynników i jest zmienny w osobistej historii choroby, np. u pacjenta „X” przez dwadzieścia lat trwania uzależnienia występowały dwa okresy remisji po 3 lata oraz kilka po 2 miesiące, przez resztę czasu przyjmował narkotyki; u pacjenta „Y” remisja wynosiła 25 lat, miewa on okresy objawów nawrotu, ale bez złamania abstynencji.

Rozpoczęcie przyjmowania substancji psychoaktywnych po okresie abstynencji następuje na skutek nawrotu. Mechanizmy neurobiologiczne nawrotu są poznane fragmentarycznie; także z punktu widzenia psychologicznego nie ma jedności poglądów. Pod pojęciem nawrotu rozumie się:

- używanie substancji psychoaktywnej (ciąg),
- zespół objawów występujący w okresie abstynencji, który może (nie musi) zainicjować czynne branie substancji psychoaktywnych.

Jednorazowe złamanie abstynencji przez zażycie substancji, od której jest się uzależnionym nie zawsze prowadzi do rozpoczęcia ciągu i nie musi być nawrotem. Zjawisko to nie znajduje wyjaśnienia, ale obserwacje empiryczne potwierdzają jego występowanie w nielicznej grupie chorych.

Zespół objawów nawrotu wiąże się z uczuciem dyskomfortu. Głód psychiczny narkotyku, jako myśli natrętne, nie zawsze uświadomiony, często bywa ukryty pod maską wahań nastroju, dysforii i przygnębienia, niepokoju psychicznego, ruchowego, zaburzeń snu, koncentracji uwagi, koszmarnych marzeń sennych i wielu innych objawów (nie z kręgu zaburzeń psychotycznych), specyficznych dla danej osoby. Objawy te mogą być również maskowane dolegliwościami somatycznymi, często przypominającymi objawy zespołu abstynencyjnego (niekiedy nazywane suchym kacem), np. u heroinisty w okresie wielomiesięcznej abstynencji wystąpienie pilorekacji, dreszczy, biegunki, bólów brzucha.

Z punktu widzenia teoretycznego trudno odróżnić objawy nawrotu od czynników wywołujących te objawy. Różne emocjonalne sytuacje życiowe (np. zakochanie, utrata pieniędzy, konflikt w rodzinie, odrzucenie przez przyjaciela, zdrada), jak i inne choroby somatyczne (np. grypa, uraz fizyczny, ból zęba) mogą być czynnikami spustowymi dla wystąpienia objawów nawrotu. Mogą być nimi także: presja grupy, z którą uzależniony jest związany i przyjmował narkotyki, testowanie samokontroli, czyli sprawdzanie umiejętności zachowania abstynencji i upewnianie się o wyleczeniu.

Współczesna nauka nadal ma ogromne trudności w poznaniu mechanizmów głodu psychicznego i nawrotu oraz w ich leczeniu. Objawy te uważa się za fundamentalne dla uzależnienia. Poznanie mechanizmów głodu psychicznego i nawrotu być może otworzy inne drogi dla terapii.

ZESPÓŁ UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DZIAŁAJĄCYCH DEPRESYJNIE NA CENTRALNY UKŁAD NERWOWY

Trzy grupy substancji wg ICD-10: alkohol, opiaty oraz leki uspokajające i nasenne działają tłumiąco na centralny układ nerwowy (oun). Efekt ten jest najbardziej widoczny w obrazie klinicznym przedawkowania, m.in. w śpiączce, spadku ciśnienia tętniczego krwi, zwolnieniu częstości uderzeń serca i liczby oddechów aż do ustania podstawowych czynności życiowych.

1. Zespół uzależnienia od opioidów

Rozwój uzależnienia od opioidów jest zazwyczaj krótki: po kilku miesiącach regularnego używania ujawniają się wszystkie objawy nałogu. Z czasem trwania choroby dochodzi do załamania linii życiowej uzależnionego. Zmiana funkcjonowania, myślenia (logiczne wnioskowanie jest zazwyczaj związane tylko z narkotykami), wyborów życiowych, zawężenie zainteresowań, porzucenie dotychczasowych norm moralnych, często postępowanie nieetyczne wobec najbliższych – wszystko to doprowadza do izolacji społecznej (odsunięcie się od rodziców, dzieci, przyjaciół, pracodawcy). Cele życiowe ograniczają się do zdobywania opiatów, pieniędzy na ich zakup i do redukcji objawów głodu psychicz-

nego i fizycznego. Inne cele znikają z horyzontu narkomana. Staje się bezwolny, niepunktualny, zaniedbujący swoje ciało, normy higieniczne, żywieniowe. W okresie czynnego uzależnienia jest pozbawiony naturalnego lęku przed chorobami, nie umie przeciwstawić się zagrożeniom dla zdrowia i życia, ulega urazom fizycznym (wypadki, pobicia) oraz psychicznym (prostyucja, gwałty), całkowicie podporządkowuje się nałogowi. Sami pacjenci relacjonują, że ich życie przebiega stereotypowo, monotonnie, jest bezbarwne i nieciekawe. Wahaniom nastroju często towarzyszą myśli i tendencje samobójcze. Relacje z ludźmi ograniczają się do kontaktów z innymi narkomanami i handlarzami narkotyków. Posiadanie heroiny jest nielegalne i dlatego praktycznie wszyscy ją przyjmujący mają konflikty z prawem, wyroki, odbywają kary pozbawienia wolności (tabela 1).

Tabela 1. Objawy uzależnienia od opioidów

Rodzaj objawów	Opioidy
Objawy psychiczne	Wahania nastroju, apatia, stany lękowe, głód psychiczny
Objawy somatyczne	Uszkodzenie narządów mięsnych, zaburzenia hormonalne, układu odpornościowego, zaparcia, wyniszczenie.
Funkcjonowanie społeczne	Stopniowe zawężenie zainteresowań, aktywności, zaniedbywanie obowiązków, marginalizacja.

Opioidy należą do tych substancji psychoaktywnych, które mogą być przyjmowane nieprzerwanie, nawet przez kilkadziesiąt lat. Wieloletnie ciągi doprowadzają do spustoszenia psychicznego, fizycznego. Czynnikiem pogarszającym stan chorego jest dożylna droga przyjmowania narkotyków: w polskiej populacji uzależnionych od opioidów, z reguły po kilku latach ich używania, droga dożylna staje się normą. Konsekwencje zdrowotne tej drogi opisane są w następnym rozdziale⁴. Osoby uzależnione od opioidów często przyjmują regularnie inne substancje psychoaktywne: alkohol, leki uspokajające i nasenne, amfetaminy, prawie wszystkie są uzależnione od nikotyny.

Okresy abstynencji od opioidów i remisji praktycznie występują u większości chorych, zarówno leczonych, jak i nieleczonych. Okresy te są krótkie, nawroty występują często. Nielicznej grupie uzależnionych udaje się utrzymywać abstynencję przez lata, zrekonstruować utracone umiejętności życiowe, rozwinąć nowe i powrócić do normalnego życia.

W uzależnieniu od opioidów plastyczność mózgu jest wyraźnie zaznaczona: tolerancja szybko rozwija się, a objawy zespołu abstynencyjnego są liczne i różnorodne (tabela 2).

4 W tym tomie – Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska „Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych”.

Tabela 2. Wybrane objawy opioidowego zespołu abstynencyjnego

Objawy obiektywne	Objawy subiektywne
1. rozszerzenie źrenic	1. pragnienie (głód) narkotyku
2. wzrost ciśnienia krwi, tętna, temperatury ciała	2. bóle stawowo-mięśniowe
3. piloerekcja (gęsia skórka)	3. dreszcze
4. wysięk z nosa	4. nudności
5. łzawienie, poty	5. bóle i skurcze żołądka
6. kichanie	6. drażliwość
7. biegunka, wymioty	7. osłabienie
8. zaburzenia snu	

Niepowikłany zespół abstynencyjny zazwyczaj nie zagraża życiu pacjenta. Niemniej pacjenci często demonstrują dramatycznie wyglądające objawy, mają poczucie autentycznego zagrożenia zdrowia. Objawy opioidowego zespołu abstynencyjnego najczęściej opisywane są jako grypopodobne. Objawy obiektywne są zazwyczaj średnio nasilone, zaś subiektywne – znacznie ciężej. Ostra faza zespołu abstynencyjnego trwa około trzy doby, objawy stopniowo cofają się w ciągu 6–10 dni, niektóre (np. zaburzenia snu, złe samopoczucie, zmienność nastroju, osłabienie) mogą utrzymywać się znacznie dłużej. Rodzaj przyjmowanego opiatu, np. heroina czy metadon, będzie modyfikował przebieg i nasilenie wybranych objawów abstynencyjnych (patrz tab. 2).

Nierównomiernie narastająca tolerancja powoduje, że efekt euforyzujący i przeciwbólowy opiatów dość szybko zanika; bardzo wolno rozwija się tolerancja na działanie zapierające, przeciwkaszlowe; nie rozwija się natomiast na działanie zwężające źrenice i ich reakcję na światło.

2. Zespół uzależnienia od leków uspokajających i nasennych

W tej grupie leków najczęściej przyjmowane są leki z grupy benzodwiazepin (BZD). Ich profil farmakologiczny (działanie przeciwlękowe, uspokajające, rozluźniające napięcie mięśni prądkowanych oraz działanie przeciwdrgawkowe), szerokie okno terapeutyczne (rozpiętość pomiędzy dawką efektywną a toksyczną), szybka skuteczność, legalność i cena powodują, że należą do grupy najczęściej stosowanych leków. Jątrogenny rozwój uzależnienia nie należy do rzadkości. BZD mają znaczny potencjał uzależniający. Zależność psychiczna u osób predysponowanych występuje znacznie szybciej niż fizyczna. Rozwój tolerancji przebiega nierównomiernie: szybko narasta tolerancja na działanie uspokajające, nasenne, wolniej – na działanie przeciwlękowe i miorelaksacyjne, przeciwdrgawkowe.

W Polsce w bardzo ograniczonym zakresie stosowane są barbiturany (głównie fenobarbital oraz w anestezji – barbiturany bardzo krótko działające). W uzależnieniu od barbituranów objawy są bardziej nasilone niż przy BZD, konsekwencje zdrowotne bardziej dramatyczne: szybciej dochodzi do napadów drgawkowych, do rozwoju zespołów otępiennych, zatrucia znacznie częściej kończą się trwałym uszkodzeniem lub śmiercią. Zespół abstynencyjny często wikłany jest majaczeniem.

BZD są przyjmowane w ciągu dnia, powodują dobre samopoczucie i umożliwiają, do pewnego momentu, wykonywanie codziennych czynności. Zaburzenia funkcjonowania są mało widoczne dla najbliższych, ale już w fazie początkowej występują zaburzenia snu i inne, niż dotychczas, sposób reagowania emocjonalnego. Na dalszym etapie choroby, zwiększenia dawki leku, zaznacza się jego sedatywny efekt: spowolnienie psychiczne, ruchowe, podsypianie. Objawy te mają charakter falujący w ciągu godzin.

U uzależnionych od BZD dominującymi objawami są zaburzenia nastroju, aktywności i myślenia. Nastroj charakteryzuje się zmiennością w ciągu doby – od podwyższonego poprzez eutymię do drażliwości, gniewliwości. Zmianom nastroju towarzyszy zmiana aktywności ruchowej i poznawczej. W obrazie psychopatologicznym obserwuje się spowolnienie lub przyspieszenie toku myślenia, zaburzenia uwagi, osłabienie pamięci i pojmowania, luki pamięciowe, zaburzenie wnioskowania. Podobnie jak w uzależnieniu od alkoholu, od opiatów, załamaniu ulega linia życiowa, zdobycie leków jest głównym celem aktywności. Charakterystyczne zachowanie – takie jak spowolnienie lub pobudzenie, zastyganie w pozycjach, podsypianie, bełkotanie, powtarzanie tych samych wątków myślowych, ślinienie się, zataczanie, przewracanie – zwraca uwagę otoczenia (tabela 3).

Tabela 3. Objawy uzależnienia od leków uspokajających i nasennych

Rodzaj objawów	Benzodwuzepiny, barbiturany
Objawy psychiczne	Spowolnienie myślenia i mowy, osłabienie pamięci i pojmowania, zaburzenia koncentracji uwagi. Zaburzenia krytycyzmu, stereotypowość wypowiedzi. Labilność emocjonalna, obniżenie nastroju, myśli samobójcze, nastawienia ksobne. Napady lęku, agresji. Zaburzenia snu. Głód psychiczny.
Objawy somatyczne	Zaburzenia koordynacji ruchowej, ataksja, dyzartria, spowolnienie ruchowe, osłabienie siły mięśni i odruchów ścięgniastych, drżenia kończyn, oczopląs, polineuropatie. Zawroty i bóle głowy, wysypki skórne, brak apetytu, niekiedy wyniszczenie. Zaburzenia seksualne.
Funkcjonowanie społeczne	Stopniowe zawężanie zainteresowań, aktywności, zaniedbywanie obowiązków, degradacja społeczna.

Granica pomiędzy przyjmowaniem dawek benzodiazepin zezwalających na względnie poprawne funkcjonowanie a przyjmowaniem dawek, które doprowadzają do dysfunkcji jest płynna i jej przekroczenie niezauważalne dla chorego. Regularne przyjmowanie leków uspokajających może trwać latami. Chorzy wędrują po różnych lekarzach, okłamują ich i wyłudniają recepty, niekiedy fałszują je.

Zaburzenia afektu (nastroju), krytycyzmu, stopniowe zawężanie zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków upośledzają funkcjonowanie społeczne we wszystkich jego płaszczyznach.

Zespół abstynencyjny w przebiegu uzależnienia od benzodwiazepin, barbituranów należy do jednych z najczęściej przebiegających. Nieprawidłowo leczony może stanowić zagrożenie dla życia. Podstawowe znaczenie w nasileniu objawów abstynencyjnych ma wielkość i regularność przyjmowanych dawek leków, okres biologicznego ich półtrwania. Już nawet niewielkie obniżenie poziomu leku we krwi może spowodować napad drgawkowy. Podobnie jak w uzależnieniu od opiatów, tak i w uzależnieniu od BZD neuroadaptacja rozwija się szybko: objawy abstynencyjne mogą wystąpić już po okresie 6–12 tygodni przyjmowania np. klonazepamu (tabela 4).

Tabela 4. Wybrane objawy zespołu abstynencyjnego w przebiegu uzależnienia od leków uspokajających i nasennych

Objawy psychiczne i somatyczne
1. Złe samopoczucie, głód psychiczny
2. Zaburzenia nastroju, lęk, niepokój, drażliwość, dysforia, apatia
3. Wzmóżona męczliwość, zaburzenia koncentracji uwagi
4. Bezsennność, męczące sny
5. Nadwrażliwość na dźwięki, zapachy, dotyk; dzwonienie w uszach, podwójne widzenie
6. Mrowienie skóry, drżenia i kurcze mięśniowe
7. Bóle głowy, brzucha
8. Poty, dreszcze (temp. do 38 °C), wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna
9. Omamy wzrokowe, rzadziej słuchowe przy jasnej świadomości i zachowanym krytycyzmie
10. Wymioty, biegunka
11. Napady drgawkowe (pojedyncze/gromadne)
12. Zaburzenia świadomości (majaczenie)

Zazwyczaj nie wszystkie wymienione objawy występują w czasie trwania zespołu abstynencyjnego. Po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki terapeutycznej leku rozwija się najczęściej tzw. mały zespół abstynencyjny, gdzie dominują następujące objawy: niepokój, lęk, zaburzenia snu, pobudzenie, drżenia mięśniowe, nadmierne pocenie, wzrost temperatury ciała do 38 st. C, wzrost ciśnienia krwi. Objawy te mogą utrzymywać się nawet do kilku tygodni; pojedyncze objawy, jak zaburzenia snu, do kilku miesięcy. Dyskomfort, jaki powodują często doprowadza do powrotu do poprzedniego schematu używania leku.

Po odstawieniu dużych dawek leków uspokajających (zazwyczaj jest to wielokrotność dawki terapeutycznej), pojawia się nasilony zespół abstynencyjny, zwany też „dużym zespołem”, podczas którego do powyższych objawów dołączają się (głównie nocą) objawy psychotyczne: iluzje, omamy wzrokowe, słuchowe, depersonalizacja, derealizacja, nastawienia urojeniowe. Przebieg zespołu abstynencyjnego może być

powikłany majaczeniem lub/i napadami drgawkowymi. Zaburzenia świadomości z dezorientacją w czasie, miejscu, omamy cenestetyczne, urojenia dziania się, jeśli nie są leczone utrzymują się do kilkunastu dni. Niepokój, lęk, hipertermia pogarszają i tak na ogół ciężki stan chorego.

ZESPÓŁ UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DZIAŁAJĄCYCH POBUDZAJĄCO NA CENTRALNY UKŁAD NERWOWY

Zarówno w ICD-10, jak i DSM-IV skutki zdrowotne używania silnie stymulujących substancji psychoaktywnych (kokainy i amfetamin) oraz znacznie słabiej działającej nikotyny zostały rozdzielone w odrębnych kategoriach.

1. Zespół uzależnienia od kokainy, amfetamin i innych substancji stymulujących

Kokaina i amfetaminy są przyjmowane dla uzyskania podobnych efektów. Ze względu na czas działania, amfetaminy są używane z mniejszą częstotliwością niż kokaina.

Osoby uzależnione stosują kokainę najczęściej przez wiele dni – ciągami, wielokrotnie w ciągu dnia lub godziny, w zależności od postaci narkotyku i drogi przyjmowania. Okresy abstynencji są na ogół krótkie, kilkudniowe, spowodowane brakiem dostępu do kokainy lub stanami wyczerpania psychicznego lub/i fizycznego.

Zjawisko tolerancji nie zawsze występuje w pełni: wiele osób uzależnionych nie doświadcza osłabionego euforyzującego działania narkotyku. Natomiast obserwuje się wzrost tolerancji na działanie przeciwbólowe, drgawkotwórcze, psychozomimetyczne, stymulujące sferę seksualną. W miarę upływu czasu wydłuża się również czas snu, maleje efekt anorektyczny.

W przebiegu uzależnienia od amfetamin szybko narasta tolerancja na ich efekt euforyzujący i anorektyczny, natomiast nie narasta na efekt psychozomimetyczny. U niektórych osób uzależnionych rozwija się odwrotna tolerancja: małe dawki narkotyku wywołują oczekiwane efekty.

Osoby przewlekłe przyjmujące kokainę doznają uczucia silnej euforii i poczucia pewności siebie. Są pobudzone psychoruchowo, wielomówne, wielowątkowe. Obserwuje się stałe wahania nastroju, wybuchy złości i agresji, tendencje do ksbonych interpretacji. Pobudzenie ruchowe, spadek łaknienia, zmniejszona liczba godzin snu prowadzą z reguły do wyniszczenia. W okresach obniżonego poziomu kokainy pojawia się obniżenie nastroju, drażliwość, niepokój, myśli samobójcze i natrętnie myśli o przyjęciu kolejnej dawki narkotyku. Głód psychiczny jest tak nasilony, że ludzie uzależnieni od kokainy w celu zdobycia pieniędzy nie cofają się przed niczym: są zdolni do nagłej agresji na oczach innych, kradną, prostytuują się. Przez otoczenie traktowani są jako nieobliczalni i nieprzewidywalni: niestabilność nastroju, agresywność, ksbność, a czasami urojenia prześladowcze wzbudzają lęk i odrzucenie, doprowadzają do wtórnej izolacji. U wielu osób uzależnionych w obrębie psychopatologicznym, poza agresją, dominują objawy psychotyczne: urojenia, omamy, niepokój, stereotypie. Nawet w okresach abstynencji objawy te zazwyczaj utrzymują się przez wiele tygodni, miesięcy. W XIX-wiecznych opisach przedstawiano kokainistów jako osoby blade, wyniszczone, z licznymi zadrapaniami

i bliźniami na skórze z powodu omamów cenestetycznych, zaleźnione, mówiące do siebie; zwidujące w błyszczących i gładkich powierzchniach zniekształcone twarze, postaci; wychodzące z domu we wczesnych godzinach rannych, kiedy „miasto śpi”, jest cisza i spokój.

Objawy uzależnienia od amfetamin są podobne do objawów uzależnienia od kokainy, ale ich nasilenie jest łagodniejsze. Niepokój, wahania nastroju, agresywność są mniej nasilone. Próby samobójcze należą do rzadkości. Spadek ciężaru ciała na ogół nie osiąga poziomu wyniszczenia. Powyższe twierdzenia nie dotyczą osób uzależnionych od metamfetaminy, w szczególności przyjmowanej dożylnie – obraz kliniczny jest podobny jak u uzależnionych od kokainy. W tabeli 5 przedstawiono podstawowe objawy uzależnienia od kokainy, amfetaminy.

Tabela 5. Objawy uzależnienia od substancji stymulujących

Rodzaj objawów	Kokaina, amfetaminy
Objawy psychiczne	Wahania nastroju, drażliwość, złość, agresywność, apatia. Głód psychiczny, ksobność, urojenia, omamy wszelkiego typu, stereotypie, zaburzenia toku myślenia, przeczutność uwagi, zaburzenia pamięci, stany lękowe, lęk paniczny. Zaburzenia zachowania
Objawy somatyczne	Podniecenie ruchowe, stereotypie ruchowe, ataksja, drżenia mięśniowe. Mogą wystąpić powikłania w zakresie układu krążenia, oddechowego, nerwowego
Funkcjonowanie społeczne	Kryminalizacja, izolacja społeczna, marginalizacja

Osoby przyjmujące przewlekle kokainę i amfetaminy często łączą je z innymi substancjami psychoaktywnymi, w kolejności z alkoholem, BZD i konopiami. Substancje te dodawane są w celu „łagodzenia” działania stymulantów (bezsensowności, niepokoju psychoruchowego) i objawów abstynencyjnych. Osoby uzależnione od stymulantów stosunkowo rzadko przyjmują opiaty. Jeżeli dojdzie do uzależnienia od opiatów, to ulega zmianie przebieg choroby: opiaty stają się narkotykiem podstawowym.

Objawy abstynencyjne pojawiają się w kilka godzin po odstawieniu kokainy. Dominują zaburzenia nastroju – przygnębienie, drażliwość, myśli i tendencje samobójcze. Dysforycznemu nastrojowi towarzyszy nasilony głód psychiczny narkotyku, osiągający poziom ruminacji. Mogą wystąpić zarówno objawy apatii, spowolnienia psychoruchowego, przedłużony sen, jak i pobudzenie psychoruchowe, niepokój, bezsenność. W trakcie snu pojawiają się marzenia senne o makabrycznych treściach, które odbierane są jako bardzo realistyczne i pod których wrażeniem pacjent pozostaje także w ciągu dnia. Ostra faza zespołu abstynencyjnego trwa kilkadziesiąt godzin, potem następuje faza przedłużonego snu, z następującą apatią, anhedonią, anergią. Łaknienie jest wzmożone (tabela 6).

Tabela 6. Wybrane objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu amfetamin, kokainy

Objawy psychiczne i somatyczne
1. W pierwszych dniach nadmierna senność lub podniecenie/bezsenność
2. Znaczne obniżenie nastroju, uczucie smutku, niekiedy myśli samobójcze
3. Głód psychiczny narkotyku
4. Lęk
5. Zmęczenie/anergia
6. Apatia
7. Anhedonia
8. Ksobność
9. Wzrost apetytu – w początkowym okresie zespołu odstawiennego

Po odstawieniu amfetamin objawy zespołu abstynencyjnego pojawiają się nieco później, do 12 godzin od ostatniej dawki narkotyku. Są podobne do objawów odstawiennych w uzależnieniu od kokainy, ale ich nasilenie i przebieg są łagodniejsze.

Najtrudniejsze emocjonalnie są pierwsze godziny po odstawieniu amfetaminy czy kokainy oraz okres następujący po nadmiernej senności.

Zespoły abstynencyjne po odstawieniu substancji stymulujących mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa i życia pacjenta z powodu:

- współwystępujących objawów psychotycznych,
- dość często realizowanych prób samobójczych, głównie w przypadku kokainy.

Objawy zespołu abstynencyjnego cofają się stopniowo w ciągu 4–6 tygodni, ale u wielu chorych przez miesiące utrzymują się zaburzenia snu, emocjonalne (przygnębienie, anhedonia, apatia) oraz myślenia (nastawienia ksobne).

Zespół uzależnienia od kofeiny

ICD-10 zalicza kofeinę do substancji powodujących uzależnienie, natomiast według DSM-IV właściwości uzależniających kofeiny nie można w pełni wykazać.

Kofeina przez osoby uzależnione bywa przyjmowana latami, w regularnych porach dnia, w stałej dawce, wielokrotnie w ciągu doby. Okres półtrwania kofeiny jest zróżnicowany osobniczo (2–7 godzin) i być może jest to jeden z czynników determinujących częstość jej przyjmowania. W trakcie używania kofeiny narasta tolerancja na jej efekty: diuretyczny, obniżenie napięcia mięśni gładkich, zwiększenie napięcia mięśni prążkowanych, zaburzenia snu, zwiększenie przemiany materii. Systematyczne przyjmowanie kofeiny w dużych dawkach, powyżej 0,5 g dziennie, w krótkim okresie (około 2 tygodni) może powodować wystąpienie objawów podobnych do zaburzeń lękowych. Lękowi towarzyszy przygnębienie, drażliwość, bezsenność lub przerywany sen oraz szereg dolegliwości somatycznych jak bóle głowy, dzwonienie w uszach, drżenia i kurcze mięśniowe, nadwrażliwość na dotyk i ból, kołatania serca, biegunki, zaparcia, brak apetytu.

Uzależnienie od kofeiny przyjmowanej w produktach leczniczych jest rzadko spotykane.

Objawy odstawienne pojawiają się zazwyczaj po 12–24 godzinach od przyjęcia lub zredukowania ostatniej porcji kofeiny. Mogą one wystąpić zarówno u osób przyjmujących małe dobowe dawki kofeiny np. 100 mg (odpowiednik filiżanki kawy z ekspresu), jak i u osób uzależnionych od dużych dawek kofeiny. W postaci nasilonej objawy te utrzymują się około 48 godzin, stopniowo cofają się w ciągu tygodnia. Nasilenie zespołu abstynencyjnego jest zależne od przyjmowanej dawki kofeiny, po odstawieniu małych dawek kofeiny najczęściej występują bóle głowy, uczucie zmęczenia, znużenia. W przypadku dużych dawek pojawia się ponadto lęk, obniżenie nastroju, mdłości, wymioty.

2. Zespół uzależnienia od nikotyny

Rozwój uzależnienia jest szybki, czasami trwa zaledwie kilka tygodni. W ciągu dni narasta tolerancja na objawy pojawiające się po pierwszych dawkach nikotyny, takie jak mdłości, wymioty, wolne stolce, bóle i zawroty głowy, pocenie się, przyspieszenie czynności serca i oddechów, kaszel powodowany podrażnieniem nosogardzieli dymem. W niewielkim stopniu zwiększa się natomiast tolerancja na stymulujące i relaksujące właściwości nikotyny. Mimo wieloletniego uzależnienia, nikotyna zwiększa koncentrację uwagi, poprawia pamięć, ułatwia uczenie się i przetwarzanie informacji. Łagodzi niepokój, zdenerwowanie, osłabia reakcje na stres. Osoby uzależnione przyjmują nikotynę zazwyczaj co 30–40 minut, gdyż po tym czasie pojawia się głód psychiczny, poczucie dyskomfortu, lekkiego niepokoju, które można usunąć dzięki kolejnej dawce nikotyny. Nikotyna obok heroiny należy do substancji psychoaktywnych o największym potencjale uzależniającym. Nawroty występują bardzo często (są porównywalne do częstości nawrotów w uzależnieniu od alkoholu i heroiny).

Tabela 7. Wybrane objawy nikotynowego zespołu abstynencyjnego

Objawy psychiczne i somatyczne
1. Irytacja, drażliwość
2. Pogorszenie koncentracji uwagi, pamięci
3. Psychiczny głód nikotyny
4. Obniżenie nastroju, niepokój
5. Zaburzenia snu
6. Zaparcia
7. Zwiększenie łaknienia i przyrost ciężaru ciała
8. Zawroty i bóle głowy
9. Kurcze mięśniowe
10. Zwolnienie czynności serca

Palacze nikotyny są bardziej narażeni na uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych (alkoholu, kofeiny). Wśród uzależnionych od heroiny, alkoholu niepalący należą do rzadkości. Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi od 50% do 80% jest uzależnionych od nikotyny.

Pierwsze objawy abstynencyjne po odstawieniu nikotyny pojawiają się po godzinie: dominuje niepokój i głód psychiczny. W następnych godzinach i dniach dołączają się kolejne objawy (tabela 7).

Szczyt ich nasilenia występuje po 1–4 dobach. Nasilenie objawów jest zależne od wielkości przyjmowanej dawki nikotyny. Większość objawów abstynencyjnych cofa się w ciągu 3–4 tygodni, ale miesiącami utrzymują się zaparcia, wzmożenie apetytu. Także głód psychiczny nikotyny utrzymuje się przez wiele miesięcy, niekiedy przez lata; jego obecność potwierdza 50% abstynentów po 6 miesiącach od odstawienia nikotyny. Objawy psychiczne zespołu abstynencyjnego są bardziej uciążliwe niż somatyczne.

ZESPÓŁ UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DZIAŁAJĄCYCH HALUCYNOGENNIE NA CENTRALNY UKŁAD NERWOWY

Działanie różnorodnych substancji halucynogennych pochodzenia naturalnego i syntetycznego charakteryzuje się ich wpływem na sposób myślenia, postrzegania, stan świadomości. Doznania te są atrakcyjne dla użytkowników, spełniają ich oczekiwania „oderwania się od codzienności i wzbogacenia o nowe, często zaskakujące przeżycia”. Konopie indyjskie, ekstaza, jedne z najczęściej używanych substancji halucynogennych, „zdobyły” sobie nawet status „narkotyków rekreacyjnych”. W ICD-10 kanabinole stanowią samodzielną pozycję omawianą oddzielnie od „substancji halucynogennych”; w DSM-IV samodzielną pozycję zajmuje fencyklidyna, niemniej wszystkie te substancje działają podobnie na ośrodek powodując halucynacje, zmianę odbioru świata.

1. Zespół uzależnienia od kanabinoli

Tolerancja przy systematycznym używaniu konopi rozwija się dość wolno – przez miesiące palona stała dawka dobową powoduje oczekiwane efekty, tj. wzmacnia percepcje sensoryczne (np. kolorów, dźwięków, dotyku), powoduje zmianę nastroju w kierunku wzmożonego, euforycznego, daje poczucie lepszego rozumienia rzeczywistości, działa przeciwłękowo, zwalnia subiektywnie odczuwany bieg czasu. U niektórych użytkowników opisywane jest występowanie tzw. „tolerancji odwróconej”, czyli przeżywanie pożądanego efektu przy mniejszych dawkach niż dotychczas stosowane.

Tetrahydrokanabinole (THC), główne substancje psychoaktywne w konopiach indyjskich, z racji swojego profilu farmakokinetycznego, dróg przyjmowania (palenie i doustna) umożliwiają prowadzenie względnie regularnego trybu życia: przyjmowania pokarmów, spania, zmniejszenia aktywności. Osoby uzależnione mogą przyjmować konopie latami wg stałego, indywidualnego rytuału. Nie są poznane przyczyny zjawiska nazywanego *bad trip* (w losowym schemacie występowanie po zażyciu THC objawów niepożądanych, których obraz psychopatologiczny jest różny, m.in.: nastawienia ksbne, urojenia prześladowcze, niepokój z podnieceniem, lęk, depersonalizacja, derealizacja, iluzje niekiedy omamy). *Bad trip* przeżywa większość

uzależnionych osób, ale praktycznie nie do przewidzenia jest częstość występowania tych stanów psychotycznych, nasilenie objawów i czas ich trwania. Cechy osobowości, aktualna sytuacja życiowa, stan psychiczny, relacje z otoczenia są czynnikami mogącymi wpływać na występowanie tych stanów. W tabeli 8 przedstawione najważniejsze objawy zespołu uzależnienia od konopi.

Tabela 8. Objawy uzależnienia od kanabinoli

Rodzaj objawów	Tetrahydrokanabinoles
Objawy psychiczne	Myślenie magiczne, zaburzenie pamięci i uwagi, upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i planowania przyszłości, osłabienie zachowań intuicyjnych, apatia z dominującym brakiem motywacji do działania, zubożenie uczuciowe, osłabienie woli, głód psychiczny, bezczynność, dystymia, obniżenie nastroju (anhedonia), stany lękowe, zaburzenia snu.
Objawy somatyczne	Zaburzenia koordynacji ruchowej (ataksja), przewlekłe zapalenie krtani, oskrzeli, napady kaszlu, suchość w ustach, przekrwienie białówek, spojówek, wysypki skórne, brak apetytu, wychudzenie, niekiedy wyniszczenie. Zaburzenia seksualne. Osłabienie reakcji odpornościowych.
Funkcjonowanie społeczne	Zanik zainteresowań, aktywności, zaniedbywanie obowiązków, izolacja społeczna, samotność, degradacja społeczna.

Udowodniona jest zależność pomiędzy przyjmowaną dawką THC a funkcjami poznawczymi, ruchowymi: im wyższa dawka THC tym głębsze zaburzenia pamięci słownej i wizualnej; dłuższy czas reakcji psychoruchowej.

Zmiany osobowościowe, poznawcze u uzależnionych od THC doprowadzają do nieakceptowanego społecznie stylu życia. Zaniedbania higieniczne, zubożenie „na wszystko” (na warunki środowiskowe i samego siebie), apatia, trudności w przyswajaniu nowych wiadomości, brak celów życiowych określa się mianem zespołu amotywacyjnego (apatia, abulia). Nie u wszystkich przewlekłe używających konopi opisany powyżej zespół występuje. Nie ma jeszcze jednoznacznej odpowiedzi, czy przyczyną tych zmian jest zażywanie konopi czy czynniki osobowościowe, które doprowadziły do przewlekłego ich przyjmowania. Krótkoterminowe skutki działania konopi są lepiej poznane niż odległe.

Objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu, zmniejszeniu dawki kanabinoli są mało specyficzne (tabela 9). Nasilenie objawów jest umiarkowane, przebieg zespołu wielotygodniowy, nękający. Często przewlekającego się dyskomfortu psychicznego nie łączy się z odstawieniem konopi tylko z sytuacją życiową. Pacjenci względnie „łatwo” utrzymują abstynencję przez pierwsze 7–10 dni, w kolejnych dniach powracają do używania konopi.

Występowanie w okresie abstynencji objawów psychotycznych, np. nastawień ksobnych, urojeń, uczucie obcości ciała, nie należy do rzadkości.

Tabela 9. Wybrane objawy zespołu abstynencyjnego w przebiegu uzależnienia od kanabinoli

Objawy abstynencyjne
1. Głód psychiczny narkotyku
2. Zaburzenia nastroju: irytacja, złość, przygnębienie
3. Niepokój
4. Skrócenie i spłycenie snu
5. Bóle głowy
6. Brak apetytu

2. Zespół uzależnienia od substancji halucynogennych

Substancje halucynogenne powodują głównie uzależnienie psychiczne. Szybki wzrost tolerancji na działanie psychozomimetyczne halucynogenów, zanikanie przeżywania oczekiwanych doznań powoduje, że substancje te są przyjmowane w krótkich, kilkudniowych ciągach. Między LSD, psylocybiną, meskaliną występuje tolerancja krzyżowa. Uzależnienie wyłącznie od halucynogenów należy do rzadkości: zazwyczaj są one przyjmowane okresowo z innymi substancjami psychoaktywnymi, takimi jak THC, alkohol, leki uspokajające i nasenne. Po okresach kilkudniowej abstynencji w przyjmowaniu halucynogenów powraca ich moc działania psychozotwórczego.

Zniekształcony odbiór rzeczywistości, niezwykle doznania percepcyjne, przeżycia sensoryczne występujące po halucynogenach i towarzyszący im specyficzny nastrój są siłą motywującą do powtarzania seansów. Zjawisko synestezji (odbieranie przez inne zmysły bodźców swoistych, np. kolory przekładają się na wrażenia skórne, bodźce wzrokowe na wrażenia słuchowe), jakie powodują halucynogeny stało się podwaliną tezy, że są to używki artystów, humanistów, filozofów, są idealne dla ludzi „którzy poznają świat w niedostępnych dla przeciętnego człowieka obszarach”. Celem przyjmowania halucynogenów nie jest osiągnięcie stanu przyjemności, euforii, celem jest poznanie, zmiana stanu świadomości umysłu.

Mimo że do tej grupy zaliczane są różne substancje – m.in. LSD (kwas lizergidowy), grzyby halucynogenne, fencyklidyna, MDMA (ekstaza), meskalina – to obraz kliniczny uzależnienia jest bardzo podobny. Uzależnieni od halucynogenów mają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Przez długie okresy myślenie tych osób jest oderwane od rzeczywistości, zaburzeniu ulegają emocje. Występują urojenia o treści posłanniczej, religijnej, poczucie jedności z wszechświatem, bezpośredni kontakt z niebem, kosmosem, zatarcie granic „ja”, inne objawy depersonalizacji, derealizacji. W stanach ekstatycznych pacjenci halucynują słuchowo, zwidują „aureole” otaczające ludzi, przedmioty, rozświetlenie światła dziennego. Nie zawsze przeżycia te są „wzbogacające”: stany lękowe, napady paniki, rozpacz, myśli samobójczych, uczucie rozszczepienia, rozpadu psychiki, opuszczenia ciała, całkowicie zamykają chorych we własnym psychotycznym świecie przeżyć. Opisywane są przypadki samobójstw, samookaleczeń (głównie po LSD) z powodu zaburzeń percepcyjnych i poznawczych.

Utrzymywanie się przez miesiące objawów przypominających objawy schizofrenii przy uzależnieniu od fencyklidyny spowodowało, że substancja ta obecnie jest stosowana wyjątkowo rzadko. Często natomiast jest stosowane MDMA – przewlekłe stany „wglądu w siebie, podwyższonej świadomości i introspekcji, empatii” wpływają na podniesienie samooceny, są potwierdzeniem „wyjątkowości”. Mimo toksycznego działania na oun (głównie receptory serotoninowe), w Polsce MDMA jest dość popularnym narkotykiem w dużych aglomeracjach miejskich.

Przewlekłe stany psychotyczne, podtrzymywane przez powtarzanie dawek, praktycznie eliminują uzależnionego z codziennego normalnego życia. Uzależnieni od halucynogenów funkcjonują również w oddaleniu od innych grup uzależnionych; przez przewlekłe stany psychotyczne, swoją nieprzewidywalność, brak łączących z rzeczywistością powiązań budzą lęk otoczenia. Najczęściej traktuje się ich jak osoby z chorobami psychicznymi (afektywnymi, schizofrenią, zespołem organicznym), które są szczególnie narażone na długotrwałe utrzymywanie się objawów psychopatologicznych, charakterystycznych dla działania substancji halucynogennych.

W okresach abstynencji (nawet wielomiesięcznych), po ustąpieniu objawów psychotycznych związanych z działaniem substancji halucynogennych, u chorych obserwuje się przewlekłe zmiany stanu psychicznego: magiczne myślenie, fantazjowanie, pseudofilozofowanie, wahania nastroju, apatię i niedostosowanie do norm społecznych. U około 15% uzależnionych od halucynogenów pojawiają się krótkotrwałe napadowe zaburzenia percepcji tzw. *flashbacks*.

3. Zespół uzależnienia od rozpuszczalników lotnych

W Polsce toluen, aceton, trójchloroetylen są najczęściej nadużywanymi substancjami z omawianej grupy. Przyjmowane są one w celu „zmiany myślenia i emocji”; możliwość wpływania na tematykę przeżyć gwarantuje chociażby okresowo przeżycia wzmacniające, pozytywne dla danej jednostki. Bezpośrednio następujący po wdychaniu rozpuszczalników okres pobudzenia szybko ustępuje działaniu omamowemu, w dalszej kolejności depresyjnemu z apatią, zmniejszeniem aktywności, nadmierną sennością.

Marzenia na jawie są podstawowym objawem psychopatologicznym działania rozpuszczalników lotnych. Podobne do marzeń sennych, często są to omamy sceniczne, w których główną rolę odgrywa zainteresowany. Powtarzające się zaburzenia świadomości z towarzyszącym brakiem krytycyzmu mogą powodować stany zagrożenia życia (np. brak oceny niebezpieczeństwa, nierealna ocena rzeczywistości, zaburzone wnioskowanie, działania zgodne z omamami).

Rozpuszczalniki lotne z zasady działają krótkotrwałe, mają duży potencjał uzależniający (uzależnienie psychiczne, fizyczne, wzrost tolerancji). Należą do substancji toksycznych o dużym powinowactwie do lipidów: stąd zmiany osobowościowe, jakie dokonują się w procesie uzależnienia są dodatkowo wikłane zmianami organicznymi, np. napadami drgawkowymi, przedłużającymi się stanami niedotlenienia, zespołem organicznym. Mogą być przyjmowane tygodniami, miesiącami. W okresach ciągów specyficzny stan psychiczny (myślenie stereotypowe, magiczne, nastawienia ksobne, niekiedy urojenia przesładowcze, spowolniały tok myślenia, brak konkretyzacji, de-realizacja, depersonalizacja, zaburzenia emocji) praktycznie nie zezwala na „zdrowe funkcjonowanie”. Zmiany w zachowaniu, sposobie bycia, zaniedbanie higieniczne,

zdrowotne, charakterystyczny „chemiczny” zapach są postrzegane przez osoby postronne (tabela 10).

Tabela 10. Wybrane objawy w uzależnieniu od rozpuszczalników lotnych

Rodzaj objawów	Rozpuszczalniki lotne
Objawy psychiczne	Zaburzenia: pamięci i intelektu (zespół organiczny); zachowania (agresja, samouszkodzenia); nastroju (drażliwość, wściekłość, smutek); myślenia (nastawienia ksobne, urojenia). Impulsywność. Męczliwość. Głód psychiczny
Objawy somatyczne	Zaburzenia koordynacji ruchowej (ataksja), oczopląs, drżenie zamiarowe, polineuropatie obwodowe. Wychudzenie, niekiedy wyniszczenie. Charakterystyczna bladość skóry, krwawienia z nosa. Zmiany zanikowo-zapalne nosogardzieli. Niespecyficzne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Charakterystyczny zapach oddechu, niekiedy skóry, moczu.
Funkcjonowanie społeczne	Zanik zainteresowań, aktywności, zaniedbywanie obowiązków, izolacja społeczna, samotność, degradacja społeczna.

Nie ma wystarczających danych potwierdzających, że przyjmowanie rozpuszczalników lotnych jest „wstępem” do picia alkoholu, używania heroiny czy kokainy. Niemniej w przypadku wielu pacjentów stwierdza się, że uzależnienie od opioidów było poprzedzone wążaniem rozpuszczalników, paleniem konopi czy pićem alkoholu. Często używanie rozpuszczalników spełnia kryteria uzależnienia. Zaprzymanie ich wążania daje szereg niespecyficznych dolegliwości (umiarkowane nasilenie objawów występuje po intensywnym stosowaniu rozpuszczalników przez wiele miesięcy). Zaburzenia nastroju, snu i niepokój stanowią objawy centralne zespołu abstynencyjnego (tabela 11) i mogą utrzymywać się przez kilka tygodni.

Tabela 11. Wybrane objawy zespołu abstynencyjnego w przebiegu uzależnienia od rozpuszczalników lotnych

Objawy abstynencyjne
1. Zaburzenia nastroju: drażliwość, napady złości, przygnębienie
2. Niepokój, lęk, pobudzenie, głód psychiczny
3. Bezsennaść
4. Drżenia i kurcze mięśniowe
5. Nudności i bóle brzucha
6. Bóle głowy
7. Tachykardia, wahania ciśnienia krwi

Przebieg zespołu abstynencyjnego rzadko bywa wikłany objawami psychotycznymi, najczęściej po odstawieniu toluenu.

PODSUMOWANIE

1. Uzależnienie jest przewlekłym i nawrotowym zaburzeniem psychicznym, charakteryzującym się określonym kompleksem zjawisk fizjologicznych, poznawczych i behawioralnych.

2. Kryteria diagnostyczne uzależnienia to głód psychiczny, utrata kontroli nad przyjmowaniem substancji psychoaktywnej, objawy abstynencyjne, tolerancja, zażęczenie aktywności życiowych do zdobywania i konsumowania tej substancji oraz przyjmowanie jej mimo szkód zdrowotnych.

3. Klasyfikacja uzależnień wynika z mechanizmu działania poszczególnych substancji psychoaktywnych.

4. Do substancji o działaniu tłumiącym należą alkohol, opioidy, leki uspokajające i nasenne.

5. Kokaina, amfetaminy są substancjami stymulującymi. Kofeina jest także substancją stymulującą, siła jej działania stymulującego oraz szkody zdrowotne spowodowane uzależnieniem są jednak nieporównywalnie mniejsze.

6. Uzależnienie od alkoholu, opioidów, BZD, barbituranów, kokainy z reguły prowadzi do załamania linii życiowej.

7. Uzależnienie od konopi indyjskich najczęściej rozwija się przez lata, może być wikłane objawami psychotycznymi.

8. Przez lata lekceważono uzależnienie od nikotyny. Nawroty są równie częste jak w uzależnieniu od alkoholu i heroiny. Głód psychiczny utrzymuje się miesiącami, nierzadko latami.

9. Uzależnienie od substancji lotnych dotyczy głównie dzieci.

10. Uzależnienie od substancji halucynogennych występuje rzadko.

LITERATURA pozycje niecytowane, wykorzystane w rozdziale

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV*. Washington, DC: APA.

Hen, F., Sartorius, N., Helmchen, H. i Lauter, H. (red.). (2001). *Contemporary Psychiatry*. New York: Springer.

Kaplan, H. I. i Sadock, B. J. (2009). *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Substance-Related Disorders. Chapter 11, Vol. I, 1237-1431*.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. (1997). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. i Langrod, J. G. (red.). (1992). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Willams & Wilkins.

Selva, A. (red.). (1991). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos.

Rozdział 5

Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych

Helena Baran-Furga
Karina Steinbarth-Chmielewska
Instytut Psychiatrii i Neurologii

ZABURZENIA PSYCHICZNE SPOWODOWANE PRZEZ PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Przyjęcie substancji psychoaktywnej może powodować wystąpienie objawów psychopatologicznych, może także tłumić lub zaostrzać istniejące wcześniej zaburzenia psychiczne. Rodzaj/rodzaje używanych substancji, interakcje między nimi, ale także cechy osobowości, stan somatyczny i psychiczny powodują, że zespoły psychopatologiczne – poza określonym zbiorem objawów – charakteryzują się indywidualnym nasileniem i przebiegiem. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych powoduje istotne zmiany w procesach poznawczych i motywacyjnych, wpływa na osobowość użytkownika.

1. Zaburzenia psychotyczne

Występowanie stanów psychotycznych w przebiegu zespołów abstynencyjnych i zastruc jest opisane w innych rozdziałach¹.

Zaburzenia psychiczne o obrazie klinicznym psychoz są stanami zawsze niepokojącymi, wymagającymi oceny ryzyka niebezpieczeństwa i ustalenia właściwego postępowania.

W obrazie psychopatologicznym zaburzeń psychotycznych, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, mogą występować objawy: podobne do schizofrenii, urojeniowe, omamowe, wielopostaciowe, z dominującymi objawami depresji czy maniakalnymi (wg ICD-10). W psychozach tych często w krótkich odstępach czasowych obserwuje się fluktuację objawów, niekiedy czas trwania stanu psychotycznego przekracza czas biologicznego działania danej substancji. Postawienie poprawnej diagnozy może sprawiać trudności, a prognozowanie bywa obarczone błędem.

Konopie, inne substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki

W porównaniu z innymi substancjami psychoaktywnymi przyjmowanie substancji halucynogennych jest związane z większym ryzykiem utrzymywania się zaburzeń psychotycznych po okresie biologicznego ich działania.

¹ Na przykład w tym tomie – Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska „Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych”.

Zaburzenia psychotyczne spowodowane przyjmowaniem konopi mogą występować: w zatruciu, u części osób aktywnie uzależnionych, niekiedy po zażyciu jednorazowej, niewielkiej dawki przez osoby nieuzależnione. Do typowych objawów psychotycznych spowodowanych przez Tetrahydrocannabinole (THC) należą:

- pobudzenie psychoruchowe,
- zaburzenia orientacji,
- depersonalizacja,
- urojenia prześladowcze,
- lęk,
- pseudoomamy i omamy,
- synestezje.

W trakcie trwania zaburzeń psychicznych zazwyczaj krytycyzm jest zachowany, zapamiętana jest przyczyna, z powodu której wystąpił określony stan.

Po zażyciu LSD w obrazie klinicznym dominują przeżycia mistyczne, urojenia o treści fantastycznej, nastroj ekstatyczno-euforyczny oraz iluzje i omamy. Często dochodzi do zaburzeń orientacji (nawet co do miejsca) i granicy „ja a otoczenie”. Objawy synestezji są bardziej nasilone niż po konopiach.

Objawy psychotyczne wyzwolone przez przyjęcie konopi i innych halucynogenów zazwyczaj mijają samoistnie po 48 godzinach. W nielicznych przypadkach cofają się powoli, stopniowo przez kilka tygodni, ustępują całkowicie w okresie do 6 miesięcy. Dłużej utrzymujące się zaburzenia psychotyczne, przy zachowanej abstynencji, zawsze wymagają wnikliwej diagnostyki różnicowej. Najczęściej mają obraz zespołu urojeniowego (niekiedy schizofrenopodobnego), zaburzeń depresyjnych oraz *flashbacks*.

Rodzinne występowanie zaburzeń psychicznych, brak wzrostu tolerancji na działanie halucynogenów, przewaga omamów słuchowych nad wzrokowymi, utrzymywanie się zaburzeń psychotycznych powyżej 6 miesięcy mogą sugerować rozpoznanie schizofrenii. Zaburzenia psychotyczne z dominującymi zaburzeniami depresyjnymi o różnym nasileniu występują częściej niż z objawami maniakalnymi.

Flashbacks mają częściej związek z zażywaniem konopi i LSD niż z zażywaniem innych halucynogenów. Nawroty objawów psychotycznych utrzymujących się od kilku sekund do kilku minut, z różną częstotliwością w ciągu doby, są przeważnie podobne do tych, które występowały po przyjęciu halucynogenu. Zjawisko to ma miejsce wyłącznie w okresie abstynencji i mija samoistnie. Na ogół zachowany jest krytycyzm w stosunku do przeżywanego doznań.

Wdychanie rozpuszczalników lotnych prawie zawsze powoduje stany psychotyczne kończące się zazwyczaj snem lub pobudzeniem. Typowymi objawami są: omamy wzrokowe i słuchowe, przeżywanie sytuacji, w których używający bierze czynny udział i ma poczucie mocy; tematycznie sytuacje te są odbiciem jego pragnień. Stany te mogą być powikłane pobudzeniem, agresją, lękiem, czasami nieprzyjemnymi w treści omamami. Po ustąpieniu stanu psychotycznego pozostaje pełna pamięć doznań i przyjmujący dążą do ponownego przeżycia seansu. Zaburzenia psychotyczne występują u czynnie wachających: stany psychoz pojawiające się bezpośrednio po przyjęciu rozpuszczalników lotnych nakładają się na przewlekłe zaburzenia, np. wahania nastroju (od drażliwości do napadów wściekłości), urojenia prześladowcze, ksbne.

Kokaina, amfetaminy

Zespół urojeniowy może wystąpić po przyjęciu jednorazowej dawki lub wielokrotnych dawek kokainy czy amfetaminy i utrzymywać się po zaprzestaniu ich przyjmowania. Główne objawy zespołu to urojenia o treści prześladowczej, ksbne interpretacje wydarzeń, iluzje wzrokowe (karykatura własnej twarzy widziana w gładkich, błyszczących powierzchniach), omamy wzrokowe, cenestetyczne (palenie, swędzenie skóry). Zaburzenia snu, napady lęku panicznego, wahania nastroju, podniecenie ruchowe i agresja – zazwyczaj uzupełniają jego obraz. Zespoły urojeniowe „poamfetaminowe” występują częściej niż „pokokainowe”. Mają łagodniejszy przebieg, objawy są mniej nasilone, chorzy lepiej funkcjonują i są mniej agresywni.

W ciągu doby od przyjęcia ostatniej dawki kokainy (najczęściej *cracku*) jako powikłanie mogą wystąpić zaburzenia świadomości o typie majaczenia.

Objawy halucynozy dotykowej tzw. obłęd pasożytniczy, mogą wystąpić zarówno u uzależnionych od kokainy, jak i od amfetamin. Objawy halucynozy po amfetaminie utrzymują się krótko, przez kilka dni, są to zazwyczaj iluzje cenestetyczne, a nie omamy, jak w halucynozie kokainowej. Chorzy z omami cenestetycznymi są przekonani, że pod skórą mają wędrujące robaki, owady, ruszające się larwy, usuwając je doprowadzają do rozległych okaleczeń.

Częstym powikłaniem uzależnienia od substancji stymulujących jest zespół depresyjny. Obniżony nastrój, brak motywacji do działania, spowolnienie psychoruchowe, apatia, nadmierna senność, lęk, myśli samobójcze należą do najczęściej zgłaszanych dolegliwości. W tej grupie chorzy mają potrzebę leczenia zespołu depresyjnego, bez leczenia uzależnienia – negują istnienie związku między przyjmowaniem narkotyków a występowaniem zespołu depresyjnego.

2. Zaburzenia nie-psychotyczne

Rozważania na temat zmian osobowościowych jako skutku przyjmowania narkotyków należą do częściej podejmowanych tematów w polemikach psychologów, psychiatrów. Czy choroba, jaką jest uzależnienie powoduje te zmiany? Czy zmiany następowałyby również wtedy, gdyby nie było uzależnienia? Nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Dane empiryczne potwierdzają, że w okresach wieloletniej remisji u wielu osób uzależnionych (nie u wszystkich) obserwuje się zmiany w osobowości. Uzależnieni od konopi i innych halucynogenów, którzy utrzymują latami abstynencję wykazują tendencje do magicznego myślenia, pseudofilozofowania, apatii, wahań nastroju, niedostosowania do obowiązujących norm społecznych. Uzależnieni od opiatów mają trudności w planowaniu przyszłości, funkcjonują „tu i teraz”, nie mają zainteresowań, są roszczeniowi, stereotypowi w zachowaniu. Uzależnieni od substancji stymulujących latami odczuwają labilność emocjonalną, impulsywność, nietolerancję, niekiedy walczą z perfekcjonizmem, ksbnością, apatią i anhedonią. U uzależnionych od leków uspokajających i nasennych narastają zaburzenia osobowości oraz upośledzenie funkcji poznawczych. Zmiany w osobowości, w funkcjonowaniu określa się w stosunku do stanu wyjściowego, z okresu przed stosowaniem substancji psychoaktywnych. Zazwyczaj inicjacja narkotyczna i rozpoczęcie regularnego przyjmowania substancji psychoaktywnej następuje w okresie dojrzewania, w trakcie organizowania się osobowości. Rozwój uzależnienia wikła rozwój osobo-

wości. W ICD-10 związek uzależnienia i zaburzeń osobowości znalazł swoje miejsce w zaburzeniach późno ujawniających się, muszą być jednak spełnione kryteria uwarunkowań organicznych zaburzeń osobowości.

Zespół amnestyczny w przebiegu uzależnienia od barbituranów (również alkoholu), rzadziej od benzodiazepin charakteryzuje się nasilonymi zaburzeniami pamięci świeżej (zapamiętywania), często z amnezją wsteczną obejmującą krótki okres przed zachorowaniem oraz następczą. Występuje dezorientacja w czasie, narasta luka pamięciowa dotycząca bieżących wydarzeń. Chorzy często udzielają logicznych, ale nieprawdziwych odpowiedzi (konfabulacje). Kontakt z chorym bywa dobry, zachowana jest pamięć bezpośrednia, ale po paru minutach chory już nie pamięta, co się działo. Często pozostałe funkcje poznawcze są zachowane, a zaburzenia pamięci nieproporcjonalnie duże w stosunku do innych zaburzeń. Narastanie objawów zespołu amnestycznego przyspiesza łączne systematyczne picie alkoholu i zażywanie leków uspokajających, nasennych.

U uzależnionych od rozpuszczalników lotnych, barbituranów, szczególnie przyjmowanych w wysokich dawkach, rozwijają się zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane uszkodzeniem mózgu (encefalopatia). Niekiedy wczesny okres encefalopatii przypomina objawy neurastenii (męczliwość, trudności w koncentracji uwagi, anhedonia, zaburzenia snu); potem objawami dominującymi są zaburzenia zachowania, drażliwość, utrata kontroli nad emocjami, impulsywność, rozwlekłość, dygresyjność, drobiazgowość, kumulowanie afektu, nieuwzględnianie norm społecznych, tworzenie własnych racji, brak tolerancji, sztywność i stereotypowość myślenia, agresja. Narastanie objawów encefalopatii następuje dość szybko, ponieważ napady drgawkowe i urazy głowy występują często w tej grupie uzależnionych.

W procesie progresji zespołu amnestycznego, jak i encefalopatii może dojść do rozwoju zespołu otępiennego.

3. Współwystępowanie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń psychicznych, tzw. pacjenci z podwójnym rozpoznaniem

Zainteresowanie pacjentami z „podwójną diagnozą” wynika ze zwiększania się liczebności omawianej grupy. W Polsce brak danych epidemiologicznych, jak liczna jest to grupa, ale profesjonaliści wiedzą, że szukają oni pomocy prawie we wszystkich placówkach oraz stwarzają najwięcej problemów. Znacznie częściej rezygnują z leczenia niż pacjenci z „pojedynczą diagnozą”, są częściej hospitalizowani, przebieg psychoz jest u nich znacznie cięższy, dokonują więcej prób samobójczych i zachowują się bardziej agresywnie. Mają krótsze remisje, gorsze efekty leczenia, a koszt leczenia jest większy.

Jak już wspomniano, powyższa grupa chorych sprawia istotne trudności diagnostyczne. Współwystępujące zaburzenia psychiczne nakładają się na objawy psychopatologiczne, wywołane działaniem narkotyków lub zespołem abstynencyjnym. Nie można też pominąć sytuacji życiowej osoby uzależnionej, której nierzadko towarzyszą osamotnienie, bezdomność, marginalizacja, ubóstwo i niedożywienie, konflikty z prawem. Heterogenność zespołów występujących u tych pacjentów wymaga różnicowanego, elastycznego i tolerancyjnego postępowania terapeutycznego.

Wszelka dyskusja na temat, co jest pierwotne (przyjmowanie narkotyków czy zaburzenia psychiczne), a co wtórne praktycznie dla klinicysty nie ma znaczenia.

W poprzednich latach przykładano duże znaczenie do relacji związków przyczynowo-skutkowych między współwystępującymi zaburzeniami. Takie rozróżnienie bywa trudne, niekiedy wręcz niemożliwe, a w praktyce klinicznej mało przydatne, ponieważ współwystępujące zaburzenia wymagają leczenia niezależnie od relacji między nimi. W praktyce lekarskiej i psychologicznej zakłada się, że pacjenci – u których mimo abstynencji od narkotyków objawy zaburzeń psychicznych utrzymują się powyżej 6 miesięcy – chorują na dwa, niezależne, pierwotne zaburzenia, np. uzależnienie od halucynogenów i schizofrenię.

Zachodnie badania epidemiologiczne potwierdzają, że chorzy psychicznie częściej przyjmują substancje psychoaktywne niż osoby w populacji ogólnej. Różnice te są znaczące, np. w populacji ogólnej sięgnęło po narkotyki 6,1% osób, w grupie chorych na schizofrenię – 47%, na choroby afektywne – 32%, z zaburzeniami lękowymi – 23,7%. Również wśród uzależnionych lub używających szkodliwie zaburzenia psychiczne występują bardzo często (tabela 1).

Tabela 1. Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne wśród użytkowników substancji psychoaktywnych

Rodzaj przyjmowanego narkotyku	Zaburzenia psychiczne
Opioidy	Osobowość dyssocjalna + typu borderline Zespoły depresyjne
Kokaina, amfetaminy	Zespoły depresyjne Stany psychotyczne (schizofrenopodobne) ADHD Zaburzenia odżywiania się
Leki uspokajające i nasenne	Zespoły lękowe Zespoły depresyjne Zespoły organiczne
Konopie i inne substancje halucynogenne	Stany psychotyczne (zespoły urojeniowe, schizofrenopodobne) Zespół apatyczno-abuliczny Schizofrenia
Lotne rozpuszczalniki	Osobowość dyssocjalna + typu borderline Zespoły urojeniowe Zespoły organiczne

W grupie chorych z podwójną diagnozą zdecydowanie rzadziej współwystępują zespoły maniakalne, paranoja, zaburzenia hipochondryczne i konwersyjne.

Liczne badania wykazują, że wśród uzależnionych od opioidów odsetek osób z rozpoznaniem osobowości dyssocjalnej/borderline waha się od 30% do 70%. Cechą omawianej grupy jest inicjacja narkotyczna przed 15 rokiem życia oraz oporność na leczenie. Wydaje się, że przy obecnym stanie wiedzy rozpoznanie to jest nadużywane.

Zmienne, rozbieżne dane o rozpowszechnieniu epizodów depresyjnych wśród osób uzależnionych wynikają prawdopodobnie z niejednorodnych kryteriów diagnostycznych: pojedynczych objawów, oceny stanu psychicznego w różnych fazach choroby. Stosunkowo dobrze opracowane są badania dotyczące zaburzeń depresyjnych wśród uzależnionych od opiatów: występują one u 12% czynnych heroinistów, u 17% osób leczonych metadonem, u 30% utrzymujących abstynencję; 30–73% pacjentów miewa myśli samobójcze i 10 razy częściej dokonuje prób samobójczych niż nieuzależnieni.

Nadal nie ma jedności poglądów w twierdzeniu, że substancje halucynogenne mogą „wyzwolić” schizofrenię. Natomiast występuje ogólna zgodność, że używanie konopi może przyczynić się do rozwoju przewlekłych stanów psychotycznym. Rola kanabis jako niezależnego czynnika ryzyka powstania schizofrenii jest kontrowersyjna. Przy założeniu, że jest takim czynnikiem, to rozwój schizofrenii ma gwałtowny początek, a w obrazie psychopatologicznym psychozy dominują objawy wytwórcze.

ZABURZENIA SOMATYCZNE SPOWODOWANE PRZEZ PRZEWLEKŁE PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Przewlekłe przyjmowanie substancji psychoaktywnych prowadzi do powstania różnych zaburzeń somatycznych, które stanowią nierozzerwalną składową obrazu choroby, jakim jest uzależnienie. Objawy chorobowe objawiają się w szeregu narządach i układach.

1. Układ odpornościowy

Mechanizmy działania substancji psychoaktywnych na układ odpornościowy nie są w pełni poznane. Styl życia (stres, niedożywienie), zaburzenia snu, choroby infekcyjne mogą mieć znaczny wpływ, niezależnie od rodzaju przyjmowanej substancji. U osób stosujących substancje psychoaktywne drogą parenteralną obserwuje się szereg zaburzeń. Do najczęściej stwierdzanych należą m.in. uogólniona limfadenopatia, podwyższony poziom immunoglobulin, zwłaszcza IgG i IgM, limfocytoza, zmiana aktywności komórek NK (*natural killer*), błędnie dodatnie testy serologiczne (kiłowe, czynnika reumatoidalnego, odczynu wiązania dopełniacza).

Częstym powikłaniem stwierdzanym u osób przyjmujących substancje psychoaktywne jest zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV). Iniekcje dożylny, przy których ma miejsce dzielenie się igłami i strzykawkami, promiskuityzm, styl życia sprzyjają zakażeniom HIV. Po przedostaniu się do krwioobiegu, wirus zakaża przede wszystkim subpopulację limfocytów CD4+ oraz upośledza odpowiedź humoralną organizmu (hiperplazja limfocytów B produkujących przeciwciała), niszcząc jego zdolność do zwalczania chorób.

W wyniku zakażenia HIV rozwija się nabyty zespół upośledzenia odporności (AIDS). Osoby zakażone HIV, przyjmujące substancje psychoaktywne (zwłaszcza drogą dożylną), częściej zapadają na infekcje (np. płuc, wsierdza) i posocznice, niż zakażeni HIV nieużywający substancji psychoaktywnych.

2. Układ nerwowy

Napady drgawkowe mogą występować w przebiegu zespołu abstynencyjnego w uzależnieniu od alkoholu, leków uspokajających i nasennych. Mogą wykłać zatrucie substancjami stymulującymi, częściej występują w zatruciu kokainą niż amfetaminami.

Wzrost ciśnienia krwi, stan spastyczny naczyń mózgowych, przyspieszony rozwój miażdżycy, uszkodzenie płytek krwi – spowodowane przyjmowaniem zwłaszcza kokainy, rzadziej amfetaminy – są główną przyczyną chorób naczyniowych mózgu: krwotoków i udarów niedokrwiennych.

Uszkodzenia mózdzku objawiają się zaburzeniami koordynacji ruchowej, oczopląsem, drżeniami mięśniowymi, dysmetrią. Często towarzyszą one uzależnieniu od kokainy, barbituranów, lotnych rozpuszczalników. Wzmocnienie odruchów ścięgniastych stwierdza się w uzależnieniu od substancji psychostymulujących, zaś ich osłabienie – w uzależnieniu od leków nasennych i uspokajających.

U osób przyjmujących substancje psychoaktywne pojawia się dość często neuropatia obwodowa, zarówno w postaci mononeuropatii, jak i mononeuropatii mnogiej oraz polineuropatii (w tym zespół Guillain-Barré). Neuropatie obwodowe spowodowane uciskiem, ograniczone najczęściej do nerwu promieniowego, łokciowego, strzałkowego, występują u osób po zażyciu substancji wywołujących głęboki, przedłużony sen, w nienaturalnej pozycji ciała.

Neuropatie powstają w wyniku równoczesnego działania kilku czynników: toksycznego działania substancji (barbiturany, alkohol, rozpuszczalniki lotne), niedoborów pokarmowych (głównie witamin z grupy B, kwasu foliowego), ucisku na nerwy obwodowe. Najlepiej udokumentowany jest toksyczny wpływ alkoholu i ketonów. Również lotne rozpuszczalniki mogą spowodować objawy neuropatii, zwłaszcza nerwów czaszkowych: trójdzielnego i twarzowego.

Bóle głowy są dość częstą dolegliwością osób uzależnionych od kokainy, rozpuszczalników lotnych, leków uspokajających i nasennych.

Zakażenia bakteryjne mogą prowadzić do wtórnych zakażeń OUN (zapalenia opon, ropni mózgu). Wiele objawów ze strony układu nerwowego jest wynikiem reakcji alergicznych, spowodowanych zanieczyszczeniami chemicznymi i biologicznymi, znajdującymi się w przyjmowanych substancjach.

Jak już wspomniano, rozpuszczalniki lotne (szczególnie toluen), leki uspokajające i nasenne, przyjmowane latami, mogą prowadzić do rozwoju encefalopatii i zespołu otępiennego.

3. Układ oddechowy

Przewlekły nieżyt oskrzeli jest najczęściej stwierdzaną dolegliwością palaczy nikotyny. U palaczy marihuany oraz u wążających lotne rozpuszczalniki występuje rzadziej.

Zaburzenia odporności immunologicznej, przewlekłe palenie tytoniu, niedożywienie są czynnikami sprzyjającymi rozwojowi zapalenia płuc u osób uzależnionych przyjmujących narkotyki dożylnie. Często jest to pneumokokowe zapalenie płuc. Zapalenie płuc spowodowane przez *Pneumocystis carinii* jest często stwierdzane u osób zakażonych HIV. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych są szczególnie narażone na zakażenia prątkiem gruźlicy. Niska jakość życia, niewydolność układu odpornościowego są czynnikami decydującymi o szerzeniu się zakażenia. Badania wykazały, że przyjmujący substancje drogą dożylną, zakażeni HIV są grupą o najwyższym wskaźniku zachorowania na gruźlicę, głównie płuc.

Palenie *cracku* powoduje bóle w klatce piersiowej i trudności w oddychaniu, co tłumaczy się m.in. utrudnieniem przez kokainę wymiany gazowej w pęcherzykach

płucnych. Pylica płuc spowodowana przez przewlekłe wdychanie kokainy, jak i samistna odma nie należą również do rzadkich powikłań.

Rak płaskonabłonkowy, drobnokomórkowy i gruczolakorak płuc oraz rak płaskonabłonkowy krtani są bezpośrednio związane z paleniem tytoniu i kanabinoli.

4. Układ krążenia

Substancje psychostymulujące (niezależnie od drogi przyjmowania) mogą powodować: zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatie, tętniaki. Zaburzenia rytmu serca są najczęściej pochodzenia nadkomorowego, rzadziej komorowego. Niedokrwienie mięśnia sercowego i zaburzenia rytmu mogą być przyczyną nagłej śmierci u przyjmujących kokainę.

Zaburzenia rytmu serca prowadzące do śmierci mogą także wystąpić po przyjęciu niektórych opioidów, np. metadonu, w mechanizmie wydłużenia odstępu QT (w zapisie EKG). Kardiomiopatie bywają również spowodowane przewlekłym toksycznym działaniem barbituranów i lotnych rozpuszczalników (np. halotanu).

Zapalenie wsierdza, obok zapalenia płuc, są najczęstszymi powikłaniami przyjmowania substancji psychoaktywnych drogą dożylną. Poza głównym źródłem bakteriami, jaką są iniekcje i zanieczyszczenia przyjmowanych substancji, istotną rolę odgrywają też inne źródła zakażenia, np. stany zapalne przyzębia, żył, ropnie skóry.

W trakcie przyjmowania substancji psychoaktywnych drogą dożylną dochodzi do uszkodzenia ściany naczyń, stanów zapalnych, zakrzepicy, których skutkiem jest niewydolność układu żylnego, aż do zanku żył powierzchownych.

Przypadkowe wstrzyknięcia dotętnicze (szczególnie substancji psychostymulujących) poprzez uszkodzenie ściany tętnicy i nagły wzrost ciśnienia krwi niekiedy doprowadzają do pęknięcia naczynia.

5. Układ wydzielania wewnętrznego

U osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych zaburzenia wydzielania wewnętrznego mogą być spowodowane wpływem tych substancji na neuroprzekaznictwo w OUN i wydzielanie hormonów przysadki mózgowej.

Opiaty, poprzez wpływ na oś podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz podwzgórze–przysadka–gonady, mogą zaburzać wydzielanie prolaktyny, estrogenów, testosteronu prowadząc do zanku miesiączki, hipogonadyzmu.

Kokaina powoduje hiperprolaktamię, co może prowadzić do niepłodności i impotencji, wywołuje ponadto zwiększone wydzielanie hormonów tarczycy.

Marihuana może obniżyć poziom testosteronu, libido, ruchliwość plemników.

6. Układ mięśniowo-szkieletowy

Martwica mięśni poprzecznie prążkowanych (rabdmioliza) występuje w uzależnieniu od alkoholu, opioidów, substancji psychostymulujących (kokaina, amfetamina). Do objawów klinicznych uszkodzenia należą: nadwrażliwość mięśni na dotyk, bóle mięśni, podwyższona temperatura, obniżone ciśnienie krwi, senność. Narastająca mioglobinuria, występująca już we wczesnym etapie choroby, może doprowadzić do niewydolności nerek.

Uszkodzenie mięśni, spowodowane iniekcjami, prowadzi do kostniejącego zapalenia mięśni, w którym uszkodzone włókna mięśniowe zastępowane są przez złogi wapnia.

Zapalenie kręgow (szczególnie lędźwiowych), stawów (głównie krzyżowo-biodrowych), zapalenie szpiku kostnego jest częstym powikłaniem krwiopochodnych zakażeń u osób przyjmujących dożylnie substancje psychoaktywne (zwłaszcza heroinę).

7. Układ moczowo-płciowy

Zakażenia rzeżączką i kiłą występują częściej u osób przyjmujących substancje psychoaktywne niż w populacji ogólnej. Zakażenie HIV jest związane ze wzrostem zapadalności na wrzód miękkiej i opryszczkowe zapalenie narządów płciowych i odbytu.

Odbywanie stosunków analnych oraz oralnych sprzyja szerzeniu się zakażeń jelitowych (HAV, Salmonella, lamblie, pełzaki) i innych zakażeń (np. gonokokowego zapalenia gardła).

8. Wątroba

Stłuszczenie wątroby, ostre i przewlekłe zapalenie wątroby oraz marskość występuje u znacznej części przyjmujących substancje psychoaktywne. Najlepiej poznane jest działanie hepatotoksyczne alkoholu. Działanie toksyczne lotnych rozpuszczalników (np. chlorowcopochodnych węglowodorów, glikoli, estrów, ketonów) znane jest od lat. Równoczesne przyjmowanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych prowadzi do sumowania się ich toksycznego wpływu na komórki wątrobowe. Dodatkowym istotnym czynnikiem uszkadzającym są przebyte lub czynne wirusowe zapalenia wątroby, najczęściej zakażenia HCV i HBV.

Uszkodzenia wątroby mogą także być następstwem ostrych zatruc, np. lotnymi rozpuszczalnikami, kokainą, barbituranami.

9. Skóra

Uszkodzenia skóry po iniekcjach dożylnych, najczęściej w zgięciach łokciowych, wzdłuż żył przedramion, ramion, dłoni należą do charakterystycznych zmian stwierdzanych u przyjmujących substancje psychoaktywne. Stany zapalne żył prowadzą do niewydolności układu żylnego, obrzęków, zmian troficznych skóry z tendencją do powstawania owrzodzeń (głównie kończyn dolnych). Zakażenia bakteryjne skóry (ropnie, czyraki) wywołane mieszaną florą bakteryjną mogą mieć charakter nawracający.

Zmiany grzybicze, zapalenie tkanek okołopaznokciowych oraz choroby pasożytnicze skóry (świerzb, wszawica) występują szczególnie często u osób uzależnionych przebywających w złych warunkach sanitarnych.

U osób zakażonych HIV występują zarówno zmiany skórne pochodzenia infekcyjnego (grzybicze, wirusowe, bakteryjne), jak i nowotworowego (mięsak Kaposiego).

Charakterystyczne podrapania linijne lub ślady po „wyciskaniu” skóry występują u osób przyjmujących kokainę oraz amfetaminę. Ślady po oparzeniach (najczęściej papierosami) na skórze klatki piersiowej, dłoniach, stwierdza się u przyjmujących leki uspokajające i nasenne, opiaty, a oparzenia kciuka – u palących heroinę, *crack*.

Tabela 2. Najczęstsze skutki zdrowotne uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Skutki
1. zatrucia
2. zaburzenia psychiczne
3. napady drgawkowe
4. zakażenia wirusowe, bakteryjne
5. zapalenia: żył, płuc, wsierdza, skóry
6. reakcje alergiczne

ZABURZENIA ZDROWOTNE U NOWORODKÓW SPOWODOWANE PRZYJMOWANIEM PRZEZ MATKI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Problemy zdrowotne uzależnionych ciężarnych kobiet są przenoszone na płód. Matki te często wykazują cechy niedożywienia, prowadzą nieustabilizowany tryb życia, są narażone na sytuacje stresowe, dotknięte chorobami towarzyszącymi uzależnieniu (choroby wszczepienne, weneryczne). Wszystkie te czynniki wpływają niekorzystnie na rozwój płodu. Zwiększają ryzyko wystąpienia poronienia, niewczesnego, przedwczesnego porodu. W okresie ciąży kobiety często ograniczają przyjmowanie jednej substancji psychoaktywnej na rzecz innej, np. kokainy na rzecz alkoholu lub konopi.

Większość substancji psychoaktywnych przenika przez łożysko. Barbiturany, opiaty, alkohol, nikotyna osiągają wysokie stężenia w organizmie płodu i są przyczyną zespołów abstynencyjnych u noworodków.

Najlepiej poznanymi i udokumentowanymi zespołami uszkodzenia płodu jest alkoholowy zespół płodowy (FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*) oraz zespół niekorzystnych skutków działania alkoholu na płód (FAE – *Fetal Alcohol Effects*). Do podstawowych kryteriów FAS zalicza się: niską wagę urodzeniową, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, małopłowie, małowocze, krótką szczelinę powiekową, wygładzenie wargi górnej, niewykształcenie rynienki wargowo-podnosowej, duży podbródek. Do kryteriów FAE należą: niska waga urodzeniowa, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, jedno lub dwa kryteria z FAS, naczyniaki, zaburzenia rozwoju szkieletu i mięśni.

Alkohol działa najsilniej teratogennie w ciągu pierwszych 6 tygodni ciąży. W badaniach wykazano, że w ciągu godziny od spożycia alkoholu jego stężenie we krwi płodu równe jest stężeniu alkoholu w krwi matki, ale w drugiej i trzeciej godzinie przewyższa stężenie alkoholu u matki. Eliminacja alkoholu u płodu odbywa się głównie przez łożysko, drogą dyfuzji. Alkohol z powodu skurczu naczyń pępowiny powoduje niedotlenienie płodu, hamuje także rozwój komórek płodowych.

Nie potwierdzono teratogennego działania opiatów. W niektórych badaniach wykazano cechy niedojrzałości i niską wagę urodzeniową noworodków matek czynnie przyjmujących opiaty i również u leczonych substytucyjnie metadonem (przy dawkach poniżej 20 mg metadonu na dobę praktycznie nie ma objawów zespołu odstawiennego u noworodka, przy dawkach wyższych – występują u 50–60% noworodków). Neonatalny opioidowy zespół abstynencyjny pojawia się w czasie pierwszych 4 dni po porodzie, faza ostra utrzymuje się do około tygodnia, po czym objawy stopniowo wycofują się w ciągu 6 tygodni, rzadko w ciągu kilku miesięcy.

Tabela 3. Skutki zdrowotne przyjmowania substancji psychoaktywnych dla płodu i noworodka

Rodzaj substancji psychoaktywnej	Przewlekłe działanie na płód	Skutki zdrowotne u noworodka	Późniejsze skutki zdrowotne (dla dziecka)
Alkohol	Alkoholowy zespół płodowy (FAS) Niekorzystne skutki działania alkoholu na płód (FAE)	Alkoholowy zespół abstynencyjny: niepokój, zaburzenia snu, często hipotonia*.	Opóźniony rozwój psychoruchowy, słaba koncentracja uwagi* Objawy FAS, FAE
Opiaty	Niska waga urodzeniowa, wcześniactwo Nie stwierdzono wpływu na powstawanie wad wrodzonych	Neonatalny zespół abstynencyjny: ziewanie, osłabienie apetytu, niepokój, drżenia mięśniowe, drgawki, wymioty, biegunka, płacz Hiperbilirubinemia Zespół błon szklistych	Opóźnienie rozwoju w okresie pierwszych 9 miesięcy
Konopie	Wcześniactwo*	Nie stwierdzono zespołu abstynencyjnego	Nie opisano
BZD	Kumulacja BZD we krwi płodu, mniejsza ruchliwość	Neonatalny zespół abstynencyjny: sedacja, gorsze ssanie, drżenia mięśniowe, napady drgawkowe	Nie opisano
Substancje stymulujące: amfetaminy, kokaina	Opóźnienie rozwoju, mikrocefalia, wady wrodzone: niedorozwój palców, nerek*	Neonatalny zespół abstynencyjny: drżenia mięśniowe, wzrost napięcia mięśniowego, kichanie, przyspieszenie oddechu, biegunka*	Zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, impulsywność
Nikotyna	Opóźnienie rozwoju, wcześniactwo	Gorsze ssanie, częściej nagła śmierć łożeczkowa*	Nie opisano

* niepewne wyniki badań

Działanie kokainy i amfetamin na płód jest podobne, powodują one wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna oraz u matki skurcze macicy. Kobiety przyjmujące substancje stymulujące są narażone na poronienia, przedwczesne porody i odklejenie łożyska. Płód metabolizuje kokainę do norkokainy, przedłużając czas jej działania i dlatego m.in. występowanie krwotoków mózgowych (również u noworodków) jest dość częste. Wady rozwojowe płodu (skrócenie kończyn, wady układu moczowo-płciowego, zarośnięcie jelita lub jego martwi-

ca, wady oun) występują szczególnie często u kobiet przyjmujących kokainę. Do tej pory nie jest rozstrzygnięte, czy opisywane u noworodków objawy są objawami zespołu abstynencyjnego, zatrucia czy też innego zespołu chorobowego. Występują one półtorej doby po porodzie, osiągają szczyt w trzeciej dobie, całkowicie ustępują w ciągu tygodnia.

Palenie tytoniu powoduje zwężenie naczyń i zmniejszenie przepływu krwi przez macicę, co skutkuje spowolnieniem wzrostu płodu. W ostatnich latach wykazano, że nikotyna może wpływać również na rozwój szeregu wad (bezmózgowia, wady serca, rozszczepów podniebienia).

Przyjmowanie w pierwszych trzech miesiącach ciąży meprobamatu, diazepamu, chlordiazepoksydu, fenobarbitalu może spowodować w okresie całej ciąży wady wrodzone płodu. Przyjmowanie przez kobiety ciężarne barbituranów wpływa na przebieg fizjologicznej żółtaczki noworodków.

Powstawanie wad rozwojowych u płodów matek używających THC i LSD pozostaje sprawą dyskusyjną.

Wszystkie badania potwierdzają wyższy wskaźnik umieralności niemowląt matek uzależnionych. Występowanie zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej jest częstsze w grupie noworodków matek uzależnionych niż w grupie nieuzależnionych.

Nadpobudliwość, zaburzenia koncentracji uwagi, snu, obniżenie zdolności uczenia się są częściej stwierdzane u dzieci matek przyjmujących w ciąży kokainę i heroinę niż u dzieci matek zdrowych (tabela 3).

STANY OSTRYCH ZATRUCÍ

Według ICD-10 ostre zatrucie jest zdefiniowane jako przemijający, nagły stan powstały po przyjęciu substancji psychoaktywnej powodujący zaburzenia świadomości, procesów poznawczych, spostrzegania, afektu lub zachowania, innych reakcji psychofizjologicznych. Ostre zatrucia mogą być działaniem celowym lub przypadkowym.

Nieznajomość interakcji zażywanych substancji psychoaktywnych, nieprawidłowa ocena rozwoju tolerancji, zaburzenia pamięci i zła ocena „wielkości dawki lub dawek powodujących upragnione uspokojenie czy przeżycie” przez użytkowników narkotyków często powoduje występowanie tzw. przedawkowań. W tych stanach zagrożenia życie zależy od takich czynników jak: droga przyjęcia, wielkość dawki, rodzaj narkotyku/narkotyków, wyjściowy stan psychiczny i somatyczny oraz warunki atmosferyczne, szybkość udzielenia prawidłowej pomocy. Stan przedawkowania/ostrego zatrucia jest stanem dynamicznym; obraz kliniczny ulega zmianom w czasie. Powszechnie znane i dostępne są opisy objawów stanów zatrucí dla poszczególnych substancji (tabela 4); natomiast przy zatruciu dwoma lub więcej substancjami objawy te są niespecyficzne, zagrożenie zgonem jest nieproporcjonalnie większe niż przy zatruciu jedną substancją.

Zatrucie opiatami, lekami uspokajającymi i nasennymi będzie powodowało objawy zaburzeń świadomości – od somnolencji do śpiączki. Oczywiście zatrucie dwoma, trzema substancjami o działaniu depresyjnym na OUN, np. alkohol+heroina+klonazepam, zwiększa zagrożenie utraty życia. W zatruciu opiatami bardzo pomocnym objawem diagnostycznym jest zwężenie źrenic do rozmiarów łebka od szpilki, ale w zatruciu petydyną (dolargan) źrenice są szerokie, skóra zaczerwieniona, tętno przyspieszone, a faza śpiączki może być poprzedzona pobudzeniem.

Tabela 4. Główne objawy zatrucia wybranymi substancjami psychoaktywnymi

Opiaty	Benzo- diazepiny, barbiturany	Amfetaminy, Kokaina	Konopie indyjskie i inne halucynogeny	Lotne rozpuszczal- niki
spowolnienie, śpiączka	spowolnienie, śpiączka	pobudzenie, lęk, wielomówność, urojenia, majaczenie	lęk, niepokój, urojenia, omamy, majaczenie (po grzybach halucynogen- nych, ekstazie)	pobudzenie/ majaczenie/ śpiączka,
„szpilkowa- te” źrenice	„tańczące” źrenice	rozszerzone źrenice	rozszerzone źrenice	rozszerzone źrenice
obniżenie: - RR (ciśnienia tętniczego), - tętna, - temp. ciała	obniżenie: - RR (ciśnienia tętniczego), - tętna, - temp. ciała	podwyższenie: - RR (ciśnienia tętniczego), - tętna, - temp. ciała	podwyższenie: - RR (ciśnienia tętniczego), - tętna, - temp. ciała	obniżenie: - RR (ciśnienia tętniczego), - tętna, - temp. ciała
zwolnienie i zaburzenia oddychania	zwolnienie i zaburzenia oddychania	zaburzenia oddychania i rytmu serca,	wzmożone łaknienie, suche śluzówki	zaburzenia oddychania i rytmu serca, obrzęk płuc
	nudności, wymioty	bóle brzucha, wymioty	drżenie mięśniowe	nudności, wymioty
	atakja, dyzartria, bóle głowy,	drżenie mięśniowe	wzmożenie odruchów ścięgnistych	bezmocz, kwasica
	osłabienie odruchów ścięgnistych	wzmożenie odruchów ścięgnistych	napady drgawkowe (LSD, PCP)	napady drgawkowe
		napady drgawkowe		

Śmiertelne zatrucie benzodiazepinami należy do rzadkości (choć jest to grupa leków najczęściej stosowanych do celów samobójczych), ale w połączeniu z alkoholem czy opiatami znacznie zwiększa się ryzyko zgonu.

Zatrucia kokainą często mają bardzo dramatyczny przebieg: po krótkim okresie zaburzeń świadomości z równoległe narastającą niewydolnością układu krążenia (zawał, obrzęk płuc, niekiedy krwotok mózgowy), zgon następuje tak szybko, że udzielenie pomocy jest niemożliwe.

Do szczególnie niebezpiecznych należy przedawkowanie PCP: pobudzenie, zaburzenia świadomości typu majaczenia, wahania ciśnienia krwi i tętna, napady drgawkowe, często powikłane krwotokami mózgowymi, nie należą do rzadkości.

Ostre zatrucie konopiami nie stanowi zagrożenia zgonem. W obrazie zatrucia dominują objawy psychotyczne, objawy somatyczne plasują się w tle.

Łatwo przedawkować substancje lotne: rezerwa bezpieczeństwa do dawki toksycznej jest minimalna. Sumują się skutki toksyczne i depresyjne działania substancji lotnych oraz sposobu ich przyjmowania (ograniczenie powietrza do oddychania), stąd śmiertelność jest znaczna.

Podstawowy zakres problematyki związanej ze stanami ostrych zatruc narkotykami obejmuje również szereg powikłań towarzyszących tym stanom, np. urazy, odmrożenia, trwałe uszkodzenia narządów mięszkowych, mózgu, rdzenia kręgowego.

PODSUMOWANIE

1. Zaburzenie psychotyczne związane są z używaniem halucynogenów, substancji stymulujących, lotnych rozpuszczalników.

2. Wśród zaburzeń nie-psychotycznych dominują organiczne zaburzenia zachowania i zaburzenia procesów poznawczych o różnym nasileniu.

3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej przyjmują substancje psychoaktywne niż osoby ze zdrowej populacji.

4. Pacjenci z podwójnym rozpoznaniem są grupą chorych wymagającą szczególnej troski.

5. Używanie substancji psychoaktywnych prowadzi do uszkodzeń w wielu narządach i układach (np. w układzie nerwowym, odpornościowym, w narządach mięszkowych).

6. Substancje psychoaktywne przechodzą przez łożysko powodując szkodliwy wpływ na rozwój płodu.

7. Poszczególne substancje psychoaktywne powodują charakterystyczne dla siebie objawy zatrucia.

LITERATURA pozycje niecytowane, wykorzystane w rozdziale

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV*. Washington, DC: APA.

Dreisbach, R., Robertson, W. (1995). *Vademecum zatruc*. Warszawa: PZWL.

Henn, F., Sartorius, N., Helmchen, H. i Lauter, H. (red.). (2001). *Contemporary Psychiatry*. Berlin: Springer.

Jones, H. J. i Johnson, R. E. (2001). Pregnancy and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 14 (3), 187-193.

Kaplan, H. I. i Sadock, B. J. (1995). *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. (1997). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Rozdział 6

Specyfika narzędzi w diagnozowaniu uzależnień¹

Elżbieta Hornowska

Instytut Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza,
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Oddział Zamiejscowy

W literaturze przedmiotu wśród czynników wzmacniających proces terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych na pierwszym miejscu wymienia się właściwą ocenę stanu pacjenta, a to wiąże się również z używaniem zaawansowanych narzędzi diagnostycznych. Dokładna analiza stanu pacjenta za pomocą dobrze opracowanych metod pozwala na adekwatną diagnozę zarówno stopnia uzależnienia, jak i stanu psychofizycznego oraz funkcjonowania społecznego.

Szacowanie poziomu cech psychologicznych jest nieodłącznym elementem procedury diagnozowania, ale wykorzystywane w tym celu testy i wyniki testowe mogą przynieść wiele szkody, jeśli będą niewłaściwie stosowane. Nadużywanie testów zdarza się, niestety, bardzo często i problem ten jest przedmiotem troski zarówno profesjonalistów, jak i opinii publicznej. Należy oczekiwać, że właściwe i konstruktywne stosowanie testów będzie w dużej mierze efektem działań profesjonalnych organizacji, które poprzez swoje wydawnictwa będą wpływać na praktykę w tym zakresie. Ponieważ ta publikacja i taki cel ma realizować, to rozdział poświęcony prezentacji wybranych narzędzi, które mogą okazać się użyteczne w obszarze uzależnień, rozpocznie od kilku ogólnych uwag dotyczących testów i ich właściwości. Omawiając podstawowe zagadnienia psychometryczne odwołam się do najważniejszej publikacji regulującej działania w tej dziedzinie, tj. do „Standardów dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice” (AERA, APA, NCME, 2007).

TESTY PSYCHOLOGICZNE W ŚWIETLE „STANDARDÓW DLA TESTÓW STOSOWANYCH W PSYCHOLOGII I PEDAGOGICE”

Pierwsze wydanie Standardów ukazało się w roku 1954. Były to „Zalecenia techniczne dla testów psychologicznych i technik diagnostycznych” (“Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques”), które zostały przygo-

¹ Podstawą dla niniejszego tekstu był „Raport końcowy z prac dotyczących opracowania oraz zalecenia testów, które mogłyby być wykorzystywane do diagnozy w obszarze uzależnienia od narkotyków” będący efektem programu pod nazwą „Opracowanie pakietu metod do stosowania w obszarze uzależnień od narkotyków”. Autorami raportu byli: Alicja Bukowska, Anna Ciupa, Elżbieta Hornowska, Barbara Kęszycka, Janusz Koczberski, Mirosława Olszewska, Andrzej Pierzchała. Program ten został zlecony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i był realizowany przez Ośrodek Badań i Usług Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w latach 2004–2006.

owane przez zespół American Psychological Association (APA, 1954). Dokument ten trwale wyznaczył reguły obowiązujące przy stosowaniu testów psychologicznych i w ten sposób wpłynął na praktykę testowania (por. także Hornowska, 2007).

Od tej pory, kolejne wydania Standardów (AERA, APA i NCME 1966, 1974, 1985, 1999) są powszechnie akceptowane jako podstawa wyznaczania profesjonalnych zasad postępowania w domenach takich, jak: tworzenie testu, badanie testem, interpretacja wyników testowych oraz stosowanie testów w specyficznych obszarach, np. dla potrzeb diagnozowania osób niepełnosprawnych czy należących do mniejszości narodowych. Standardy stanowią dziś nieodzowną pomoc dla profesjonalistów tworzących i wykorzystujących testy psychologiczne. Chociaż zostały sformułowane normatywnie, nie wprowadzono mechanizmów ich egzekwowania. Opracowano je w taki sposób, by były zgodne z innymi regułami, wytycznymi czy zasadami publikowanymi przez różne organizacje, mające wpływ na politykę wykorzystywania testów w psychologii i edukacji.

Standardy (AERA, APA, NCME, 2007) to publikacja, której celem jest promowanie uzasadnionego i etycznego stosowania testów oraz dostarczanie podstaw do oceny jakości praktyki badania testami. Kolejne wydania tej publikacji służą upowszechnianiu wiedzy o tym, jakie kryteria powinny spełniać testy, oraz jakie mogą być konsekwencje ich stosowania.

Najnowsza wersja Standardów (AERA, APA, NCME, 2007) obejmuje 264 standardy pogrupowane w trzy kategorie: a) tworzenie testu, jego ocena oraz prezentacja wyników, b) bezstronność testowania, c) zastosowania testów. Każda z części zawiera rozdziały, w których przedstawiono szczegółowe standardy, każdy zaś rozdział rozpoczyna się stosunkowo obszernym wstępem, w którym przedstawiono aktualny stan wiedzy na omawiany temat. Należy podkreślić, że takie wprowadzenie można traktować jako efekt dyskusji specjalistów na szczegółowe tematy, a tym samym wyrażający stanowisko podzielane przez ogół osób zajmujących się profesjonalnie testowaniem.

Czym są testy psychologiczne, jakie powinny być ich właściwości oraz jakich korzyści powinni oczekiwać klienci – na te pytania należy odpowiedzieć. Zgodnie z definicją sformułowaną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (AERA, APA, NCME, 2007) testem psychologicznym nie jest każdy zbiór pytań lub zadań, lecz tylko taki, który spełnia określone warunki. Te warunki są jasno sformułowane: testem jest takie narzędzie pomiaru, które wykazuje wysoką trafność i wysoką rzetelność, a także ma właściwie opracowane normy. Na co zatem zwracają uwagę autorzy Standardów, omawiając kryterium trafności, rzetelności czy normalizacji testu? W jaki sposób należy interpretować te pojęcia?

Pojęcie trafności testu nabierało przez lata różnego znaczenia. Pierwotnie przez trafność testu rozumiano po prostu dokładność, z jaką test realizuje założone cele. W tym rozumieniu trafność była traktowana – podobnie jak współczynnik rzetelności – jako stała właściwość wyników testowych. Z czasem pojęcie trafności testu przestało być tak statycznie rozumiane. Początkowe pytanie „Jak dobrze test realizuje zamierzenia jego autora?” zastąpiono pytaniem „Co test mierzy i jak dobrze to robi?”. Oczywiście, autorzy testów nadal konstruowali je w określonym celu, jednak ich użytkownicy coraz częściej zadawali sobie pytanie „Jaki jest obszar zastosowania danego testu?” oraz „Czy ten test odpowiada moim celom?”

Trafność stała się – w miejsce zamkniętej procedury – otwartym procesem badawczym. Co więcej, w definicji tej nastąpiło wyraźne przesunięcie punktu ciężkości – z pojęcia trafności testu na pojęcie trafności interpretacji jego wyników. Ta zmiana perspektywy – od testu do konsekwencji stosowania testu – ma na celu zwrócenie uwagi użytkownikom na to, że najważniejsze są efekty badania testami i że nawet najbardziej staranne psychometryczne opracowanie testu nie zastąpi refleksji psychologicznej.

W procesie walidacji ważną rolę odgrywa zarówno autor testu jak i jego użytkownik. Użytkownik ma etyczny i zawodowy obowiązek korzystania z testów o najwyższej trafności i to trafność powinna być właśnie najważniejszym parametrem technicznym testu brany pod uwagę. To osoba wykorzystująca test musi określić, czy przedstawione w podręczniku materiały i dane wystarczająco uzasadniają zastosowanie testu w określonym celu. Jeżeli w procesie diagnostycznym wykorzystuje się test o niskiej trafności, oznacza to po prostu tyle, że w procesie podejmowania decyzji psycholog świadomie będzie wykorzystywał wariację niezwiązaną z konstruktem, czyli inaczej mówiąc, wariację błędu.

Rzetelność z kolei to inaczej dokładność pomiaru. Jest to wielkość błędu, jaki popełnia psycholog, interpretując wyniki danego testu. Ogólnie rzecz biorąc, błędy pomiaru są traktowane jak niedające się przewidzieć wielkości losowe. Nie ma idealnego testu, dlatego trzeba wiedzieć, jak duży jest błąd pomiaru i określić granice interpretacji wyniku testowego. Technicznie oznacza to umiejętność zbudowania przedziału ufności dla prawdziwego wyniku badanej osoby. W podręczniku każdego profesjonalnego testu psychologicznego można znaleźć odpowiednie dane o wielkości standardowego błędu pomiaru, pozwalające na określenie granic przedziału, w którym – z odpowiednim prawdopodobieństwem – mieści się prawdziwy wynik badanej osoby.

W Standardach (AERA, APA, NCME, 2007) formułuje się wyraźne stanowisko: zaleca się podawanie wyniku nie w postaci pojedynczej liczby, lecz pasma wyników, w którym, z określonym prawdopodobieństwem, mieści się prawdziwy wynik badanej osoby. Standardowy błąd pomiaru stanowi zatem zabezpieczenie przed przywiązywaniem nadmiernej wagi do pojedynczego wyniku liczbowego. Interpretując wynik otrzymany w teście, należy rozpatrywać wszystkie czynniki, które mogły wpłynąć na jego wartość – w tym także na potencjalne źródła błędu. Podawanie wyniku testu w postaci przedziału ufności przyczynia się do jego właściwej interpretacji.

Wynik otrzymany w teście psychologicznym nie ma żadnego znaczenia tak długo, jak długo nie można go odnieść do precyzyjnego i jednolitego układu odniesienia. Istotą testów psychologicznych jest bowiem to, że podstawę interpretacji ich wyników stanowi zawsze jakiś układ odniesienia. Najczęściej ten układ ma charakter statystyczny. Oznacza to, że wynik surowy (otrzymany przez badanie testem) danej osoby odnosi się do rozkładu wyników otrzymanego w próbie standaryzacyjnej. Pozwala to stwierdzić, w którym miejscu tego rozkładu mieści się badana osoba. Podstawą formułowania wniosków o właściwościach psychologicznych danej osoby jest ocena, jak wypada ona na tle innych, tj. grupy odniesienia. Wybór grupy odniesienia ma zatem kluczowe znaczenie dla wniosków końcowych, jakie zostaną wyprowadzone.

Normy testowe mają charakter względny, bo zależą od tego, kto tworzy grupę odniesienia. Bywa, że wynik tej samej osoby może zostać zinterpretowany raz jako niski, raz jako przeciętny, a raz jako wysoki – wszystko zależy od tego, z jaką grupą odniesienia wynik ten został porównany. Brak właściwych (opracowanych dla populacji polskiej) norm dyskwalifikuje zatem metodę jako test psychologiczny. Cóż bowiem może wynikać z porównania Polaka badanego testem inteligencji w roku 2000 z normami opracowanymi dla populacji amerykańskiej w latach 50.? Nic oczywiście, poza fałszywym przekonaniem, że dziś jesteśmy lepsi.

Etycznym obowiązkiem psychologa jest ochrona praw i interesów osób, które się do niego zgłaszają. Świadomość konsekwencji społecznych, wynikających ze stosowania testów psychologicznych, jest jednym z elementów postawy etycznej. W sytuacji rosnącego zapotrzebowania na usługi psychologiczne oraz coraz szerzej wykorzystywanego instrumentarium testowego, wiedza o specyfice pomiaru psychologicznego jest jednym z warunków „etycznego diagnozowania”. Dlatego też odwoływanie się do Standardów należy traktować jako jeden z nakazów etycznych.

OCENA PRZYDATNOŚCI WYBRANYCH TESTÓW PSYCHOLOGICZNYCH W OBSZARZE UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Analiza narzędzi dostępnych na polskim rynku w świetle Standardów prowadzi jednoznacznie do niekorzystnych wniosków. Wiele testów i innych narzędzi, używanych w diagnozie pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie spełnia podstawowych wymagań metodologicznych. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest to, że metody, które spełniają standardy psychometryczne, nie są dostosowane do specyfiki uzależnień ani w podziale ogólnym (rodzaj substancji uzależniającej, np. alkohol – narkotyki), ani w podziale na uzależnienia od różnych środków narkotycznych. Pojedyncze narzędzia, nawet jeśli posiadają wstępne opracowania pod kątem przydatności do badań w obszarze uzależnień, nie mają wskazań, jaką konkretną funkcję mogą spełnić: selekcyjną, predykcyjną, określać stopień uzależnienia czy skuteczność prowadzonej terapii, (por. Bukowska i inni, 2006).

Powoduje to co najmniej kilka niekorzystnych zjawisk:

- Stosowanie niesprawdzonych narzędzi pociąga za sobą błędne decyzje co do dalszego leczenia i nieprawdziwe dane dotyczące rozmiarów zjawisk patologicznych.
- Dobór metod do badań indywidualnych jest dokonywany wyłącznie według kryterium dostępności, a nie według zasad wynikających z klinicznego podejścia do przypadku.
- Stosowane metody nie są poddawane procesowi adaptacji kulturowej. Często są to jedynie luźne tłumaczenia, bez analiz poświęconych równoważności mierzonych konstruktów. Właściwości psychometryczne tych metod nie są znane, bo nie przeprowadza się żadnych badań poświęconych funkcjonowaniu tych metod w populacji polskiej.
- Wiele ze stosowanych testów nie ma uporządkowanych praw wydawniczych i autorskich, często nie są podawane choćby źródła ich pochodzenia.
- Nieuporządkowana sytuacja własności, szczególnie w momencie wejścia do Unii Europejskiej, może powodować skutki prawne, a w dalszej konsekwencji – finansowe (procesy o prawa autorskie, roszczenia finansowe).

W programie pod nazwą „Opracowanie pakietu metod do stosowania w obszarze uzależnień od narkotyków”, zleconym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i realizowanym przez Ośrodek Badań i Usług Psychologicznych w latach 2004–2006 dokonano krytycznego przeglądu metod stosowanych w obszarze uzależnienia od narkotyków oraz przeprowadzono badania dotyczące przydatności wybranych testów w tym obszarze. Miały one charakter walidacyjny i pozwoliły sformułować rekomendacje dla wybranych narzędzi.

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną niektóre wyniki tych badań. Należy tu podkreślić, że analizowane były tylko te testy, które spełniały założenia Standardów i miały uregulowany problem praw autorskich. Zespół – kierując się opiniami psychologów – praktyków – podjął decyzję o przeanalizowaniu możliwości diagnostycznego wykorzystania m.in. następujących testów:

Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT) Zawadzkiego i Strelaua (1997)

Kwestionariusza *Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* (CISS, autorzy Endler i Parker) polska adaptacja Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak (2005)

Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI, autor Spielberger) polska adaptacja Wrześniewski, Sosnowski i Matusik (2002).

1. Badanie temperamentu – temperamentalny czynnik ryzyka w uzależnieniach

O włączeniu metod pozwalających na diagnozę struktury temperamentu zadecydowały doniesienia o znaczeniu temperamentalnego czynnika ryzyka w uzależnieniach. Poszukując czynników, które jak można przyjąć są odpowiedzialne za powstawanie uzależnień, badacze coraz częściej zwracają uwagę właśnie na rolę temperamentu. Powodem tego zainteresowania jest funkcjonalne znaczenie temperamentu, a mówiąc dokładniej – jego rola w dostosowywaniu się jednostki do różnych wartości stymulacyjnych sytuacji, w jakich zdarza się jej funkcjonować.

Zgodnie z teorią aktywacji (por. np. Gray, 1964) ludzie różnią się między sobą poziomem aktywacji (pobudzenia), wyznaczającym zarówno kierunek, jak i intensywność zachowań. Według Graya (ibidem) różnice w poziomie aktywacji zależą od cechy indywidualnej, którą nazwał on aktywowalnością. Pozycja danej osoby na wymiarze aktywowalności, czyli tym samym charakterystyczny dla niej poziom aktywacji, zależy z kolei od zróżnicowanej indywidualnie reaktywności biologicznych mechanizmów, leżących u podstaw określonych cech temperamentu.

Każda osoba dąży do optymalnego dla niej, względnie stałego poziomu aktywacji. Osiągnięcie takiego poziomu jest warunkiem wydajności działania oraz przeżywania pozytywnych stanów emocjonalnych. Dlatego też ludzie, aby osiągnąć lub podtrzymać optymalny poziom pobudzenia, mają tendencję do poszukiwania lub unikania stymulacji.

W wielu koncepcjach temperament ujmuje się jako jeden z głównych czynników uczestniczących w regulowaniu relacji człowieka ze światem zewnętrznym (por. np. Regulacyjna Teoria Temperamentu – Strelau, 2001). Owo regulowanie polega na tym, że ludzie mają tendencję do wyboru zachowań o określonej wartości stymulacyjnej. Celem danego zachowania jest zatem zapewnienie sobie optymalnego (wysokiego lub niskiego) poziomu stymulacji. Podwyższony poziom pobudzenia, wynikający

z określonych cech temperamentu, zwiększa skłonność jednostki do reagowania na bodźce o dużej wartości stymulacyjnej różnego rodzaju zaburzeniami w zachowaniu, w tym m.in. do podejmowania zachowań ryzykownych.

Pojęcie **temperamentalnego czynnika ryzyka** zostało wprowadzone przez Careya (1986, 1989). Istotą tego pojęcia było interakcyjne ujęcie wpływu czynników podmiotowych i sytuacyjnych. Według Careya (1986) do zaburzeń zachowania i zmian patologicznych dochodzi wtedy, kiedy cechy temperamentu wchodzi w interakcję z niesprzyjającymi właściwościami środowiska, w jakim przebywa jednostka. Pojęcie to zostało przez wspomnianego autora ograniczone do wyjaśniania zachowań dzieci.

Strelau (2001, s. 408) nadał pojęciu temperamentalnego czynnika ryzyka szersze znaczenie. Jego zdaniem (ibidem) temperamentalny czynnik ryzyka stanowi „każda cecha temperamentu lub konfiguracja tych cech, która w interakcji z innymi czynnikami działającymi bardzo intensywnie, w sposób ciągły lub powtarzający się (może to być środowisko fizyczne lub społeczne, sposób wychowania, określona sytuacja, cecha osobowa, itd.), zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń zachowania lub patologii bądź sprzyja kształtowaniu się osobowości nieprzystosowanej”.

To czy określone cechy temperamentu lub ich konfiguracja mogą zostać potraktowane jako temperamentalny czynnik ryzyka, wymaga uwzględnienia ich wpływu w kontekście innych zmiennych. To interakcja cech temperamentu i innych zmiennych upoważnia nas do potraktowania temperamentu jako czynnika ryzyka.

Liczne badania pozwalają przyjąć hipotezę, że cechy temperamentu rzeczywiście mogą być swoistym czynnikiem ryzyka w uruchamianiu zachowań ryzykownych. I tak na przykład przyjmuje się, że u osób uzależnionych potrzeba poszukiwania silnych wrażeń może być mocnym predyktorem uzależnień – dotyczy to zwłaszcza osób, u których do uzależnienia dochodzi w młodszym wieku. Osoby poszukujące doznań będą preferować zachowania ryzykowne, np. nadużywanie alkoholu czy branie narkotyków, ponieważ takie zachowania mogą stać się regulatorami dostarczającymi stymulacji (por. też Miklewska i Milewska, 2000; Rogala-Obłękowska, 2002).

Jedną z analizowanych przez zespół metod była *Formalna Charakterystyka Zachowania* Zawadzkiego i Strelaua. Przede wszystkim starano się określić charakterystykę uzależnienia w terminach Regulacyjnej Teorii Temperamentu (RTT) sformułowanej przez Strelaua.

Regulacyjna Teoria Temperamentu (RTT)

Założenia teoretyczne metody. Zgodnie z podstawowym założeniem tej teorii (RTT) funkcja temperamentu zależy od tego, czy w danych warunkach możliwa jest efektywna regulacja stymulacji (Zawadzki i Strelau, 1997, s. 40–46). Zaobserwowano bowiem, że gdy jednostka ma możliwość efektywnej regulacji stymulacji, to selekcjonuje sytuacje i formy działania, odpowiednio do temperamentu. „Oznacza to, że ludzie dostosowują warunki zewnętrzne i wybierają takie formy działania, aby odpowiadały ich możliwościom temperamentalnym. W warunkach tych osiągają możliwie maksymalną skuteczność działania i minimalizują negatywne następstwa emocjonalne. W przypadku natomiast, gdy jednostka jest zmuszana przez otoczenie lub motywowana wewnętrznie do przystosowywania się do warunków zewnętrznych sprzecznych z jej cechami temperamentu, a więc nie ma

możliwości efektywnej regulacji stymulacji, kształtuje się tzw. temperamentalny czynnik ryzyka” (Strelau, 1997, s. 40).

Zdaniem Strelaua (Zawadzki i Strelau, 1997, s. 41) „w krótkiej perspektywie czasowej nieefektywna regulacja stymulacji oznacza niską odporność jednostki na stres. Warunki stymulacyjne niedostosowane do cech temperamentu prowadzą do obniżenia sprawności działania i wzbudzenia negatywnych emocji. Długotrwały stan niedostosowania oznacza zaś ryzyko kształtowania się patologicznych form zachowania”.

Podstawowe założenia RTT można zatem sformułować w postaci trzech tez (por. Zawadzki i Strelau, 1997).

- Cechy temperamentu wyznaczają preferencje sytuacji i form działania o określonej wartości stymulacyjnej.
- Cechy temperamentu wyznaczają wybór sytuacji i form działania o określonej wartości stymulacyjnej.
- Cechy temperamentu wyznaczają sposób funkcjonowania w różnych dziedzinach działalności człowieka.

Ponadto, uwzględniając to, że cechy temperamentu można podzielić na czasowe i energetyczne, Strelau (Zawadzki i Strelau, 1997, s. 42) zakłada, że:

- „czasowe cechy temperamentu wpływają na wybór sytuacji i form działania o ekstremalnej wartości stymulacyjnej, związanej z czynnikiem czasu, tj. wymagających elastyczności działania (zmiany decyzji, utrwalonych schematów zachowania), plastyczności myślenia, szybkości reagowania, zręczności.
- energetyczne cechy temperamentu wpływają na wybór sytuacji i form działania o ekstremalnej energetycznej wartości stymulacyjnej, tj. wymagających: długotrwałej, intensywnej pracy i tolerancji na silną stymulację fizyczną (wytrzymałość), odporności emocjonalnej na stres lub odwrotnie, dużej wrażliwości emocjonalnej (reaktywność emocjonalna), zdolności nawiązywania kontaktów oraz umiejętności (i zamiłowania do) działania wśród ludzi, podejmowania ryzyka, angażowania się w wiele różnorodnych zajęć (aktywność), zdolności dostrzegania słabych bodźców oraz oceny sygnałów o małej intensywności (wrażliwość sensoryczna)”.

Autor koncepcji wskazuje także, że osoby o zharmonizowanych strukturach będą wybierały sytuacje odpowiednio do nasilenia poszczególnych cech, zaś osoby o strukturze wskazującej na nieefektywną regulację stymulacji mogą preferować sytuacje, które są sprzeczne z posiadanymi możliwościami przetwarzania stymulacji (Zawadzki i Strelau, 1997, s. 43).

Skonstruowany przez Zawadzkiego i Strelaua (1997) *Kwestionariusz Temperamentu Formalna Charakterystyka Zachowania* (FCZ-KT) pozwala na oszacowanie dwóch cech czasowych i czterech cech energetycznych temperamentu.

Żwawość – tendencja do szybkiego reagowania, do utrzymywania wysokiego tempa aktywności i do łatwej zmiany jednego zachowania (reakcji) na inne, odpowiednio do zmian w otoczeniu.

Perseweratywność – tendencja do kontynuowania i powtarzania zachowań po zaprzestaniu działania bodźca (sytuacji), który to zachowanie wywołał.

Wrażliwość sensoryczna – zdolność do reagowania na bodźce zmysłowe o małej wartości stymulacyjnej.

Reaktywność emocjonalna – tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje, wyrażająca się w dużej wrażliwości i niskiej odporności emocjonalnej.

Wytrzymałość – zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej lub wysoko stymulującej aktywności i/lub w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej.

Aktywność – tendencję do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej lub do zachowań dostarczających stymulacji zewnętrznej (z otoczenia).

Wyniki badań empirycznych. W badaniach osób uzależnionych od narkotyków przeprowadzonych przez nasz zespół otrzymano 70 kompletnych kwestionariuszy FCZ-KT². W tabeli 1 przedstawiono podstawowe statystyki dotyczące skal temperamentu.

Porównując strukturę cech temperamentu badanej grupy i grupy normalizacyjnej (dane z podręcznika FCZ-KT, s. 68) można zauważyć pewne prawidłowości (por. też rys. 1). Osoby uzależnione otrzymały istotnie wyższy wynik średni dla wymiaru Aktywności ($t=2,71$; $p<=0,05$). Można zatem sądzić, że osoby uzależnione to osoby wykazujące tendencję do zachowań impulsywnych i podejmowania ryzyka. To osoby reagujące negatywnie na monotonię, brak nowych wrażeń i zmian w otoczeniu. Tę cechę zatem można potraktować jako temperamentalny czynnik ryzyka uzależnień.

Tabela 1. Podstawowe statystyki dotyczące skal temperamentu
(opracowanie własne)

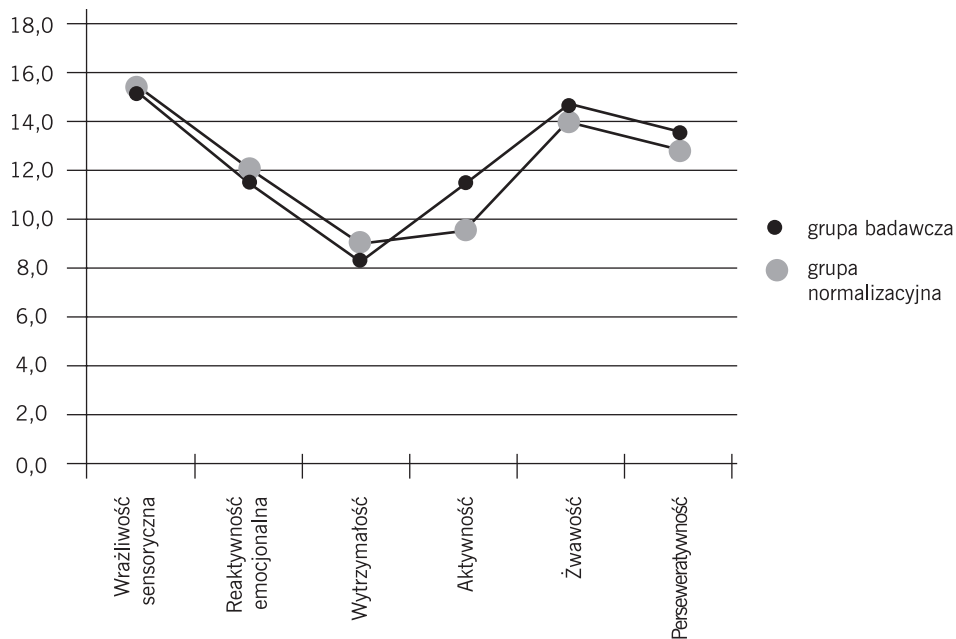
	N	Minimum	Maksimum	Średnia	SD
Żwawość	70	5	20	15,1	3,7
Perseweratywność	70	4	20	13,5	3,7
Wrażliwość sensoryczna	70	3	20	15,1	4,0
Reaktywność emocjonalna	70	3	18	11,5	3,9
Wytrzymałość	70	1	20	8,2	4,5
Aktywność	70	1	20	11,2	5,4

Wnioski i rekomendacje. Wyniki badania kwestionariuszem FCZ-KT są spójne z wynikami raportowanymi w literaturze. Dominującą cechą w temperamentalnej charakterystyce osób uzależnionych jest tendencja do podejmowania zachowań ryzykownych. Jest to zgodne z doniesieniami znanymi z literatury: osoby zażywające narkotyki (szczególnie młodzież) uzyskują wyniki wyższe od grupy kontrolnej w skalach mierzących ogólny poziom aktywności. Osoby ze zwiększonym zapotrzebowaniem na stymulację (hiperaktywne) częściej sięgają po różnego rodzaju używki, w tym narkotyki (por. np. Blowin, Bornstein i Trites, 1978).

Kwestionariusz ma dobre parametry psychometryczne. Jego rzetelność, rozumiana jako homogeniczność, mieści się w granicach od 0,70 do 0,88, zaś jako stabilność

2 Badania przeprowadziły następujące osoby: Alicja Bukowska, Barbara Kęszycka, Janusz Koczberski, Mirosława Olszewska oraz Andrzej Pierzchała.

bezwzględna (zarówno krótkoterminowa, jak i długoterminowa) – w granicach od 0,55 do 0,93. Metoda posiada aktualne polskie normy opracowane oddzielnie dla płci i grup wiekowych (N=4041).



Rys.1. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wymiary temperamentu – dane surowe (opracowanie własne)

2. Badanie stylu radzenia sobie ze stresem

Wielu badaczy wskazuje, że rola czynników psychologicznych, takich jak style radzenia sobie ze stresem czy poczucie koherencji wydaje się bardzo istotna w genezie uzależnienia, wyborze metod adekwatnych do potrzeb w procesie terapeutycznym oraz w utrzymywaniu abstynencji.

W swoich badaniach Moos i Schaefer (1986) udowodnili na przykład, że osoby wykorzystujące unikowe style radzenia sobie ze stresem, w porównaniu z osobami stosującymi styl skoncentrowany na zadaniu zdecydowanie gorzej radzą sobie w sytuacjach stresowych. Styl polegający na unikaniu jest stosowany głównie w celu zredukowania wpływu stresu na jednostkę. Osoba, u której ten styl dominuje, poszukuje towarzystwa innych ludzi lub angażuje się w czynności zastępcze, na przykład picie alkoholu lub zażywanie narkotyków, mające na celu odwrócenie uwagi od problemu. Badacze wykazali także, że w psychoterapii uzależnienia od alkoholu można osiągnąć istotne, trwałe zmiany stylu radzenia sobie ze stresem.

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Założenia teoretyczne metody. Kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*, autorzy Endler i Parker) to operacjonalizacja koncepcji Richarda Lazarusa i Susan Folkman. Stres w tej koncepcji definiowany jest jako „określona relacja pomiędzy osobą i otoczeniem, która oceniana jest przez tę jednostkę jako obciążająca jej zasoby i narażająca na szwank jej dobre samopoczucie” (za: Strelau, Jaworowska, Wrześniewska i Szczepaniak, 2005, s. 5). Autorzy tej koncepcji ujmują stres w kategoriach transakcji. „Oznacza to, że percepcja zagrożenia zależy częściowo od sytuacji, w której znajduje się jednostka, a częściowo od tego, co ta jednostka wnosi do sytuacji. Innymi słowy należy oczekiwać, że to, jak dana jednostka organizuje i reprezentuje wiedzę o świecie (podejście poznawcze), wpływa na wynik oceny zagrożenia danej sytuacji” (Strelau, Jaworowska, Wrześniewska i Szczepaniak, 2005, s. 6). Relacyjna koncepcja stresu to koncepcja, w której podkreśla się, że „o uznaniu relacji za stresową rozstrzygać ma tu subiektywna ocena jej znaczenia przez osobę w niej uczestniczącą (podejście fenomenologiczno-poznawcze), a nie właściwości obiektywne” (Heszen-Niejodek, 2000, s. 470).

Autorzy polskiej wersji Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Strelau, Jaworowska, Wrześniewska i Szczepaniak, 2005, s. 6) podkreślają także znaczenie zagrożeń istniejących obiektywnie, niezależnie od percepcji jednostki (takich jak kataklizmy i katastrofy). Ich zdaniem tego typu wydarzenia są źródłem stanu stresu, niezależnie od tego, jak jednostka je ocenia.

Styl radzenia sobie ze stresem definiuje się jako „względnie stałą tendencję do stosowania w różnych sytuacjach specyficznych dla jednostki sposobów radzenia sobie mających na celu usunięcie lub redukcję stanu stresu” (Strelau, Jaworowska, Wrześniewska i Szczepaniak, 2005, s. 9).

Kwestionariusz CISS pozwala na określenie następujących stylów radzenia sobie ze stresem (Strelau, Jaworowska, Wrześniewska i Szczepaniak, 2005, s. 17):

Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) to styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby, u których ten styl dominuje, częściej podejmują wysiłki zmierzające do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji (planowanie rozwiązania problemu).

Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) jest charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te często uruchamiają myślenie życzeniowe i fantazjują, zmniejszając w ten sposób napięcie emocjonalne związane z sytuacją stresową.

Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) jest charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do unikania przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy; angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen, albo poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

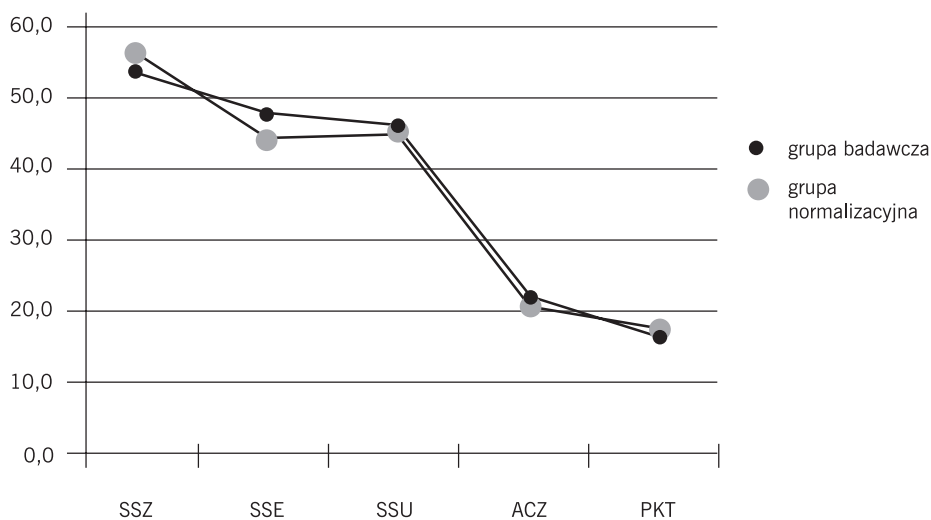
Wyniki badań empirycznych. Do analizy wykorzystano 114 wypełnionych kwestionariuszy. Średnie wyniki przedstawiono w tabeli 2. Jak widać, osoby badane odwołują się najczęściej do zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Ta prawidłowość charakteryzuje też grupę normalizacyjną (por. rys. 2). Natomiast osoby uzależnione częściej, niż osoby z grupy normalizacyjnej, uruchamiają styl skoncentrowany na emocjach ($t=2,17$;

$p \leq 0,05$)³. Wyniki te należy jednak traktować wyłącznie jako ogólną ilustrację – bowiem badania normalizacyjne wskazują wyraźnie, że zmienną różnicującą wyniki w kwestionariuszu CISS jest wiek i dlatego normy zostały opracowane dla różnych grup wiekowych.

Zbyt mała liczba badanych osób w poszczególnych grupach wiekowych nie pozwoliła na wyznaczenia takich charakterystycznych profili z uwzględnieniem wieku osób uzależnionych. Jest to też powód, dla którego profile konkretnych osób mogą odbiegać od profilu ogólnego.

Tabela 2. Podstawowe statystyki dotyczące stylów radzenia sobie ze stresem (opracowanie własne)

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	SD
SSZ	114	33	77	54,86	8,69
SSE	114	27	69	47,37	8,28
SSU	114	23	66	46,27	9,13
ACZ	114	9	35	20,78	5,45
PKT	114	5	25	16,01	4,40



Rys. 2. Charakterystyka badanej grupy ze względu na style radzenia sobie ze stresem (opracowanie własne)

³ Jako dane normalizacyjne wykorzystano dane uśrednione dla wszystkich grup wiekowych (por. Strelau i inni, 2005).

Wnioski i rekomendacje. Uzyskane wyniki badań potwierdzają, że analiza sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych może okazać się użyteczna w procesie terapii osób uzależnionych.

Rekomendowana metoda, czyli Kwestionariusz CISS spełnia podstawowe kryteria psychometryczne. Ma dobrą rzetelność (stabilność bezwzględna w odstępie 2–3 tygodni wynosi: SSZ – 0,75, SSE – 0,78, SSU – 0,80, ACZ – 0,79, PKT – 0,73) oraz potwierdzoną trafność diagnostyczną. Posiada także aktualne normy wyrażone w stenach.

3. Badanie poziomu lęku

Power i Dalgleish (2008) definiują lęk jako „stan, w którym jednostka nie może uruchomić adekwatnego wzorca zachowania, by usunąć lub zmienić obiekt/zdarzenie/interpretację, zagrażające realizacji ważnych dla niej celów” (s. 177). Lęk może zatem być jednym z ważnych czynników charakteryzujących funkcjonowanie osób uzależnionych.

W literaturze jest wiele doniesień na temat związku poziomu lęku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (np. Teichman, Barnea i Ravav, 1989). Autorzy badań zwracają uwagę na to, że niektóre cechy z pogranicza normy i patologii wprost lub pośrednio prowadzą do narkomanii. Jednym z takich znaczących sygnałów są objawy neurotyczne, występujące już we wczesnym dzieciństwie (lęk, poczucie krzywdy i osamotnienia). Zdarza się, że objawy te nasilają się i kumulują w okresie dojrzewania. W rezultacie mogą sprawić, że odkrycie narkotyku stanie się sposobem pozwalającym zredukować lęk.

Lęk jest jednym z czynników, który odgrywa ważną rolę w terapii osób uzależnionych, a w wielu przypadkach problemy, których podłożem jest wysoki lęk okazują się bardzo istotne. Wysoki poziom lęku często opóźnia bowiem proces terapeutyczny. Niekiedy bywa tak, że zanim nie obniży się poziomu lęku, trudno rozpocząć terapię. Znajomość tego czynnika pozwoli psychologowi odpowiedzieć na pytania: „Czy poziom lęku ma znaczenie w procesie terapeutycznym?”, „Jak zaplanować program terapeutyczny, aby przyniósł korzyść osobie uzależnionej?”

Jednym z narzędzi wykorzystywanych do pomiaru lęku jest *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) Charlesa Spielbergera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Sosnowskiego i Matusik (2002).

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Założenia teoretyczne metody. Budowa STAI opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002, s. 5). Według Spielbergera pierwszy rodzaj lęku warunkuje zmienność wyników z sytuacji na sytuację, a drugi różnice indywidualne.

Lęk-stan (L-stan) charakteryzuje się według Spielbergera „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002, s. 6). Charakterystyczną właściwością L-stanu jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających.

Lęk-cecha (L-cecha) definiowany jest przez Spielbergera jako konstrukt teoretyczny oznaczający „motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni

jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002, s. 5). W definicji tej podkreśla się wyuczony charakter lęku. „Formowanie się osobowości lękowej wiąże się z wczesnym okresem dzieciństwa, relacjami zachodzącymi w tym okresie między dzieckiem a rodzicami, szczególnie zaś z sytuacjami karania. W definicji wskazuje się również na rolę, jaką w osobowości lękowej pełnią procesy poznawcze (postrzeganie sytuacji). L-cecha powinna charakteryzować się dużą stabilnością” (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002, s. 5).

Ważne miejsce w koncepcji Spielbergera zajmuje problem wzajemnej relacji między lękiem-cechą i lękiem-stanem. „Osoby o wysokim poziomie lęku-cechy, w porównaniu z osobami o niskim jej nasileniu, nie muszą w sposób stały przejawiać wyższego poziomu lęku-stanu. Będą go natomiast przejawiać (reagować lękiem) w sytuacjach silnie zagrażających. Wyniki badań wskazują jednak na to, że bez względu na rodzaj sytuacji z wyższym poziomem L-cechy wiąże się wyższy poziom L-stanu. Związek między poziomem L-cechy a wielkością reakcji na zagrożenie (L-stanu) zależy w pewnej mierze od charakteru zagrożenia. Związek ten jest bardzo wyraźny w sytuacjach, w których występuje zagrożenie ego, natomiast słabszy w sytuacjach zagrożenia fizycznego” (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002, s. 6).

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002) składa się z dwóch skal: skali X1 mierzącej lęk rozumiany jako stan i skali X2 mierzącej lęk rozumiany jako cecha.

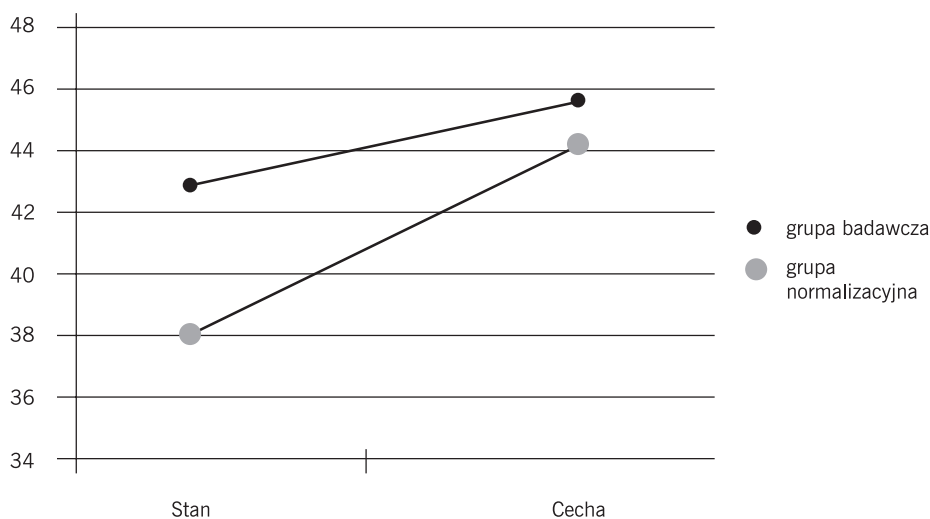
Wyniki badań empirycznych. Do analizy wykorzystano 57 wypełnionych kwestionariuszy. Średnie wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Porównując dane otrzymane dla grupy badawczej i dla grupy normalizacyjnej⁴ widać wyraźnie (por. rys. 3), że nasilenie poziomu lęku rozumianego jako stan jest istotnie wyższe w grupie badawczej niż w grupie normalizacyjnej ($t=3,23$; $p<0,05$), podczas gdy nie jest tak w przypadku lęku rozumianego jako cecha ($t=1,23$; $p>0,05$). To ciekawy wynik, gdyż zwraca uwagę, że u osób uzależnionych od narkotyków ważniejszy funkcjonalnie jest poziom lęku traktowanego jako stan. Redukcja tego poziomu może być jednym z czynników powodzenia terapii.

Tabela 3. Podstawowe statystyki dotyczące wymiarów lęku
(opracowanie własne)

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	SD
Lęk – stan	57	21	70	42,84	10,58
Lęk – cecha	57	30	67	45,56	9,19

⁴ Jako dane normalizacyjne wykorzystano dane uśrednione dla wszystkich grup wiekowych i dla płci.



Rys. 3. Charakterystyka badanej grupy ze względu na poziom lęku (opracowanie własne)

Wnioski i rekomendacje. Uzyskane wyniki badań potwierdzają, że określanie poziomu lęku może okazać się użyteczne w procesie poszukiwania przyczyn narkomanii, jak też planowania procesu terapeutycznego. U osób badanych stwierdzono wyższy poziom lęku rozumianego jako stan w porównaniu do grupy normalizacyjnej.

Inwentarz spełnia podstawowe kryteria psychometryczne. Ma dobrą rzetelność – stabilność bezwzględna w odstępnie 4 miesięcy wynosi 0,79 dla Skali X2 i 0,46 dla Skali X1. Są to wyniki podobne do tych, jakie otrzymał autor skali oryginalnej. Inwentarz ten posiada także potwierdzoną trafność diagnostyczną oraz normy wyrażone zarówno w stenach, jak i centylach.

PODSUMOWANIE

Nie ma takich metod testowych, które można by potraktować jako „złoty standard” w procesie diagnozowania osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Można jednak przyjąć, że użyteczne będą takie narzędzia, które dostarczą wyników dających się zintegrować z informacjami dotyczącymi przeszłości i obecnego stanu osoby badanej, a także z istotnymi danymi kontekstowymi. Wybór właściwej metody w procesie diagnozowania osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych może mieć kluczowe znaczenie dla planowania terapii. Testy psychologiczne indywidualizują rozpoznawanie problemów pacjenta, jego osoby i warunków życia. Na podstawie danych testowych można planować proces terapeutyczny, konstruować poszczególne procedury i techniki, odpowiednie dla konkretnej osoby, znajdującej się w konkretnej sytuacji. To wszystko, oczywiście, pod warunkiem, że stosowane testy są wartościowymi (tj. w pełni opracowanymi psychometrycznie) narzędziami diagnostycznymi. Dlatego też warto kontynuować badania potwierdzające trafność ich zastosowania w obszarze uzależnień od substancji psychoaktywnych.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association (APA).** (1954). *Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques*. Washington, DC: American Psychological Association.
- AERA, APA i NCME.** (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i w pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- APA, AERA i NCME.** (1966). *Standards for Educational and Psychological Tests and Manuals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- APA, AERA i NCME.** (1974). *Standards for Educational and Psychological Tests*. Washington, DC: American Psychological Association.
- APA, AERA i NCME.** (1985). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- APA, AERA i NCME.** (1999). *The Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blowin, A., Bornstein, R. i Trites, R.** (1978). Teenage alcohol use among hyperactive children: A five-year follow-up study. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 188-194.
- Bukowska, A., Ciupa, A., Hornowska, E., Kęszycka, B., Koczberski J., Olszewska, M. i Pierzchała, A.** (2006). *Raport końcowy z prac dotyczących opracowania oraz zarekomendowania testów, które mogłyby być wykorzystywane do diagnozy w obszarze uzależnienia od narkotyków*. Tekst niepublikowany. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Carey, W. B.** (1986). The difficult child. *Pediatrics in Review*, 8, 39-45.
- Carey, W. B.** (1989). Introduction: Basic Issues. W: W. B. Carey i S. C. McDevitt (red.), *Clinical and Educational Applications of Temperament Research* (s. 11-20). Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Gray, J. A.** (1964). Strength of the nervous system and levels of arousal: A reinterpretation. W: J. A. Gray (red.), *Pavlov's typology* (s. 289-364). Oxford: Pergamon Press.
- Heszen-Niejodek, I.** (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 463-478). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hornowska, E.** (2007). Testy psychologiczne w świetle procedur stosowania testów w psychologii i pedagogice. W: W. J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Proces-narzędzia-standardy* (s. 198-210). Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Mikłewska, A. i Mikłewska, A.** (2000). Związek temperamentu z zachowaniami agresywnymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu J. Strelaua: Sprawozdanie z badań. *Przegląd Psychologiczny*, 43(2), 173-190.
- Moos, R. H. i Schaefer, J.** (1986). *Coping with life crises. An integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Power, M. i Dalgleish, T.** (2008). *Cognition and emotion: From order to disorder*. New York: Psychology Press
- Rogala-Obłękowska, J.** (2002). Narkotyki a młodzież. W: B. Fatyga i J. Rogala-Obłękowska (red.), *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych* (s. 185-336). Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Strelau, J.** (2001). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K. i Szczepaniak, P.** (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Teichman, M., Barne, Z. i Ravav, G.** (1989). Personality and Substance Use Among Adolescents: a longitudinal study. *Addiction*, 2, 181-192.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T. i Matusik, D.** (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI – Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B. i Strelau, J.** (1997). *Formalna Charakterystyka Zachowania – kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Część III

TEORIE WYJAŚNIAJĄCE UZALEŻNIENIE OD NARKOTYKÓW

Rozdział 7

Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia

Marcin Wojnar

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Katedra i Klinika Psychiatryczna

Kirk J. Brower

University of Michigan Addiction Research Center

WPROWADZENIE

Narodowy Instytut Uzależnienia od Narkotyków w Stanach Zjednoczonych (NIDA¹) uznał uzależnienie od substancji psychoaktywnych za „chorobę mózgu” (Kosten, 1998). Termin ten z czasem przyjął się jako popularny slogan wśród klinicystów i badaczy zajmujących się problematyką uzależnień, pracowników instytucji publicznych określających kierunki rozwoju polityki zdrowotnej oraz samych pacjentów. Określenie to stanowi znaczne uproszczenie złożonego zaburzenia, gdyż uzależnienia obejmują problemy znacznie wykraczające poza patologię układu nerwowego, w tym mózgu. Większość badaczy zajmujących się uzależnieniami zgadza się, że pojęcie „uzależnienie” obejmuje również aspekty kulturowe, psychologiczne, społeczne i duchowe, które są niezwykle istotne zarówno dla zrozumienia przyczyn rozwoju choroby, jak i skutecznego jej leczenia. Z drugiej strony, mózg człowieka jest nadzwyczaj złożony pod względem struktury i funkcji, i wchodzi w kompleksowe interakcje ze wszystkimi wspomnianymi składowymi uzależnień.

Przypuszczalnie najbardziej przekonujące argumenty za traktowaniem uzależnienia jako choroby mózgu wynikają nie tylko z osiągnięć w badaniach neurobiologicznych, ale również z ograniczonych możliwości leczenia uzależnień. Pomimo wielu dobrze udokumentowanych pod względem efektywności psychologicznych i społecznych metod terapii – jak np. terapia motywująca, poznawczo-behawioralna, program oparty na dwunastu krokach czy terapia behawioralna *contingency management* (Conroy, Brower, Marshall i Crawford, 2008) – ich skuteczność jest wciąż znacznie ograniczona i u większości osób przebieg choroby ma charakter przewlekły z licznymi nawrotami (McLellan, Lewis, O'Brien i Kleber, 2000). Biologiczne metody leczenia uzależnień mają zastosowanie w niewielkim zakresie. Dysponujemy lekami, które można zaoferować pacjentom uzależnionym od alkoholu (disulfiram, naltrekson, akamprozat), od opioidów (metadon, buprenorfina i naltrekson) oraz od nikotyny (terapia zastępcza nikotyną, bupropion i wareniklina). Nadal nie ma skutecznych leków na uzależnienie od amfetaminy, kokainy, kannabinoidów, środków wziewnych czy halucynogennych (Kranzler i Ciraulo, 2005). Ponadto, każde leczenie farmakologiczne okazuje się nieskuteczne, kiedy jest jedyną formą terapii. Leki

1 Lista skrótów znajduje się na końcu rozdziału.

w terapii uzależnień są uznawane za metodę uzupełniającą i wspomagającą psychospołeczne metody leczenia. Poprawa efektywności leczenia powinna w przyszłości oznaczać coraz większą integrację farmakoterapii i psychoterapii (Slaymaker i Brower, 2008), a poprawa skuteczności metod biologicznych będzie zależeć od postępów w rozumieniu roli mózgu w patogenezie i rozwoju uzależnień. Innymi słowy, układ nerwowy osoby uzależnionej stanowi właściwy obiekt docelowy dla biologicznych metod leczenia, a zwłaszcza leków.

Niniejszy rozdział zaplanowano z myślą o znalezieniu odpowiedzi na następujące pytania. Po pierwsze, w jaki sposób procesy neurobiologiczne są zaangażowane w rozwój i podtrzymanie uzależnienia (część 1 i 2). Zrozumienie neurobiologicznych mechanizmów jest konieczne dla opracowania właściwych interwencji profilaktycznych i leczniczych. Po drugie, jaki jest obecny stan wiedzy na temat neurobiologii uzależnień na każdym z trzech powiązanych ze sobą ściśle poziomów badawczych: 1) anatomii czynnościowej ośrodkowego układu nerwowego (część 3), która pozwala na zrozumienie udziału w rozwoju uzależnień określonych okolic i struktur mózgu, i ich wzajemnych połączeń; 2) biologii komórkowej i molekularnej (część 4), która uwzględnia udział różnorodnych neuroprzekaźników i miejsc receptorowych oraz 3) mechanizmów genetycznych i epigenetycznych (część 5), które opisują wrodzoną predyspozycję neurobiologiczną oraz interakcję z czynnikami środowiskowymi. W końcu, jakie procesy neurobiologiczne są najbardziej istotne w rozwoju uzależnienia od poszczególnych substancji psychoaktywnych takich, jak alkohol czy kokaina (część 6).

1. ROZWÓJ UZALEŻNIENIA

Wiadomo, że nie wszystkie osoby mające kontakt z daną substancją psychoaktywną uzależniają się od niej. Jedynie niektóre jednostki cechują się wysoką *podatnością* na uzależnienie (*vulnerability*) co, ogólnie mówiąc, polega na takiej konstelacji biologicznych cech danego organizmu, która w interakcji z czynnikami środowiskowymi może prowadzić do rozwoju uzależnienia. Z perspektywy neurobiologicznej, rozwój i cechy ośrodkowego układu nerwowego zależą od ładunku genetycznego danej jednostki i różnią się między poszczególnymi osobami. Równocześnie zależą w dużym stopniu od wpływu środowiska, gdyż mózg bezpośrednio przetwarza informacje i bodźce pochodzące z otoczenia. Impulsywność czy sprawność procesów metabolicznych są takimi cechami, które są uwarunkowane genetycznie. Czynniki genetyczne i ich interakcje z czynnikami środowiskowymi (epigenetyczne) będą szczegółowo omówione w dalszej części rozdziału (część 5).

Inny istotny aspekt rozwoju uzależnienia wynika ze **wzmacniającej** (nagradzającej) natury działania substancji uzależniających; uważa się je za wzmacniające wówczas, kiedy przyjmowanie tych substancji zwiększa prawdopodobieństwo ponownego ich przyjęcia. Środki psychoaktywne są wyjściowo nagradzające, ponieważ ich działanie, ukierunkowane na określone struktury mózgowia (tzw. „układ nagrody”), prowadzi do krótkotrwałego odczucia przyjemności, co nazywamy **wzmocnieniem pozytywnym**. Układ nagrody w mózgu jest w dużym stopniu związany z aktywnością neuronów dopaminowych, mających swe początki w zlokalizowanym w śród-

mózgowiu polu brzuszny nakrywki (*ventral tegmental area*, VTA), a kierujących swoje wypustki do jądra półleżącego (*nucleus accumbens*) w brzusznej części prążkowania (*striatum*) oraz ciała migdałowatego (*amygdala*) i kory mózgowej (Volkow, Fowler, Wang i Goldstein, 2002). Opisany szlak neuronalny jest nazywany **mezolimbicznym układem dopaminergicznym, układem mezokortykolimbicznym** lub po prostu **układem nagrody**.

Chociaż to znaczne uproszczenie złożonego procesu, opisane szlaki dopaminergiczne są uznawane za kluczowe ogniwo i wspólną drogę końcową wszystkich rodzajów uzależnień, a zwłaszcza uzależniającego wpływu substancji psychoaktywnych. Inną koncepcją, którą warto w tym miejscu przytoczyć, jest **teoria sensytyzacji zachęt** (*incentive sensitization*), która zakłada, że dopamina nie pośredniczy w przyjemnym odczuwaniu nagród, a raczej odgrywa rolę w przypisywaniu znaczenia bodźcom z otoczenia, które sygnalizują zbliżającą się nagrodę oraz w motywowaniu do zdobycia nagrody (Berridge, 2007; Robinson i Berridge, 2001). W tym modelu dopamina ma zasadnicze znaczenie w generowaniu pragnienia i głodu narkotykowego (*craving*), a nie przyjemności związanej z jego zażyciem, za którą odpowiada raczej układ opioidowy. Mimo że istnieje nadal wiele kontrowersji wokół szczegółów udziału dopaminy, naukowcy zgodnie podkreślają jej kluczową rolę w patogenezie uzależnień (Berridge, 2007; Di Chiara i Bassareo, 2007; Kienast i Heinze, 2006; Volkow, Fowler, Wang i Goldstein, 2002). Niektóre substancje psychoaktywne mogą pobudzać układ dopaminergiczny na innej drodze niż ta opisana powyżej (Koob i Le Moal, 2006). Droga ta zostanie omówiona w części 6.

Wśród procesów odpowiedzialnych za rozwój uzależnienia, oprócz wzmocnienia, należy wymienić mechanizmy allostazy, neuroadaptacji i neuroplastyczności. Jednorazowe, krótkotrwałe przyjęcie substancji uzależniającej może aktywować mezokortykolimbiczny układ dopaminergiczny w mózgu, ale w krótkim czasie następuje powrót do homeostazy określonych części mózgu. Często powtarzane lub przewlekłe używanie substancji uzależniającej powoduje dostosowanie mózgu, który zmienia swoją funkcję w ten sposób, że efekty oddziaływania danej substancji na układ nerwowy są ograniczone do minimum. Ten proces nazywamy **neuroadaptacją** (Clapp, Bhave i Hoffman, 2009; Weiss i inni, 2001). Mózg usiłuje odtworzyć homeostazę (powrót do stanu wyjściowego) po każdym kontakcie z substancją psychoaktywną; proces uzależnienia jednak przefamuje to dążenie, co prowadzi do wykształcenia się procesu allostazy (Ahmed, Kenny, Koob i Markou, 2002; Koob i Le Moal, 2008). **Allostaza** może być zdefiniowana jako zresetowanie i przesunięcie punktu odniesienia dla homeostazy tak, że system traci stabilność, a utrzymanie równowagi zaczyna zależeć od obecności substancji. Innymi słowy, allostaza jest innym wariantem homeostazy, stanem pozornej, zaburzonej równowagi.

Przytoczymy teraz teoretyczny przykład dla zilustrowania procesu allostazy. W zwykłych warunkach mózg kieruje mechanizmami homeostatycznymi, aby utrzymać temperaturę ciała na poziomie 36,6 stopni Celsjusza. Jeśli jednorazowe przyjęcie substancji psychoaktywnej powoduje obniżenie ciepłoty ciała do 34 stopni, to będą uruchomione mechanizmy homeostatyczne, które mają na celu przywrócenie temperatury optymalnej lub przynajmniej zbliżonej do wartości prawidłowych. Nawet jeśli mózg nie jest w stanie w krótkim czasie całkowicie skompensować hipotermii wy-

wołanej przez tę substancję, to wciąż może przywrócić prawidłowe wartości ciepłoty ciała po ustaniu działania tej substancji. Taki system homeostacyjny działa prawidłowo. Jednakże, jeśli środek psychoaktywny jest przewlekły i często przyjmowany w wysokich dawkach, wówczas zdolność do kompensowania i przywracania obniżonej temperatury ciała do normalnego poziomu może ulec przeciążeniu i system staje się niewydolny. Przepuszczalnie w tych nowych warunkach układ homeostacyjny jest w stanie w najlepszym razie osiągnąć temperaturę 35 stopni, ale ten nowy punkt odniesienia jest ustalony w okresie stałej obecności obcej substancji. Kiedy substancja przestaje być regularnie przyjmowana i zaczyna jej brakować, temperatura ciała nagle „podsakuje” do 40 stopni, chyba że znów substancja znajdzie się w organizmie. Zdolność do ponownego przestawienia punktu odniesienia do 36,6 stopni może być przez długi okres nieosiągalna i wymagać obecności substancji psychoaktywnej, aby utrzymać tę patologiczną (allostyczną) równowagę na poziomie 35 stopni.

Zilustrowane zostały powyżej cztery cechy **allostazy**. Po pierwsze, prawidłowe procesy homeostazy są przeciążone i niezdolne do normalnego działania wskutek regularnego kontaktu z substancją psychoaktywną. Po drugie, ustala się nowy punkt odniesienia, który „udaje”, że system osiąga równowagę, póki obecna jest substancja. Po trzecie, nowy układ jest jednak bardzo niestabilny i regulowany patologicznie tak, że odstawienie substancji prowadzi raczej do objawów chorobowych (w powyższym przykładzie – wysokiej gorączki) niż do powrotu do właściwej homeostazy. Nic więc dziwnego, że neurobiolodzy, aby zrozumieć rozwój uzależnienia, usiłują wyjaśnić jak powstaje allostaza. Allostazie towarzyszy inna postać wzmocnienia – wzmocnienie negatywne. **Wzmocnienie negatywne** pojawia się wtedy, gdy dana substancja jest przyjmowana po to, aby uniknąć opisanego stanu patologicznego, by przeciwdziałać lub złagodzić przykre objawy spowodowane brakiem danego środka. Zatem, zarówno procesy pozytywnego jak i negatywnego wzmocnienia (określane niekiedy odpowiednio jako: pragnienie nagrody i pragnienie ulgi) odgrywają istotną rolę w mechanizmach rozwoju i podtrzymaniu uzależnienia (Heinz i inni, 2003).

Kolejnym procesem zaangażowanym w rozwój uzależnień jest neuroplastyczność. **Neuroplastyczność** oznacza zdolność mózgu do zmian i przebudowy w celu utrwalania nowych śladów pamięciowych i uczenia się nowych informacji (Kalivas i O'Brien, 2008). Te zmiany obejmują wzmocnienie niektórych połączeń synaptycznych i szlaków nerwowych w mózgu, a osłabienie innych w miarę procesu uczenia się. Z tej perspektywy mózg „uczy się” uzależnienia nie tylko poprzez omówione mechanizmy wzmocnienia, lecz także konsolidacji obwodów neuronalnych, leżących u podłoża tych mechanizmów. Neuroadaptacja odzwierciedla reakcję neurochemiczną mózgu na bezpośrednią obecność substancji psychoaktywnej w organizmie. Neuroplastyczność zaś oznacza zintegrowaną odpowiedź mózgu na wyuczony kontekst zewnętrzny i sygnały z otoczenia, które poprzedzają i następują po ekspozycji na narkotyki i związane z nim przeżycia.

Procesy mózgowo zaangażowane w uczenie się i pamięć stały się przedmiotem zainteresowania naukowców badających procesy uzależnienia, gdyż jego rozwój obejmuje uczenie się rozpoznawania, pragnienia i poszukiwania substancji psychoaktywnej oraz oczekiwania przyjemności wynikającej z jej przyjęcia. Uczenie się prowadzi do wytworzenia skojarzenia środka psychoaktywnego z (1) bodźcami z otoczenia, które sygnalizują jego dostępność lub

brak, (2) zachowaniami związanymi z jego zdobyciem, (3) przyjemnością, jaką on przynosi. Ten proces nazywany jest uczeniem asocjacyjnym, który ma dwa zasadnicze rodzaje. Uczenie wynikające z pozytywnych i negatywnych wzmocnień określane jest mianem **warunkowania instrumentalnego**. Drugi rodzaj uczenia asocjacyjnego jest nazywany **warunkowaniem klasycznym** czy pawłowowskim. Pawłow opisał warunkowanie klasyczne na podstawie swoich słynnych eksperymentów na psach, które były uczone wydzielania śliny w odpowiedzi na dźwięk dzwonka. Podobnie, nagradzające działanie środków uzależniających może wzmacniać proces uczenia się, który poprzedziło przyjęcie substancji. Proces uczenia obejmuje w tym przypadku znaczące bodźce z otoczenia, kojarzące się z dostępnością danego środka lub jego brakiem, a także z oczekiwaniem i przewidywaniem nagrody motywującej zachowania w celu zdobycia substancji (Di Chiara i Bassareo, 2007).

2. MECHANIZMY PODTRZYMUJĄCE UZALEŻNIENIE

Pozytywnie wzmacniający wpływ środków uzależniających ogranicza się z czasem w miarę regularnego ich przyjmowania. Innymi słowy rozwija się tolerancja na działanie nagradzające. Aby skompensować zjawisko tolerancji, trzeba przyjmować coraz więcej danej substancji, aby uzyskać ten sam efekt, który wcześniej występował pod wpływem mniejszych dawek. Przyczynia się to do intensyfikacji używania substancji w miarę rozwoju uzależnienia. Odwrotnie, negatywnie wzmacniające działanie środków uzależniających narasta w miarę upływu czasu i stałego ich używania. W ten sposób osoby uzależnione coraz częściej przyjmują tę substancję, aby uniknąć przykrych objawów zespołu abstynencyjnego, wynikających z jej odstawienia. Zespół abstynencyjny przejawia się zarówno objawami fizycznymi, jak i psychopatologicznymi. Zjawisko tolerancji i zespołu abstynencyjnego są zazwyczaj przedstawiane łącznie w systemach diagnostycznych i klasyfikacjach międzynarodowych (np. ICD-10, DSM-IV) jako objawy uzależnienia fizycznego, które ma podłoże neurobiologiczne.

Zespół abstynencyjny od substancji uzależniającej może być klasyfikowany pod względem: 1) przebiegu czasowego; 2) jego somatycznych i emocjonalnych objawów oraz 3) efektów motywujących. Czas trwania objawów daje podstawę do wyróżnienia ostrego lub przewlekłego zespołu abstynencyjnego. Składowa somatyczna zespołu abstynencyjnego obejmuje obserwowalne objawy fizyczne, takie jak drżenie rąk czy podwyższone ciśnienie tętnicze. Składowa emocjonalna ma raczej charakter subiektywny i opisuje, co pacjent czuje. Wpływy motywujące odnoszą się do siły oddziaływania poszczególnych objawów abstynencyjnych na zwiększenie motywacji pacjenta do ponownego używania substancji psychoaktywnej (zwiększając ryzyko nawrotu).

Ostre zespoły abstynencyjne występują zazwyczaj w bezpośrednim związku czasowym z nagłym przerwaniem lub istotnym ograniczeniem ilości przyjmowanego środka. Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol etylowy, kokaina i inne stymulanty (włączając nikotynę), opioidy, leki uspokajające i nasenne, wiąże się z wystąpieniem dokładnie opisanego zespołu abstynencyjnego. Zespół abstynencyjny u osób uzależnionych od kannabinoidów nie jest uwzględniony w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) (APA, 2000). Z paroma wyjątkami, ostre zespoły abstynencyjne rozpoczynają się w ciągu

kilku godzin od ostatniego przyjęcia substancji i trwają około tygodnia lub nieco krócej. Mogą wymagać leczenia detoksykacyjnego. W przypadku dłużej działających leków uspokajających i nasennych (np. relanium) oraz opioidów (np. metadonu) objawy zespołu abstynencyjnego mogą zaczynać się później i trwać dłużej. Wszystkie ostre zespoły abstynencyjne przebiegają z towarzyszącymi objawami emocjonalnymi, powodującymi subiektywne odczucie przykrości tych stanów, ale zespoły w przebiegu uzależnienia od różnych substancji różnią się między sobą objawami somatycznymi. Na przykład takie substancje psychoaktywne jak alkohol czy opioidy prowadzą do znaczących i stosunkowo specyficznych objawów abstynencyjnych, opisanych w klasyfikacjach międzynarodowych (DSM-IV: rozszerzone źrenice i piloerekcja w opioidowym zespole abstynencyjnym niespotykane w alkoholowym zespole abstynencyjnym), podczas gdy zespoły abstynencyjne od kokainy i innych stymulantów cechują się przede wszystkim objawami emocjonalnymi i afektywnymi.

Przewlekłe (przedłużone) zespoły abstynencyjne charakteryzuje utrzymywanie się pewnych objawów przez dłuższy okres (kilka tygodni czy miesięcy) po zaprzestaniu przyjmowania danej substancji, co może wiązać się z wysokim ryzykiem nawrotu (Martinotti i inni, 2008). Objawy przedłużonego zespołu abstynencyjnego mogą reaktywować procesy uzależnienia zarówno poprzez wzmocnienie negatywne (czyli używanie danej substancji, aby uniknąć przykrych objawów), jak i pozytywne (zmniejszenie się tolerancji w stosunku do przyjemnych efektów danej substancji po okresach wydłużonej abstynencji). W przypadku większości, jeśli nie wszystkich substancji psychoaktywnych, objawy emocjonalne zaczynają dominować w obrazie klinicznym w miarę jak zespoły abstynencyjne przechodzą z fazy ostrej w fazę przewlekłą, objawy somatyczne zaś się wycofują. Zasadnicze objawy emocjonalne przedłużonych zespołów abstynencyjnych są w miarę jednakowe, niezależnie od rodzaju substancji, i obejmują: nastrój dysforyczny (drażliwość, depresja, lęk), zaburzenia snu (zazwyczaj bezsenność, obejmującą zarówno problemy związane z zasypianiem, budzeniem w środku nocy, jak i przedwczesnym wybudzaniem nad ranem) oraz narastający głód alkoholowy/narkotykowy (Schierenbeck, Riemann, Berger i Hornyak, 2008). Przedłużone zespoły abstynencyjne są coraz częściej właściwie rozpoznawane przez klinicystów. Stworzono również modele zwierzęce tych zespołów w laboratoriach badawczych (Valdez, Zorrilla, Roberts i Koob, 2003), jednakże zespoły te nie są jeszcze uwzględniane w systemach klasyfikacyjnych.

Przewlekłe zespoły abstynencyjne mogą odzwierciedlać proces **sensytyzacji** (uwrażliwienia), który można przedstawić jako mechanizm przeciwstawny do zjawiska tolerancji. Zgodnie z tą koncepcją, struktury mózgu odpowiedzialne za stres, dysforyczne emocje, zaburzenia snu i odczuwanie głodu alkoholowego znacznie łatwiej reagują na różne bodźce niż w okresie przed uzależnieniem, w szczególności na różne sygnały związane z substancją uzależniającą. Sklep z alkoholem może być postrzegany całkiem obojętnie i ignorowany przez większość ludzi. Widok lub nawet samo wspomnienie sklepu monopolowego może wzbudzić silne pragnienie napicia się, uaktywnić głód alkoholu u osoby od niego uzależnionej. Ten przykład podkreśla, że również mechanizmy uczenia się są włączone w podtrzymanie uzależnienia.

Zjawisko **upośledzonej kontroli** czy **utruty kontroli**, zazwyczaj postrzegane jako najbardziej kluczowy objaw uzależnienia, może być również rozumiane jako

sensytyzacja tych części mózgu, które odpowiadają za przymus przyjmowania danej substancji, pomimo jej negatywnych konsekwencji. Anatomiczne struktury postulowane jako odpowiedzialne za proces sensytyzacji obejmują mezolimbiczny układ dopaminergiczny (Berridge, 2007; Robinson i Berridge, 2001) oraz rozszerzone ciało migdałowe (*extended amygdala*) (Koob, 2003). Podsumowując, uzależnienie można scharakteryzować jako proces narastania tolerancji w stosunku do przyjemnych efektów danej substancji oraz sensytyzacji wobec jej negatywnych efektów.

3. LOKALNE OBWODY NEURONALNE

Aby ułatwić zrozumienie zagadnienia osobom nieposiadającym wykształcenia medycznego, przedstawione będą najpierw wybrane informacje dotyczące budowy i funkcji mózgu. Jak wspomniano powyżej, większość teorii uwzględnia mezolimbiczny szlak dopaminergiczny jako zasadniczy obwód neuronalny, odgrywający rolę w rozwoju uzależnień. Jednakże istnieją jeszcze inne obszary mózgu i istotne połączenia między nimi, które są aktywnie zaangażowane w mechanizmy uzależnienia. Poczynając od struktur położonych najniżej, te okolice obejmują **pień mózgu** (w szczególności **pole brzuszne nakrywki** w śródmózgowiu, VTA), **międzymózgowie** (a zwłaszcza **wzgórze** i **podwzgórze**) oraz **półkule mózgowe** (które mogą być następnie podzielone na struktury podkorowe i ośrodki korowe). Ogólnie mówiąc, *niższe* części mózgu są odpowiedzialne za większość reakcji autonomicznych i zachowań automatycznych, takich jak oddychanie, czynności popędowe w celu zaspokojenia pragnienia, głodu, czynności seksualne i sen. *Wyższe* struktury mózgu (tj. **kora mózgowa**) odpowiadają za świadome i dobrowolne działania, funkcje wykonawcze (Verdejo-Garcia, Bechara, Recknor i Perez-Garcia, 2006) oraz jako nadrzędne części mózgu – za modulowanie i kontrolę czynności niższych ośrodków w mózgu. Uzależnienie można rozumieć jako rozwijające się zachwianie równowagi między aktywnością wyższych i niższych struktur mózgu, wynikające z dysfunkcji połączeń i komunikacji między nimi.

Mówiąc o równowadze często używa się pojęcia homeostazy, która oznacza, że mózg i inne ważne życiowo narządy i układy naszego organizmu starają się utrzymać stałe i stabilne środowisko wewnętrzne (np. temperaturę ciała), pomimo wyzwań, jakie przynoszą zmieniające się warunki otoczenia zewnętrznego. Przewlekła, powtarzana ekspozycja na środki uzależniające stanowi jedno z takich wyzwań. Zazwyczaj wyższe i niższe ośrodki mózgowe pozostają we wzajemnej homeostazie. Komunikują się wzajemnie precyzyjnie, a kontrola wykonawcza nad zachowaniem, osądem i podejmowaniem decyzji jest podejmowana przez wyższe ośrodki w mózgu, po uwzględnieniu wszelkich informacji pochodzących z niższych struktur.

Zawarte w definicji uzależnienia pojęcie upośledzenia czy utraty kontroli może odzwierciedlać przesunięcie równowagi między wyższymi i niższymi strukturami mózgu, w efekcie którego z jednej strony następuje osłabienie korowych ośrodków kontroli, a z drugiej – odhamowanie i pozbawienie kontroli ośrodków podkorowych. Innymi słowy, uzależnienie na poziomie funkcji mózgu można rozumieć jako patologiczną nierównowagę między aktywnością wyższych i niższych ośrodków mózgowych. W wyniku tego zachowanie staje się impulsywnie lub kompulsywnie kiero-

wane przez niższe struktury mózgu, pozbawione kontroli i zrównowżenia ze strony struktur wyższych. Wśród wyższych ośrodków mózgowych szczególne znaczenie przypisuje się **korze przedczołowej**, która stanowi funkcjonalną część **płatów czołowych** (Goldstein i Volkow, 2002). Wśród niższych ośrodków mózgowych szczególną uwagę ogniskuje się na **układzie limbicznym** (Childress i inni, 1999), który obejmuje w większości struktury podkorowe oraz pewne obszary kory mózgowej.

Układ limbiczny odgrywa zasadniczą rolę w regulacji emocji. Stąd rozregulowanie układu limbicznego może się wiązać z drażliwością i nastrojem dysforycznym, co zwiększa ryzyko nawrotu picia. Główne struktury wchodzące w skład układu limbicznego to **hipokamp**, **ciało migdałowe** (*amygdala*) i **zakręt obręczy** oraz niektóre części prążkowiec, a w szczególności **jądro półleżące**. Badania z użyciem technik neuroobrazowania wykazały, że aktywność wymienionych ośrodków koreluje znacząco z intensywnością uczucia głodu alkoholowego/narkotykowego (*craving*) (Sinha i Li, 2007). Jak wspomniano wyżej, ważną rolę odgrywa także szlak mezolimbiczny wiodący z pola brzusznej nakrywki w śródmózgowiu do jądra półleżącego w układzie limbicznym. Badania radioobrazowe, oceniające rolę układu limbicznego w genezie głodu narkotykowego, były prowadzone wielokrotnie, jednak ich wyniki wskazują na różne struktury w obrębie układu limbicznego, w których następuje wzmożenie aktywności. Wśród niższych struktur mózgu, Koob i wsp. (2003) główną rolę w rozwoju uzależnienia przypisują tzw. poszerzonemu układowi ciała migdałowego (*extended amygdala system*). Poszerzone ciało migdałowe składa się z jądra półleżącego (*nucleus accumbens*), jądra łożyskowego prążka końcowego (*stria terminalis*) oraz jądra migdałowego. Nowe badania wskazują, że pewną rolę może odgrywać także kora *wyspy* (Paulus, 2007).

4. MECHANIZMY KOMÓRKOWE I MOLEKULARNE

Mózg składa się zasadniczo z dwóch rodzajów komórek: komórek nerwowych (neuronów) i komórek glejowych, które wspierają funkcję neuronów na wiele różnych sposobów. Ze względu na to, że większość substancji uzależniających wywiera swoje działanie na poziomie transmisji neuronalnej, poniżej przedstawimy uproszczony opis przekazywania sygnałów między komórkami nerwowymi. Neurony są zbudowane z **ciała komórkowego**, które zawiera informację genetyczną kierującą aktywnością komórki, oraz z długiej wypustki nazywanej **aksonem** (neurylem), który umożliwia komunikację między neuronami. Ogólnie mówiąc, akson jednej komórki nerwowej dochodzi w bliską okolicę innej komórki nerwowej, która jest celem komunikacji. Zamiast bezpośredniego połączenia pomiędzy neuronami, istnieje niewielka przerwa, czyli szczelina między aksonem neuronu a komórką docelową. Końcowa część aksonu jednego z neuronów (nazywana **zakończeniem nerwowym**), powierzchnia komórki drugiego neuronu oraz przestrzeń pomiędzy nimi (zwana **szczeliną synaptyczną**) tworzą **synapsę**, która stanowi miejsce komunikacji między neuronami. Komórka nerwowa, która inicjuje komunikację jest nazywana **neuronem presynaptycznym**, a komórka odbierająca przekaz informacji jest nazywana **neuronem postsynaptycznym**. Komunikacja między neuronem pre- i postsynaptycznym odbywa się w przestrzeni synaptycznej poprzez uwalnianie substancji chemicznych

zwanych **neuroprzekaznikami**. Do neuroprzekazników, na które oddziałują środki uzależniające należą przede wszystkim: dopamina, serotonina, acetylocholina, kwas gammaaminomasłowy (GABA), kwas glutaminowy oraz endorfiny (Kienast i Heinz, 2006; Koob i Le Moal, 2006). Zazwyczaj, neuroprzekazniki są syntetyzowane, gromadzone oraz uwalniane w neuronie presynaptycznym, następnie ulegają dyfuzji przez szczelinę synaptyczną i wiążą się na powierzchni (**błonie komórkowej**) neuronu postsynaptycznego z miejscami nazywanymi **receptorami** neuroprzekazników. Wiązanie neuroprzekaznika ze specyficznym miejscem receptorowym pobudza lub hamuje neuron postsynaptyczny, w zależności od rodzaju neuroprzekaznika i typu receptora. Po wywarciu pobudzającego lub hamującego efektu na receptor, neuroprzekaznik dysocjuje (odczepia się) od swojego receptora i następnie podlega „recyklingowi” przez **wychwyt zwrotny** do zakończenia neuronu presynaptycznego lub zniszczenie przez **enzymy metaboliczne**. Wychwyt zwrotny polega na wiązaniu się cząsteczki neuroprzekaznika z białkiem **transportera** (wbudowanego w powierzchnię neuronu presynaptycznego), który przekazuje neuroprzekaznik z powrotem do wnętrza komórki presynaptycznej. Wszystkie psychoaktywne substancje uzależniające wywołują efekty neurobiologiczne na poziomie komórkowo-molekularnym poprzez wpływ na jeden lub więcej opisanych procesów związanych z funkcją neuroprzekazników: syntezę, gromadzenie, uwalnianie, łączenie z receptorami, wychwyt zwrotny i metabolizm.

Jeśli komunikacja między dwoma neuronami jest wystarczająco intensywna, informacja jest przekazywana do neuronu postsynaptycznego na jeden z dwóch sposobów. Szybsza droga polega na przechodzeniu jonów do wewnątrz i na zewnątrz komórki postsynaptycznej i powodowaniu zmiany potencjału elektrycznego, co prowadzi do wyzwolenia potencjału elektrycznego (*firing*) neuronu (Clapp, Bhawe i Hoffman, 2009). Następuje uwolnienie neuroprzekazników z zakończenia neuronu postsynaptycznego, co pozwala na komunikację z kolejnym neuronem w łańcuchu komórek szlaku nerwowego. Druga droga, znacznie wolniejsza, uruchamia łańcuch reakcji chemicznych wewnątrz neuronu postsynaptycznego, które włączają lub wyłączają specyficzne geny komórki nerwowej. Chociaż wolniejsze, efekty genetyczne są znacznie trwalsze i są przedmiotem licznych badań prowadzonych w celu zrozumienia długotrwałych zmian, zachodzących pod wpływem substancji uzależniających.

5. MECHANIZMY GENETYCZNE I EPIGENETYCZNE

Coraz powszechniej podkreśla się udział predyspozycji wrodzonej w zwiększaniu indywidualnego ryzyka rozwoju uzależnienia. Z dużych genetycznych badań epidemiologicznych, przeprowadzonych na bliźniętach, wynika, że około 50–60% podatności na uzależnienie wynika z czynników genetycznych (Kendler, Myers i Prescott, 2007). Pozostała część podatności (40–50%) jest efektem wpływu czynników środowiskowych, które obejmują czynniki kulturowe, bezpośrednie otoczenie w miejscu zamieszkania, wychowanie w rodzinie, wpływ grupy rówieśniczej, innych osób znaczących oraz ekspozycję na samą substancję psychoaktywną. Co warte podkreślenia, geny nie są więc ani fatum ani przeznaczeniem. Mogą zwiększyć ryzyko rozwoju uzależnienia, ale same z siebie nie decydują o tym, czy ktoś faktycznie uzależnionym się stanie.

Uzależnienia są więc uważane za choroby o etiologii złożonej, w której zasadniczą rolę odgrywa interakcja czynników genetycznych i środowiskowych, przyczyniająca się zarówno do zainicjowania używania substancji psychoaktywnych, jak i do rozwoju uzależnienia. Od dawna obserwowano, że uzależnienia występują częściej u bliskich członków rodzin. Badania genetyczne prowadzone na rodzinach, bliźniętach i rodzeństwie przekazywanym do adopcji wykazały, że ryzyko rozwoju uzależnienia, związane z wpływem genów zależy od rodzaju używanej substancji (jest najsilniejsze u osób uzależnionych od kokainy, opioidów i alkoholu, a najsłabsze w przypadku amfetaminy i substancji halucynogennych) (Agrawal i Lynskey, 2008; Goldman, Oroszi i Ducci, 2005). Badania bliźniąt ujawniły, że w okresie młodzieńczym inicjacja i używanie nikotyny, alkoholu i kannabinoidów zależą w dużej mierze od czynników natury rodzinnej i wpływów społecznych, w miarę dorastania zaś wiodącą rolę zaczynają odgrywać czynniki genetyczne, których wpływ dominuje w okresie wczesnej i dojrzałej dorosłości (Kendler, Schmitt, Aggen i Prescott, 2008).

Uzależnienia nie dziedziczą się według praw Mendla, na ich ujawnienie ma wpływ nie tyle mutacja w jednym genie, ile konstelacja zmian w wielu genach, z których jedynie niektóre są poznane. Identyfikacja wariantów genetycznych, odpowiedzialnych za rozwój choroby jest bardzo trudna i opiera się na metodach analizy DNA całego genomu człowieka oraz na badaniu pojedynczych genów uznanych za kandydujące. Badania genomu metodą analizy sprzężeń pozwoliły na wytypowanie w kilku chromosomach (2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13 i X) miejsc, które są silnie sprzężone z wystąpieniem uzależnienia u członków rodziny. Dokładniejsze badania pozwoliły na wykrycie i potwierdzenie związku pojedynczych genów związanych z procesami neurobiologicznymi uzależnień, w szczególności z funkcją układu nagrody oraz zaangażowanych w funkcję układów neuroprzekaźnikowych, a zwłaszcza układu dopaminergicznego, opioidowego, cholinergicznego, GABA-ergicznego, glutamatergicznego i kannabinoidergicznego. Przypuszczalnie wpływ czynników genetycznych ujawnia się w rozwoju uzależnień poprzez różnorodne pośrednie cechy i mechanizmy, które są dziedziczone i nazywane **endofenotypami**, np. aktywność enzymów metabolizujących alkohol czy inne substancje psychoaktywne, niski próg tolerancji na alkohol, wysoki poziom impulsywności, współwystępujące zaburzenia psychiczne, elektrofizjologiczne cechy zapisu EEG (Schuckit, 2009).

Na podstawie wyników dotychczasowych badań można stwierdzić, że najwięcej danych przemawia za znaczeniem zmienności genetycznej (roli polimorfizmów genetycznych) w genach związanych z metabolizmem alkoholu (geny dehydrogenazy alkoholowej *ADH1B* i dehydrogenazy aldehydowej *ALDH2*), z podatnością i odpornością na stres (geny neuropeptydu Y *NPY*, katecholo-O-metylotransferazy *COMT*, transportera serotoniny *SLC6A4*), z układem nagrody (geny receptora opioidowego *OPRM1*, receptorów dopaminergicznych *DRD2* i *DRD4*, receptora nikotynowego *CHRNA5*), z funkcjami poznawczymi i kontrolą zachowań (geny katecholo-O-metylotransferazy *COMT* i monoaminooksydazy *MAOA*) (Bevilacqua i Goldman, 2009; Mayfield, Harris i Schuckit, 2008). Postępy badań genetycznych osób uzależnionych mogą przyczynić się również do poprawy skuteczności profilaktyki i leczenia uzależnień. Znane są wyniki badań polimorfizmu genu receptora opioidowego *OPRM1*, który w zależności od wariantu tego genu pozwala przewidzieć dobrą re-

akcję na stosowane leczenie naltreksonem osób uzależnionych od alkoholu (Anton i inni, 2008).

Nie tylko zmiana struktury danego genu (sekwencji zasad w DNA) odpowiada za bezpośrednie przełożenie na jego funkcję i syntezę zakodowanego białka (**ekspresja genu**). Znane są także wpływy **epigenetyczne**, czyli dziedziczne zmiany ekspresji niektórych genów (zahamowanie lub uaktywnienie) w efekcie zdarzeń i doświadczeń życiowych (np. silnych traumatycznych wydarzeń we wczesnym dzieciństwie, ekspozycji na substancję psychoaktywną) (Renthal i Nestler, 2008). Mechanizmy epigenetyczne są różnorodne i obejmują między innymi modyfikację białek histonowych i metylację określonych odcinków DNA, których ekspresja ulega wyciszeniu lub odblokowaniu. W tym mechanizmie działa m.in. proces *imprintingu*, w którym informacja nabyta w okresie życia może być przekazywana dziedzicznie z rodzica na dziecko (Uhl i inni, 2008).

6. WPŁYW POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

W poprzednich częściach rozdziału omówione były wspólne mechanizmy wpływu środków uzależniających na mózg; w tej części zajmiemy się poszczególnymi substancjami psychoaktywnymi i ich specyficznym działaniem na funkcję mózgu, które może prowadzić do rozwoju uzależnienia. Wszystkie substancje uzależniające mogą być szczegółowo opisane pod kątem ich wpływu na neurobiologię mózgu, zarówno wskutek ostrego, krótkotrwałego używania środka, jak i przewlekłej, powtarzanej ekspozycji oraz objawów wynikających z odstawienia. Przedstawione będą pojedyncze przykłady.

Kokaina, amfetamina i podobnie działające środki psychostymulujące. Kokaina jest jedną z lepiej poznanych substancji psychoaktywnych pod względem swojego mechanizmu działania. Na poziomie komórkowo-molekularnym blokuje wychwyty zwrotny monoamin (dopaminy, noradrenaliny i serotoniny) do neuronu, z którego były uwalniane. Kokaina hamuje aktywność pompy wychwyty zwrotnego (**transportera**), zlokalizowanego na powierzchni neuronu presynaptycznego. Efektem sieciowym tej blokady jest zwiększenie stężenia tych neuroprzekaźników w przestrzeni synaptycznej. Stymulacja mezolimbicznego układu dopaminowego na tej drodze wywołuje wpływ wzmacniający (nagradzający). Nadmierna stymulacja szlaków dopaminowych, które projektują do kory mózgowej może doprowadzić do objawów psychozy kokainowej. Pobudzenie układu noradrenergicznego przyczynia się do aktywacji współczulnej części autonomicznego układu nerwowego, prowadząc do przyspieszenia czynności serca, wzrostu ciśnienia tętniczego, przyspieszenia oddechu, pocenia się i nadmiernej czujności. Stymulacja układu serotoninowego może podwyższać nastrój.

W miarę regularnego przyjmowania kokainy mózg adaptuje się do zwiększenia dostępności neuroprzekaźników monoaminowych w przestrzeni synaptycznej poprzez ograniczenie liczby lub aktywności receptorów postsynaptycznych, z którymi wiążą się te neuroprzekaźniki. W ten sposób mózg zmniejsza reaktywność receptorów na zwiększoną aktywność neuroprzekaźników (tzw. proces *down-regulation*).

W sytuacji nagłego zmniejszenia ilości przyjmowanej kokainy lub jej całkowitego odstawienia, w efekcie opisanej wyżej neuroadaptacji nagle obniża się stężenie monoamin w szczelinie synaptycznej, przy ograniczonej liczbie i aktywności receptorów postsynaptycznych. Kokainowe objawy abstynencyjne obejmujące dysfориę, uczucie zmęczenia, senność, spadek energii i silne pragnienie zażycia kokainy, mogą być rozumiane neurobiologicznie przez obniżenie reaktywności monoaminowych układów neuroprzekaźnikowych.

Podobnie do kokainy, amfetamina również blokuje wychwyt zwrotny neuroprzekaźników monoaminowych do neuronu presynaptycznego, jednak nie przez hamowanie funkcji transportera, lecz poprzez konkurencyjne w stosunku do monoamin wiązanie się z białkiem transportera. W ten sposób amfetamina jest początkowo pompowana do dopaminergicznych neuronów presynaptycznych i równocześnie samoistnie dyfunduje do wnętrza tych komórek. Wewnątrz neuronu, amfetamina zapobiega gromadzeniu dopaminy w pęcherzykach i doprowadza do uwolnienia uprzednio zgromadzonej dopaminy. Nadmiernie zgromadzona dopamina w presynaptycznej komórce nerwowej jest wypompowywana przez transporter wychwyty zwrotnego, którego czynność została odwrócona przez amfetaminę. Amfetamina posiada zatem podwójny mechanizm działania służący zwiększeniu stężenia monoaminowego neuroprzekaźnika w synapsie zarówno przez uwalnianie monoaminy, jak i przez hamowanie jej wychwyty zwrotnego.

Metylfenidat, środek stymulujący, stosowany w leczeniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), ma podobne działanie do amfetaminy: łączy się z dopaminowymi i noradrenalinowymi miejscami wychwyty zwrotnego i nasila uwalnianie tych neuroprzekaźników. Wpływ metylfenidatu na wewnątrzkomórkowe gromadzenie monoamin nie jest tak duży jak w przypadku działania amfetaminy.

Nowoczesne techniki neuroobrazowania dostarczają dokładnych informacji na temat aktywacji i wiązania z receptorami w określonych anatomicznych okolicach mózgu. Badania obrazowania funkcji receptorów wykazały, że kokaina wiąże się przede wszystkim w prążkowie, gdzie dominują zakończenia neuronów dopaminowych. Siła i czas wiązania koreluje z objawami klinicznymi działania kokainy, takimi jak np. euforia. Techniki neuroobrazowania stosowano również w badaniach eksperymentalnych osób uzależnionych od kokainy, wystawionych na bodźce wywołujące głód narkotykowy (*craving*). Badania oceniające neurobiologiczne podłoże głodu kokainowego ujawniły aktywację w korze czołowej, szczególnie w grzbietowo-bocznej korze przedczołowej (Grant i inni, 1996; Maas i inni, 1998) i korze nadoczodołowej (Goldstein i Volkow, 2002; Volkow i inni, 1999; Wang i inni, 1999); w przednim zakręcie obręczy (Childress i inni, 1999; Garavan i inni, 2000; Maas i inni, 1998; Volkow, Fowler, Wang i Goldstein, 2002; Wexler i inni, 2001) oraz w ciele migdałowatym (Childress i inni, 1999; Grant i inni, 1996). Niektóre badania potwierdziły również aktywację prążkowie (Childress i inni, 1999; Garavan i inni, 2000; Volkow i inni, 1999).

Chociaż większość badań nad substancjami stymulującymi uwzględnia monoaminę, inne układy neuroprzekaźnikowe stały się również przedmiotem badań. Zubieta i wsp. (1996) opisali zwiększone wiązanie z receptorami mi-opioidowymi w kilku okolicach mózgu u osób z nasilonym głodem kokainowym.

Opioidy. Opioidy wywierają swoje działanie poprzez receptory opioidowe w mózgu. Z trzech zasadniczych typów receptorów, receptory **mi-opioidowe** są najściślej związane ze wzmacniającymi efektami substancji opioidowych. W organizmie człowieka naturalnymi neuroprzekaznikami wiążącymi się z tymi receptorami są **endorfiny**. Receptory opioidowe są zlokalizowane zarówno w brzusznej połaci mózgu, jak i jądrze podległym, i te okolice mózgu są ściśle związane z właściwościami nagradzającymi opioidów. Choć opioidy mogą nasilać wydzielanie dopaminy w jądrze podległym, ich wpływ wzmacniający nie zależy jedynie od tego mechanizmu.

Fizyczne objawy abstynencyjne po odstawieniu opioidów wynikają z aktywacji części współczulnej autonomicznego układu nerwowego, a zwłaszcza układu noradrenergicznego związanego ściśle z miejscem sinawym (*locus coeruleus*) pnia mózgu, co prowadzi do podwyższonej wartości tętna, oddechu i ciśnienia tętniczego krwi, drżenia, piloerekcji, rozszerzenia źrenic, pocenia się. Z tego względu w leczeniu objawów opioidowego zespołu abstynencyjnego stosuje się z powodzeniem klonidynę, agonistę receptorów alfa-2-noradrenergicznych (Strobbe, Brower i Galen, 2003), leku używanego w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Jednakże inne opioidowe objawy abstynencyjne jak dysforia czy głód narkotykowy (którego klonidyna nie łagodzi wcale) występują w efekcie podrażnienia innych części mózgu, zwłaszcza jądra podległego, ciała migdałowatego i ośrodków korowych. Fizyczne i emocjonalne komponenty opioidowego zespołu abstynencyjnego wynikają zatem z nadaktywności różnych okolic mózgu i różnych neuroprzekazników. Objawy emocjonalne trwają znacznie dłużej niż fizyczne, co wydłuża przebieg zespołu abstynencyjnego i zwiększa ryzyko nawrotu.

Kannabinoidy. Najbardziej psychoaktywną substancją odkrytą w konopiach indyjskich jest delta-9-tetrahydrokannabinol (THC). THC wywiera swoje działanie na organizm człowieka poprzez pobudzanie receptorów kannabinoidowych typu 1 (CB1) zlokalizowanych przede wszystkim w brzusznej połaci mózgu, jądrze podległym i ciele migdałowatym. Podobnie jak większość środków uzależniających, THC nasila uwalnianie dopaminy w jądrze podległym, ale część jego działania nagradzającego może się wiązać ze zwiększeniem wydzielania endogennych peptydów, np. beta-endorfin. Opisano również endogenne kannabinoidy (endokannabinoidy), które są syntetyzowane w mózgu i wiążą się z receptorami CB1, ale ich funkcja nie jest jeszcze dobrze poznana. Układ endokannabinoidergiczny wykorzystuje inny sposób przekazywania niż inne układy omawiane dotychczas. Kannabinoidy są syntetyzowane i uwalniane z neuronów postsynaptycznych (a nie presynaptycznych jak większość innych neuroprzekazników) i dyfundują przez szczelinę synaptyczną wiążąc się z receptorami CB1 na błonie neuronu presynaptycznego, wywierając w ten sposób swój efekt (Hashimoto, Ohno-Shosaku i Kano, 2007). Taki sposób komunikacji międzykomórkowej nazywany jest **neuroprzekaznictwem wstecznym**.

W czasie kannabinoidowego zespołu abstynencyjnego pojawia się drażliwość, spadek apetytu, lęk i zaburzenia snu, odzwierciedlające przede wszystkim naturę emocjonalną tego zespołu. Rzadziej występują takie objawy jak dreszcze, ból brzucha, drżenia i pocenie się. Zespół odstawienny od kannabinoidów nie jest opisany w aktualnej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), ale zapewne będzie uwzględniony w jej kolejnej edycji (Budney, 2007).

Nikotyna. Nikotyna wiąże się w mózgu z receptorami nikotynowymi, które są podtypem receptorów cholinergicznymi, dla których naturalnym ligandem jest acetylocholina. Receptory nikotynowe w brzusznej połaci nakrywy, jądrze półleżącym i ciele migdałowatym są uważane za istotne ogniwo pośredniczące dla właściwości nagradzających tytoniu, funkcjonujące głównie poprzez aktywację układu dopaminowego. Liczne receptory nikotynowe znajdują się w połaci brzusznej nakrywy, bogatym w neurony dopaminergiczne, a podawanie nikotyny zwierzętom eksperymentalnym zwiększa poziom dopaminy w jądrze półleżącym (Koob i Le Moal, 2006). Współczesne metody leczenia uzależnienia od nikotyny oparte na dowodach naukowych uwzględniają terapię nikotynozastępczą (guma lub plastry nikotynowe), bupropion oraz vareniklinę (Schnoll i Lerman, 2006). Vareniklina wiąże się z receptorami nikotynowymi częściowo je stymulując, co zmniejsza nasilenie głodu nikotyny u palaczy (West, Baker, Cappelleri i Bushmakin, 2008). Bupropion zaś blokuje wychwyt zwrotny dopaminy, co może wyrównać poziom dopaminy wywołany nikotynowym zespołem abstynencyjnym, a jednocześnie jest antagonistą receptorów nikotynowych (Slemmer, Martin i Damaj, 2000).

Leki uspokajające i nasenne. Ta grupa środków psychoaktywnych obejmuje barbiturany, benzodiazepiny oraz nowe leki będące agonistami receptorów benzodiazepinowych jak zolpidem czy zopiklon, które są przepisywane w leczeniu zaburzeń snu. Wszystkie wymienione leki są środkami uzależniającymi, co prawda w różnym stopniu, włączając w to również leki nie-benzodiazepinowe (Griffiths i Johnson, 2005). Leki te wywierają swój podstawowy wpływ na OUN poprzez działanie na kompleks receptor GABA-A-kanal chlorowy. Ta złożona struktura obejmuje 5 ściśle połączonych ze sobą cząsteczek białka, które są wbudowane w błonę synaptyczną i posiadają osobne miejsca wiążące dla neuroprzekaźnika GABA, barbituranów i agonistów receptora benzodiazepinowego. Kiedy GABA wiąże się ze swoim miejscem, jony chlorkowe przepływają z zewnątrz do wewnątrz komórki nerwowej, prowadząc do hiperpolaryzacji i hamowania jej aktywności. Również gdy agoniści receptora benzodiazepinowego łączą się ze swoistym miejscem wiązania w obrębie kompleksu GABA-A, ułatwiają napływ jonów chlorowych i tym samym powodują hamowanie neuronalne. Opisany proces jest nazywany pozytywną regulacją allosteryczną, ponieważ przyłączanie leków o działaniu uspokajającym i nasennym do receptorów modyfikuje kształt i konfigurację kompleksu białkowego w taki sposób, że jony chlorowe łatwiej przepływają przez kanał do wnętrza komórki. Jako główny neuroprzekaźnik o działaniu hamującym, GABA występuje powszechnie w całym mózgu. Wzmacniające działanie leków uspokajających i nasennych odbywa się przypuszczalnie za pośrednictwem receptorów GABA-A w połaci brzusznej nakrywy, jądrze półleżącym i ciele migdałowatym. Oprócz wpływu uspokajającego, wiele z tych leków ma działanie przeciwlękowe, co może dodatkowo przyczynić się do efektów nagradzających. Jak będzie omówione poniżej, alkohol również działa poprzez receptory GABA-A i dlatego benzodiazepiny stosuje się w leczeniu alkoholowych zespołów abstynencyjnych (Kranzler i Ciraulo, 2005).

Środki halucynogenne. Klasyczny środek halucynogeny dietyloamid kwasu liżerowego (LSD), meskalina i psylocybina mają wspólny mechanizm działania: są

agonistami receptorów serotoninowych typu 2A (5-HT_{2A}) (Glennon, 2008). Atrakcyjność halucynogenów jest trudniejsza do wytłumaczenia w kategoriach stymulacji układu dopaminergicznego. W modelach zwierzęcych substancje halucynogenne nie należą do środków silnie wzmacniających, a zespół abstynencyjny nie jest opisywany w klasyfikacjach międzynarodowych. W klasyfikacji amerykańskiej nie przewiduje się wprowadzenia tej kategorii w kolejnej edycji (Hasin, Hatzenbuehler, Keyes i Ogburn, 2007). Halucynogeny indukują pozytywne doświadczenie u niektórych osób, chociaż mogą również wystąpić silne reakcje lękowe. Metylenodioksymetamfetamina (MDMA, ecstasy), uważana przez niektórych za stymulujący halucynogen, różni się od klasycznych środków halucynogennych. Podobnie jak inne amfetaminy, MDMA uwalnia serotoninę i dopaminę z komórek nerwowych (Baumann i inni, 2005), hamuje wychwyt zwrotny serotoniny, pobudza współczulny układ nerwowy przez stymulację noradrenergiczną i może prowadzić do objawów depresji i letargu w przebiegu zespołu abstynencyjnego (Parrott, 2001).

Fencyklidyna i ketamina. Fencyklidyna (PCP) i ketamina są środkami stosowanymi w znieczuleniu, działającymi dysocjacyjnie na świadomość przez blokowanie postsynaptycznych receptorów glutamatergicznych typu NMDA. Środki te mają także działanie halucynogenne i indukujące psychozy (PCP w większym stopniu niż ketamina) (Thornberg i Saklad, 1996), ale są klasyfikowane osobno od substancji halucynogennych w klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-IV) ze względu na swoje właściwości anestetyczne. Kwas glutaminowy jest głównym aminokwasem i neuroprzekaznikiem pobudzającym, występującym w całym mózgu. Jest także obecny w polu brzusznej narkowyki i jądrze półleżącym. Kiedy kwas glutaminowy wiąże się z receptorami NMDA, jony wapnia napływają do wnętrza komórki nerwowej przez kanał jonowy kompleksu receptorowo-proteinowego, co prowadzi do pobudzenia neuronu. Zarówno PCP, jak i ketamina wiążą się z miejscem specyficznym (innym niż kwas glutaminowy) na kompleksie proteinowym NMDA receptor–kanał jonowy, co powoduje blokadę napływu jonów wapnia do komórki i niweluje wpływ pobudzający kwasu glutaminowego.

Alkohol. Alkohol etylowy wywiera dość złożone działanie na ośrodkowy układ nerwowy, gdyż działa znacznie szerzej niż poprzez pojedynczy receptor. Alkohol wpływa na liczne układy neuroprzekaznikowe, włączając wszystkie wymienione powyżej: dopaminergiczny, opioidergiczny, kannabidoidergiczny, cholinergiczny (nikotynowy), GABA-ergiczny, serotonergiczny, noradrenergiczny i glutamatergiczny (Clapp, Bhave i Hoffman 2009; De Witte, 2004). Alkohol wywiera także istotny wpływ na układ endokryny, który jest mediatorem reakcji stresowej, w szczególności oś podwzgórzowo–przysadkowo–nadnerczową, reguluje wydzielanie CRF i kortyzolu (Heilig i Koob, 2007; Uhart i Wand, 2009). Po jednorazowym spożyciu alkohol zwiększa wydzielanie dopaminy w jądrze półleżącym i nasila wydzielanie endorfin w przysadce mózgowej, podwzgórz, jądrze półleżącym i polu brzusznej narkowyki (Clapp, Bhave i Hoffman, 2009). Alkohol działa równocześnie jak środek uspokajająco-nasenny ułatwiający działanie GABA na receptory GABA-A oraz jak ketamina blokując działanie kwasu glutaminowego na receptory NMDA. W miarę jak wymienione układy adaptują się do długotrwałej ekspozycji na alkohol, wytwarzają

mechanizmy przeciwstawne, aby skompensować wpływ etanolu na układ GABA-ergiczny i glutamatergiczny. W następstwie nagłego przerwania picia i odstawienia alkoholu, pobudzający układ glutamatergiczny staje się nadaktywny, a hamujący układ GABA-ergiczny ma obniżoną aktywność, co wyzwała objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Jak wspomniano powyżej, benzodiazepiny, które wzmagają funkcję układu GABA-ergicznego, są skuteczne w leczeniu tego zespołu.

Działanie alkoholu na układ nerwowy jest bardzo złożone i obejmuje liczne układy neuroprzekaznikowe i układ neuroendokryny, co implikuje, że poszukując leku na uzależnienie od alkoholu można mieć na celu jedno z różnorodnych miejsc i zaangażowanych układów. Oprócz benzodiazepin, stosowane są akamprozat i naltrekson w celu złagodzenia objawów uzależnienia i łączenia z metodami psychoterapeutycznymi. Akamprozat tak moduluje funkcje układu glutamatergicznego, że w okresie fazy przewlekłej zespołu abstynencyjnego układ ten jest mniej reaktywny. Efektem tego wpływu jest osłabienie negatywnie wzmacniających właściwości alkoholu. Naltrekson działa poprzez blokowanie receptorów mi-opioidowych, które pośredniczą w aktywacji układu nagrody i głodu alkoholowego; podawanie naltreksonu obniża więc pozytywnie wzmacniający wpływ etanolu.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Uzależnienie to choroba mózgu, której rozwój uwarunkowany jest predyspozycją genetyczną oraz wpływem czynników środowiskowych, kulturowych i psychospołecznych. Oddziaływania psychoterapeutyczne oraz grupy samopomocy ukierunkowują się na tę drugą grupę czynników. Metody biologiczne terapii, a w szczególności leczenie farmakologiczne, mają na celu uchwycenie komponenty neurobiologicznej choroby. Neurobiologia uzależnień kształtuje się nie tylko pod wpływem czynników biologicznych, lecz także, a może przede wszystkim wskutek zróżnicowanej ekspresji odziedziczonych zestawu genów, na co wpływa ekspozycja na substancje psychoaktywne oraz interakcja z czynnikami środowiskowymi.

Najlepiej zbadanym i poznanym regionem mózgu, zaangażowanym bezpośrednio w rozwój i podtrzymanie uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jest układ mezokortykolimbiczny (układ nagrody), w którym neurony dopaminergiczne z pola brzusznej nakrywki w śródmózgowiu wysyłają wypustki do jądra półleżącego układu limbicznego oraz kory przedczołowej i innych części układu limbicznego, np. ciała migdałowego. Bez wątpliwości dopamina jest najbardziej istotnym neuroprzekaznikiem w tych procesach, lecz nadal nie wyjaśniono, czy jej rola polega na bezpośrednim aktywowaniu układu nagrody czy też na pośredniczeniu w procesach utrwalania doświadczeń w związku z przeżywanymi emocjami, wspomnieniami, zdarzeniami i reakcjami związanymi z nagradzającym działaniem substancji uzależniających. Endogenny układ opioidowy jest także kluczowym ogniwem układu nagrody. Również inne struktury mózgu, takie jak wyspa czy poszerzone ciało migdałowe, są zaangażowane w kształtowanie się uzależnienia. Zdolność opisanych struktur do adaptacji, zmiany i modyfikowania ich połączeń pozwala na procesy neuroplastyczności (na poziomie biologicznym) i procesy uczenia się (na poziomie psychologicznym). Początkowo istotne okolice mózgu adaptują się do

obecności środków psychoaktywnych, przeciwdziałając ich wpływowi i chroniąc mózg przed ich następstwami, co nazywamy procesem neuroadaptacji i homeostazy. W przebiegu przewlekłego używania danej substancji i w toku rozwoju uzależnienia te układy mózgu stają się jednak niewydolne i wymagają obecności substancji psychoaktywnych dla utrzymania stanu pozorującego normę i homeostazę. Proces rozregulowanej homeostazy nazywamy allostazą, która jest związana z utratą kontroli nad przyjmowaniem środka uzależniającego.

Zarówno warunkowanie klasyczne, jak i instrumentalne, dwie formy uczenia asocjacyjnego, pojawiają się w odpowiedzi na przyjmowanie środka w określonym kontekście i okolicznościach. Uczenie asocjacyjne jest widoczną składową leżącą u podłoża procesu neuroplastyczności. Dwa rodzaje warunkowania instrumentalnego, pozytywne i negatywne wzmocnienie, podtrzymują proces uzależnienia przez promowanie dalszego używania środków psychoaktywnych w celu uzyskania nagrody i złagodzenia negatywnych następstw stresu.

Specyficzne miejsca receptorowe w mózgu zostały opisane dla większości substancji uzależniających. Te miejsca wiążące są zbudowane ze struktur białkowych zlokalizowanych w błonie komórkowej lub we wnętrzu komórek nerwowych. Receptory znajdują się po obu stronach synapsy. Środki stymulujące wiążą się z transporterami wychwytu zwrotnego na błonie presynaptycznej, zapobiegając wychwytowi zwrotnemu niektórych neuroprzekaźników (dopaminy, serotoniny i noradrenaliny) z przestrzeni synaptycznej. Środki uspokajająco-nasenne wiążą się z miejscami receptorowymi (np. receptorami benzodiazepinowymi) na postsynaptycznym kompleksie receptora GABA-A. Niezależnie od tego, gdzie substancje psychoaktywne wyjściowo przyłączają się, uruchamiają z reguły kaskadę reakcji neurochemicznych, która ostatecznie aktywuje układ dopaminergiczny. Wyjątkiem jest alkohol, dla którego nie określono pojedynczego miejsca uchwytu, a który może aktywować większość, jeśli nie wszystkie, układy neuroprzekaźnikowe, łącznie z dopaminergicznym.

Zrozumienie neurobiologicznych podstaw uzależnień może pozwolić na opracowanie bardziej skutecznych biologicznych metod ich leczenia, a zwłaszcza na stworzenie takich leków, których działanie wspomagałoby układ nerwowy w przywracaniu zdrowych mechanizmów homeostatycznych, bez potrzeby przyjmowania substancji psychoaktywnych.

BIBLIOGRAFIA

- Agrawal, A. i Lynskey, M. T.** (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103, 1069-1081.
- Ahmed, S. H., Kenny, P. J., Koob, G. F. i Markou, A.** (2002). Neurobiological evidence for hedonic allostasis associated with escalating cocaine use. *Nature neuroscience*, 5, 625-626.
- American Psychiatric Association - APA.** (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Anton, R. F., Oroszi, G., O'Malley, S., Couper, D., Swift, R., Pettinati, H. i Goldman, D.** (2008). An evaluation of mu-opioid receptor (OPRM1) as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence: results from the Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (COMBINE) study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 135-144.
- Baumann, M. H., Clark, R. D., Budzynski, A. G., Partilla, J. S., Blough, B. E. i Rothman, R. B.** (2005). N-substituted piperazines abused by humans mimic the molecular mechanism of 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA, or 'Ecstasy'). *Neuropsychopharmacology*, 30, 550-560.
- Berridge, K. C.** (2007). The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology (Berl)*, 191, 391-431.
- Bevilacqua, L. i Goldman, D.** (2009). Genes and addictions. *Clinical Pharmacology and Therapy*, 85, 359-361.
- Budney, A.** (2007). Are specific dependence criteria necessary for different substances? How can research on cannabis inform this issue. W: J. B. Saunders, M.A. Schuckit, P. J. Sirovatka i D. A. Regier (red.), *Diagnostic issues in substance use disorders: refining the research agenda for DSM-V* (s. 221-235). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Childress, A. R., Mozley, P. D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M. i O'Brien, C. P.** (1999). Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*, 156, 11-18.
- Clapp, P., Bhave, S. V. i Hoffman, P. L.** (2009). How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmacological perspective. *Alcohol Research and Health*, 31, 310-339.
- Conroy, D., Brower, K. J., Marshall, J. i Crawford, M.** (2008). Psychological treatments of alcohol use disorders. W: P. Tyrer i K. R. Silk (red.), *Effective treatments in psychiatry* (s. 265-287). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- De Witte, P.** (2004). Imbalance between neuroexcitatory and neuroinhibitory amino acids causes craving for ethanol. *Addictive behaviors*, 29, 1325-1339.
- Di Chiara, G. i Bassareo, V.** (2007). Reward system and addiction: what dopamine does and doesn't do. *Current Opinion in Pharmacology*, 7, 69-76.
- Garavan, H., Pankiewicz, J., Bloom, A., Cho, J. K., Sperry, L., Ross, T. J., Salmeron, B. J., Risinger, R., Kelley, D. i Stein, E. A.** (2000). Cue-induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1789-1798.
- Glennon, R. A.** (2008). Neurobiology of hallucinogens. W: M. G. Kleber (red.), *Textbook of substance abuse treatment* (s. 181-189). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Goldman, D., Oroszi, G. i Ducci, F.** (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature reviews*, 6, 521-532.
- Goldstein, R. Z. i Volkow, N. D.** (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Grant, S., London, E. D., Newlin, D. B., Villemagne, V. L., Liu, X., Contoreggi, C., Phillips, R. L., Kimes, A. S. i Margolin, A.** (1996). Activation of memory circuits during cue-elicited cocaine craving. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 93, 12040-12045.
- Griffiths, R. R. i Johnson, M. W.** (2005). Relative abuse liability of hypnotic drugs: a conceptual framework and algorithm for differentiating among compounds. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, Suppl 9, 31-41.

- Hashimotodani, Y., Ohno-Shosaku, T. i Kano, M.** (2007). Endocannabinoids and synaptic function in the CNS. *Neuroscientist*, 13, 127-137.
- Hasin, D. S., Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. i Ogburn, E.** (2007). Substance use disorders: DSM-IV and ICD-10. W: J. B. Saunders, M. A. Schuckit, P. J. Sirovatka i D. A. Regier (red.), *Diagnostic issues in substance use disorders: refining the research agenda for DSM-V* (s. 93-132). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Heilig, M. i Koob, G. F.** (2007). A key role for corticotropin-releasing factor in alcohol dependence. *Trends in neurosciences*, 30, 399-406.
- Heinz, A., Lober, S., Georgi, A., Wrase, J., Hermann, D., Rey, E. R., Wellek, S. i Mann, K.** (2003). Reward craving and withdrawal relief craving: assessment of different motivational pathways to alcohol intake. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 38, 35-39.
- Kalivas, P. W. i O'Brien, C.** (2008). Drug addiction as a pathology of staged neuroplasticity. *Neuropsychopharmacology*, 33, 166-180.
- Kendler, K. S., Myers, J. i Prescott, C. A.** (2007). Specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine, and nicotine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1313-1320.
- Kendler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H. i Prescott, C. A.** (2008). Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 65, 674-682.
- Kienast, T. i Heinz, A.** (2006). Dopamine and the diseased brain. *CNS & neurological disorders drug targets*, 5, 109-131.
- Koob, G. F.** (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 442-452.
- Koob, G. F. i Le Moal, M.** (2006). *Neurobiology of addiction*. London: Academic Press.
- Kosten, T. R.** (1998). Addiction as a brain disease. *American Journal of Psychiatry*, 155, 711-713.
- Koob, G. F. i Le Moal, M.** (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59, 29-53.
- Kranzler, H. R. i Ciraulo, D. A.** (2005). *Clinical manual of addiction psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Maas, L. C., Lukas, S. E., Kaufman, M. J., Weiss, R. D., Daniels, S. L., Rogers, V. W., Kukes, T. J. i Renshaw, P. F.** (1998). Functional magnetic resonance imaging of human brain activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*, 155, 124-126.
- Martinotti, G., Nicola, M. D., Reina, D., Andreoli, S., Foca, F., Cunniff, A., Tonioni, F., Bria, P. i Janiri, L.** (2008). Alcohol protracted withdrawal syndrome: the role of anhedonia. *Substance Use and Misuse*, 43, 271-284.
- Mayfield, R. D., Harris, R. A. i Schuckit, M. A.** (2008). Genetic factors influencing alcohol dependence. *British Journal of Pharmacology*, 154, 275-287.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. i Kleber, H. D.** (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of American Medical Association - JAMA*, 284, 1689-1695.
- Parrott, A. C.** (2001). Human psychopharmacology of Ecstasy (MDMA): a review of 15 years of empirical research. *Human Psychopharmacology*, 16, 557-577.
- Paulus, M. P.** (2007). Neural basis of reward and craving - a homeostatic point of view. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9, 379-387.

- Renthal, W. i Nestler, E. J. (2008). Epigenetic mechanisms in drug addiction. *Trends in molecular medicine*, 14, 341-350.
- Robinson, T. E. i Berridge, K. C. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96, 103-114.
- Schierenbeck, T., Riemann, D., Berger, M. i Hornyak, M. (2008). Effect of illicit recreational drugs upon sleep: cocaine, ecstasy and marijuana. *Sleep Medicine Reviews*, 12, 381-389.
- Schnoll, R. A. i Lerman, C. (2006). Current and emerging pharmacotherapies for treating tobacco dependence. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 11, 429-444.
- Schuckit, M. A. (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. *Journal of substance abuse treatment*, 36, 5-14.
- Sinha, R. i Li, C. S. (2007). Imaging stress- and cue-induced drug and alcohol craving: association with relapse and clinical implications. *Drug and Alcohol Review*, 26, 25-31.
- Slaymaker, V. J. i Brower, K. J. (2008). Complex interventions for alcohol use disorders. W: P. Tyrer i K. R. Silk (red.), *Effective treatments in psychiatry* (s. 320-339). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Slemmer, J. E., Martin, B. R. i Damaj, M. I. (2000). Bupropion is a nicotinic antagonist. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 295, 321-327.
- Strobbe, S., Brower, K. J. i Galen, L. W. (2003). Predicting completion of outpatient opioid detoxification with clonidine. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 12, 260-269.
- Thornberg, S. A. i Saklad, S. R. (1996). A review of NMDA receptors and the phencyclidine model of schizophrenia. *Pharmacotherapy*, 16, 82-93.
- Uhart, M. i Wand, G. S. (2009). Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research. *Addiction Biology*, 14, 43-64.
- Uhl, G. R., Drgon, T., Johnson, C., Li, C. Y., Contoreggi, C., Hess, J., Naiman, D. i Liu, Q. R. (2008). Molecular genetics of addiction and related heritable phenotypes: genome-wide association approaches identify „connectivity constellation” and drug target genes with pleiotropic effects. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 318-381.
- Valdez, G. R., Zorrilla, E. P., Roberts, A. J. i Koob, G. F. (2003). Antagonism of corticotropin-releasing factor attenuates the enhanced responsiveness to stress observed during protracted ethanol abstinence. *Alcohol (Fayetteville, NY)*, 29, 55-60.
- Verdejo-Garcia, A., Bechara, A., Recknor, E. C. i Perez-Garcia, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 405-415.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J. i Goldstein, R. Z. (2002). Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiology of learning and memory*, 78, 610-624.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Hitzemann, R., Angrist, B., Gatley, S. J., Logan, J., Ding, Y. S. i Pappas, N. (1999). Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addiction. *American Journal of Psychiatry*, 156, 19-26.
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Fowler, J. S., Cervany, P., Hitzemann, R. J., Pappas, N. R., Wong, C. T. i Felder, C. (1999). Regional brain metabolic activation during craving elicited by recall of previous drug experiences. *Life sciences*, 64, 775-784.

- Weiss, F., Ciccocioppo, R., Parsons, L. H., Katner, S., Liu, X., Zorrilla, E. P., Valdez, G. R., Ben-Shahar, O., Angeletti, S. i Richter, R. R. (2001). Compulsive drug-seeking behavior and relapse. Neuroadaptation, stress, and conditioning factors. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 937, 1-26.
- West, R., Baker, C. L., Cappelleri, J. C. i Bushmakin, A. G. (2008). Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology (Berl)*, 197, 371-377.
- Wexler, B. E., Gottschalk, C. H., Fulbright, R. K., Prohovnik, I., Lacadie, C. M., Rounsaville, B. J. i Gore, J. C. (2001), Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*, 158, 86-95.
- Zubieta, J. K., Gorelick, D. A., Stauffer, R., Ravert, H. T., Dannals, R. F. i Frost, J. J. (1996). Increased mu opioid receptor binding detected by PET in cocaine-dependent men is associated with cocaine craving. *Nature medicine*, 2, 1225-1229.

LISTA SKRÓTÓW

ADH1B	gen dehydrogenazy alkoholowej
ADHD	zespół nadpobudliwości psychoruchowej
ALDH2	gen dehydrogenazy aldehydowej
CB1	receptor kannabinoidowy typu 1
CHRNA5	gen receptora nikotynowego typu 5
COMT	gen katecholo-O-metylotransferazy
DNA	kwasy dezoksyrybonukleinowe
DRD2	gen receptora dopaminergicznego typu 2
DRD4	gen receptora dopaminergicznego typu 4
DSM-IV	klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wersja 4
EEG	badanie elektroencefalograficzne
GABA	kwasy gammaaminomasłowe
GABA-A	kompleks receptora gabaergicznego typu A
5-HT2A	receptor serotoniny typu 2A
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, wersja 10
LSD	dietyloamid kwasu lizergowego
MAOA	gen monoaminooksydazy typu A
MDMA	metylenodioksymetamfetamina, <i>ecstasy</i>
NIDA	Narodowy Instytut Uzależnienia od Narkotyków USA
NMDA	receptor glutamatergiczny N-metylo-D-asparaginowy
NPY	gen neuropeptydu Y
OPRM1	gen receptora opioidowego typu mi1
PCP	fencyklidyna
SLC6A4	gen transportera serotoniny
THC	delta-9-tetrahydrokannabinol
VTA	pole brzuszne nakrywki (<i>Ventral Tegmental Area</i>)

Rozdział 8

Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

WPROWADZENIE

Badania w obszarze psychologicznych mechanizmów uzależnienia od substancji psychoaktywnych rozwijają się szczególnie intensywnie od początku lat 70. XX wieku. Pomimo to do tej pory nie udało się stworzyć kompleksowego i spójnego modelu opisującego proces przechodzenia od używania substancji poprzez ich nadużywanie do rozwinięcia problemowego wzoru kontaktowania się z substancjami psychoaktywnymi. W poszukiwaniu psychologicznych mechanizmów uzależnienia, uwaga jednych badaczy była bardziej skupiona na czynnikach intrapsychicznych, inni koncentrowali się na znaczeniu wpływów środowiskowych. Coraz bardziej zaznacza się jednak tendencja do tworzenia kompleksowych modeli uzależnienia od substancji psychoaktywnych uwzględniających wiele czynników.

Wnioski z badań nad psychologicznymi mechanizmami procesu uzależnienia od substancji psychoaktywnych mają poważne implikacje dla działań profilaktycznych i praktyki klinicznej. Im lepiej ten proces będzie rozpoznany w badaniach empirycznych, tym większa szansa, że oddziaływania profilaktyczne i lecznicze będą skuteczniejsze.

W niniejszym rozdziale zostaną omówione te psychologiczne mechanizmy uzależnienia, które były najczęściej poddawane naukowej ocenie, wywodzące się z teorii różnic indywidualnych, teorii psychoanalitycznych oraz koncepcji behawioralno-poznawczych.

TEORIE CHARAKTERYSTYK INDYWIDUALNYCH A UZALEŻNIENIE OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

W teoriach różnic indywidualnych (Rogała-Obłękowska, 1999) zakłada się, że uwarunkowań nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od nich należy poszukiwać we względnie trwałych predyspozycjach psychicznych jednostki. Zwolennicy tych teorii podkreślają, że ogólne warunki społeczne, w których ludzie funkcjonują są względnie podobne, a jednak cechuje ich różna podatność na uzależnienia. Przyczyn tego stanu rzeczy upatrują przede wszystkim w występowaniu określonych różnic indywidualnych w szczególności w takich wymiarach jak:

- 1) cechy osobowości
- 2) poziom samooceny i czynniki ją kształtujące
- 3) odporność na stres.

1. Cechy osobowości a uzależnienie

Impulsywność (poszukiwanie nowości) a uzależnienie. Od co najmniej 25 lat na gruncie badań nad osobowością psychologowie poszukują związku pomiędzy impulsywnością a nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Wymiar impulsywności znalazł zastosowanie m.in. w modelu osobowości zaproponowanym przez Hansa Eysencka, Roberta Cloningera, Marvina Zuckermana i Jeffrey'a Graya. Pomimo wielu podobieństw w rozumieniu wymiaru impulsywności przez wyżej wymienionych badaczy, istnieją także pewne różnice w zaproponowanych przez nich podejściach. Eysenck w swojej teorii budowanej na podstawie założeń psychologii behawioralnej, nie wymienia impulsywności jako podstawowego wymiaru osobowości, ale opracowany przez niego kwestionariusz jest narzędziem często wykorzystywanym do pomiaru impulsywności, która wyraża się w podejmowaniu działań w sposób spontaniczny, niezaplanowany, bez refleksji nad potencjalnymi ich konsekwencjami (Dawe i Loxton, 2004).

Z kolei w psychobiologicznym modelu osobowości opracowanym przez Cloningera (1987) jednym z podstawowych wymiarów osobowości pozostaje wymiar poszukiwania nowości (*novelty seeking*), definiowany jako tendencja do aktywnego reagowania na nowe bodźce. W licznych badaniach impulsywność w rozumieniu Eysencka oraz wymiar poszukiwania nowości w rozumieniu Cloningera są ze sobą silnie skorelowane. Cloninger wymienia jeszcze 3 inne wymiary osobowości: unikanie szkody, uzależnienie od nagrody i wytrwałość. Według autora wielowymiarowego modelu osobowości, interakcja pomiędzy tymi wymiarami prowadzi do różnych wzorów odpowiedzi na nowość oraz karę i nagrodę, co wpływa m.in. na proces uzależniania się od środków psychoaktywnych. Wymienione powyżej wymiary temperamentu mają określone podłoże biologiczne: poszukiwanie nowości pozostaje w relacji z układem dopaminergicznym, unikanie szkody – z układem serotonergicznym, a uzależnienie od nagrody – z układem noradrenergicznym. Uważa się, że w rozwoju uzależnienia deficyty w funkcjonowaniu układów neuroprzekaźnikowych, zdeterminowanych biologicznie, korelują z większą podatnością na uzależnienie.

Gray (1970) wyróżnia dwa podstawowe wymiary osobowości: impulsywność i lęk (*anxiety*). Wymiary osobowości korespondują z biologicznie zdeterminowanymi układami emocjonalnymi, którymi są: behawioralny układ hamujący, warunkujący wrażliwość na sygnały kary, braku nagrody lub nowości, behawioralny układ aktywny, odpowiedzialny za zachowania wzmacniane pozytywnie oraz układ walki/ucieczki sterujący zachowaniem emocjonalnym.

Wymienione wyżej teorie osobowości stanowiły inspiracje do wielu badań, m.in. w obszarze uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W przeglądzie badań opracowanym przez Hornowską czy Dawe i Loxton (2004) znajdziemy liczne doniesienia potwierdzające istnienie związku pomiędzy wymiarem impulsywność/poszukiwanie nowości a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. I tak osoby nadużywające substancji psychoaktywnych, w porównaniu z grupą kontrolną osób używających substancji w sposób bezproblemowy, charakteryzują wyższe wyniki osiągnięte w odpowiednich kwestionariuszach na skalach impulsywność i poszukiwanie nowości (Grau i Ortet, 1999; Sher, Bartholow i Wood, 2000). Wnioski z innych badań potwierdzają, że w sytuacji możliwości wyboru osoby nadużywające substancji są

bardziej skłonne wybrać zachowanie, które przyniesie natychmiastową gratyfikację, nawet jeśli będzie ona miała małą wartość. Natomiast osoby nieujawniające problemów w obszarze nadużywania substancji są bardziej skłonne wybrać zachowanie, które wiąże się z większą nagrodą, ale odroczone w czasie. Opisana korelacja występuje u osób uzależnionych od tytoniu, opiatów, jak i problemowo pijących alkohol. Powyższa preferencja, dotycząca wyboru zachowań przynoszących natychmiastową gratyfikację, była silnie skorelowana z wysokimi wynikami w wymiarze „impulsywność” odpowiednich skal psychometrycznych (Dawe i Loxton, 2004). W badaniach prowadzonych przez Clarka (Clark, Robbins, Ersche i Shaakian, 2006) weryfikowano hipotezę refleksyjnej impulsywności (*reflection impulsivity*), którą definiowano jako tendencję jednostki do zbierania i oceny dostępnych informacji przed podjęciem decyzji. W badaniu uczestniczyły osoby używające amfetaminę lub opiaty, bez cech uzależnienia oraz osoby już uzależnione od tych substancji. W badaniu potwierdzono, że zarówno użytkownicy powyższych substancji, jak i osoby od nich uzależnione zbierały i analizowały znacznie mniej informacji, niż osoby z grupy kontrolnej, które nie miały żadnych doświadczeń z narkotykami. Podsumowując, autorzy badania stwierdzili, że ograniczona zdolność do refleksji i analizowania wielu informacji stanowi względnie stałą cechę osób uzależnionych, bez względu na rodzaj uzależniającej substancji oraz czas trwania abstynencji.

Badanie weryfikujące założenia teorii Cloningera przeprowadzono także wśród pacjentów placówek, prowadzonych przez Stowarzyszenie MONAR. Grupę kontrolną stanowili żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową oraz uczennice liceum ogólnokształcącego. W badaniu potwierdzono podstawową hipotezę dotyczącą związku pomiędzy wymiarem „poszukiwania nowości” a faktem uzależnienia od narkotyków. Osoby uzależnione charakteryzowały się większą ciekawością poznawczą i ekstrawagancją w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto cechowała je skłonność do szybkiej utraty panowania nad sobą, pobudliwość, ciekawość, entuzjazm i impulsywność (Krukowska, 2003; za: Hornowska, brak daty). Wyniki wielu badań dostarczają dowodów, że wymiar impulsywności jest także silnie skorelowany z występowaniem zaburzeń odżywiania, zaburzeń osobowości typu „z pogranicza” oraz osobowości antysocjalnej (Dawe i Loxton, 2004).

2. Poziom samooceny a uzależnienie

Inną grupą teorii charakterystyk indywidualnych są teorie podkreślające znaczenie samooceny w etiologii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jedną z bardziej znanych jest **teoria obniżania własnej pozycji Kaplana** z 1975 r. (1980). Odnosi się ona do zachowań dewiacyjnych. Nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie od nich stanowi jedną z form dewiacyjnego zachowania, obok stosowania przemocy, kradzieży, porzucenia nauki itd. Teoria odwołuje się do pojęcia samooceny i uniwersalnych w tym zakresie potrzeb wszystkich ludzi, które wyrażają się w dążeniu człowieka do zachowywania się w sposób maksymalizujący doświadczenia pozytywne, wzmacniający poczucie wartości oraz do ograniczania doświadczeń negatywnych.

Zgodnie z założeniami teorii, dewiacyjne zachowanie może wystąpić wówczas, gdy jednostka nie potrafi poradzić sobie z długotrwałym doświadczeniem odrzu-

cenia przez znaczące osoby (np. rodziców, stawiających zbyt wysokie wymagania, którym nie może sprostać, rówieśników, nauczycieli i pedagogów). Gromadzenie w jej rozwoju ontogenetycznym tego typu doświadczeń powoduje, że może ona stracić motywację, aby przystosowywać się do społecznie akceptowanych norm i standardów funkcjonowania. Rozpoczyna się wówczas proces alienacji od społeczeństwa, które te normy reprezentuje i równocześnie jest źródłem negatywnych, poniżających doświadczeń jednostki. Poszukuje ona innych alternatywnych wzorów zachowania (dewiacyjnych), z nadzieją, że zostaną pozytywnie ocenione przez dewiacyjną grupę odniesienia (np. młodzież używająca narkotyków). Rozwinięciu tego rodzaju dewiacyjnych zachowań sprzyja dostępność środków odurzających, przebywanie w środowisku osób używających narkotyków i prezentujących pozytywne postawy względem używania. Zmianie dewiacyjnych zachowań na społecznie akceptowane będzie sprzyjać zmiana warunków środowiskowych na takie, które mogą dostarczać społecznego wsparcia i zredukować negatywne wzmocnienia i poniżające doświadczenia, obniżające samoocenę. Autor tej teorii przeprowadził wiele badań, które potwierdziły jej użyteczność, jednak wyniki badań prowadzonych przez innych badaczy nie są takie jednoznaczne (Kaplan, 1980).

Kolejną teorią zajmującą się wpływem samooceny na używanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie od nich jest **teoria samooceny w odniesieniu do uzależnień Steffenhagena**, zgodnie z którą wszelkie zachowania jednostki służą utrzymaniu własnego „ja” w środowisku społecznym. Niska samoocena stanowi podstawowy psychodynamiczny mechanizm inicjacji narkotykowej, nadużywania substancji psychoaktywnych, uzależnienia, a także nawrotów. Samoocena rozwija się w trakcie życia jednostki, choć jej podstawowy fundament kształtuje się w okresie wczesnego dzieciństwa. Stawianie jednostce zbyt wygórowanych celów lub brak wiary w możliwość osiągnięcia realistycznych celów może skutkować niską samooceną. Ta ostatnia sytuacja szczególnie dotyczy osób, których rodzice są nadopiekuńczy i uniemożliwiają im gromadzenie doświadczeń potwierdzających ich kompetencje i zdolności kierowania swoim życiem. Jednostka ocenia siebie przez pryzmat osiągnięć indywidualnych celów, narzucanych jednak przez społeczeństwo. W przypadku niemożności osiągnięcia wyznaczonych celów osoba odczuwa potrzebę chronienia swojego „ja” poprzez mechanizmy kompensacyjne, np. przez używanie narkotyków. Sama niska samoocena nie stanowi jednak wystarczającego wyjaśnienia dla systematycznego używania narkotyków. Na problem, zgodnie z założeniami teorii, należy spojrzeć z perspektywy środowiska społecznego, które istotnie wpływa na nasze zachowanie. W tym kontekście ważne są takie czynniki jak presja rówieśnicza, dostępność substancji psychoaktywnej czy wygórowane cele życiowe stawiane przez społeczeństwo. Wszystkie te czynniki mogą stanowić bodziec do inicjacji narkotykowej dla osób z niską samooceną. Jednostka, którą cechuje niska samoocena źle toleruje sytuacje niepewności, napięcia, stresu. Używanie substancji psychoaktywnych dostarcza natychmiastowej gratyfikacji i uwalnia jednostkę od tych nieprzyjemnych uczuć i od społecznej odpowiedzialności. Ten mechanizm leży u podstaw stosunkowo łatwego przechodzenia od inicjacji narkotykowej i sporadycznych kontaktów z narkotykami do nadużywania i uzależnienia (Steffenhagen, 1980).

3. Odporność na stres a uzależnienie

W wielu modelach wyjaśniających uzależnienie od substancji psychoaktywnych, ekspozycja na stres stanowi istotny czynnik ryzyka nadużywania tych substancji, uzależnienia i nawrotów choroby. Historycznie modele redukcji stresu wywodzą się z hipotezy redukcji napędu i teorii redukcji napięcia, których początek sięga lat 40. dwudziestego wieku. Jak wówczas uważano, picie alkoholu stanowi wyuczoną reakcją, która powstaje w związku z tym, że prowadzi do redukcji napędu. Stan napędu mógł być definiowany jako pewien stan przykrości (np. lęku).

W latach 50. badania nad stresem w naukach medycznych zostały zapoczątkowane przez Hansa Selye'ego. Za jednego z najwybitniejszych badaczy stresu psychologicznego uważa się Richarda Lazarusa, który zdefiniował stres jako „określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (Heszen-Niejodek, 2000, str. 470). O uznaniu danej sytuacji za stresową decyduje subiektywna ocena tej sytuacji przez jednostkę (podejście fenomenologiczno-poznawcze), a nie obiektywne właściwości sytuacji. Oznacza to, że ta sama sytuacja może być przez jednych spostrzegana i oceniana jako stresująca, a przez innych jako neutralna.

W teorii uzależnienia jako sposobu radzenia sobie ze stresem Willisa i Shiffmana (Rogała-Oblękowska, 1999) przyjmuje się, że niska odporność na stres przyczynia się zarówno do zwiększenia ryzyka nadużywania substancji psychoaktywnych, jak i uzależnienia od nich. Istotnymi czynnikami, które zmniejszają prawdopodobieństwo rozwinięcia problemowego wzoru używania substancji psychoaktywnych są mechanizmy adaptacyjne, które ułatwiają radzenie sobie z trudnymi, stresującymi sytuacjami. Ich brak powoduje, że jednostka w takich sytuacjach reaguje w sposób dezadaptacyjny: gniewem, wycofaniem czy poczuciem bezradności, co może skłonić ją do używania substancji psychoaktywnych. Tak właśnie rozwija się dezadaptacyjny model radzenia sobie w sytuacjach spostrzeganych subiektywnie jako trudne. W ramach tego modelu formułuje się hipotezę, że używanie substancji służy zarówno redukowaniu negatywnych stanów emocjonalnych, jak i wzmacnianiu pozytywnych emocji. W modelu nawrotów choroby Marlatta i Gordon (Gossop, 1997) także podkreśla się, że jeśli takim czynnikiem ryzyka – jak nadużywanie substancji przez rodziców, silna presja rówieśnicza ukierunkowana na używanie substancji, pozytywne oczekiwania co do potencjalnych korzyści używania substancji – towarzyszą słabe umiejętności jednostki w radzeniu sobie z trudnymi, stresującymi sytuacjami, to jest ona szczególnie narażona na rozwinięcie problemowego wzoru używania substancji psychoaktywnych oraz na nawrót choroby w przypadku zaprzestania używania.

Modele teoretyczne wskazujące na związek pomiędzy stresem a używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem znajdują potwierdzenie w badaniach nad zwierzętami. Jednak odniesienie w całości tych wyników badań na funkcjonowanie człowieka jest problematyczne.

Badania prowadzone na zwierzętach z użyciem specjalnego urządzenia, umożliwiającego im aplikowanie narkotyku, potwierdziły, że wystąpienie silnych czynników stresowych powodowało nawrót używania heroiny, kokainy, alkoholu oraz nikotyny u zwierząt, które wcześniej miały kontakt z tymi substancjami.

Podobnie wnioski z badań z udziałem zwierząt, które wcześniej nie miały żadnego kontaktu z narkotykami, sugerują, że narażenie ich na silny, długotrwały stres powodowało, iż chętniej aplikowały sobie narkotyk, w porównaniu z sytuacją bezstresową.

Badania prowadzone na ludziach, choć ze względów etycznych nie mogą eksplorować wszystkich możliwych związków pomiędzy stresem a używaniem substancji, także potwierdzają istnienie tego typu zależności.

Osoby pijące w sposób społecznie akceptowany zwiększają ilość wypijanego alkoholu w sytuacjach stresu, np. lęku przed społeczną oceną, w porównaniu z sytuacjami niestresującymi (Sinha, 2001). Podobną prawidłowość zaobserwowano u osób już uzależnionych od alkoholu czy tytoniu (Sinha, 2001).

Wśród osób uzależnionych od kokainy, utrzymujących od pewnego czasu abstynencję narkotykową stwierdzono, że ekspozycja na silne bodźce stresowe powodowała znaczący wzrost głodu kokainowego, któremu towarzyszyły zmiany na poziomie reakcji fizjologicznych.

Z badań przeprowadzonych wśród ludzi wynika jednak, że indywidualna reakcja na stres jest modyfikowana przez wiele zmiennych pośredniczących, takich jak umiejętność radzenia sobie ze stresem, oczekiwania co do działania substancji psychoaktywnych czy wsparcie ze strony rodziny. Umiejętność radzenia sobie w trudnych, stresujących sytuacjach, ukształtowanie adekwatnych oczekiwań względem efektów działania substancji psychoaktywnych oraz wsparcie ze strony rodziny – wszystko to ogranicza prawdopodobieństwo rozwinięcia problemowego wzoru używania substancji psychoaktywnych jako reakcji na stres (Greeley i Oei, 2003).

4. Zespół stresu pourazowego a uzależnienie

W nurcie cytowanych wyżej badań pozostają badania korelacji dotyczących jednoczesnego występowania zaburzeń lękowych oraz nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od nich. Do tych zaburzeń lękowych zalicza się lęk paniczny, agorafobię, fobie społeczne, lęk uogólniony i zespół stresu pourazowego (Greeley i Oei, 2003; Volkow, 2008). W szczególności chciałabym zwrócić tu uwagę na zespół stresu pourazowego – PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*). Zainteresowanie występowaniem tego typu korelacji datuje się od udziału żołnierzy amerykańskich w wojnie w Wietnamie (Kulka i inni, 1990). Okazało się, że aż 75% weteranów wojny, u których kiedykolwiek w życiu stwierdzono występowanie zespołu stresu pourazowego spełniało równocześnie kryteria nadużywania alkoholu lub uzależnienia od alkoholu (Kulka i inni, 1990). Od tamtego czasu przeprowadzono wiele badań zarówno w populacji ogólnej, jak i klinicznej poszerzających naszą wiedzę na ten temat. Wyniki wielu z nich potwierdzają, że nadużywanie substancji psychoaktywnych lub uzależnienie od nich jest bardziej rozpowszechnione wśród osób, które doświadczyły w przeszłości traumatycznych wydarzeń i u których wystąpiły objawy zespołu stresu pourazowego (Kulka i inni, 1990; Volkow, 2008). Do traumatycznych wydarzeń najczęściej zalicza się działania wojenne, atak terrorystyczny, naturalną katastrofę, poważny wypadek, przemoc fizyczną, w tym seksualną. Objawy zespołu stresu pourazowego obejmują sferę poznawczą, emocjonalną i behawioralną. Mogą wyrażać się m.in. w unikaniu ludzi i miejsc związanych z traumatycznymi wydarzeniami,

w występowaniu myśli samobójczych, problemach ze snem, trudnościach w koncentracji uwagi, w powracaniu poczucia bezsilności.

Badania dotyczące rozpowszechnienia zespołu stresu pourazowego prowadzono w populacjach ogólnych oraz klinicznych. W populacjach klinicznych osób leczonych z powodu uzależnienia, wskaźniki występowania zespołu stresu pourazowego są znacząco wyższe, niż w populacji ogólnej. W badaniach przeprowadzonych w USA w populacji ogólnej wskaźnik ten kształtował się na poziomie ok. 8% (Kulka i inni, 1990). W populacjach klinicznych był on zależny od wieku pacjentów oraz metodologii badań i kształtował się na poziomie od 19 do 30% (Giaconia i inni, 1995; Deykin i Buka, 1997).

W Polsce badanie na temat rozpowszechnienia traumatycznych wydarzeń oraz występowania stresu pourazowego w populacji osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu przeprowadziła m.in. Małgorzata Dragan. Wskaźnik występowania bieżącego zespołu stresu pourazowego w badanej próbie wyniósł 24,7%, czyli dotyczył niemal co czwartego pacjenta. Kryteria zespołu stresu pourazowego spełniało 26,4% kobiet i 24,2% mężczyzn, różnica między płciami była nieistotna statystycznie (Dragan, 2008).

W niektórych badaniach podjęto próbę innego spojrzenia na omawianą tu kwestię. Na przykład stwierdzono, że wystąpienie zespołu stresu pourazowego zwiększa ryzyko nadużywania lub uzależnienia czterokrotnie w okresie do 5 lat po wystąpieniu objawów PTSD. Ryzyko to było największe w odniesieniu do środków dostępnych na receptę, co sugeruje, że nadużywanie lub uzależnienie od substancji chemicznych mogło być efektem samoleczenia (Khantzian, 1985; Chilcoat i Breslau, 1998).

UZALEŻNIENIE JAKO MECHANIZM RADZENIA SOBIE Z WEWNĘTRZNYMI PROBLEMAMI – SAMOLECZENIE

Wsparcia dla koncepcji, że stres stanowi szczególny czynnik ryzyka dla nadużywania substancji i uzależnienia dostarczają także badania Khantziana nad hipotezą samoleczenia, choć sama „hipoteza” zdecydowanie wykracza poza problematykę stresu.

Koncepcja Khantziana (1985) wywodzi się z założeń psychoanalizy. Zgodnie z nią uzależnienie należy rozpatrywać w kategoriach mechanizmu radzenia sobie z trudnościami wewnętrznymi. Według Khantziana jednostka używa substancji psychoaktywnych, aby złagodzić symptomy i dolegliwości, wynikające z innych pierwotnych trudności o charakterze intrapsychoicznym. Wyróżnił 4 obszary „słabości” jednostki, które predysponują do nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Są to problemy z samooceną, problemy w kontaktach z innymi ludźmi, problemy kontrolowania emocji oraz trudności związane z dbaniem o siebie (Khantzian, 1985, 1997). Dlatego w terapii rekomenduje się przede wszystkim dotarcie do tych pierwotnych źródeł problemów i zrozumienie ich znaczenia dla jednostki. Zakłada się, że skuteczne złagodzenie czy wyeliminowanie pierwotnych przyczyn spowoduje istotną poprawę w obszarze nadużywania substancji psychoaktywnych. Koncepcja Khantziana była weryfikowana w wielu badaniach. Obecnie wiadomo, że taka sekwencja zdarzeń w przypadku wielu osób istotnie występuje. Badania potwierdziły jednak, że w praktyce klinicznej mamy często do czynienia z inną kolejnością występowania

zaburzeń. Obecnie rozpatruje się jeszcze 2 inne typy powiązań pomiędzy współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi a nadużywaniem substancji psychoaktywnych czy uzależnieniem od nich: 1) nadużywanie substancji powoduje większe ryzyko występowania zaburzeń psychicznych, 2) zarówno nadużywanie, uzależnienie, jak i zaburzenia psychiczne są spowodowane przez te same czynniki, np. przez ekspozycję na silny stres, genetyczną podatność.

Wyniki weryfikacji powyższych hipotez zależą od badanej populacji, metodologii badania, przyjętych definicji oraz stosowanych narzędzi badawczych. W licznych badaniach potwierdzono jednak, że w populacji osób poszukujących leczenia z powodu uzależnienia zaburzenia afektywne i lękowe występują wcześniej niż nadużywanie substancji. Przy czym prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sekwencji zdarzeń jest większe wśród kobiet niż mężczyzn (Volkow, 2008).

Hipoteza samoleczenia Khantziana zajmuje ważne miejsce w ewolucji podejścia do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zwraca uwagę na to, że osoby te nie są złe czy zdemoralizowane i podkreśla, że uzależnieniu towarzyszy cierpienie związane z innymi zaburzeniami stojącymi na przeszkodzie radzenia sobie z wieloma problemami wewnętrznymi. Koncepcja Khantziana w istotny sposób przyczyniła się do rozpoznania w obszarze uzależnień problemu tzw. „podwójnej diagnozy” i znacznie poszerzyła horyzonty oceny i terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (patrz w tym tomie Wojnar, Bisaga „Leczenie osób z podwójną diagnozą”).

UZALEŻNIENIE W PODEJŚCIU BEHAWIORALNO-POZNAWCZYM

Brytyjska forma terapii behawioralnej powstała na początku lat 50., koncentrowała się przede wszystkim na zaburzeniach nerwicowych i wywodziła się z myśli Pawłowa, Watsona i Hulla. Głównymi prekursorami badań był Joseph Wolpe i Hans Eysenck.

W tym samym czasie grupa psychologów amerykańskich próbowała poprawić funkcjonowanie pacjentów z poważnymi problemami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, odwołując się do założeń teorii Skinnera. Zarówno behaviorysty angielscy, jak i amerykańscy traktowali te zaburzenia jako efekt błędnego uczenia się, choć ci pierwsi doceniali także znaczenie czynników biologicznych (Clark i Fairburn, 2006).

1. Teorie społecznego uczenia się

Teorie społecznego uczenia się wywarły ogromny wpływ na rozwój behawioralno-poznawczych modeli uzależnienia. Do najbardziej znanych teorii społecznego uczenia się należą teorie Dollarda i Millera, Akersa, Rottera oraz Bandury. Idee tego ostatniego badacza wywarły największy wpływ na rozwój koncepcji dotyczących uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Teorie społecznego uczenia się wyjaśniają, w jaki sposób kompetencje społeczne i osobiste, rozwijają się w środowisku społecznym, w którym zachodzi proces uczenia się.

Teoria Bandury. Zgodnie z założeniami teorii Bandury w etiologii uzależnienia ważną rolę odgrywa m.in. zjawisko modelowania zachowań (pośrednie uczenie się) oraz procesy poznawcze. Modelowanie polega na uczeniu się nowych zachowań

poprzez obserwowanie zachowań osób znaczących lub poprzez komunikowanie się z tymi osobami. Zgodnie z tą koncepcją, obserwowanie modelu „nagradzanego” za dane zachowanie może zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia takiego zachowania u obserwatora. Analogicznie, obserwacja zachowania innej ważnej osoby ukaranej za dane zachowanie może wpływać na niepodejmowanie takich zachowań. Proces modelowania odgrywa ważną rolę w przyswajaniu sobie przez młode osoby m.in. takich zachowań jak picie alkoholu, używanie narkotyków czy palenie papierosów. Ważnym pojęciem wprowadzonym przez teorię społecznego uczenia się jest pojęcie oczekiwań co do efektów działania substancji oraz oceny skuteczności własnych działań (*self-efficacy*). Oczekiwania stanowią jeden z ważniejszych mechanizmów mogących mieć wpływ na podejmowanie i utrwalanie się zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Ostaszewski, 2003). Oczekiwania te definiowane są jako pozytywne i negatywne przekonania jednostki co do krótkofalowego oddziaływania substancji psychoaktywnych na jej zachowanie, (np. umiejętności społeczne, atrakcyjność towarzyską), nastrój i emocje (np. umiejętności radzenia sobie ze stresem). Kształtują się one na podstawie obserwacji zachowań innych ludzi, własnych doświadczeń oraz uogólnionych przekazów kulturowych. Oczekiwania odnoszące się do skuteczności własnych działań dotyczą przekonania jednostki, że poprzez określone zachowanie osiągnie pożądane rezultaty. Stosując teorię społecznego uczenia się na gruncie problemu nadużywania substancji psychoaktywnych, Bandura podkreślał, że redukcja stresu po spożyciu substancji stanowi główny czynnik wzmocnienia pozytywnego, co sprzyja sięganiu po substancję przy wielu powtarzających się okazjach. W rodzinach, w których chociaż jeden z rodziców ma problem z używaniem substancji psychoaktywnych prawdopodobieństwo powtarzania tego typu zachowań, redukujących stres, jest znacznie większe w porównaniu do rodzin, gdzie problem nadużywania substancji nie istnieje. Ponadto używanie substancji w warunkach stresu występuje znacznie częściej, gdy u jednostki występują deficyty w zakresie umiejętności radzenia sobie z problemami. Pomimo że Bandura – podobnie jak badacze teorii redukcji napięcia – uwzględnił czynnik stresu jako sprzyjający sięganiu po substancje psychoaktywne i utrwalaniu się tego typu zachowań, to zwracał uwagę na wiele innych istotnych zmiennych jak oczekiwania czy umiejętności społeczne, co odróżnia jego teorię od teorii wyjaśniających uzależnienie w kategoriach redukcji napięcia (Maisto, Carey i Bradizza, 2003).

Koncepcja Marlatta i Gordon z 1985 r. (Gossop, 1997) odwołuje się w wielu aspektach do teorii społecznego uczenia się Bandury. Zachowania związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych traktowane są jako przejaw wyuczonych niedostosowawczych zachowań („złych nawyków”). Czynniki biologiczne mogą wpływać na predyspozycje do uzależnienia, jednak głównym mechanizmem wyjaśniającym uzależnienie od substancji psychoaktywnych pozostaje proces społecznego uczenia się. Czynniki środowiskowe, sytuacyjne, rodzinne, przekonania, oczekiwania oraz doświadczenia mają wpływ na zachowania związane z nadużywaniem substancji i uzależnieniem. W koncepcji Marlatta i Gordon – podobnie jak w teorii społecznego uczenia się – zwraca się uwagę na rolę stresu jako czynnika ryzyka w nadużywaniu substancji psychoaktywnych, uzależnieniu i nawrotach choroby. Au-

torzy teorii odwołują się także do poczucia skuteczności własnych działań. Jeśli jest ono wysokie, wówczas prawdopodobieństwo używania substancji psychoaktywnych po to, by poradzić sobie w trudnych sytuacjach jest niskie. W celu poprawy oczekiwań dotyczących skuteczności własnych działań należy jednostkę wyposażyć w umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, komunikowania się z innymi ludźmi. Ponadto należy dążyć do zmiany oczekiwań względem efektów działania substancji psychoaktywnych. W wyniku modyfikacji powyższych oczekiwań oraz nabycia ważnych umiejętności życiowych osoba może wziąć na siebie odpowiedzialność za proces zmiany niedostosowawczych zachowań. Marlatt i Gordon mają także największe zasługi w wyjaśnieniu procesu nawrotu choroby, rozumianego jako powrót, po pewnym czasie dobrowolnej abstynencji, do używania substancji psychoaktywnych przez osoby wykazujące zaburzenia związane z ich używaniem. Model Marlatta i Gordon opisuje dwuetapowy proces nawrotu. Pierwsze użycie substancji psychoaktywnej po okresie abstynencji nazywane jest „wpadką” (*lapse*), która wynika ze znalezienia się danej osoby w sytuacji wysokiego ryzyka, przy niedostatecznych umiejętnościach poradzenia sobie z tą sytuacją, niskim poziomie oczekiwań wobec własnych możliwości w tym względzie (*self-efficacy*) i wysokim poziomie oczekiwań, że substancja psychoaktywna pomoże w pokonaniu trudności. Wpadka może doprowadzić do dalszego używania substancji psychoaktywnych, co nazywane jest „nawrotem choroby” (*relapse*), spowodowanym towarzyszącymi procesami poznawczymi i afektywnymi. Komponent poznawczy wyraża się w przypisywaniu sobie przez jednostkę trwałych, ogólnych cech osobistych, uniemożliwiających poradzenie sobie z sytuacją, np. *nie mam silnej woli* lub *jestem alkoholikiem* (wewnętrzna atrybucja przyczyn). Taki wzór interpretowania wpadki przyczynia się do przekształcenia jej w nawrót. Kontynuowanie używania substancji psychoaktywnych może wynikać z usiłowania złagodzenia przykrych uczuć, które towarzyszą wpadce, co prowadzi do wytworzenia się cyklu „używanie – afekt negatywny – dalsze używanie”. Postrzeganie sytuacji i negatywny afekt, który towarzyszy wpadce określane są jako efekt złamania abstynencji.

Koncepcja Marlatta i Gordon znalazła wsparcie w wynikach wielu badań naukowych – zarówno w obszarze znaczenia oczekiwań co do skutków używania substancji psychoaktywnych, jak i co do własnej skuteczności działania i oceny sytuacji ryzyka (Maisto, Carey i Bradizza, 2003).

2. Teorie poznawcze

Dwaj najbardziej twórczy i znaczący pionierzy terapii poznawczej to A. Beck i A. Ellis. Stali oni na stanowisku, że większość zakłóceń powstaje na podstawie błędnych treści poznawczych i/lub błędnego poznawczego przetwarzania, a działania korygujące stanowią panaceum na te zakłócenia. Proponowane przez nich formy oddziaływań mają na celu korygowanie błędnych procesów i treści poznawczych. Obaj badacze doceniali znaczenie koncepcji behawioralnych i dlatego integralnym, zalecanym elementem oddziaływań psychoterapeutycznych miały być ćwiczenia behawioralne, które służyły pozyskiwaniu nowych informacji i rozpoznawaniu błędnych procesów poznawczych.

Terapia racjonalno-emotywna Ellisa. Dowodził on, że „zaburzenia emocjonalne lub psychologiczne są głównie wynikiem nielogicznego i nieracjonalnego myślenia osoby, (...) może się ona (osoba) uwolnić od większości nieszczęść emocjonalnych czy psychicznych (...) i zaburzeń, jeśli nauczy się maksymalizować myślenie racjonalne, a minimalizować nieracjonalne” (Clark i Fairburn, 2006, str. 11). Ellis podkreślał także, że ludzkie myślenie i uczucia nie są dwoma odrębnymi bytami, lecz zachodzą na siebie. To założenie stanowiło fundament zaproponowanej przez niego psychoterapii zaburzeń psychicznych. Choć Ellis był prekursorem podejścia poznawczego to jednak na praktykę kliniczną znacznie większy wpływ wywarł Beck.

Poznawcze podejście Becka pierwotnie zostało rozwinięte w odniesieniu do leczenia depresji. W późniejszym czasie założenia koncepcji znalazły zastosowanie w wyjaśnianiu i leczeniu wielu innych zaburzeń psychicznych, w tym uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Zgodnie z założeniami przyjętymi przez Becka pewne cechy osobowościowe szczególnie predysponują do rozwinięcia się problemowego wzoru używania substancji psychoaktywnych, a mianowicie – mała tolerancja na frustrację, impulsywność, stałe poszukiwanie pobudzenia czy niska odporność na stres. Proces wchodzenia w uzależnienie zaczyna się od używania substancji psychoaktywnych w celu złagodzenia lęku czy innych przykrych stanów emocjonalnych. Używanie substancji wzmacnia już istniejące problemy lub przynosi kolejne trudności, które prowadzą do częstszego występowania przykrych stanów emocjonalnych. W rozwoju uzależnienia ważną rolę odgrywa pragnienie i głód. Pojęcie pragnienia oznacza chęć uzyskania nagrody czy odprężenia, podczas gdy głód substancji odnosi się do działania prowadzącego do uzyskania nagrody (Beck, Wright, Newman i Liese, 2007). Istnieje czasowa rozbieżność pomiędzy pojawiającym się pragnieniem narkotyku lub alkoholu a rzeczywistym działaniem związanym z głodem, co umożliwia podjęcie interwencji terapeutycznej. U podstaw głodu środka psychoaktywnego leżą błędne myśli i przekonania, których modyfikacja stanowi cel interwencji terapeutycznej. Beck wyróżnia przekonania podstawowe oraz przekonania specyficzne dla uzależnienia. Przekonania podstawowe to np. „jestem słaby, bezwartościowy, wszystko psuję”, „nie wytrzymam tego napięcia”, „innym się powodzi zawsze lepiej niż mnie”. Przekonania podstawowe wchodzi w interakcję ze stresorami i przyczyniają się do powstania silnych, przykrych emocji jak lęk czy złość. Sytuacje nie wywołują bezpośrednio głodu substancji, ponieważ mają charakter neutralny, ale wywołują specyficzne dla uzależnienia myśli, które przyczyniają się do powstania głodu. Czyli decydujące znaczenie ma sposób, w jaki jednostka interpretuje daną sytuację. Osoby przekonane, że przykre stany emocjonalne są trudne do zniesienia, nadmiernie się na nich koncentrują, co może doprowadzić do powstania oczekiwań antycypacyjnych, że użycie substancji psychoaktywnych pomoże w poradzeniu sobie z tymi przykrymi emocjami. Do typowych przekonań specyficznych dla uzależnienia należą: 1) wiara, że substancja psychoaktywna jest niezbędna do utrzymania równowagi psychicznej czy emocjonalnej, 2) oczekiwanie, że substancja poprawi funkcjonowanie społeczne i intelektualne, 3) wiara, że użycie substancji spowoduje przypływ energii, przyczyni się do odczuwania stanów przyjemności i zadowolenia, złagodzi nudę, lęk, napięcie

i depresję, 4) przekonanie, że głód substancji będzie trwał bez końca, jeśli mu się nie ulegnie. Beck zwraca także uwagę na myśli przyzwalające, np. „jeśli się źle czuję, to mogę coś użyć”, „jeśli napiję się jednego, to nic się nie stanie”.

Typowa sekwencja zdarzeń przebiega w następujący sposób: najpierw pojawiają się myśli antycypacyjne co do efektów działania substancji, myśli przechodzą w imperatywy, dotyczące konieczności użycia substancji oraz niemożności kontrolowania głodu substancji. Następnie pojawiają się myśli przyzwalające typu „tym razem zasługuję na to, jeden raz i koniec”, następnie pojawiają się plany, jak zdobyć środek. W terapii poznawczej Becka dąży się do obniżenia poziomu głodu środka poprzez zmianę przekonań sprzyjających powstawaniu głodu oraz nauczenie pacjenta różnorodnych technik umożliwiających kontrolę i modyfikację zachowania (Beck, Wright, Newman i Liese, 2007).

Założenia koncepcji behawioralno-poznawczych dostarczyły inspiracji do badań nad uzależnieniami. Wyniki wielu z nich potwierdzają istotną rolę oczekiwań w rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych. I tak pozytywne oczekiwania co do skutków picia alkoholu były pozytywnie skorelowane z ilością i częstotliwością wypijanego alkoholu (Negreiros, 2006). Pozytywną korelację stwierdzono także pomiędzy oczekiwaniami a częstotliwością używania kokainy (Hamaki, Anderson, Stein, 2008). Im jednostka bardziej oczekiwała, że użycie narkotyku zwiększy przyjemności społeczne i fizyczne tym częściej używała kokainy. I odwrotnie, jeśli jednostka spodziewała się, że używanie kokainy spowoduje obniżenie funkcji poznawczych, wówczas rzadziej używała kokainy. Występowanie podobnego związku stwierdzono w odniesieniu do użytkowników marihuany.

W porównaniu z tymi, którzy nie mieli doświadczeń z przetworami konopi, użytkownicy marihuany uważali, że problemy związane z jej używaniem mają mniej negatywny charakter, a prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest niższe. (Gaher i Simons, 2007). Ponadto potwierdzono, że czynnikiem, który ma najistotniejszy wpływ na podjęcie decyzji o nieużywaniu marihuany są spodziewane negatywne konsekwencje. Oczekiwane korzyści miały znacznie mniejszy wpływ na podejmowane w tym obszarze decyzje (Gaher i Simons, 2007).

Badaniom poddano także związek występujący pomiędzy oczekiwaniami a prawdopodobieństwem osiągnięcia abstynencji po ukończonym leczeniu. Okazało się, że u osób, u których pozytywne oczekiwania względem picia alkoholu były większe prawdopodobieństwo ukończenia leczenia i osiągnięcia rocznej abstynencji było mniejsze. Stwierdzono także, że osoby, które były skłonne przypisywać przyczyny własnych niepowodzeń w utrzymywaniu abstynencji wewnętrznym właściwościom, a nie zewnętrznym czynnikiem, znacznie częściej doświadczały nawrotu choroby. Pozytywnie zweryfikowano także hipotezę o modyfikującym wpływie umiejętności psychospołecznych jednostki na rozwój uzależnienia i nawrotu choroby (Gossop, 1997).

PODSUMOWANIE

Badania dotyczące psychologicznych mechanizmów uzależnienia od substancji psychoaktywnych rozwijają się co najmniej od lat 70. XX wieku. Jak do tej pory nie udało się stworzyć spójnego modelu wchodzenia w uzależnienie. Badacze koncentrowali

się na różnych potencjalnych mechanizmach sprzyjających sięganiu po substancje psychoaktywne i rozwijaniu problemowego wzoru używania, włącznie z uzależnieniem. W dokonanym powyżej krótkim przeglądzie teorii i badań omówiono niektóre z nich.

Szczególnie obiecujące wyniki uzyskano w odniesieniu do wymiaru osobowości – impulsywność/poszukiwanie nowości. Zwolennicy teorii różnic indywidualnych uważają, że określone cechy osobowości mają wpływ na funkcjonowanie człowieka, w tym na uzależnienie od substancji psychoaktywnych. U podłoża określonych wymiarów osobowości leżą biologicznie zdeterminowane układy. W badaniach potwierdzono, że wymiar „impulsywność/poszukiwanie nowości” był silnie skorelowany z występowaniem problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem. Wymiar „poszukiwanie nowości” okazał się także dobrym predyktorem rozwinięcia problemowego wzoru używania substancji psychoaktywnych w przyszłości oraz dobrze różnicował dzieci z rodzin z problemem alkoholowym od dzieci wywodzących się z rodzin, które nie doświadczyły problemu nadużywania substancji.

Kolejnym obszarem zainteresowania badaczy była samoocena. W badaniach starano się zweryfikować hipotezę o wpływie samooceny na kształtowanie się dewiacyjnych zachowań jednostki, w tym na uzależnienie. Wyniki badań nie są jednak jednoznaczne w tym względzie. Wydaje się, że mechanizmy uzależnienia mają znacznie bardziej kompleksowy charakter.

Ogromne nadzieje pokładano w badaniach nad stresem, jako czynnika wyjaśniającym powstawanie wielu zaburzeń psychicznych. Starano się znaleźć odpowiedź na pytanie, czy i w jaki sposób stres stanowi czynnik ryzyka dla rozwoju uzależnienia. Badania potwierdziły, że nie tylko ekspozycja na silny stres powoduje większe ryzyko uzależnienia, ale także indywidualne umiejętności jednostki w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami mogą to ryzyko zwiększać lub minimalizować.

Choć powszechnie uważa się, że podejście psychoanalityczne jest mało użyteczne w obszarze uzależnień, to jednak hipoteza mówiąca, że jednostka używa substancji psychoaktywnych w celu łagodzenia objawów innych poważnych zaburzeń znalazła potwierdzenie w wielu badaniach i jest obecnie poważnie traktowana jako wskazująca na jeden z potencjalnych mechanizmów odgrywających ważną rolę w procesie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W wielu badaniach potwierdzono, że afektywne i lękowe zaburzenia mogą występować wcześniej niż nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Podejście behawioralno-poznawcze okazało się być bardzo inspirujące w badaniach nad uzależnieniami. Rozwinęło się ono z teorii behawioralnych, które stanowiły reakcję na koncepcje psychoanalityczne, traktowane przez behawiorystów z dużym dystansem ze względu na trudności w naukowej weryfikacji podstawowych założeń psychoanalizy. Szczególne zasługi na polu uzależnień mają teorie społecznego uczenia się, zgodnie z którymi dewiacyjne zachowania są efektem procesu uczenia się. Teorie społecznego uczenia się nie kwestionowały biologicznych predyspozycji do uzależnienia. Wprowadziły jednak do dyskursu o uzależnieniach pojęcia oczekiwania względem efektów działania substancji i skuteczności własnych działań oraz zwróciły szczególną uwagę na znaczenie umiejętności psychospołecznych, takich jak

radzenie sobie w trudnych sytuacjach, komunikowanie się z innymi ludźmi, radzenie sobie ze stresem.

Koncepcje poznawcze zasadniczo odwołują się do założeń teorii społecznego uczenia się. Zwracają uwagę na występowanie cech, które predysponują jednostkę do rozwinięcia problemowego wzoru używania substancji psychoaktywnych. Podkreślają jednak znaczenie nieprzystosowawczych schematów poznawczych i przekonań, które są celem interwencji terapeutycznych.

Przedstawione teorie zostały w większości przypadków pozytywnie zweryfikowane w naukowych badaniach, przyczyniając się w ostatnich latach do zwiększenia skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. i Liese, B. S.** (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chilcoat, H. D. i Breslau, N.** (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Drug Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917.
- Clark, D. M. i Fairburn, C. G.** (red.). (2006). *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*. Gdynia: Alliance Press.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. i Shaakian, B.** (2006). Reflection impulsivity in current and former substance user. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
- Cloninger, C. R.** (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Dawe, S. i Loxton, N. J.** (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- Deykin, E. Y. i Buka, S. L.** (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 752-757.
- Dragan, M.** (2008). *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Gaher, R. i Simons, J.** (2007). Evaluations and expectancies of alcohol and marijuana problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 545-554.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. i Cohen, E.** (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1379.
- Gossop, M.** (1997). *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA.
- Grau, E. i Ortet, G.** (1999). Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Personality and Individual Differences*, 27, 1057-1066.
- Gray, J. A.** (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 249-66.
- Greeley, J. i Oei, T.** (2003). Alkohol a redukcja napięcia. W: K. E. Leonard i H. T. Blane, *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 27-76). Warszawa: PARPA.

- Hayaki, J., Anderson, B. J. i Stein, M. D.** (2008). Drug use expectancies among nonabstinent community cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 109-115.
- Heszen-Niejodek, I.** (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465-492). Gdańsk: GWP.
- Hornowska, E.** (brak daty). *Wykorzystanie psychobiologicznej koncepcji osobowości R. C. Cloningera w obszarze uzależnień*. Strona internetowa: <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/25,Wykorzystanie-psychobiologicznej-koncepcji-osobowosci-R-C-Cloningera-w-obszarze-uzaleznienn>
- Kaplan, H. B.** (1980). Self-esteem and self-derogation theory of drug abuse. W: D. J. Lettieri, M. Sayers i H. W. Pearson (red.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspective* (s. 128-131). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Khantzian, E. J.** (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. J.** (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Krukowska, M.** (2003). *Ryzyko uzależnienia od narkotyków – determinanty psychologiczne*. Warszawa: SWPS (niepublikowany maszynopis pracy magisterskiej).
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R. i Weiss, D. S.** (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Maisto, S. A., Carey, K. B. i Bradizza, C. M.** (2003). Społeczna teoria uczenia się. W: K. E. Leonard i H. T. Blane, *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 133-208). Warszawa: PARPA.
- Negreiros, J.** (2006). *Psychological drug research: current themes and future developments*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Ostaszewski, K.** (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rogala-Oblękowska, J.** (1999). *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*. Warszawa: UW ISNS.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D. i Wood, M. D.** (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 818-29.
- Sinha, R.** (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- Steffenhagen, R. A.** (1980). Self-esteem theory on drug abuse. W: D. J. Lettieri, M. Sayers i H. W. Pearson (red.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspective* (s. 157-163). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Volkow, N. D.** (2008). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. Research Report Series*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.

Część IV

METODY I FORMY
LECZENIA I REHABILITACJI
OSÓB UZALEŻNIONYCH
OD NARKOTYKÓW

Rozdział 9

Farmakologiczne leczenie uzależnień

Adam Bisaga

Columbia University/New York State Psychiatric Institute,
Division on Substance Abuse

Marcin Wojnar

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Katedra i Klinika Psychiatryczna

KONTEKST HISTORYCZNY

Leczenie osób uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przy użyciu środków farmakologicznych po raz pierwszy wprowadzono w XIX wieku. Już wtedy wyłoniły się trzy zasadnicze metody podejścia do leczenia farmakologicznego uzależnień: łagodzenie objawów abstynencyjnych, leczenie substytucyjne i leczenie awersyjne. W różnych modyfikacjach podejścia te przetrwały do dnia dzisiejszego.

Jedynie nieliczni, którzy przewlekle pili alkohol czy przyjmowali narkotyki byli w stanie tolerować gwałtowne zaprzestanie używania. Pozostawianie osób uzależnionych bez leczenia w tym okresie było nie tylko mało skuteczne, ale również niebezpieczne dla zdrowia. Pojawiło się więc wiele preparatów, które miały na celu złagodzenie objawów towarzyszących odstawieniu alkoholu lub narkotyków, czyli ułatwienie odtruwania (detoksykacji). W celu bezpiecznego odstawienia alkoholu najczęściej stosowano preparaty uspokajające, takie jak paraldehyd czy wodzian chlorału. W efekcie następowało zmniejszenie nasilenia objawów abstynencyjnych, zwłaszcza tych najgroźniejszych, jak napady drgawkowe czy majaczenie, ale kiedy leki te stosowano przewlekle, same były nadużywane. Uzależnienie od opioidów leczono nalewkami zawierającymi roztwory alkoholu i opium, często dostarczane w numerowanych butelkach, w których stężenie opium stopniowo zmniejszano. Odtruwanie odbywało się albo w krótkim czasie, zwykle w ciągu około tygodnia, albo w dłuższym czasie, zwykle rozłożone na tygodnie lub miesiące. W przypadku szybkiego odtruwania pacjenci szybko uwalniali się od substancji uzależniającej, ale pozostawali w stanie dużego dyskomfortu fizycznego i psychicznego, co bardzo często prowadziło do nawrotów. Tak więc najczęściej stosowano metodę odtruwania powolnego. Przerywanie nałogu za pomocą substancji o bardzo podobnych właściwościach farmakologicznych pozostaje nadal jedną z najczęściej stosowanych metod leczenia uzależnień.

Środki farmakologiczne stosowano również jako substancje zastępcze w przewlekłym leczeniu i powolnej detoksykacji osób, które nie były w stanie utrzymać abstynencji po kuracjach krótkotrwałych. Rozcieńczone roztwory opium lub morfiny stosowano w leczeniu uzależnienia od opioidów, a preparaty lobeliny (wyciąg z liści

tytoniu indiańskiego) – w leczeniu nałogu tytoniowego czy uzależnienia od stymulantów. Na przełomie XIX i XX wieku popularne było również leczenie polegające na odzwyczajaniu od jednej substancji psychoaktywnej za pomocą innej substancji psychoaktywnej (tzw. substytucja zamienna). Preparaty kokainy stosowano w leczeniu morfinizmu, co było zapoczątkowane przez samego Zygmunta Freuda, ojca psychoanalizy i jednego z najbardziej wpływowych psychiatrów. Podobnie z morfiną, stosowano ją w leczeniu uzależnienia od alkoholu, z uzasadnieniem, że jest dużo tańsza, bezpieczniejsza dla organizmu, powoduje mniej zaburzeń zachowania i w efekcie mniej negatywnych następstw w życiu pacjenta i jego rodziny.

Już w XIX wieku zaproponowano nowe podejście do leczenia osób uzależnionych, które nie mogły uchronić się przed nawrotami. Celem tej metody – tzw. redukcji szkód – było ograniczenie niekorzystnych następstw nadużywania. Podejście to stało się popularne w Stanach Zjednoczonych na początku XX wieku. Zaczęły wtedy powstawać poradnie morfinowe, w których lekarze przepisywali preparaty morfiny pacjentom uzależnionym od opioidów. W latach 20. poradnie te zostały zamknięte przez władze federalne na fali krytyki, że nie leczą pacjentów, ale utrzymują ich w uzależnieniu. Używanie narkotyków stało się wówczas przestępstwem i „opiekę” nad populacją osób uzależnionych przejął system penitencjarny. Podejście do problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych zmieniło się w latach 60. XX wieku. Liczne badania kliniczne dowiodły wtedy, że uzależnienie i trudności w utrzymaniu abstynencji mają źródło w zaburzeniach fizjologicznych i społeczność medyczna zaczęła głośno mówić o konieczności leczenia, a nie karania narkomanów. Okazało się, że syntetyczny opioid, metadon, ma bardzo dobre właściwości w stabilizacji osób uzależnionych i zaczęły się pojawiać poradnie metadonowe – najpierw w Stanach Zjednoczonych, a potem stopniowo na całym świecie. W latach 90. w Europie Zachodniej zaczęto wprowadzać leczenie buprenorfiną, prawie równie skuteczną jak metadon, ale dużo bardziej bezpieczną.

Trzecie z głównych podejść farmakologicznych wprowadzone zostało przez lekarzy pracujących w szpitalach czy innych stacjonarnych placówkach leczenia osób uzależnionych. Celem pobytu w takich ośrodkach była całkowita abstynencja. Zwykle po detoksykacji, zalecano używania substancji awersyjnych w celu zmniejszenia „głodu” alkoholowego czy narkotykowego oraz wytworzenia wstrętu do tych substancji. Używano strychniny, siarki, rtęci czy nawet arseniku. To podejście było mniej popularne, ale również przetrwało do dnia dzisiejszego w postaci leczenia disulfiramem.

METODY FARMAKOTERAPII W LECZENIU UZALEŻNIEŃ

Główny cel farmakoterapii to długotrwała, najlepiej dożywotnia eliminacja używania substancji uzależniającej. W planowaniu takiego leczenia pomocne jest podzielenie leczenia na dwa etapy. Cel pierwszego etapu – zaprzestanie używania, czyli osiągnięcie wstępnej abstynencji. Można ją osiągnąć poprzez detoksykację (szybką albo rozłożoną w czasie) lub przez interwencje umożliwiające stopniowe zmniejszanie używania substancji aż do całkowitego zaprzestania. Cel drugiego etapu – leczenie polegające na wydłużaniu okresu abstynencji i zapobieganiu nawrotowi. Biologiczne

mechanizmy, które są odpowiedzialne za kontynuację używania są inne niż te, które są odpowiedzialne za nawroty, dlatego często inne leki są stosowane w tych dwóch fazach leczenia. Pomimo że istnieją różnice pomiędzy uzależnieniem od poszczególnych substancji, podejście jest ogólnie podobne w przypadku większości substancji i ogólne zasady różnych metod będą omówione.

Detoksykacja

Pojęcie *detoksykacji* odnosi się do procesu terapeutycznego, w którym u osoby z uzależnieniem fizjologicznym zaprzestaje się podawania danej substancji i leczy ujawniające się objawy abstynencyjne. W wyniku udanej detoksykacji pacjent utrzymuje abstynencję bez objawów abstynencyjnych oraz zanika wykształcona w procesie uzależnienia tolerancja na efekty substancji. Usunięcie objawów uzależnienia fizjologicznego jest ogólnie korzystne dla zdrowia pacjenta (niektóre z objawów abstynencyjnych, jak np. napady drgawkowe są niebezpieczne dla życia), to jednak pewne ryzyko wiąże się z pozbyciem się objawów tolerancji. W przypadku nawrotu, tolerancja chroni przed groźnym dla życia przedawkowaniem substancji psychoaktywnej. Przypadki przedawkowania, często śmiertelne, mają najczęściej miejsce u osób, które powróciły do używania zaraz po detoksykacji, nieświadome tego, że dawka środka przyjmowana przed detoksykacją, po jej zakończeniu spowoduje ostre zatrucie związane z utratą tolerancji.

Detoksykacja może być przeprowadzona w sposób ultraszybki (kilka godzin), szybki (kilka dni) lub stopniowo (kilka tygodni czy miesięcy). Celem detoksykacji jest:

- usunięcie uzależnienia fizjologicznego,
- ograniczenie/eliminacja objawów abstynencyjnych i towarzyszącego dyskomfortu,
- zaangażowanie pacjenta w proces leczenia uzależnienia i zapoczątkowanie długofalowej opieki psychoterapeutycznej i medycznej dla utrzymania trwałej abstynencji.

Detoksykacja może być przeprowadzana w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych. Leczenie szpitalne prowadzi się w podanych niżej przypadkach.

- Kiedy objawy abstynencyjne mogą mieć intensywne nasilenie.
- Kiedy mogą wystąpić powikłania ogólnomedyczne lub psychiatryczne (u osób z problemami somatycznymi lub wywiadem powikłań w trakcie uprzednich detoksykacji, np. napadów drgawkowych, zaburzeń świadomości).
- Wymagane dawki leków są na tyle wysokie, że ich objawy uboczne (np. nadmierne uspokojenie) uniemożliwią prawidłowe funkcjonowanie.
- Nie ma warunków na bezpieczną detoksykację ambulatoryjną i utrzymanie abstynencji (np. trudności w kontakcie z lekarzem, brak odpowiedzialnej osoby, która mogłaby monitorować leczenie, przebywanie w środowisku, gdzie dostęp do substancji jest bardzo łatwy).

Stosunkowo niewiele osób, które poddały się wyłącznie detoksykacji, jest w stanie utrzymać abstynencję i dlatego uważa się, że detoksykacja jest jedynie wstępem lub pierwszym etapem leczenia uzależnień. Trudno się spodziewać, że krótki okres detoksykacji może doprowadzić do długotrwałych zmian, takich jak poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego, poprawa relacji międzyludzkich, ograniczenie zacho-

wań przestępczych czy poprawa sytuacji zawodowej. Detoksykację uważa się zatem za udaną, gdy nie tylko uzyskamy zaprzestanie codziennego używania substancji uzależniającej, ale też gdy utrzyma się pacjenta w długofalowej terapii uzależnienia.

W trakcie detoksykacji jest stosowanych kilka grup leków.

- Substancje, od której pacjent jest uzależniony (np. benzodiazepiny), dawki tych substancji są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych.
- Leki, które mają efekt podobny do substancji uzależniającej (np. metadon w detoksykacji od heroiny czy benzodiazepiny w detoksykacji od alkoholu) i ich dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych.
- Leki specyficznie blokujące zmiany towarzyszące zespołom abstynencyjnym (np. klonidyna lub lofeksydyna w detoksykacji opioidowej).
- Leki bezpośrednio zmniejszające intensywność objawów zespołu abstynencyjnego (leki przeciwbólowe, np. paracetamol czy ibuprofen, leki przeciwwymiotne, np. tietyloperazyna, leki przeciwłękowe np. lorazepam czy klozapem, leki nasenne, np. zolpidem, trazodon).

Leczenie substytucyjne za pomocą agonistów

Niektórzy pacjenci, poddawani nawet wielokrotnej detoksykacji, nie są w stanie utrzymać abstynencji i powracają do nadużywania substancji psychoaktywnej. Zazwyczaj źródłem trudności w utrzymaniu abstynencji jest głębokie uzależnienie, ale często ich powodem bywają również współwystępujące problemy, takie jak zaburzenia psychiczne, problemy społeczne czy też trudności finansowe. U takich osób warto rozważyć zasadność leczenia substytucyjnego (zastępczego), szczególnie że powtarzane okresy detoksykacji i nawrotów znacznie zwiększają ryzyko przedawkowania i śmierci (np. w przypadku uzależnienia od opioidów). Leczenie substytucyjne polega na zastąpieniu substancji nadużywanej lekiem, który ma podobny efekt farmakologiczny i przez to eliminuje objawy abstynencyjne oraz głód (*craving*), ale nie posiada właściwości euforyzujących. Lek stosowany w leczeniu zastępczym zmniejsza lub blokuje euforyzujące efekty nadużywanej substancji, ma długi okres działania, co zapewnia stabilność pacjenta przy podawaniu go raz dziennie lub nawet rzadziej. Leczenie substytucyjne ma na celu umożliwienie zaprzestania używania substancji, od której pacjent był uzależniony i ograniczenie ryzyka szkód związanych z używaniem. Jest ono obecnie szeroko stosowane w leczeniu uzależnienia od opioidów i uzależnienia od nikotyny.

Zapobieganie nawrotom: leczenie blokerami i środkami awersyjnymi

Głównym celem leczenia uzależnień jest osiągnięcie długotrwałej abstynencji i zapobieganie nawrotom używania substancji psychoaktywnych. Jednym z najbardziej skutecznych sposobów osiągnięcia tego celu jest stosowanie takich leków, które powodują efekty fizjologiczne uniemożliwiające doświadczanie euforyzującego działania substancji psychoaktywnej. Do tej grupy leków zaliczani są antagoniści receptora opioidowego (naltrekson, nalmefen) oraz disulfiram stosowany w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Antagoniści receptora opioidowego blokują receptor, a przez to uniemożliwiają farmakologiczny efekt przyjmowanych opioidów. Disulfiram zaś blokuje metabolizm alkoholu, przez co w organizmie szybko gromadzi się aldehyd

octowy, powodując bardzo nieprzyjemne doznania fizyczne i psychiczne, co skutecznie znosi przyjemne doznania po wypiciu alkoholu. Leczenie blokerami i środkami awersyjnymi ma na celu farmakologiczne wspomaganie psychoterapii. Pozbawienie nadużywanej substancji wywierania pozytywnych efektów sprawia, że zanikają z czasem zachowania warunkowe z nią związane i mogą wytworzyć się nowe zachowania oparte na naturalnych nagrodach (np. na satysfakcji z pracy zawodowej, życia rodzinnego czy hobby). Te zmiany są potencjalnie trwałe i wspomagają długotrwałą abstynencję.

Inne cele farmakoterapii

Farmakoterapia może być też używana w leczeniu neurologicznych i psychiatrycznych powikłań używania substancji, takich jak intoksykacja (ostre i przewlekłe zatrucia), złożone zespoły abstynencyjne, współwystępujące zaburzenia psychiczne, jak depresja czy psychozy, wywołane przez używanie substancji, czy też zaburzenia organiczne i deficyty neurologiczne, na przykład zaburzenia zachowania, zespół Wernickego, zespoły otępienne.

Jeden z najważniejszych problemów w leczeniu uzależnień związany jest z oczekiwaniem, że leczenie farmakologiczne może doprowadzić do „wyleczenia” uzależnienia. Powinno się raczej przyjąć model podobny do leczenia innych przewlekłych chorób, takich jak cukrzyca czy schizofrenia, w których farmakoterapia jest długoterminowa, prowadzona często do końca życia (jak np. w leczeniu substytucyjnym) i łączona z oddziaływaniami o innym charakterze, zwłaszcza psychoterapią.

Cechy „idealnego leku”

Wiele ośrodków badawczych pracuje nad nowymi lekami, które byłyby bezpieczne i efektywne w leczeniu uzależnień. Idealny lek nie powinien mieć żadnych negatywnych interakcji z substancjami, które pacjent może zażywać (dlatego benzodiazepiny dobrze nie służą ograniczaniu picia alkoholu). Ponadto nie powinien mieć awersyjnych efektów fizycznych lub psychologicznych (z tego powodu neuroleptyki nie są dobrymi lekami w leczeniu uzależnień). Najlepiej byłoby, gdyby taki lek przynosił pozytywne efekty psychologiczne, to jest miał łagodne właściwości przeciwłękowe czy stymulujące, które zachęcałyby pacjentów do jego przyjmowania (np. metadon z powodu pozytywnego działania). Z drugiej strony, lek idealny nie powinien mieć silnych efektów euforyzujących, tak żeby ryzyko jego nadużywania było minimalne. Wielu pacjentów łatwo zapomina o braniu leków, niechętnie je przyjmuje lub nie bierze ich regularnie. Pożądaną właściwością idealnego leku byłoby więc jego długotrwałe działanie, najlepiej przez kilka dni, tygodni czy miesięcy po jednorazowym podaniu, i dlatego rozwój szczepionek czy też implantów jest jednym z ważnych celów przy opracowywaniu nowych leków.

OPIOIDY

Postępowanie w stanach ostrego zatrucia

Intoksykacja opioidami, zażywanyymi w dużych dawkach albo w stosunkowo niewielkich dawkach, lecz w połączeniu z innymi lekami uspokajającymi (jak alkohol, leki

nasenne, benzodiazepiny), może powodować głęboką sedację i hamowanie oddychania, a w dalszej kolejności – niedotlenienie mózgu, a nawet śmierć. Dlatego niezmiernie ważne jest rozpoznanie objawów zatrucia opioidami i natychmiastowa interwencja. Przedawkowanie opioidów rozpoznaje się po 1–2 godzinach od ich przyjęcia. Częściej dochodzi do przedawkowania u osób z niską tolerancją, czyli na przykład u tych, którzy nie przyjmują ich codziennie, a bardzo często – u osób, które niedawno opuściły oddział detoksykacyjny albo powróciły do brania po okresie abstynencji. Objawami przedawkowania są: 1. spowolnione oddychanie (mniej niż 10 oddechów/min.), 2. zwężone źrenice (<3 mm) i 3. głęboka senność (trudność wybudzenia nawet przy użyciu silnych bodźców). Najczęściej do przedawkowania dochodzi po użyciu heroiny dożylnie lub donosowo, ale też po zażyciu metadonu, morfiny czy innych doustnych opioidów.

Leczenie przedawkowania polega na podaniu, domięśniowo lub dożylnie, naloksonu w dawce początkowej 0,4–0,8 mg. Pacjentowi ze spowolnionym oddychaniem należy podać stuprocentowy tlen, a nawet wspomagać wentylację mechaniczną do momentu powrotu normalnego oddechu. Pacjenta, który w pełni odpowiedział na nalokson trzeba monitorować przez co najmniej 3 godziny, a gdy na nowo zapada w sen lub spowalnia się oddychanie – podać dodatkowe dawki naloksonu (0,4 mg jednorazowo lub w kroplówce w dawce 1 mg/godzinę). Jedna dawka naloksonu jest często niewystarczająca ze względu na to, że działa on tylko przez 30–60 minut, podczas gdy wysokie stężenia heroiny mogą utrzymywać się w organizmie przez kilka godzin lub w przypadku metadonu jeszcze dłużej. Pacjentom, którzy nie odpowiadają na wstępne leczenie naloksonem, można podać większą dawkę (do 2 mg) i jeżeli dalej nie ma reakcji, zatrucie prawdopodobnie jest spowodowane innymi substancjami psychoaktywnymi, np. barbituranami. Leczenie naloksonem jest jedną z prostych interwencji, która prawie zawsze jest skuteczna, jeśli tylko zostanie zastosowana we właściwym czasie i co najważniejsze – często ratuje życie. Leczenie zatruc opioidowych naloksonem jest tak łatwe i efektywne, że w wielu krajach rozprowadza się w środowisku narkomanów i w zespołach opieki zdrowotnej zestawy do doraźnego leczenia ostrych zatruc, zawierające nalokson w postaci gotowych zastrzyków lub w postaci wziewnej. W Polsce nalokson znajduje się na wyposażeniu zespołów ratunkowych.

Detoksykacja

Leczenie szpitalne a leczenie ambulatoryjne. Intensywność wymaganego leczenia i monitorowania zależy od tego, jak szybko chcemy przeprowadzić detoksykację. Detoksykacja może być wolna, w warunkach ambulatoryjnych trwająca od kilku tygodni do 3 miesięcy lub krótkotrwała (3–10 dni) prowadzona w warunkach stacjonarnych. W ośrodkach stacjonarnych stosuje się detoksykację zwykłą/klasyczną, szybką i ultraszybką (NICE, 2007).

Tradycyjna detoksykacja w oddziale stacjonarnym trwa około 7–10 dni. W pierwszych kilku dniach leczenia podaje się stopniowo zmniejszające się dawki opioidu, najczęściej metadonu lub morfiny, a przez ostatnie 1–2 dni stosuje się wyłącznie leczenie objawowe. Opioidy podane na wstępie mają na celu minimalizację objawów abstynencyjnych i wystarczają stosunkowo niewielkie dawki (metadon 20 mg/dobę, morfina

40 mg 3–4/dziennie). Przez następne 3–5 dni zmniejsza się dawkę o 30–50% na dzień. Dolegliwości, które utrzymują się pomimo leczenia opioidami, leczy się objawowo przy użyciu specyficznych leków. Leki działające na receptory adrenergiczne, takie jak klonidyna lub lofeksydyna, łagodzą wiele objawów fizycznych i mają właściwości uspokajające. Leki te podaje się w zwiększanych dawkach tak długo, jak ciśnienie tętnicze krwi pozostaje w normie (powyżej 100/60 mmHg). Bóle mięśniowe można zmniejszać, stosując ibuprofen, naproksen lub ketoprofen; nudności i wymioty leczy się tietyloperazyną (Torecan); lęk, niepokój i pobudzenie ruchowe reaguje zazwyczaj na lorazepam, diazepam, klonazepam lub inne benzodiazepiny, a na zaburzenia snu podaje się zolpidem lub trazodon. Zaletą detoksykacji tradycyjnej jest zazwyczaj jej dobra tolerancja, ze względu na stosunkowo łagodne objawy abstynencyjne w trakcie pobytu szpitalnego. Niestety, objawy często nasilają się po wypisaniu ze szpitala, co zazwyczaj prowadzi do wzmożonego głodu narkotycznego i do nawrotu przyjmowania heroiny.

Jednym z wariantów metody tradycyjnej, stosowanym często w warunkach ambulatoryjnych, jest leczenie wyłącznie lekami adrenergicznymi i wspomagającymi. Leczenie takie trwa zwykle 10–12 dni (Kleber i inni, 1985). W tym celu podaje się klonidynę, w dawkach do 1,2 mg pod kontrolą prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi, lub lofeksydynę, która ma mniejszy wpływ na ciśnienie. Innym wariantem metody tradycyjnej jest detoksykacja przy użyciu stopniowo zmniejszanych dawek buprenorfiny (Ling i inni, 2005). Zwykle leczenie rozpoczyna się od dawki 8–12 mg/dziennie i zmniejsza się przez kolejne 7 lub 28 dni. Długotrwałe efekty tej metody są stosunkowo słabe (nie zależą od czasu zmniejszania dawek); mniej niż 20% pacjentów utrzymuje abstynencję przez miesiąc lub trzy miesiące po zakończeniu leczenia.

Przyspieszoną detoksykację zwykle przeprowadza się w ciągu 3–5 dni (O'Connor i inni, 1995). Pacjentom podaje się dawkę naltreksonu, blokera opioidowego, co powoduje nagłe wystąpienie silnych objawów abstynencyjnych, które zmniejsza się przy użyciu dużych dawek leków wspomagających, takich jak w tradycyjnej detoksykacji. W tej metodzie stosuje się wysokie dawki leków uspokajających (diazepam), przeciwwymiotnych i adrenergicznych. Pacjentów intensywnie się nawadnia (doustnie lub dożylnie), dzięki czemu są w stanie tolerować więcej leków adrenergicznych. Naltrekson podaje się w codziennie zwiększanych dawkach (np. kolejno 12 mg, 25 mg i 50 mg). Detoksykacja przyspieszona jest ogólnie gorzej tolerowana niż detoksykacja klasyczna, ale jej dużą zaletę stanowi to, że większość objawów abstynencyjnych, w tym głód narkotyczny, ustępują w 3–4 dniu. Wypisywani pacjenci czują się stosunkowo dobrze, a ryzyko nawrotu jest mniejsze niż w przypadku detoksykacji tradycyjnej. Zaleta tej metody polega również na tym, że pacjent może kontynuować leczenie naltreksonem, co jest stosunkowo trudne w przypadku tradycyjnej detoksykacji, gdzie przed podaniem naltreksonu należy odczekać 7 do 10 dni.

Są również różne warianty detoksykacji szybkiej. W ośrodku jednego z autorów (Adama Bisagi) stosuje się metodę, która łączy elementy pierwszych dwóch metod, tj. używa się zarówno agonistę, jak i antagonistę receptora opioidowego. Gdy w 1–2 drugim dniu pojawiają się objawy abstynencyjne, podaje się 2 dawki buprenorfiny po 4 mg, po czym od 3–4 dnia (po jednym dniu przerwy) wprowadza się powoli

naltrekson, początkowo w dawce 3–6 mg, stopniowo zwiększając do 50 mg/dzień. Przez cały okres leczenia stosuje się leki wspomagające. Taka detoksykacja, pomimo że trwa około 7–9 dni, jest dobrze tolerowana, nawet przez pacjentów z bardzo dużym poziomem uzależnienia. Po wypisie ze szpitala objawy abstynencyjne są minimalne, a ryzyko nawrotu jest mniejsze w porównaniu do metody tradycyjnej. U pacjentów odtrutych przy użyciu tej metody również można kontynuować leczenie naltreksonem.

Detoksykacja ultraszybka w znieczuleniu ogólnym jest zwykle przeprowadzana w ciągu 24–48 godzin. Jednym z głównych problemów w stosowaniu przyspieszonej detoksykacji jest trudność w adekwatnym kontrolowaniu objawów abstynencyjnych, które są często tak silne, że pacjenci przerywają leczenie. W celu jeszcze większego ograniczenia dyskomfortu, pacjenta wprowadza się w bardzo głęboką sedację przez znieczulenie ogólne midazolamem i/lub propofolem, lekami stosowanymi w przypadku zabiegów operacyjnych. Często pacjenta intubuje się, by wspomagać oddychanie. Po znieczuleniu, objawy abstynencyjne są wywoływane przy użyciu wlewu antagonisty dożylnego (nalokson, nalmefen) lub dożołądkowego (naltrekson). Pacjenta wybudza się po 4–6 godzinach i przez kolejne 12–48 godzin stosuje się leczenie objawowe i ewentualnie kontynuuje podawanie doustne naltreksonu w pełnej dawce 50 mg/dziennie.

Zaletą tej metody jest to, że mogą być nią leczeni pacjenci, którzy mają silny lęk przed detoksykacją lub objawami abstynencyjnymi oraz że pacjenci po wybudzeniu mogą być dalej leczeni pełną dawką naltreksonu (na przykład w trakcie znieczulenia zakłada się implant z naltreksonem). Do wad należy jej bardzo wysoki koszt (koszty leczenia w sali operacyjnej i inne koszty ośrodka stosującego tę metodę). Drugą z wad są potencjalnie niebezpieczne powikłania (np. obrzęk płuc), co w kilkunastu przypadkach doprowadziło do śmierci, podczas gdy przy innych metodach detoksykacji śmiertelność jest zerowa. Pomimo że ośrodki stosujące tę metodę reklamują się bardzo dużymi sukcesami w utrzymaniu długotrwałej abstynencji, takie stwierdzenia trudno jest zweryfikować, a co ważniejsze – pacjenci leczeni tak kosztownymi metodami nie są reprezentatywni dla populacji osób uzależnionych od opioidów.

Kontrolowane badania porównujące wyniki różnych metod detoksykacji pokazują, że intensywność objawów abstynencyjnych i długość abstynencji są porównywalne w przypadku zwykłych, szybkich i ultraszybkich metod; pacjenci mają objawy abstynencyjne przez kilka dni po zakończeniu leczenia (Collins, Kleber, Whittington i Heitler, 2005). Trudno więc uzasadnić przewagę metody ultraszybkiej nad innymi.

Leczenie przewlekłe

Większość osób, które zgłaszają się do leczenia uzależnienia od opioidów, interesuje się szybką detoksykacją i pozostaniem w pełnej abstynencji przez resztę życia. Niestety, udaje się to bardzo niewielu pacjentom po jednorazowym leczeniu. W większości przypadków uzależnienie od opioidów charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, z licznymi okresami abstynencji (krótszymi lub dłuższymi) pomiędzy okresami używania. Długotrwała abstynencja udaje się tylko niewielu; w jednym z badań z pierwotnej grupy 581 osób w wieku ok. 20–30 lat połowa już nie żyła 30

lat później, a tylko 23% utrzymywało abstynencję (Hser, Hoffman, Grella i Anglin, 2001). Ocenia się, że śmiertelność wśród osób uzależnionych, które nie kontynuują leczenia wynosi od 2–5% rocznie. Dane te wyraźnie pokazują, że leczenie przewlekłe powinno być podstawą opieki nad pacjentami z uzależnieniem od opioidów.

Jednym z głównych celów tego leczenia jest wydłużanie abstynencji i zapobieganie nawrotom do niekontrolowanego używania opioidów. Najlepiej, jeśli abstynencja obejmuje większość substancji psychoaktywnych, a u osób, które nie są w stanie utrzymać całkowitej abstynencji, celem leczenia powinno być zmniejszanie używania substancji psychoaktywnych, w tym opioidów, a przez to – redukcja niekorzystnego wpływu ich używania na zdrowie i jakość życia osób uzależnionych. Leczenie przewlekłe powinno obejmować monitorowanie ogólnego stanu zdrowia, oddziaływania psychospołeczne oraz farmakoterapię. Obecnie stosowane są dwa podejścia do leczenia farmakologicznego uzależnienia od opioidów: leczenie agonistami (substytucyjne) oraz leczenie blokerami (antagonistami). W porównaniu z leczeniem, które nie uwzględnia farmakoterapii (programy *drug free*), zastosowanie leków może zdecydowanie pomóc w utrzymaniu abstynencji i poprawić stan zdrowia pacjentów. Skoro całkowita abstynencja bez wsparcia lekami jest bardzo trudna do utrzymania i związana z dużym ryzykiem nawrotów, a nawet śmierci, leczenie farmakologiczne powinno być podstawą leczenia przewlekłego i trudno uzasadnić leczenie uzależnienia od opioidów bez udziału leków.

Leczenie agonistami (*substytucyjne*)

Jak opisano we wstępie, leczenie substytucyjne (zastępcze) jest stosowane od dawna. Dość wcześnie stwierdzono, że osoby uzależnione od opioidów mają duże trudności w utrzymaniu abstynencji, ale ich stan zdrowia zdecydowanie się poprawia przy podawaniu opioidów w warunkach kontrolowanych. Obecnie podstawowymi lekami stosowanymi w leczeniu substytucyjnym są metadon i buprenorfina. W niektórych krajach stosuje się też morfinę o przedłużonym działaniu (np. Austria) lub heroinę (np. Szwajcaria). Leczenie agonistami receptorów opioidowych jest uznane i dostępne w większości krajów rozwiniętych oraz wielu krajach rozwijających się. Niestety, nadal są kraje, w których leczenie substytucyjne jest zabronione prawem, odrzucone ze względów kulturowych i ideologicznych, jak na przykład w Rosji, co przynosi tragiczne następstwa dla osób uzależnionych.

Zasada leczenia zastępczego polega na tym, że leki substytucyjne powodują ciągłą stymulację receptorów opioidowych, całkowitą (w przypadku metadonu, pełnego agonisty) lub częściową (w przypadku buprenorfiny, agonisty częściowego). Ze względu na rozwój tolerancji organizmu na efekty subiektywne, osoby leczone stałymi dawkami nie odczuwają psychologicznych efektów tych leków, tzn. nie czują, żeby były pod wpływem jakiegokolwiek substancji i dlatego są w stanie normalnie funkcjonować. Jest to natomiast bardzo trudne w przypadku heroiny, którą bierze się zwykle kilka razy dziennie, oscylując pomiędzy stanami intoksykacji a objawami abstynencyjnymi. Różnica pomiędzy leczeniem metadonem a buprenorfiną polega na tym, że efekty metadonu są zależne od dawki. Po wzięciu wyższej dawki (np. podwójnej dziennej) pojawiają się objawy intoksykacji (euforia), jak też spowolnienie oddychania i łatwo może dojść do przedawkowania. Efekt taki nie występuje w przypadku

buprenorfiny – bez względu na dawkę receptory są stymulowane tylko częściowo (można to porównać do elektronicznej kontroli szybkości w samochodzie, której nie ma w przypadku metadonu).

Podczas regularnego przyjmowania leku (zwykle raz dziennie) ciągła stymulacja receptorów zabezpiecza przed wystąpieniem objawów abstynencyjnych, zwykle powodowanych zmniejszającym się poziomem opioidu w organizmie, a głód narkotykowy jest minimalny lub całkowicie wyeliminowany. Stałe pobudzanie receptora powoduje też utrzymywanie się wysokiego poziomu tolerancji, a przez to dodatkowo zażywana heroina przynosi znikome lub silnie ograniczone efekty w postaci objawów euforycznych, co prowadzi do utraty zainteresowania heroiną. Metadon i buprenorfina wydają się też mieć działanie stabilizujące nastrój oraz efekty przeciwłękowe i przeciwdepresyjne. Jednym z ważniejszych efektów leczenia agonistami jest to, że pacjenci chętnie przyjmują leki i przychodzą na częste wizyty, w czasie których mogą być regularnie monitorowani. Umożliwia to leczenie współwystępujących zaburzeń somatycznych oraz prowadzenie terapii i innych efektywnych form rehabilitacji. Leczenie agonistami jest najbardziej skuteczne, gdy bywa stosowane przewlekłe, po jego zaprzestaniu – ryzyko nawrotu pozostaje wysokie. U wielu osób wskazane jest leczenie przez wiele lat, a nawet do końca życia, podobnie jak ma to miejsce w przypadku cukrzycy czy nadciśnienia (O'Brien, 2008). Z tego powodu leczenie agonistami jest najbardziej wskazane u osób z przewlekłym, nawracającym przebiegiem choroby, a mniej odpowiednie dla osób z krótkim okresem uzależnienia, młodzieży czy też osób uzależnionych od opioidów doustnych. U nich bardziej wskazane jest leczenie blokerami.

Metadon. Metadon wprowadzono do leczenia w latach 60. dwudziestego wieku w Stanach Zjednoczonych, a w latach 90. w Polsce. Ponad 40 lat doświadczeń stosowania metadonu w leczeniu uzależnienia od opioidów dowiodło, że używany nawet przewlekłe przez wiele lat jest bezpieczny i bez niekorzystnych następstw dla organizmu (Kreek, 2000). Do najczęstszych objawów ubocznych należą zaparcia, nadmierna potliwość i trudności w oddawaniu moczu. Najgroźniejszym potencjalnie problemem związanym z przyjmowaniem metadonu jest ostre zatrucie, najczęściej spotykane przy celowym lub przypadkowym wzięciu zbyt dużej dawki. Efekt ten występuje najczęściej w pierwszych tygodniach leczenia i może być opóźniony nawet do 24 godzin po wzięciu metadonu. Większość badań długofalowych wyraźnie pokazuje, że leczenie metadonem jest związane z ograniczeniem zażywania nielegalnych opioidów, zmniejszeniem śmiertelności, infekcji i innych problemów medycznych, z poprawą funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego oraz ze zmniejszeniem ryzyka konfliktów z prawem (Gibson i inni, 2008).

Najczęściej wyjściowa dawka metadonu jest mniejsza niż 40 mg/dziennie, można ją stopniowo podnosić o 10–20 mg co 1–2 tygodnie. Liczne badania dotyczące skuteczności metadonu wskazują, że efekt terapeutyczny zależy od dawki i najbardziej efektywne jest leczenie dawkami od 60–120 mg/dziennie. Chociaż dawki 20–40 mg/dziennie są zwykle wystarczające w niwelowaniu objawów abstynencyjnych przez 24–48 godzin, to dopiero dawki powyżej 60 mg, a zwłaszcza powyżej 100 mg/dziennie, skutecznie znoszą głód heroinowy. Wyższe dawki (100–150 mg/dziennie) są też konieczne do blokowania efektów dodatkowo zażywanej heroiny (Donny, Brassier,

Bigelow, Stitzer i Walsh, 2005). Dawkę metadonu należy powoli podnosić (np. o 10 mg/tydzień), aż do całkowitego uzyskania pełnej abstynencji, co czasami wymaga dawek rzędu 150–200 mg/dziennie. Badania prowadzone u osób, które miały słabą odpowiedź na standardowe dawki (80–100 mg/d) wykazały, że cechują się intensywnym metabolizmem metadonu i uzyskują niższe stężenia w surowicy krwi w porównaniu z osobami, które dobrze reagują na dawki standardowe. W wyjątkowych przypadkach, u osób szybko metabolizujących lek (np. u kobiet w ciąży), konieczne może być rozłożenie dawki (2 razy dziennie), żeby utrzymać wystarczający poziom leku przez cały dzień.

Leczenie metadonem przynosi najlepsze efekty, gdy jest częścią kompleksowego programu opieki psychiatrycznej i medycznej (McLellan, Arndt, Metzger, Woody i O'Brien, 1993). Najważniejszym elementem takiego programu jest częste (co najmniej tygodniowe) uczestnictwo w psychoterapii, której celem jest promowanie regularnego przyjmowania metadonu oraz abstynencji od wszystkich innych substancji psychoaktywnych. Najbardziej skuteczne jest leczenie długotrwałe, co najmniej 5-letnie.

Buprenorfina i preparaty buprenorfiny z naloksonem. Buprenorfina została wprowadzona do leczenia w latach 80., początkowo jako lek przeciwbólowy, a od lat 90. jako lek w terapii uzależnienia od opioidów. Jest częściowym agonistą opioidowym, co oznacza, że wiąże się z receptorem opioidowym, ale stymuluje go tylko częściowo, w przeciwieństwie do całkowitych agonistów, takich jak metadon lub heroína, które pobudzają receptor całkowicie lub antagonistów jak nalokson lub naltrekson, które wiążą się z receptorem, ale nie powodują pobudzenia (skutecznie natomiast blokują efekty innych substancji). Buprenorfina wiąże się z receptorem silniej niż większość innych opioidów, co w praktyce powoduje wyparcie innych substancji związanych z receptorem, np. heroiny. Buprenorfina u osób uzależnionych od heroiny znosi objawy abstynencyjne i hamuje głód opioidowy (efekt agonistyczny), a gdy jest przyjmowana w dużej dawce, blokuje efekty innych opioidów (efekt antagonistyczny). Dzięki tym właściwościom buprenorfina umożliwia osobom uzależnionym od heroiny osiągnięcie i utrzymanie abstynencji (Parran i inni, 2010).

W przeciwieństwie do metadonu, leczenie buprenorfiną można rozpocząć tylko u osób, które odbyły częściową lub całkowitą detoksykację od heroiny. Buprenorfina podana osobie z objawami uzależnienia fizycznego od heroiny, może wywołać gwałtowny zespół abstynencyjny (poprzez nagłe wyparcie heroiny z receptorów opioidowych), dlatego należy odczekać co najmniej 18 do 24 godzin od ostatniej dawki heroiny (48–72 godzin w przypadku metadonu) i podać pierwszą, niewielką dawkę buprenorfiny (np. 2 lub 4 mg) dopiero wtedy, gdy są wyraźnie widoczne objawy abstynencyjne, które mogą być wówczas zniesione przez buprenorfinę. Dawkę buprenorfiny należy podnieść do oczekiwanego efektu, tzn. całkowitej eliminacji objawów abstynencyjnych i głodu opioidowego, ale bez nadmiernej sedacji czy senności. Efekt ten osiąga się zazwyczaj w pierwszych 2–5 dniach. Zwykle dawka początkowa wynosi 8–12 mg/dziennie i można ją podnosić o 4–8 mg co kilka dni, osiągając dobową dawkę docelową 12–24 mg. W okresie od 1 do 2 tygodni leczenia buprenorfina jest podawana 2 razy dziennie, ale po tym czasie może być przyjmowana raz dziennie (a nawet

co drugi dzień) ze względu na to, że jej efekt kliniczny utrzymuje się przez 36 do 72 godzin. Dawki powyżej 24 mg/dziennie są rzadko skuteczniejsze niż niższe. Buprenorfina jako częściowy agonista ma ograniczone oddziaływanie farmakologiczne, w związku z tym od pewnego poziomu dalsze podnoszenie dawki nie wywołuje większego efektu (efekt sufitowy), w przeciwieństwie do pełnych agonistów. Dzięki temu buprenorfina jest stosunkowo bezpieczna w użyciu, ryzyko jej przedawkowania jest znikome (z wyjątkiem dzieci).

Buprenorfina była powoli wprowadzana do leczenia uzależnienia od opioidów – początkowo w Europie Zachodniej i w Australii, a obecnie jest stosowana w wielu krajach, w tym również w USA. Ze względu na to, że jest stosunkowo bezpieczna, w wielu krajach można ją dostać na receptę, tak ja większość innych leków, w przeciwieństwie do metadonu, który jest najczęściej wydawany pacjentom bezpośrednio w poradniach lub punktach metadonowych. Buprenorfina jest dostępna w dwóch postaciach do przyjmowania podjęzykowego: buprenorfina lub buprenorfina w połączeniu z naloksonem (Suboxon). Dodatek naloksonu, antagonisty opioidowego, zmniejsza prawdopodobieństwa użycia dożylnego w celu osiągnięcia euforii. W krajach, gdzie buprenorfina została wprowadzona jako pojedynczy preparat, odnotowywano przypadki jej nadużywania drogą dożylną, co może być niebezpieczne, jeżeli stosuje się ją w połączeniu z innymi środkami uspokajającymi. Nalokson ma niewielki efekt przy użyciu podjęzykowym, ale częściowo blokuje efekt buprenorfiny, jeżeli preparat skojarzony został wstrzyknięty dożylnie. Buprenorfina jest także dostępna w postaci plastra na skórę. W przyszłości powinny pojawić się implanty działające przez wiele miesięcy, które byłyby bardziej zabezpieczone przed nadużywaniem. W leczeniu przewlekłym wskazane jest stosowanie preparatu łączonego (buprenorfina z naloksonem), a sama buprenorfina powinna być stosowana wyłącznie w trakcie detoksykacji szpitalnej oraz w przewlekłym leczeniu kobiet w ciąży.

Porównanie buprenorfiny i metadonu. Buprenorfina ma bardzo podobne efekty kliniczne jak metadon, ale ze względu na różnice farmakologiczne obu leków (częściowy lub całkowity agonista), ich skuteczność i zasady stosowania nieco się różnią.

W porównaniu z metadonem, buprenorfina jest bezpieczniejsza w użyciu. Ponieważ ryzyko jej przedawkowania jest znikome, szybciej można podnosić dawkę. Metadon kumuluje się w organizmie w czasie pierwszego do dwóch tygodni używania i dlatego zbyt szybkie podnoszenie dawki dobowej może doprowadzić do przedawkowania, a nawet śmierci.

Badania porównujące buprenorfinę i metadon pokazują, że dzienna dawka buprenorfiny 12 mg jest równie skuteczna jak metadon w dawce 50–60 mg/dziennie (Mattick, Kimber, Breen i Davoli, 2008). Gdy leki te stosowane są w większych, zindywidualizowanych dawkach, większy odsetek osób otrzymujących metadon pozostaje w leczeniu i dlatego uważa się, że metadon jest bardziej skuteczny u pacjentów z wyższym poziomem uzależnienia. Buprenorfina jest częściowym agonistą i powyżej pewnej dawki (24–32 mg/dziennie) nie ma możliwości osiągnięcia większego efektu klinicznego, w przeciwieństwie do metadonu, którego efektywność jest proporcjonalna do dawki.

Inicjacja leczenia metadonem jest łatwiejsza niż buprenorfiną. Leczenie buprenorfiną jako częściowym agonistą można bowiem inicjować dopiero u osób częściowo-

wo zdetoksykowanych, inaczej wywoła się zespół abstynencyjny; efekt ten nie wystąpi w przypadku metadonu.

Osoby, które nie odpowiadają na buprenorfinę, mogą łatwo przejść na leczenie metadonem. Przejście z metadonu na buprenorfinę jest trudniejsze. W tym przypadku najlepiej jak dawki metadonu nie są wyższe niż 40 mg/dziennie i należy odczekać co najmniej 48 godzin pomiędzy ostatnią dawką metadonu a pierwszą dawką buprenorfiny.

Metadon jest najbardziej wskazany dla pacjentów z przewlekłym przebiegiem choroby, ograniczonym systemem wsparcia społecznego i z współwystępującymi zaburzeniami somatycznymi lub psychicznymi. Natomiast buprenorfina jest najbardziej przydatna w leczeniu pacjentów z krótszym i łagodniejszym przebiegiem choroby oraz z mniejszą liczbą problemów psychiatrycznych, wyższym poziomem funkcjonowania oraz lepszym wsparciem społecznym.

Inne leki o działaniu agonistycznym. Efektywność metadonu w leczeniu uzależnienia od heroiny skłoniła do poszukiwania innych podobnych leków, które byłyby skuteczne u większej liczby pacjentów oraz bezpieczniejsze i łatwiejsze w użyciu. LAAM, długo działająca forma metadonu, umożliwiała dawkowanie 2–3 razy na tydzień, ale ze względu na działania niepożądane (zaburzenia rytmu serca) została wycofana w wielu krajach. W niektórych krajach stosowana jest powoli uwalniająca się morfina lub kodeina. Jedną z wersji leczenia agonistami jest udostępnienie heroiny, która może być samopodawana nawet kilka razy dziennie w specjalnych poradniach (Blanken, Hendriks, van Ree i van den Brink, 2010). Zwykle do takiego programu przyjmuje się osoby, które nie odpowiedziały na inne formy leczenia, w tym na leczenie wysoką dawką metadonu. Zwolennicy takiej metody leczenia uważają, że przez umożliwienie legalnego dostępu do heroiny w bezpiecznych warunkach oraz przez zaangażowanie w działania terapeutyczne, można poprawić jakość życia i zmniejszyć negatywne konsekwencje używania nielegalnej heroiny. Opinie są podzielone; nie wiadomo, czy można to uznać za program leczniczy (jak programy metadonowe) czy raczej za program, który ma na celu zmniejszenie negatywnych konsekwencji używania (jak np. programy wymiany strzykawek).

Ograniczenia leczenia agonistami. Pomimo że leczenie agonistami (np. metadonem) jest najbardziej popularną farmakologiczną interwencją w leczeniu uzależnienia od opioidów, uważaną powszechnie za skuteczną i bezpieczną (Ward, Hall i Mattick, 1999), niektórzy pacjenci nie odpowiadają korzystnie na to leczenie, kontynuują używanie heroiny, mają objawy uboczne i przerywają leczenie wracając do regularnego brania heroiny. Dla innych trudna do zaakceptowania jest stygmatyzacja społeczna leczenia substytucyjnego oraz ograniczenia związane ze ścisłą regulacją dostępu do metadonu (np. konieczność codziennych wizyt w ośrodku). W trakcie leczenia agonistami podtrzymywane jest uzależnienie fizjologiczne i w przypadku nagłego odstawienia leku, pojawiają się silne objawy abstynencyjne. Ponieważ efekty metadonu czy buprenorfiny są podobne do efektów heroiny, leki przepisywane w celach leczniczych mogą być nadużywane, wzięte w wyższej dawce, donosowo lub dożylnie.

Leczenie blokerami (*antagonistami opioidowymi*)

Alternatywnym podejściem do terapii agonistami jest leczenie antagonistami opioidowymi. Do antagonistów zaliczają się: nalokson (krótko działający do stosowania wyłącznie pozajelitowego), naltrekson (najszerzej stosowany, dostępny w postaci doustnej lub w iniekcji oraz jako implant) i nalmefen (dłużej działający, stosowany doustnie i mniej hepatotoksyczny niż naltrekson). Podobnie jak agonisci, antagonisci wiążą się z receptorami opioidowymi w organizmie, ale nie powodują żadnego efektu fizjologicznego, poza tym, że uniemożliwiają wiązanie i działanie agonistów.

Ze względu na to, że naltrekson działa poprzez inny mechanizm, może być pomocny dla pacjentów, którzy nie chcą podjąć leczenia albo nie kwalifikują się do programu leczenia metadonem lub też nie mieli dobrej odpowiedzi terapeutycznej na metadon. Może być też stosowany w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu po zakończeniu detoksykacji albo po zaprzestaniu leczenia agonistą, jak również u pacjentów uzależnionych w okresie abstynencji, u których ryzyko nawrotu jest duże z innych powodów (np. stresu, łatwego dostępu do heroiny, problemów somatycznych). Uważa się, że leczenie antagonistą może prowadzić do długotrwałej abstynencji (Carpenter i inni, 2009). W związku z tym, że leczenie blokerami zakłada utrzymanie całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych, jest ono korzystnie odbierane w środowiskach związanych z grupami samopomocy (AA/NA), środowiskami legislacyjnymi, przez policję i ogólną opinię społeczną (Brewer, 1990). Leczenie naltreksonem jest najczęściej dostępne w wysokospecjalistycznych ośrodkach leczenia uzależnień lub placówkach akademickich. Szersze wprowadzenie tej metody ograniczają trudności w zapoczątkowaniu leczenia oraz łatwość, z jaką pacjenci mogą przerwać leczenie doustnym naltreksonem we wstępnej fazie i powrócić do heroiny.

Inicjacja leczenia naltreksonem. Naltrekson może być podany dopiero po częściowej lub całkowitej detoksykacji (usunięciu opioidów), inaczej spowoduje gwałtowną precypitację objawów abstynencyjnych. Najlepiej jest rozpocząć leczenie u pacjentów, którzy nie przyjmowali heroiny przez 7–10 dni, wtedy naltrekson nie spowoduje żadnych objawów ubocznych. Niestety, często nie jest możliwe, żeby pacjent doczekał tylu dni w abstynencji po detoksie, dlatego częściej stosowane są procedury łączące detoksykację z wprowadzaniem naltreksonu (przyspieszona i ultraszybka detoksykacja, patrz powyżej). Procedury te wymagają jednak leczenia szpitalnego, bardzo częstego monitorowania pacjenta oraz leczenia dużymi dawkami leków wspomagających, a przez to są trudniejsze do zastosowania. Dodatkowo pacjenci, rozpoczynający leczenie naltreksonem jednocześnie z detoksykacją, skarżą się na zaburzenia snu, lęk i drażliwość oraz ogólne osłabienie, które utrzymują się przez pierwszy tydzień do trzech tygodni zażywania naltreksonu. Chociaż objawy te można zmniejszać lekami wspomagającymi i z czasem całkowicie ustępują, część pacjentów pobierających naltrekson doustnie nie jest w stanie ich tolerować – przestają brać naltrekson i wracają do używania heroiny. Intensywna psychoterapia z udziałem rodziny, mająca na celu pomoc w codziennym przyjmowaniu naltreksonu, zdecydowanie zwiększa efektywność leczenia (Rothenberg i inni, 2002). Co ważne, stosowanie naltreksonu o przedłużonym działaniu jest niezmiernie pomocne, zwłaszcza w pierwszych kilku miesiącach leczenia (Comer, Sullivan i Hulse, 2007).

Dawkowanie naltreksonu i dobór pacjentów. Naltrekson jest dostępny w leczeniu uzależnienia od opioidów od lat osiemdziesiątych. Zwykle podaje się go doustnie raz dziennie w dawce 50 mg lub 3 razy w tygodniu (100–100–150 mg), zaś w iniekcji domięśniowej – raz w miesiącu (380 mg). Dostępne są również różne postaci implantów, które uwalniają naltrekson w wystarczających ilościach przez okres od 2 do 9 miesięcy. Naltrekson powinien być stosowany przez co najmniej 6 miesięcy, ale najlepsze efekty osiąga się, gdy leczenie trwa przez 1–2 lata. Naltrekson jest najbardziej skuteczny u pacjentów ze stabilną sytuacją zawodową i domową, gdy rodzina może być włączona w leczenie, a także skuteczny w leczeniu różnego typu profesjonalistów, np. lekarzy, prawników. Dobrymi kandydatami do leczenia naltreksonem są też osoby ze stosunkowo krótkim okresem uzależnienia, np. młodzież mieszkająca z rodzicami oraz osoby, które wielokrotnie doświadczały nawrotów, pomimo terapii agonistami.

Podsumowując, obecnie dostępnych jest wiele form leczenia farmakologicznego osób uzależnionych od opioidów, więcej niż w przypadku innych uzależnień. Optymizmem napawa fakt, że (pomimo wysokiej śmiertelności w uzależnieniu od opioidów) pacjentom skłonny podjąć leczenie, mamy wiele do zaoferowania.

NIKOTYNA

Palenie tytoniu jest rodzajem zachowania, u którego podłoża leży nie tylko silnie utrwalony nałóg, ale także uzależnienie fizjologiczne. Dlatego, aby umożliwić zaprzestanie palenia, należy jednocześnie zastosować psychoterapię uzależnienia oraz leki zmniejszające objawy abstynencyjne i głód nikotynowy. Niestety, pomimo intensywnego leczenia łączącego oddziaływanie farmakologiczne, behawioralne oraz wsparcie społeczne, długotrwałe efekty leczenia wciąż są stosunkowo słabe. W rok po zakończeniu leczenia, ciągłą abstynencję utrzymuje od 7% (terapia behawioralna) do 23% (terapia behawioralna z warenikliną) pacjentów (Tonnesen, 2009). Zwykle w trakcie optymalnego leczenia (psychoterapia w połączeniu z lekami) ok. 50–60% pacjentów zaprzestaje palenia w pierwszych 3 miesiącach, ale w kolejnych 9 miesiącach ponad połowa z tych, którzy przestali, powraca do palenia (Gonzales i inni, 2006). Obecnie dostępnych jest kilka preparatów ułatwiających zaprzestanie palenia, uznanych za leki pierwszego rzutu oraz kilka leków drugiego rzutu.

Leczenie za pomocą nikotynowej terapii zastępczej

Nikotyna została uznana za główną substancję obecną w dymie tytoniowym, odpowiedzialną za wywołanie i utrzymywanie się uzależnienia od tytoniu. Pierwszym z podejść farmakologicznych do leczenia nikotynizmu było leczenie substytucyjne preparatami zawierającymi nikotynę. W tradycyjnym podejściu pacjenta instruowano, by zamiast palić, brał jeden z preparatów zawierający nikotynę w celu redukcji objawów abstynencyjnych i pociągu do papierosów.

Pierwszym z takich preparatów była guma do żucia, z czasem wprowadzono plaster przezskórny, inhalator, tabletki do ssania i spray donosowy. Guma do żucia jest najłatwiej dostępna, ale wielu pacjentów ma kłopoty z poprawnym jej użytkowaniem (konieczność żucia na zmianę z „parkowaniem” pod policzkiem, aby ułatwić

wchłanianie oraz unikania kwaśnych napojów). Nowszą wersją nikotyny doustnej są niedawno wprowadzone tabletki do ssania. Inhalator umożliwia wciągnięcie małych dawek nikotyny do jamy ustnej; pacjenci preferują tę metodę, ponieważ przypomina palenie papierosów i można używać inhalatora wielokrotnie w ciągu dnia. Donosowy spray pozwala na bardzo szybkie, podobne do efektu farmakologicznego palonych papierosów, zażywanie nikotyny. Zaletą powyższych form podawania nikotyny jest możliwość indywidualnego jej dawkowania, tak aby osiągnąć jak największe złagodzenie objawów abstynencyjnych i głodu nikotynowego. Do wad należą objawy miejscowego podrażnienia oraz fakt, że bardzo często dawki są zbyt małe, by mogły całkowicie wyhamować pociąg do palenia.

Nikotyna jest także stosowana pod postacią plastrów przezskórnych. Obecnie dostępne są zarówno plastry całodobowe (dostarczające nikotynę przez 24 godziny) oraz dzienne, które odkleja się na noc, ograniczając przez to zaburzenia snu. Typowe leczenie plastrami rozpoczyna się od dawki 21 mg/dziennie, stosowanej przez 6–8 tygodni, po czym dawkę się stopniowo zmniejsza do 14 mg/dziennie przez 1–2 tygodnie i do 7 mg/dziennie przez 1–2 tygodnie – aż do całkowitego zaprzestania, monitorując przy tym pociąg do palenia. Osoby palące mniej niż 10 papierosów dziennie oraz osoby z niską masą ciała powinny zaczynać od dawki 14 mg/dziennie, a u osób z bardzo silnym uzależnieniem można zaczynać od dawek wyższych niż 21 mg/dziennie. Zaletą plastrów nikotynowych jest to, że są łatwe w użyciu i pozwalają utrzymać stałe poziomy nikotyny w krwi. Do wad zalicza się powolne wchłanianie, niemożność indywidualnego dostosowania dawek, lokalne podrażnienie skóry oraz zaburzenia snu (koszmary senne).

Ogólnie, nikotynowe preparaty zastępcze podwajają szansę na zaprzestanie palenia, jakkolwiek w najlepszych przypadkach średnie wskaźniki trwałej abstynencji po roku nie przekraczają 15%. Wśród licznych przyczyn tych niepowodzeń leży fakt, że papierosy są bardzo zaawansowanym technologicznie wehikułem dla nikotyny i dostarczają wielu innych przyjemnych doznań (zapachu, smaku związanego z dodatkami), a ponadto tytoń zawiera liczne związki poza nikotyną, które mogą podtrzymywać nałóg tytoniowy, jak np. inhibitory monoaminoooksydazy (MAO).

W celu zwiększenia efektywności leczenia substytucyjnego w ostatnich latach zostało opracowanych kilka nowych metod. Pierwszą z nich jest stosowanie plastrów w połączeniu z postaciami szybko działającymi w celu wykorzystania zalet obu form, tak by przez dostarczenie dodatkowych dawek nikotyny pogłębić efekt terapeutyczny zmniejszenia pociągu do palenia (Bohadana, Nilsson, Rasmusen i Martinet, 2000). Inna metoda polega na rozpoczęciu leczenia od stosowania plastra nikotynowego na kilka tygodni przed planowanym dniem rzucenia palenia, pacjent więc przez ten okres pali papierosy w trakcie dostarczania nikotyny przezskórnie (Rose, Behm, Westman i Kukovich, 2006). W efekcie doznania płynące z palenia papierosów są znacząco zmienione (stają się mniej przyjemne lub wręcz nieprzyjemne) i często liczba wypalanych papierosów zdecydowanie spada. Metoda ta umożliwia podwojenie sukcesu rzucenia palenia za pomocą preparatów zastępczych. Jedną z wersji tej metody jest stosowanie plastrów u osób, które nie są gotowe na rzucenie palenia, ale zainteresowane zmniejszeniem liczby wypalanych papierosów, z ewentualną możliwością całkowitego rzucenia palenia w przyszłości.

Inne leki pierwszej linii w leczeniu uzależnienia od nikotyny

Bupropion jest stosowany w leczeniu depresji, nie ma bezpośredniego działania nikotynopodobnego, a jego skuteczność w przerywaniu nałogu tytoniowego została odkryta przypadkowo. Niektórzy z pacjentów, leczonych bupropionem z powodu depresji, relacjonowali, że stracili pociąg do papierosów, odczuwali zmieniony ich smak i spontanicznie zaczęli rzucać palenie. Późniejsze badania wykazały, że efekt przeciwnikotynowy jest niezależny od jego efektu przeciwdepresyjnego. Bupropion zmniejsza objawy abstynencyjne i pociąg do palenia, a także ogranicza pozytywne efekty wypalanych papierosów.

Bupropion stosuje się w dawce 300 mg/dziennie, zwykle leczenie rozpoczyna się na 1–2 tygodnie przed datą rzucenia palenia i kontynuuje przez ok. 8–12 tygodni. Lek można stosować przez okres od 6 do 12 miesięcy u osób z dużym ryzykiem nawrotu. Jest stosunkowo bezpieczny, z niewielką liczbą objawów ubocznych, w szczególności zaburzeniami snu, dlatego najlepiej brać go rano. Skuteczność leczenia bupropionem jest podobna do efektywności opisanych wyżej preparatów nikotynowych. I tak 60% osób utrzymuje abstynencję po dwóch miesiącach leczenia (32% w grupie placebo), ale gdy lek jest odstawiany rok później, już tylko 28% osób pozostaje w abstynencji (14% w grupie placebo) (Tonnesen i inni, 2003). Najbardziej efektywne wydaje się być przewlekłe leczenie przez co najmniej 6 miesięcy.

Wareniklina jest stosunkowo nowym lekiem, opracowanym w rezultacie badań nad biologicznymi mechanizmami uzależnienia od nikotyny. Jest częściowym agonistą jednego z receptorów nikotynowych ($\alpha_4\beta_2$), który odgrywa kluczową rolę w tym uzależnieniu. Dzięki temu wpływowi wardeniklina zmniejsza objawy abstynencyjne i głód nikotynowy, pojawiające się po zaprzestaniu palenia, a dodatkowo wiążąc się z receptorem, blokuje przyjemne efekty palenia tytoniu i w ten sposób zapobiega nawrotom.

Wareniklinę stosuje się w dawce 1–2 mg/dziennie, rozpoczynając leczenie powoli, gdyż często nudności towarzyszą wprowadzaniu tego leku. Podobnie jak w przypadku bupropionu, leczenie trwa przez okres od 12 tygodni do ok. roku. W bardzo rzadkich przypadkach wardeniklina może mieć niekorzystny wpływ na nastrój, prowadząc do wystąpienia lęku lub depresji. W badaniach klinicznych potwierdzono korzystniejszy efekt wardenikliny niż preparatów nikotynowych czy bupropionu. Około 23% pacjentów leczonych wardenikliną przez 3 miesiące pozostawało w abstynencji rok później, a ok. 60% tych ze wstępną dobrą odpowiedzią na leczenie, którzy kontynuowali je przez 6 miesięcy – utrzymało pełną abstynencję w rok po rozpoczęciu leczenia (Tonstad i inni, 2006).

Leki drugiej linii. Zalicza się do nich leki, które wykazały dobrą skuteczność w leczeniu uzależnienia od nikotyny, ale nie są z tym wskazaniem zarejestrowane. W tej kategorii mieszczą się przeciwdepresyjny lek nortryptylina oraz lek na nadciśnienie klonidyna (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report, 2008). Mogą być stosowane u pacjentów, którzy nie mieli korzystnej odpowiedzi na leki pierwszej linii lub u których występują przeciwwskazania w stosunku do tych leków. Leki drugiej linii

mogą być stosowane jako monoterapia lub w połączeniu z lekami pierwszej linii, np. kombinacja plastra nikotynowego i nortryptyliny. W ostatnich fazach badań znajduje się również forma leczenia oparta na efekcie blokującym. Jest to szczepionka, powodująca wytworzenie przeciwciał w organizmie palacza, które sprawiają, że efekt tytoniu jest znacznie mniejszy, co sprzyja utrzymaniu abstynencji w trakcie terapii behawioralnej.

Podsumowując, klinicyści mają do dyspozycji wiele efektywnych strategii farmakologicznych, które są skuteczne w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Wszyscy pacjenci, zainteresowani leczeniem i gotowi rzucić palenie, powinni być zachęceni do korzystania z farmakoterapii. Dostępne leki są skuteczne w leczeniu uzależnienia, ale ich efektywność wzrasta, gdy stosuje się je w skojarzeniu z psychoterapią behawioralną.

PSYCHOSTYMULANTY: KOKAINA I AMFETAMINY

Od wielu lat trwają poszukiwania leków, które by efektywnie wspomagały leczenie pacjentów uzależnionych od psychostymulantów. Większość badań dotyczy uzależnienia od kokainy, ale ze względu na to, że efekty farmakologiczne i behawioralne amfetaminy są zbliżone do kokainy, często omawia się je wspólnie. Obie substancje podnoszą poziom katecholamin (dopamina, noradrenalina i serotonina) w mózgu. Głównym celem leczenia pacjentów uzależnionych od kokainy czy amfetaminy jest umożliwienie im osiągnięcia abstynencji od psychostymulantów i odzyskanie kontroli nad życiem. Leczenie farmakologiczne może też być pomocne w leczeniu zaburzeń psychicznych towarzyszących ostrym czy przewlekłym zatruciom czy też zespołom abstynencyjnym.

Leczenie ostrych zatruc i zespołów abstynencyjnych

U osób, które przyjęły zbyt dużą dawkę psychostymulantów pojawia się silny lęk, drażliwość, nadmierna podejrzliwość, przekonania wielkościowe, zachowania stereotypowe, także objawy psychotyczne, takie jak urojenia i halucynacje (zwykle czuciowe), a w przypadkach skrajnych – zaburzenia świadomości z majaczeniem. Leczenie intoksykacji jest głównie behawioralne, pacjenta umieszcza się w cichym pomieszczeniu, minimalizuje stymulację, pomaga odzyskać orientację i uspokaja słownie, ograniczając interwencje fizyczne (np. unieruchomienie). Jeżeli te oddziaływania są niewystarczające, można zastosować leki uspokajające, takie jak benzodiazepiny (diazepam, lorazepam) doustnie lub parenteralnie. Należy unikać neuroleptyków (np. haloperidolu), które mogą wyzwoić napad drgawkowy i nasilić hipertermię.

Nagle zaprzestanie używania kokainy lub amfetaminy, najczęściej poprzedzone okresem kilku dni używania substancji w dużych ilościach, może spowodować zespół abstynencyjny, charakteryzujący się głęboką depresją z myślami samobójczymi, lękiem, brakiem energii, sennością, trudnościami w koncentracji uwagi, wzmożonym apetytem oraz nasilającym się głodem środka psychoaktywnego (*drug craving*). Zwykle objawy te ustępują po 1-2 tygodniach, są leczone tylko objawowo (odpoczynek, ćwiczenia fizyczne) oraz lekami wspomagającymi, takimi jak benzodiazepiny. W przypadkach, kiedy depresja i myśli samobójcze nie ustępują, wprowadza się leki przeciwdepresyjne i ewentualnie hospitalizację psychiatryczną.

Inicjacja abstynencji i zapobieganie nawrotom

Od co najmniej 20 lat trwają poszukiwania leku, który by umożliwił pacjentom uzależnionym od kokainy osiągnięcie i utrzymanie abstynencji. Wiele (blisko 100) leków zostało przetestowanych klinicznie i kilka z nich okazało się efektywnych. Niestety, żaden z nich nie został oficjalnie zarejestrowany do leczenia uzależnienia od środków stymulujących, ze względu na niespełnianie rygorystycznych wymagań powtarzalności wyników w badaniach kontrolowanych (Karila i inni, 2008).

W poszukiwaniu skutecznego leku wzorowano się na środkach farmakologicznych, które okazały się pomocne w leczeniu innych uzależnień (opiodowego i tytoniowego). Przebadano leki działające jako agoniści, które, podobnie jak kokaina czy amfetamina, podnosiły poziom katecholamin lub antagoniści, czyli leki blokujące bezpośrednio efekt kokainy lub zmniejszające wyrzut katecholamin.

Agoniści. Wiele z leków, które są używane w leczeniu ADHD działa jako agoniści układu dopaminergicznego, w tym dekstroamfetamina czy metylfenidat (leki z klasy psychostymulantów). Leki te mają działanie bardzo podobne do kokainy (takie same jak amfetamina), ale o wiele wolniejsze i słabsze niż oryginalna substancja, od której pacjent był uzależniony. Kilka badań pokazało, że pacjenci uzależnieni od kokainy lub amfetaminy, którzy byli leczeni dekstroamfetaminą lub metylfenidatem ograniczali używanie tych substancji i byli bardziej skłonni utrzymać się w programie leczenia (Grabowski i inni, 2004). Leki te okazały się szczególnie pomocne u pacjentów, którzy używali często i duże ilości kokainy lub amfetaminy. Innym lekiem efektywnym w leczeniu uzależnienia od kokainy, działającym jak agonista (blokuje przemianę dopaminy), jest disulfiram, stosowany w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Kilka badań wykazało, że pacjenci leczeni disulfiramiem zmniejszają używanie kokainy, bez względu na poziom spożytego alkoholu (lek wydaje się działać lepiej u niepijących oraz u mężczyzn). Inne leki z klasy agoniistów to modafinil zmniejszający spożycie kokainy, zwłaszcza u osób bez choroby alkoholowej, oraz metylfenidat i bupropion pomocne w uzależnieniu amfetaminowym. Leki dopaminergiczne wydają się szczególnie pomocne w połączeniu z terapią behawioralną, której ważnym elementem jest nagradzanie pacjentów za abstynencję (*contingency management*); opisane leki wydają się działać synergistycznie z tą formą terapii (Schmitz i inni, 2008).

Niektórzy klinicyści obawiali się, że psychostymulanty, stosowane jako leki, mogą być same w sobie nadużywane oraz że mogą wzmacniać pociąg do kokainy, ale dotychczasowe badania nie potwierdzają tego. Psychostymulanty używane w kontekście leczenia i brane doustnie nie powodują euforii i nie są nadużywane. Należy jednak zauważyć, że leki te mogą powodować efekty kardi toksyczne, dlatego leczenie tymi środkami farmakologicznymi jest przeciwwskazane u osób chorych na serce.

Antagoniści. Innym podejściem do leczenia jest stosowanie leków, które zmniejszałyby lub blokowały euforię i inne efekty kokainy, a przez to zmniejszały głód i zainteresowanie pacjentów tymi substancjami. Wśród przebadanych leków, które mają taki mechanizm działania, skuteczne okazały się środki z klasy leków przeciwpadaczkowych, które blokują dopaminergiczne/stymulujące efekty kokainy poprzez

nasilenie neuroprzeżyźnienia hamującego (GABA-ergicznego). Do obiecujących leków z tej kategorii należą topiramata oraz wigabatryna. Leki te wydają się bardziej skuteczne w zapobieganiu nawrotom u osób z częściową abstynencją (np. po leczeniu stacjonarnym). Innym lekiem z klasy blokerów jest naltrekson, który blokuje stymulujące efekty amfetaminy i prowadzi do zmniejszenia używania u pacjentów uczestniczących w programach terapeutycznych.

Podsumowując, wobec braku leków zarejestrowanych specyficznym do leczenia uzależnienia od kokainy czy amfetaminy, nie mamy do zaoferowania sprawdzonej metody farmakologicznej. Jednakże wiele z leków dostępnych w leczeniu innych zaburzeń może być pomocnych w tej sytuacji i dlatego uważamy, że klinicyści mogą stosować niektóre z tych leków w oczekiwaniu na dalsze badania.

LEKI USPOKAJAJĄCE I NASENNE

Leki uspokajające i nasenne (LUN), a w szczególności benzodiazepiny, należą do najczęściej przepisywanych grup leków. Są używane w leczeniu wielu zaburzeń psychicznych i neurologicznych, takich jak zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, padaczka czy spastyczność mięśni oraz jako wspomagające leki uspokajające w wielu innych przypadkach, np. w detoksykacji alkoholowej i opioidowej. Do tej grupy należą substancje z różnych klas, takich jak barbiturany, benzodiazepiny, wybiórcze leki nasenne (np. zolpidem) czy meprobamat. Wszystkie klasy LUN działają poprzez ułatwienie przeżyźnienia przez receptor GABA i mają podobny efekt kliniczny. Nowsze generacje tych leków mają mniej działań ubocznych i bardziej specyficznym efekt kliniczny, a przez to są bezpieczniejsze w używaniu.

Niestety, wszystkie leki z tej grupy mają potencjał wywołania uzależnienia fizjologicznego i psychicznego. Pacjenci, którzy są leczeni LUN, zwłaszcza przyjmowanymi często i regularnie, mogą rozwinąć uzależnienie fizjologiczne, które samo w sobie rzadko prowadzi do niebezpiecznych następstw, poza tym, że pacjenci wymagają regularnego przyjmowania leku dla uniknięcia objawów abstynencyjnych. Osoby leczone przewlekłym LUN powinny być monitorowane w celu wczesnej identyfikacji nadużywania, częstych próśb o zwiększenie dawki, używania pomimo występujących objawów ubocznych (np. nadmiernej senności), używania leków w celach euforyzujących, trudności w funkcjonowaniu bez dużych dawek leku oraz używania innych substancji odurzających i nadmiernych ilości alkoholu. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu i od innych substancji psychoaktywnych (np. opioidów) istnieje większe ryzyko rozwoju uzależnienia od LUN i w związku z tym nie jest wskazane przepisywanie tej klasy leków pacjentom z historią innych uzależnień. Aczkolwiek nie jest to przeciwwskazanie bezwzględne; LUN są stosowane bowiem w detoksykacji od alkoholu lub opioidów, a pacjenci z zaburzeniami lękowymi, którzy nie reagują na inne leki, mogą mieć przepisywane benzodiazepiny pod ścisłą kontrolą, aby zapobiec powstaniu uzależnienia.

Pacjenci, którzy się już uzależnili od LUN, powinni być szczegółowo zbadani w celu zdiagnozowania współwystępujących zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń nastroju, lękowych, osobowości); mogą one być leczone innymi lekami, aby ograniczyć przyjmowanie LUN. Pacjenci, których nie można ustabilizować za pomocą

innych leków oraz przyjmujący LUN głównie ze względu na ich właściwości euforyzujące, powinni być poddani detoksykacji i rozpocząć dalsze leczenie, aby zapobiec nawrotom.

W przypadku LUN detoksykacja może być przeprowadzona poprzez zastąpienie leku, od którego pacjent jest uzależniony (np. alprazolam), lekiem, który cechuje się wolnym wchłanianiem i długim okresem półtrwania (klonazepam, chlordiazepoksyd, klorazepat), a następnie powolne (przez kilka miesięcy) zmniejszanie dawki, z pośrednimi okresami stabilizacji na niższej dawce. W ostatniej fazie detoksykacji dłuższy okres stabilizacji na najmniejszej możliwej dawce może być niezbędny przed ostatecznym odstawieniem leku. Dodatkowo, w ostatniej fazie odstawiania leku można wprowadzić terapię behawioralną oraz leki wspomagające (karbamazepina, kwas walproinowy, trazodon) w celu umożliwienia osiągnięcia abstynencji. Leczenie wspomagające powinno być utrzymane przez kilka tygodni lub miesięcy, aby zapobiec nawrotowi i utrwalić długotrwałą abstynencję.

KANNABINOIDY

W ostatnich 10 latach pojawiły się formy preparatów z konopi indyjskich, które zawierają wyższe poziomy kannabinoli i przez to mają większy potencjał uzależniający. Ogólnie ocenia się, że u około 5–10% użytkowników kannabinoidów rozwinie się uzależnienie, charakteryzujące się częstym paleniem marihuany (przeważnie kilka razy dziennie), trudnością w kontroli ilości używanej substancji i wycofaniem się z innych aktywności życia osobistego i zawodowego.

Uważa się, że jedną z głównych substancji psychoaktywnych kannabinoidów jest tetrahydrokannabinol (THC). Małe dawki mają efekty euforyzujące, relaksacyjne i zmieniające percepcję otoczenia, ale większe dawki, szczególnie u osób nadwrażliwych, mogą wywołać napady lęku, urojenia, halucynacje, poczucie derealizacji, a nawet dłużej trwającą psychozę czy zaburzenia świadomości z majaczeniem. Efekty ostrej intoksykacji są najczęściej przejściowe i nie wymagają leczenia farmakologicznego. Stan pacjenta zwykle szybko się poprawia w cichym pomieszczeniu, z ograniczeniem stymulacji dodatkowymi bodźcami, z częstym wspomaganie orientacji pacjenta i wsparciem werbalnym. Niezwykle intensywne lub nieustępujące objawy mogą być leczone małymi dawkami neuroleptyków i benzodiazepin.

Większość osób, które rozwinęły uzależnienie psychiczne jest również uzależnionych fizycznie i pojawiają się u nich objawy abstynencyjne, utrudniające zaprzestanie używania. Częste objawy zespołu abstynencyjnego to spadek apetytu, drażliwość, lęk, niepokój ruchowy, gniew i agresywność, zaburzenia snu oraz silny głód marihuany (Haney, Ward, Comer, Foltin i Fischman, 1999). Zwykle objawy abstynencyjne osiągają maksymalne nasilenie w pierwszym dniu do 3 dni i ustępują w okresie 2–3 tygodni (Budney, Moore, Vandrey i Hughes, 2003). Leczenie wspomagające, które redukuje objawy abstynencyjne może być bardzo korzystne dla pacjentów z silną motywacją w osiągnięciu abstynencji. Leki wspomagające, skuteczne w detoksykacji od opioidów, takie jak klonidyna czy lofeksydyna, są pomocne także w przypadku kannabinoidów. W niektórych krajach THC (dronabinol) jest dostępny w postaci doustnej, stosowany jako lek przeciwwymiotny i stymulujący apetyt. Może on ułatwić

detoksykację, podawany podobnie jak benzodiazepiny o przedłużonym działaniu, ułatwiając detoksykację pacjentom uzależnionych od leków uspokajających i nasennych.

Do tej pory nie ma danych dotyczących farmakologicznego leczenia uzależnienia od kannabinoidów, mającego na celu utrzymanie abstynencji. Być może leczenie agonistami lub antagonistami, podobnie jak w przypadku uzależnienia od opioidów, znajdzie zastosowanie w długoterminowym leczeniu uzależnienia od THC, ale badania takie nie zostały jeszcze przeprowadzone. Zatem głównym podejściem terapeutycznym pozostaje psychoterapia behawioralna.

HALUCYNOGENY, SUBSTANCJE ZNIECZULAJĄCE, LOTNE ROZPUSZCZALNIKI I INNE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

W ostatniej części rozdziału chcielibyśmy pokrótce omówić leczenie farmakologiczne pacjentów, którzy używają substancji psychoaktywnych nieuwzględnionych powyżej. Dotyczy to substancji, takich jak halucynogeny (LSD, psylobicyna, meskalina), związki znieczulające (fencyklidyna, ketamina, podtlenek azotu), lotne rozpuszczalniki (węglowodory, toluen, butan), pochodne amfetaminy (MDMA, ekstazy) czy preparaty roślinne (szałwia wieszczą).

Stany zatrucia tymi środkami są najczęściej leczone niefarmakologicznie, pacjenta umieszcza się w pomieszczeniu o minimalnej stymulacji sensorycznej, gdzie można go bacznie obserwować w celu ograniczenia ryzyka samookaleczenia. Pomocna może być obecność znajomej osoby dla zapewnienia osobistego komfortu. Skuteczną techniką jest przemawianie do pacjenta w troskliwy sposób, akceptowanie tego, że objawy są bardzo nieprzyjemne, tłumaczenie, że są efektem przyjęcia substancji odurzającej i niedługo przeminą (metoda *talk-down*). Zwykle unika się fizycznego ograniczania ruchów, bo najczęściej może to prowadzić do wzmożenia lęku i pobudzenia oraz zwiększenia ryzyka urazu, bowiem osoby zatrute tymi środkami często nie odczuwają bólu. Pacjenci, którzy nie reagują korzystnie na postępowanie niefarmakologiczne, mogą być leczeni objawowo środkami uspokajającymi (benzodiazepiny). W rzadkich przypadkach ostrych, nieustępujących objawów psychotycznych można stosować niewielkie dawki silnych neuroleptyków (np. haloperidol). W sytuacjach, w których objawom psychiatrycznym towarzyszą zaburzenia metaboliczne, zaburzenia układu krążenia lub oddychania, pacjentów należy monitorować na oddziale szpitalnym (np. toksykologicznym).

Przy przewlekłym używaniu niektórych substancji może wystąpić zespół abstynencyjny po nagłym ich odstawieniu. Zespół abstynencyjny od halucynogenów objawia się zmęczeniem, drażliwością i anhedonią. W zespole abstynencyjnym od fencyklidyny u pacjentów pojawia się depresja, lęk, drażliwość, nadmierna senność. Pacjenci po nagłym odstawieniu ekstazy relacjonują depresję, lęk, zmęczenie i trudności w koncentracji uwagi. Objawy abstynencyjne najczęściej przemijają po kilku dniach lub tygodniach bez leczenia i zwykle nie są groźne dla życia i ogólnego stanu zdrowia.

Leczenie przewlekłe osób uzależnionych od powyższych substancji polega zazwyczaj na oddziaływaniach psychoterapeutycznych, behawioralnych i środowiskowych.

Pacjentów obserwuje się pod kątem pojawiających się zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, lękowe czy psychotyczne, często obecnych w tej populacji uzależnionych i które powinno się odpowiednio leczyć w zależności od ich charakteru i nasilenia.

MIEJSCE FARMAKOTERAPII W KOMPLEKSOWYM LECZENIU OSÓB UZALEŻNIONYCH

Uzależnienia są złożonym problemem obejmującym wiele aspektów życia danej osoby. Leczenie farmakologiczne rzadko bywa skuteczne samo w sobie i najlepsze szanse ma w połączeniu z psychoterapią, oddziaływaniami środowiskowymi, leczeniem ogólnomedycznym i rehabilitacją zawodową. Bardzo pomocne jest również zachęcanie pacjenta do korzystania ze wsparcia grup samopomocy (AA, NA) oraz do aktywnego udziału w życiu społecznym i religijnym.

BIBLIOGRAFIA

- Blanken, P., Hendriks, V. M., van Ree, J. M. i van den Brink, W.** (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105, 300-308.
- Bohadana, A., Nilsson, F., Rasmussen, T. i Martinet, Y.** (2000). Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3128-3134.
- Brewer, C.** (1990). Combining pharmacological antagonists and behavioural psychotherapy in treating addictions. Why it is effective but unpopular. *British Journal of Psychiatry*, 157, 34-40.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Vandrey, R. G. i Hughes, J. R.** (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal Abnormal Psychology*, 112, 393-402.
- Carpenter, K. M., Jiang, H., Sullivan, M. A., Bisaga, A., Comer, S. D., Raby, W. N., Brooks, A. C. i Nunes, E. V.** (2009). Betting on change: modeling transitional probabilities to guide therapy development for opioid dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 47-55.
- Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff.** A U.S. Public Health Service report. (2008). *American Journal of Preventive Medicine*, 35, 158-176.
- Collins, E. D., Kleber, H. D., Whittington, R. A. i Heitler, N. E.** (2005). Anesthesia-assisted vs buprenorphine- or clonidine-assisted heroin detoxification and naltrexone induction: a randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 294, 903-913.
- Comer, S. D., Sullivan, M. A. i Hulse, G. K.** (2007). Sustained-release naltrexone: novel treatment for opioid dependence. *Expert Opinion of Investigational Drugs*, 16, 1285-1294.
- Donny, E. C., Brassler, S. M., Bigelow, G. E., Stitzer, M. L. i Walsh, S. L.** (2005). Methadone doses of 100 mg or greater are more effective than lower doses at suppressing heroin self-administration in opioid-dependent volunteers. *Addiction*, 100, 1496-1509.

- Gibson, A., Degenhardt, L., Mattick, R. P., Ali, R., White, J. i O'Brien, S. (2008). Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. *Addiction*, 103, 462-468.
- Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., Oncken, C., Azoulay, S., Billing, C. B., Watsky, E. J., Gong, J., Williams, K. E. i Reeves, K. R. (2006). Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 296, 47-55.
- Grabowski, J., Rhoades, H., Stotts, A., Cowan, K., Kopecky, C., Dougherty, A., Moeller, F. G., Hassan, S. i Schmitz, J. (2004). Agonist-like or antagonist-like treatment for cocaine dependence with methadone for heroin dependence: two double-blind randomized clinical trials. *Neuropsychopharmacology*, 29, 969-981.
- Haney, M., Ward, A. S., Comer, S. D., Foltin, R. W. i Fischman, M. W. (1999). Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology (Berl)*, 141, 395-404.
- Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E. i Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58, 503-508.
- Karila, L., Gorelick, D., Weinstein, A., Noble, F., Benyamina, A., Coscas, S., Blecha, L., Lowenstein, W., Martinot, J. L., Reynaud, M. i Lepine, J. P. (2008). New treatments for cocaine dependence: a focused review. *The International Journal of Neuropsychopharmacology/Official Scientific Journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*, 11, 425-438.
- Kleber, H. D., Riordan, C. E., Rounsaville, B., Kosten, T., Charney, D., Gaspari, J., Hogan, I. i O'Connor, C. (1985). Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. *Archives of General Psychiatry*, 42, 391-394.
- Kreek, M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909, 186-216.
- Ling, W., Amass, L., Shoptaw, S., Annon, J. J., Hillhouse, M., Babcock, D., Brigham, G., Harter, J., Reid, M., Muir, J., Buchan, B., Orr, D., Woody, G., Krejci, J. i Ziedonis, D. (2005). A multi-center randomized trial of buprenorphine-naloxone versus clonidine for opioid detoxification: findings from the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. *Addiction*, 100, 1090-1100.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. i Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD002207.
- McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E. i O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of American Medical Association*, 269, 1953-1959.
- NICE. (2007). *Drug Misuse: Opioid Detoxification*. London: NICE.
- O'Brien, C. P. (2008). A 50-year-old woman addicted to heroin: review of treatment of heroin addiction. *Journal of American Medical Association*, 300, 314-321.
- O'Connor, P. G., Waugh, M. E., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Diagkogiannis, I. A. i Schottenfeld, R. S. (1995). Primary care-based ambulatory opioid detoxification: the results of a clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 255-260.

- Parran, T. V., Adelman, C. A., Merkin, B., Pagano, M. E., Defranco, R., Ionescu, R. A. i Mace, A. G.** (2010). Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 106, 56-60.
- Rose, J. E., Behm, F. M., Westman, E. C. i Kukovich, P.** (2006). Precessation treatment with nicotine skin patch facilitates smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 89-101.
- Rothenberg, J. L., Sullivan, M. A., Church, S. H., Seracini, A., Collins, E., Kleber, H. D. i Nunes, E. V.** (2002). Behavioral naltrexone therapy: an integrated treatment for opiate dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 351-360.
- Schmitz, J. M., Mooney, M. E., Moeller, F. G., Stotts, A. L., Green, C. i Grabowski, J.** (2008). Levodopa pharmacotherapy for cocaine dependence: choosing the optimal behavioral therapy platform. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 142-150.
- Tonnesen, P.** (2009). Smoking cessation: How compelling is the evidence? A review. *Health Policy*, 91 Suppl 1, 15-25.
- Tonnesen, P., Tonstad, S., Hjalmanson, A., Lebargy, F., Van Spiegel, P. I., Hider, A., Sweet, R. i Townsend, J.** (2003). A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. *Journal of Internal Medicine*, 254, 184-192.
- Tonstad, S., Tonnesen, P., Hajek, P., Williams, K. E., Billing, C. B. i Reeves, K. R.** (2006). Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 296, 64-71.
- Ward, J., Hall, W. i Mattick, R. P.** (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221-226.

Rozdział 10

Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień

Jan Czesław Czabała

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

Ocenia się, że liczba osób używających narkotyków ustabilizowała się w ostatnich latach. Rośnie jednak liczba tych podejmujących leczenie z powodu problemów, związanych z substancjami psychoaktywnymi.

Bardzo trudno opisać, kim są osoby używające narkotyków i jak zmieniły się ich wzorce używania. Nieco łatwiej powiedzieć, kim są osoby podejmujące leczenie. Wydaje się, że można wyróżnić wśród nich kilka grup: osoby eksperymentujące z narkotykami, osoby przyjmujące narkotyki w celu wspomaganie funkcjonowania w rolach życiowych oraz osoby uzależnione.

Oznacza to, że psychologiczne metody leczenia tych osób powinny być zróżnicowane i dostosowane do przyczyn używania narkotyków, okresu życia, w jakim występuje, stopnia uwikłania używania narkotyków w inne problemy zdrowia psychicznego czy nawet fizycznego. Stąd termin „psychoterapia” jest tutaj rozumiany szeroko i może nawet nie powinien być używany dla nazywania niektórych form pomocy psychologicznej. Trzeba zacząć używać, poza psychoterapią, także innych bardziej adekwatnych nazw, takich jak: poradnictwo, psychoedukacja, terapia grupowa, terapia rodzin i par, interwencja kryzysowa, wsparcie społeczne.

Poradnictwo – profesjonalna pomoc w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych. Kryzysy rozwojowe to zespół reakcji emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych występujących w sytuacjach, kiedy osoba zdrowa nie radzi sobie z rozwiązywaniem zadań właściwych dla danego okresu rozwoju (por. Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008).

Psychoedukacja – dostarczanie wiedzy i umiejętności, ważnych dla radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi, ze stresem i trudnymi doświadczeniami życiowymi. Odbywa się to w warunkach wzbudzających określony poziom pozytywnych emocji, takich jak nadzieja na zmianę, zrozumienie ze strony innych, wsparcie społeczne i instytucjonalne.

Terapia grupowa – metoda osiągania pożądanych zmian przez słowne i niesłowne oddziaływania na członka grupy, z wykorzystaniem elementów procesów grupowych w celowo zorganizowanej grupie. Najważniejsze czynniki prowadzące do zmiany to: zaszczepienie nadziei, udzielanie informacji, rozwój umiejętności społecznych, naśladowanie, uczenie się interpersonalne, doświadczanie spójności grupy (por. Yalom i Leszcz, 2006). Terapia grupowa ma różne cele. Zazwyczaj – lecznicze i wtedy nazywa się ją psychoterapią grupową. Jest także stosowana dla wsparcia społecznego, uczenia umiejętności życiowych, rozwoju i doskonalenia własnej osoby.

Terapia rodzin i par, nazywana często terapią systemową – najczęściej używana forma psychoterapii, która ma na celu zmianę struktury i zasad funkcjonowania rodziny w takim kierunku, aby zagrożona zachwianiem homeostazy nie musiała dla jej utrzymania delegować jednego ze swoich członków do roli chorego. Terapia rodzin i par odwołuje się nie tylko do teorii systemowych. Znane jest poradnictwo dla rodzin i par, znane są formy terapii bazujące na innych założeniach teoretycznych, np. behawioralnych (por. O'Farrell i Fals-Stewart, 2008).

Interwencja kryzysowa – pomoc osobie doświadczającej sytuacyjnego kryzysu psychicznego w usuwaniu przyczyn emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych, uniemożliwiających stosowanie dotychczasowych przystosowawczych sposobów radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami życiowymi, a w konsekwencji – pomoc w odzyskaniu zdolności do samodzielnego pokonywania trudności.

Wsparcie społeczne polega na tworzeniu warunków do otrzymywania pomocy socjalnej i interpersonalnej w sytuacjach ograniczonych możliwości radzenia sobie z zadaniami życiowymi i na podtrzymaniu w sytuacjach trudnych.

Psychoterapia według Norcrossa to „świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych metod psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany” (Norcross, 1980, za: Prochaska i Norcross, 2006, s. 5).

Wszystkie te metody prowadzą do zmiany „pożądaną”. Jej celem jest usunięcie zaburzeń zdrowia psychicznego (reakcji kryzysowych, zaburzeń zachowania czy zaburzeń psychicznych) przez nabycie lub odzyskanie umiejętności realizowania własnych celów życiowych. Cele życiowe sprowadzają się najczęściej do dwóch kategorii: realizacji potrzeb indywidualnych i realizacji zadań wspólnych (życiowych). Pozwala to danej osobie na doświadczanie stanu zadowolenia z życia - jednego z pozytywnych wymiarów zdrowia psychicznego (por. Trzebińska, 2008).

Maslow (1970) wymienia następujące potrzeby ważne dla rozwoju człowieka: fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku, samoaktualizacji. To one stymulują rozwój osoby, to one - zaspokajane w różny sposób i na różnych etapach rozwoju - są źródłem zadowolenia z życia. Zaspokajanie potrzeb indywidualnych odbywa się w ścisłej łączności, a może nawet przez realizowanie zadań życiowych. Od urodzenia człowiek realizuje zadania dostosowane do swojego rozwoju. Podstawowym zadaniem małego dziecka jest rozwój fizyczny i emocjonalny. Pierwsze – realizuje poprzez dojrzewanie funkcji sensorycznych i motorycznych, a drugie – w relacji przywiązania. W późniejszych okresach życia zadania rozwojowe stają się coraz bardziej skomplikowane: dotyczą rozwoju intelektualnego i społecznego, budowania własnej tożsamości, budowania i utrzymania związku intymnego, umiejętności zawodowych i realizacji zadań zawodowych, realizacji celów wspólnotowych, wreszcie – zadania związane z podsumowaniem i kończeniem własnego życia (por. Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Realizacja zadań na każdym etapie rozwoju jest sposobem na zaspokajanie potrzeb osoby, a równocześnie nabywaniem sprawności i kompetencji niezbędnych do wykonania zadań na innych etapach rozwoju (por. Havighurst, 1981). Rodzaj zadań rozwojowych, sposób ich realizacji i związany z tym proces zaspokajania potrzeb i uzyskania satysfakcji życiowej, uwarunkowany jest przez:

- rodzaj zmian zachodzących w organizmie fizycznym
- rodzaj zmian zachodzących w otoczeniu społecznym
- rodzaj kompetencji nabytych w poprzednich etapach rozwoju
- rodzaj posiadanych zasobów: intelektualnych, emocjonalnych i społecznych
- poziom świadomości posiadania tych zasobów.

Istnieje wiele teorii, wyjaśniających psychologiczne mechanizmy procesu zaspokajania potrzeb i realizacji rozwojowych, opisywanych jako teorie rozwoju osobowości czy teorie rozwoju społecznego. A także wiele teorii wyjaśniających mechanizmy niepowodzeń w tym procesie. Koncentrują się one najczęściej na poszukiwaniu czynników odpowiedzialnych za ukształtowanie się takich właściwości indywidualnych czy systemowych, które ograniczają albo uniemożliwiają proces zaspokajania potrzeb i realizację zadań rozwojowych, a tym samym prowadzą do różnego rodzaju zaburzeń zdrowia psychicznego. Większość tych teorii znaczącą rolę przypisuje zaburzeniom w rozwoju właściwości emocjonalnych osoby, właściwości poznawczych, właściwości związanych z samoświadomością i samooceną, zaburzeniom w rozwoju systemu wartości czy wreszcie zaburzeniom systemów społecznych, zwłaszcza rodzinnych. Większość z tych teorii, częściowo potwierdzonych w badaniach empirycznych, jest także wykorzystywana dla wyjaśniania tych zaburzeń zdrowia psychicznego, które nazywamy uzależnieniami. Bukowska¹ wskazuje te najważniejsze teorie: różnic indywidualnych, psychoanalityczne oraz behawioralno-poznawcze. A więc główne teorie, wyjaśniające zaburzenia zdrowia psychicznego, są użyteczne także w przypadku uzależnień. Autorka, omawiając te teorie, wymienia właściwości osoby, które mają udział w powstawaniu uzależnień: impulsywność, poszukiwanie nowości, wyuczone niedostosowawcze schematy poznawcze i przekonania, wzorce reagowania emocjonalnego i zachowania, niski poziom samooceny, niska odporność na stres.

Istnieją także poglądy, że uzależnienie to mechanizm radzenia sobie z wewnętrznymi problemami (teoria samoleczenia). Upraszczając bogatą wiedzę o psychologicznych mechanizmach uzależnień, można postawić hipotezę, że uzależnienie jest wyrazem trudności w radzeniu sobie z zadaniami życiowymi. A trudności te są istotnie związane z określonymi właściwościami osoby ukształtowanymi w procesie jej rozwoju. Rodzaje tych właściwości szczegółowo omówione są we wspomnianym rozdziale o psychologicznych mechanizmach uzależnień².

Podstawowym zatem celem leczenia osób uzależnionych jest zmiana tych właściwości osoby, które zostaną zidentyfikowane w procesie diagnostycznym jako związane z rozwojem i trwaniem uzależnienia. Osiąganie zmian jest procesem i przebiega przez pewne stadia. Prochaska i Norcross (2006), odwołując się do wyników wielu badań, proponują rozumieć zmianę jako proces następujących po sobie sekwencji: stadium przedrefleksyjnego, refleksji, przygotowania, działania i stadium utrwalania. Wydaje się, że propozycję Prochaski i Norcrossa można lepiej opisać modyfikując nieco opis poszczególnych etapów zmiany (por. Czabała, 2009):

- etap motywowania i angażowania się w zmianę – rozumiany jako tworzenie warunków do dostrzeżenia problemu i dostrzeżenia wartości możliwych do osiągnięcia w wyniku zmiany;

1 Patrz rozdział w tym tomie Bukowska „Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli”

2 op. cit.

- etap refleksji, namysłu i wglądu – zrozumienie przyczyn własnych problemów;
- etap przygotowania do wprowadzania nowych sposobów funkcjonowania i ich wprowadzanie;
- etap utrwalania nowych wzorców zachowania i odzyskiwanie wpływu na realizację własnych potrzeb i zadań życiowych.

Większość osób używających narkotyków (ma to zresztą miejsce w przypadku innych zachowań problemowych) nie rozpoznaje swojego zachowania jako zagrażającego dla samego siebie. Najważniejszym więc zadaniem terapeutów powinny być oddziaływania, które pozwolą tym osobom uświadomić sobie problem i uznać go za przeszkodę w osiągnięciu czegoś dla nich wartościowego. Wydaje się, że najskuteczniejszą metodą jest to, co bywa nazywane „terapią motywującą” czy „wywiadem motywującym³” (por. Miller i Rollnick, 2010). Etap motywowania jest także bardzo ważny dla osób już przekonanych o potrzebie podjęcia terapii. Często bowiem decyzję o terapii podejmują nie uświadamiając sobie własnego problemu, a zwłaszcza wartości, jakie mogą uzyskać w wyniku jego rozwiązania.

Następne stadium zmiany to okres namysłu i wglądu w przyczyny utraty wpływu na własne zachowanie. Są to najczęściej nieadekwatne wzorce reagowania emocjonalnego, zniekształcone sposoby oceny siebie i otoczenia, swojej przeszłości i przyszłości, i wreszcie – wyuczone nawykowe zachowania pojawiające się automatycznie i pozostające poza świadomą kontrolą.

Etap przygotowania do wprowadzania nowych sposobów funkcjonowania i ich wprowadzanie to okres eksperymentowania z nowymi sposobami reagowania emocjonalnego i nowymi zachowaniami. Najczęściej rozpoczyna się to w czasie terapii, w relacji z terapeutą czy grupą terapeutyczną, coraz częściej jednak nowe zachowania przenoszone są do sytuacji w realnym życiu.

I wreszcie utrwalanie nowych wzorców zachowania i odzyskiwanie wpływu na realizację własnych potrzeb i zadań życiowych to końcowy etap terapii, ale odbywający się głównie po jej zakończeniu, w warunkach realnych doświadczeń życiowych.

Wymienione wyżej stadia czy etapy zmian są najczęściej opisywane jako charakterystyczne dla procesu psychoterapii. Wydaje się, że mogą one charakteryzować i inne formy pomocy psychologicznej. Odmienność różnych metod terapii i pomocy psychologicznej polega przede wszystkim na zróżnicowanych oddziaływaniach (interwencjach terapeutycznych), jakie stosuje się na poszczególnych etapach procesu zmiany.

Psychologiczne metody leczenia osób uzależnionych od narkotyków są zazwyczaj stosowane w warunkach ambulatoryjnych i w warunkach stacjonarnych, w tym w ośrodkach leczenia długoterminowego. Najczęściej leczeni tam pacjenci to:

- osoby w okresie dorastania i wczesnej dorosłości uzależnione lub używające narkotyków w sposób ryzykowny,
- osoby dorosłe uzależnione od narkotyków lub legalnych substancji psychoaktywnych (leki, alkohol) używające ich jako metody pomagania sobie w realizacji zadań rozwojowych lub „samoleczące się”

3 Od czerwca 2011 roku Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej proponuje, aby termin *motivational interviewing* tłumaczyć jako dialog motywujący.

- osoby uzależnione od wielu lat z poważnymi ograniczeniami w zakresie realizacji własnych potrzeb i zadań rozwojowych.

Używanie substancji psychoaktywnych często prowadzi do uzależnienia, ale przybiera różne formy. Prawdopodobnie różne właściwości indywidualne osoby są ważne dla różnych etapów używania substancji psychoaktywnych. Można postawić tezę, że w każdej z tych grup używanie narkotyków związane jest z innymi właściwościami indywidualnymi i zapewne społecznymi.

POMOC OSOBOM W OKRESIE DORASTANIA I WCZESNEJ MŁODOŚCI

W ostatnich latach wiek, w którym po raz pierwszy dochodzi do użycia narkotyku, to nawet 11 lat. Najwięcej osób ma pierwszy raz do czynienia z narkotykami w wieku 15–16 lat. Największa grupa wśród używających narkotyków to ci, którzy sięgają po nie raz lub kilka razy w życiu, jednak co roku znaczna liczba osób do 18. roku życia zgłasza się na leczenie. Poszukujący pomocy instytucjonalnej, najczęściej podejmują leczenie w placówkach ambulatoryjnych, ale niektórzy z nich trafiają do lecznictwa stacjonarnego, co może oznaczać, że mają poważne problemy wynikające z używania narkotyków.

Najbardziej zagrożeni w tej grupie są młodzi ludzie charakteryzujący się zespołem zachowań problemowych – zaburzeniami nastroju, zachowaniami aspołecznymi ze skłonnością do przemocy, naruszaniem norm społecznych i prawnych. Używanie narkotyków jest częścią takich zachowań. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że są to osoby, które mają trudności z realizacją zadań rozwojowych okresu adolescencji. Za najważniejsze dla tego okresu zadania uznaje się nabywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do życia zawodowego i rodzinnego, tworzenie poczucia tożsamości własnej osoby, uczenie się radzenia sobie z nowymi doświadczeniami, kształtowanie się systemu wartości, tworzenie wzorców relacji z rówieśnikami, w tym doświadczania zależności i niezależności, doświadczania związków uczuciowych. Od okresu znacznej zależności od osób dorosłych i związanego z tym poczucia bezpieczeństwa, dochodzi się do coraz większej odpowiedzialności za swoje własne zachowania, a częściowo również za zachowania innych osób, z którymi tworzy się nowe związki koleżeńskie i uczuciowe. Nabywanie odpowiedzialności za siebie i innych odbywa się najczęściej metodą prób i błędów, zależności i buntu, poczucia umiejętności wpływania na zdarzenia na przemian z poczuciem braku kontroli nad nimi. W wyniku tych doświadczeń kształtuje się poczucie dobra i zła, hierarchii spraw ważnych i mniej ważnych, zarysu celów życiowych, wartościowania siebie i innych ludzi. Trudności w procesie realizowania tych zadań mogą skutkować reakcjami lękowymi i depresyjnymi, zmiennym nastrojem, niekontrolowaną agresją, poczuciem mniejszej wartości. Mogą także objawiać się w zachowaniach aspołecznych, przekraczaniu zasad i norm społecznych, łamaniu prawa, w zachowaniach agresywnych wobec otoczenia.

Używanie narkotyków i alkoholu może być sposobem radzenia sobie z napięciem okresu dorastania, ale jest też przeszkodą w integrowaniu doświadczeń okresu dorastania i zaburza tym samym tworzenie się poczucia własnej tożsamości, własnej wartości, odpowiedzialności za siebie i innych, satysfakcjonujących wzorców relacji z innymi. Doświadczenia kliniczne i wyniki badań pokazują, że częściej używają nar-

kotyków ci dorastający, którzy mają mniejsze wsparcie w rodzinie, większe trudności w nauce, którzy doświadczają więcej deprywacji i strat niż satysfakcji i osiągnięć.

Pomoc takim osobom to przede wszystkim wspomaganie ich w realizacji ich zadań życiowych, typowych dla okresu adolescencji: łagodzenie napięcia wynikającego z niekorzystnych wydarzeń życiowych, wspomaganie w radzeniu sobie z obowiązkami szkolnymi, w radzeniu sobie z naciskiem grup rówieśniczych przez uczenie większej niezależności, wspomaganie kształtowania się poczucia własnej wartości. Podstawowym uczestnikiem tego procesu powinna być rodzina dorastającego. Problem polega jednak na tym, że rodzina dziecka, mającego trudności z dorastaniem, jest często pozbawiona zasobów potrzebnych do samodzielnego wspomaganie rozwoju syna czy córki. Taka rodzina potrzebuje pomocy. Pacjentem staje się system rodzinny.

Oddziaływania psychologiczne wobec tej grupy osób używających narkotyków to przede wszystkim poradnictwo i interwencja kryzysowa, pomagające w kształtowaniu się umiejętności ważnych dla realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania. Te zadania, według Havighursta (1981), to m.in.: nawiązywanie bardziej dojrzałych związków z rówieśnikami obu płci, osiąganie emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych, przygotowywanie się do przyszłego zawodu (czyli uczenie się), przygotowywanie się do życia rodzinnego, osiąganie społecznie pożądanego zachowania, przyswajanie sobie systemu wartości.

W okresie przedrefleksyjnym procesu zmiany istotne jest zainteresowanie pacjenta współpracą, nawet jeżeli zaprzecza, że ma problem z narkotykami. To znaczy przekonanie pacjenta, że to co dzieje się aktualnie w jego życiu jest dla niego i terapeuty najważniejsze – nie ze względu na zagrożenia, związane z używaniem narkotyków, ale ze względu na to, czego doświadczają, czego pragnie i jakimi wartościami chce kierować się w życiu. Baer i Peterson (2010) piszą, że młodzież i osoby we wczesnej dorosłości charakteryzują się przede wszystkim ambiwalencją, zwłaszcza dotyczącą ich tożsamości i ról społecznych. Konsekwentnie więc to powinno być przedmiotem „wydobycia” treści i koncentrowania się na nich, a nie konkretne zachowania problemowe. Zainteresowanie, ciekawość i akceptacja ze strony terapeuty pozwalają na ujawnianie się owej ambiwalencji, na poszukiwanie argumentów „za i przeciw” w odniesieniu do określonych wartości i przyszłych wzorców zachowania.

W okresie refleksji i przygotowania do zmiany najistotniejszym celem jest uczenie umiejętności osobistych (np. radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, w tym także trening odmawiania) i umiejętności społecznych. Stąd pewnie najczęściej polecanymi formami terapii takich osób są metody odwołujące się do teorii poznawczo-behawioralnych (por. Kazdin i Weisz, 2006). Te metody bywają dostosowywane zarówno do rodzaju problemów młodych ludzi, jak i do warunków leczenia. Można powiedzieć, że metody oparte na zasadach społeczności terapeutycznej w znacznej mierze właśnie odwołują się do założeń i technik metod poznawczo-behawioralnych, do modelowania, do procesów wygaszania i wzmacniania zachowań.

Zalecane przez ekspertów (Łazuga-Koczurowska, Jabłoński i Berthel, 2007) formy leczenia młodych osób używających narkotyków to programy dla rodziców, poradnictwo dla używających, edukacja i pomoc w sytuacjach kryzysowych. Oczekiwane efekty takich oddziaływań to: poprawa relacji rodzinnych, wzrost samooceny, wzrost

samoskuteczności, pozwalający na unikanie sytuacji ryzykownych, poprawa w zakresie umiejętności życiowych. Te zmiany mają prowadzić do ograniczenia używania narkotyków i ich negatywnych konsekwencji. A końcowym celem tych oddziaływań jest poprawa samopoczucia.

Zmiana zatem powinna dotyczyć jakości relacji rodzinnych i nabycia takich indywidualnych właściwości jak: adekwatna samoocena oraz umiejętności życiowe potrzebne do radzenia sobie z zadaniami okresu dorastania i wczesnej dorosłości. Sposoby na wprowadzanie zmian funkcjonowania systemu rodzinnego to poradnictwo rodzinne, uczenie kompetencji w rolach rodzicielskich, ale czasami także pomoc socjalna. Osobie używającej narkotyków pomaga się przede wszystkim w osiągnięciu większej skuteczności w identyfikowaniu własnych potrzeb i własnych możliwości, w radzeniu sobie z reakcjami na sytuacje trudne, w nabywaniu większej świadomości dotyczącej własnych celów życiowych i sposobów ich realizowania.

Istotnym elementem utrzymania i poszerzenia zmian jest przyswojenie przez młodych ludzi umiejętności radzenia sobie ze stresem rozwojowym i sytuacyjnym. Poza poradnictwem indywidualnym, użyteczne są także różne formy oddziaływań grupowych. James i Gilliland (2004) wymieniają wiele takich grupowych form terapii: terapię grupową, edukację grupową, terapię wielorodzinną, grupy wsparcia. Znaczenie oddziaływań grupowych, zwłaszcza dla młodzieży, wynika stąd, że w tym wieku istnieje silna potrzeba pozytywnych relacji z rówieśnikami. W grupie uzyskują poczucie przynależności, akceptację, poczucie ważności własnej osoby. W grupie uczą się realistycznego spostrzegania siebie i innych, rozpoznawania swoich reakcji na innych, uczą się rozumieć, jak powstają konflikty interpersonalne i sposobów ich rozwiązywania (por. Schneider Corey i Corey, 2002; Yalom i Leszcz, 2006).

Nieco inne programy terapeutyczne powinno się stosować w stosunku do osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, które używają narkotyków. Najczęściej są to zaburzenia depresyjne, lękowe, z cechami osobowości zależnej, lękowej czy chwiejnej emocjonalnie. Podstawowym problemem tych osób jest nieadekwatne spostrzeganie siebie i otoczenia. Przez pryzmat własnego lęku, braku zaufania do siebie i otoczenia, dostrzegania nieistniejących zagrożeń, widzą świat jako wrogi, zagrażający, a siebie jako bezradnych i narażonych na nieustanne porażki i niepowodzenia. Używanie substancji psychoaktywnych jest często sposobem na poradzenie sobie z własnym stanem psychicznym i przybiera formę samoleczenia⁴. Współcześnie coraz większa jest świadomość współwystępowania tych zaburzeń i używania substancji psychoaktywnych jako sposobu na łagodzenie własnych stanów psychicznych – mówi się w tym przypadku o „podwójnej diagnozie”. Można tym osobom pomóc stosując psychoterapię, której celem będzie zmiana w sposobie spostrzegania siebie i otoczenia, rozwiązywanie konfliktów emocjonalnych, zmiana nieracjonalnych przekonań, nawykowych zachowań prowadzących do nieskutecznego radzenia sobie z problemami życiowymi⁵.

4 Patrz rozdział w tym tomie Bukowska „Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli”

5 por. rozdział w tym tomie Wojnar, Bisaga „Leczenie osób z podwójną diagnozą”

POMOC OSOBOM MAJĄCYM TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU
W RÓŻNYCH ROLACH ŻYCIOWYCH

Okresowe czy długotrwałe niepowodzenia życiowe skłaniają często do wspomagania się w realizacji zadań życiowych substancjami psychoaktywnymi, także legalnymi: lekami uspokajającymi, przeciwbólowymi, nasennymi. Teoretyczne uzasadnienie takiego zachowania można znaleźć w teorii Marlatta i Gordon⁶. Może się to zdarzyć na każdym etapie dorosłego życia. Zmęczenie, przepracowanie, chęć bycia wydajnym i skutecznym skłaniają do poszukiwania środków psychoaktywnych usuwających zmęczenie i zwiększających wydajność zawodową. Najczęściej jest to związane z niską samooceną i niskim poczuciem własnej skuteczności. Dodatkowo jeszcze mogą u tych osób występować trudności w relacjach w ludzi, z którymi razem realizują zadania życiowe (w rodzinie, w miejscu pracy). Podstawowym problemem tych osób może być też nieadekwatne spostrzeganie siebie i otoczenia np. brak zaufania do siebie i innych, odbieranie świata jako wrogiego i groźnego. Ten wzorzec najczęściej dotyczy młodych dorosłych do 35. roku życia. Nie ma danych dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków dla celów pobudzenia aktywności, wspomaganie umysłowego i emocjonalnego. Wydaje się jednak, że po takie środki sięgają głównie osoby o wysokiej potrzebie osiągnięć i wyróżniania się, które mają trudności w radzeniu sobie z napięciem oraz we współpracy z innymi.

Dla takich osób wskazana jest psychoterapia, której celem byłaby zmiana przekonań o własnej niskiej skuteczności i samoocenie, ale także sposobów spostrzegania otoczenia. Poczucie niskiej skuteczności własnej może budzić lęk przed podejmowaniem niektórych zadań i przed współdziałaniem z innymi. Psychoterapia powinna w znacznej mierze odwoływać się do etapu wglądu we własny system przekonań, w motywy własnych relacji z innymi ludźmi, a jej celem będzie zmiana w sposobie spostrzegania siebie i otoczenia, przez rozwiązywanie konfliktów emocjonalnych, zmianę nieracjonalnych przekonań, nawykowych zachowań prowadzących do nieskutecznego radzenia sobie z problemami życiowymi.

POMOC OSOBOM UZALEŻNIONYM

Używanie narkotyków może prowadzić do uzależnienia. Oznacza to stan, w którym silna potrzeba przyjmowania substancji dominuje nad innymi zachowaniami, jest ona trudna do kontrolowania, powoduje fizjologiczny stan abstynencyjny po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji. W konsekwencji uzależnienie prowadzi do zaniedbania lub zaniechania realizacji najważniejszych zadań życiowych.

Uzależnienie może wystąpić jako efekt długotrwałego używania każdego narkotyku. Najwięcej osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia to te, które zażywają opiaty lub opiaty i inne narkotyki (40–70%). Zgłaszanie się do leczenia osób uzależnionych jest najczęściej „wymuszane” stanem fizycznym (potrzebą detoksykacji), naciskiem otoczenia lub zagrożeniem ze strony prawa. Większość osób uza-

6 Patrz rozdział w tym tomie Bukowska „Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli”

leżnionych od opiatów, poddawanych leczeniu, wraca do przyjmowania narkotyku. Stąd często proponuje się im leczenie substytucyjne. Osoby uzależnione wymagają leczenia specjalistycznego, którego pierwszym celem jest zaprzestanie przyjmowania narkotyku albo zastąpienie go inną substancją, zapobiegającą występowaniu objawów abstynencyjnych i głodu narkotyku.

Bukowska w rozdziale „Psychologiczne mechanizmy uzależnień” pisze o wielu teoriach wyjaśniających psychologiczne mechanizmy uzależnień. Większość tych teorii przyczyny uzależnień widzi w indywidualnych właściwościach osoby, w jej cechach osobowości, samoocenie i czynnikach ją kształtujących, niskiej odporności na stres. Wydaje się, że omówione w tym rozdziale teorie są bardzo użyteczne dla podejmowania interwencji zapobiegających powstaniu syndromu uzależnienia, a więc na etapie eksperymentowania i szkodliwego używania narkotyków. W przypadku osób uzależnionych, znacznie ważniejsze wydają się psychologiczne i społeczne konsekwencje długotrwałego i utrwalonego przyjmowania narkotyków.

Niewiele jest danych pozwalających na ocenę psychologicznych charakterystyk osób uzależnionych od narkotyków. Ich właściwości osobowościowe to przede wszystkim ogromna koncentracja na własnym uzależnieniu. Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda (2006) opisują mechanizmy uzależnienia od alkoholu jako zjawisko zaburzenia kontroli nad zachowaniem, powodujące autodestrukcję i szkody w otoczeniu. Zaburzenia kontroli są wypadkową zaburzeń procesów emocjonalnych, umysłowych i zaburzeń procesów związanych z funkcjonowaniem systemu Ja. Do innych ważnych problemów osoby uzależnionej zaliczają deficyt umiejętności życiowych, destrukcyjną orientację życiową, trwałe uszkodzenia relacji społecznych czy prawne konsekwencje uzależnienia.

Wysoki stan napięcia i poczucie zagrożenia nawrotem powodują niekiedy wzmożoną aktywność, często chaotyczną, przerywaną kolejnymi niepowodzeniami. Większość osób uzależnionych poniosła duże straty społeczne: brak zawodu, wykształcenia, więzi z rodziną pochodzenia, brak własnej rodziny lub nieudane związki rodzinne. Niektórych strat nie da się wyrównać, trzeba się do nich przystosować i rozpoczynać życie od nowa. Niekiedy wiele razy. Najważniejsze jest, aby rozpoczynać je w oparciu o realistyczne rozpoznanie swoich możliwości i możliwości otoczenia, zapewniając sobie maksymalne wsparcie i pomoc – nawet jeżeli będzie to tylko polegało na ograniczaniu strat (por. Tatarsky, 2007).

Psychoterapia dla takich osób, zdaniem Mellibrudów (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006), powinna być ukierunkowana na zmianę mechanizmów decydujących o patologicznym picciu, polegającą na: uzdrawianiu procesów emocjonalnych, uzdrawianiu pracy umysłu, wspomaganiu zdrowienia i rozwoju Ja i wreszcie na wspieraniu zdrowia psychicznego i rozwoju duchowego. Zakładając podobieństwo zespołu uzależnienia od alkoholu i od narkotyków, można przypuszczać, że podobne zmiany mogą być celem psychoterapii osób uzależnionych od narkotyków.

Tatarsky (2007) inaczej postrzega cele psychoterapii. Celem psychoterapii, jego zdaniem, jest udzielanie wsparcia klientowi w redukowaniu szkodliwości używania substancji psychoaktywnych „do momentu, kiedy wywiera ono [uzależnienie] minimalny negatywny wpływ na inne sfery życia” (Tatarsky, 2007, s. 21). Tatarsky zakłada, że cele terapii mogą być formułowane dopiero w trakcie leczenia. Zanim klient

rozważy, czy chce utrzymywać abstynencję, musi pojawić się etap kontrolowanego używania. Proponuje wypracowanie „idealnego planu używania” (Tatarsky, 2007, s. 23), którego celem jest zmaksymalizowanie pozytywnego wpływu używania i minimalizowania jego negatywnych konsekwencji. To klient wyznacza punkt docelowy, do którego chce dążyć – do kontrolowanego używania czy do abstynencji. Realizacja takiego planu odbywa się przez identyfikowanie sytuacyjnych i psychologicznych przyczyn używania narkotyków: reakcje i stany emocjonalne, presja środowiska, motywy intrapsychiczne. Eksploracja tych problemów prowadzi do uwolnienia się od ich wpływu. W kolejnym etapie następuje poszukiwanie alternatywnych sposobów radzenia sobie, w tym także uczenie się nowych umiejętności. W dalszym procesie psychoterapii następuje poszerzenie obszarów zmian, na takie, jak lepsze poznanie siebie, „nauka wsłuchiwanie się we własne wnętrze” (Tatarsky, 2007, s. 23), większa samoakceptacja i większa skuteczność.

Oczywiście, w tej grupie znajdują się także osoby z poważnymi zaburzeniami różnych struktur emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych osobowości, występującymi wcześniej przed powstaniem uzależnienia. Potrzebna jest im psychoterapia długotrwała, odwołująca się do wewnętrznych konfliktowych sfer osobowości. Wydaje się, że taka psychoterapia powinna nawiązywać do metod klasycznych form psychoterapii, które zakładają, że zmiany w zakresie intrapsychicznych właściwości osoby mogą być osiągnięte przez:

- tworzenie relacji terapeutycznej, która zapewnia poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia, ale także – jasno określone zasady
- odreagowanie bieżących emocji
- asymilację doświadczeń życiowych
- odzyskiwanie zdolności poznawczej do oceniania własnych doświadczeń życiowych
- zmianę oceny siebie i otoczenia
- poszukiwanie nowych sposobów rozwiązywania konfliktów intrapsychicznych i interpersonalnych
- uczenie się nowych umiejętności
- poszerzanie kontroli własnych zachowań i odzyskiwanie wpływu na własne życie (por. Czabała, 2009; Prochaska i Norcross, 2006).

PODSUMOWANIE

Warto podjąć dyskusję nad tym, jaka terapia dla kogo jest najlepsza, tak jak to się dzieje w dyskusjach nad psychoterapią osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi (por. Roth i Fonagy, 1996).

Osoby używające narkotyków są zróżnicowane ze względu na rodzaj substancji, okres życia, w jakim rozpoczynają używanie, na częstotliwość i okoliczności, w jakich używają, ze względu na motywy i na skutki używania. Wszyscy oni doświadczają negatywnych skutków, chociaż najpoważniejsze dotyczą tych, którzy wchodzą w stan uzależnienia. Wszyscy potrzebują pomocy, ale pomocy dostosowanej do ich potrzeb. W większości przypadków będzie to pomoc w uświadomieniu sobie negatywnych skutków jednorazowego czy kilkakrotnego użycia narkotyku. Upowszechnianie wie-

dzy na ten temat, pomoc rodziców, nauczycieli, wychowawców i rówieśników są dla wielu młodych osób, które eksperymentują z narkotykami, wystarczającymi argumentami, aby nie powtarzać tych eksperymentów.

Dla osób, które doświadczają trudności w radzeniu sobie z zadaniami okresu dorastania, które używają narkotyków jako jednego z zespołu zachowań problemowych, taka pomoc to wspomaganie ich rozwoju przez poradnictwo psychologiczne, wychowawcze, rodzinne, przez pomoc w nauce, tworzenie warunków do zdrowego spędzania czasu wolnego, budowanie systemu ich osobistej odporności na doświadczane przeżycia i zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego, występujące w okresie dorastania.

Używanie narkotyków jako sposobu radzenia sobie ze swoimi słabościami i niepowodzeniami w życiu dorosłym, zwłaszcza w jego wczesnym okresie, staje się coraz częstsze. Ta grupa osób rzadko otrzymuje adekwatną pomoc. Mała jest wiedza na temat liczby osób używających narkotyków rekreacyjnie czy dla celów stymulujących. Nie wiemy także, jak wiele z nich uzależnia się, a przynajmniej doświadcza strat osobistych i społecznych. Wydaje się również, że mała liczba takich osób poszukuje pomocy z braku odpowiednich dla nich programów. Poradnictwo, mające na celu pomoc w radzeniu sobie z początkowymi trudnymi doświadczeniami zawodowymi czy rodzinnymi, mogłoby być użyteczne w zapobieganiu używaniu narkotyków jako środków wspomagających rozwiązywanie problemów i zmniejszających napięcie. Podobną rolę mogłoby odegrać poradnictwo dla studentów.

Osoby uzależnione i osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego wymagają psychoterapii, jako istotnej składowej procesu leczenia uzależnienia. Jaka to ma być psychoterapia zależy od rodzaju zaburzeń intrapsychicznych i środowiskowych uwikłanych w proces uzależnienia albo współwystępujących z uzależnieniem. Coraz więcej wiadomo na ten temat w leczeniu zaburzeń psychicznych. Może więc warto korzystać z tej wiedzy empirycznie potwierdzonej. Oznacza to potrzebę wszechstronnego kształcenia terapeutów uzależnień, wzbogacającego ich wiedzę o osobowościowych uwarunkowaniach zachowań, o psychologicznych mechanizmach zaburzeń i powrotu do zdrowia, o psychologicznych metodach pomocy osobom doświadczającym różnych problemów z realizowaniem zadań życiowych.

Jeszcze ważniejsze jest podejmowanie badań mających na celu ocenę skuteczności istniejących modeli leczenia osób używających narkotyków i uzależnionych od narkotyków, w tym skuteczności różnych form pomocy psychologicznej. Takie badania trudno jednak podejmować, ponieważ modele te nie są jasno opisane, nie są świadomie stosowane przez wykwalifikowanych terapeutów i psychoterapeutów.

„Zróżnicowani” pacjenci potrzebują zróżnicowanych form pomocy. Jakie to powinny być formy pomocy, aby były dostosowane do różnych potrzeb pacjentów i różnych problemów wynikających z używania narkotyków? Jak motywować do terapii osoby bez objawów uzależnienia? Jakie formy organizacyjne są potrzebne do udzielania takiej zróżnicowanej pomocy? Kto ma takiej pomocy udzielać? Jak przygotowywać specjalistów do pracy ze „zróżnicowanymi” pacjentami? Wydaje się, że bez odpowiedzi na te pytania, trudno będzie skutecznie pomóc wszystkim potrzebującym.

BIBLIOGRAFIA

- Brzezińska, A. I., Appelt, K. i Ziółkowska, B.** (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Stre-lau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 95-292). Gdańsk: GWP.
- Baer, J. S. i Peterson, P. L.** (2010). Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi. W: W. R. Miller i S. Rollnick, *Wywiad motywujący* (s. 397-413). Kraków: WUJ.
- Czabała, J. C.** (2009). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Havighurst, R. J.** (1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Instytut Psychiatrii i Neurologii.** (2007). *Rocznik statystyczny 2006*. Warszawa: Instytut Psychia-trii i Neurologii.
- James, R. K. i Gilliland, B. E.** (2004). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: PARPA.
- Kazdin, A. E. i Weisz, J. R.** (red.). (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: WUJ.
- Łazuga-Koczurowska, J., Jabłoński, P. i Berthel, T.** (2007). Planowanie procesu leczenia i re-habilitacji. W: *Młodzież i narkotyki. Terapia i rehabilitacja* (s. 133-165). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Maslow, A. H.** (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper&Row.
- Mellibruda, J. i Sobolewska-Mellibruda, Z.** (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teo-ria i praktyka*. Warszawa: IPZ PTP.
- Miller, W. R. i Rollnick, S.** (2010). *Wywiad motywujący*. Kraków: WUJ.
- O'Farrell, T. J. i Fals-Stewart, W.** (2008). *Behawioralna terapia par w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków*. Warszawa: Parpamedia.
- Prochaska, J. O. i Norcross, J. C.** (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: IPZ.
- Roth, A. i Fonagy, P.** (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Schneider-Corey, M. i Corey, G.** (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. War-szawa: IPZ PTP.
- Tatarsky, A.** (2007). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Trzebińska, E.** (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profe-sjonalne.
- Yalom, I. i Leszcz, M.** (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: WUJ.

Rozdział 11

Spoleczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień

Jolanta Koczurowska

Zarząd Główny Stowarzyszenia MONAR

WSTĘP

Nie ma przesady w stwierdzeniu, że społeczność terapeutyczna jest jedną z najbardziej powszechnych form pracy terapeutycznej z osobami, które używają narkotyków. Od ponad 80 lat we wszystkich prawie zakątkach świata wspólnoty terapeutyczne są szansą na powrót do normalnego życia dla tysięcy osób uzależnionych. Dobre rezultaty osiągnięte przez społeczności terapeutyczne, „namacalne” dowody, że narkomana można przywrócić do życia ugruntowały przekonanie, że społeczność terapeutyczna jest jedną z bardziej skutecznych metod leczenia uzależnień. Metoda ta, choć ma już swoje stałe miejsce w rehabilitacji uzależnień, budzi tyleż samo zachwytu, co wątpliwości.

Za największą zaletę tej metody można uznać fakt, że stanowi pewnego rodzaju społeczno-psychologiczne leczenie środowiskowe posługujące się dynamicznym kontekstem żyjącej wspólnie grupy. Skupia się na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia. Ważną zaletą społeczności terapeutycznej jest również jej realność i prawdziwość – konkretne, realne sytuacje życiowe, w których człowiek uczestniczy i które przeżywa, mogą dostarczyć mu znaczących doświadczeń i służyć społecznemu uczeniu się. Nawet tak proste czynniki, jak odizolowanie się od dotychczasowego środowiska, możliwość kontynuowania nauki, zawarcie nowych znajomości są jej wielką siłą.

Oczywiście, metoda ta nie jest wolna od wad. Za podstawową wadę uznaje się długi czas terapii w odizolowanym środowisku, co może utrudniać powrót do normalnego społeczeństwa. Często używany jest termin „terapia pod kloszem”, czyli taka, która nie uwzględnia twardych warunków codziennego życia i bazuje na przestarzałych wartościach, np. na uczciwości, honorze, odwadze, niezależności. Długi czas pobytu w ośrodkach, często daleko od miejsca zamieszkania, utrudnia systematyczny kontakt z bliskimi i odbudowę więzi rodzinnych. Podnoszone są też argumenty dotyczące zbyt małej indywidualizacji terapii i niemożności zaspokojenia szczególnych potrzeb każdego jej członka; mówi się o zbyt małej elastyczności. Za wady uznaje się też konieczność pracy fizycznej, konfrontacyjny charakter terapii oraz ograniczenie swobody osobistej. W stosunku do współczesnych społeczności terapeutycznych zarzuty te są jednak w dużej mierze nieuzasadnione.

Metoda ta ulegała bowiem i stale ulega modyfikacjom, przystosowując się do potrzeb klientów i zmieniających się wymagań społecznych w zakresie świadczeń dla osób uzależnionych. Jest dzisiaj metodą opartą na solidnych podstawach teoretycz-

nych i badaniach naukowych,¹ a wieloletni dorobek ewidentnie pokazuje jej żywotność, prostotę, pojemność, pomysłowość i elastyczność oraz uniwersalne wartości i ponadczasowy charakter (Kooyman, 2002; De Leon, 2003).

Niniejszy rozdział prezentuje społeczność terapeutyczną, uwzględniając, oprócz światowego dorobku, także doświadczenia polskie. Ze względu na ograniczoną objętość, w tym rozdziale przedstawione są tylko wybrane aspekty społeczności terapeutycznej, takie jak model, metoda i czynniki leczące.

HISTORYCZNY RODOWÓD SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ DLA UZALEŻNIONYCH

Społeczność terapeutyczna jako metoda leczenia osób uzależnionych powstała w Stanach Zjednoczonych w 1958 roku, w czasie gdy inne systemy terapeutyczne, zwłaszcza zorientowane medycznie, nie mogły się poszczycić osiągnięciami w leczeniu alkoholików i narkomanów. Ruch społeczności terapeutycznych kształtował się właściwie poza nurtem psychiatrii i psychologii. Synanon, pierwsza społeczność terapeutyczna dla osób uzależnionych, utworzona została w Santa Monica, w Kalifornii, przez Charlesa Dedericha, jednego z pierwszych członków ruchu Anonimowych Alkoholików; postanowił on stworzyć wspólnotę wolną od alkoholu i narkotyków, w której alkoholicy i narkomani będą mogli naprawiać swoje życie (Jankowski, 1978). Stosowane tam oddziaływania nie miały na celu spowodowania powrotu osoby uzależnionej do społeczeństwa. Synanon był bowiem wspólnotą alternatywną w stosunku do społeczeństwa. Zarzuty formułowane pod jego adresem dotyczyły stosowania przemocy, drastycznych kar, stawiania surowych wymagań i manipulowania losem ludzkim. I choć wybitni psychologowie, odwiedzający Synanon, wskazywali na dobre strony tych metod i na ich wpływ na zmianę zachowania (Maslow, 1967), to zarzuty tworzenia sekty czy getta, bez możliwości uwolnienia się spod „władzy” liderów, zadecydowały o klęsce tej wspólnoty (Kooyman, 2002; Jankowski, 1978).

Chociaż Synanon przetrwał tylko 15 lat, stał się początkiem rozwoju ruchu społeczności terapeutycznych dla uzależnionych w Stanach Zjednoczonych (Yablonski, 1989). Najczęściej liderami nowych społeczności były osoby w różny sposób związane uprzednio z Synanonem. W 1963 roku powstaje społeczność Daytop Village, stawiająca sobie za cel przygotowanie osób uzależnionych do powrotu do społeczeństwa, nieco później – Phoenix Mouse i inne, które dały początek społecznościom azjatyckim i europejskim. Wielu znakomitych psychologów, psychiatrów, socjologów i kryminologów (m.in. Moreno, Rogers, Maslow, Yablonsky, Casriel, Bassin, Deitch, De Leon) ma swój niebagatelny wkład w rozwój zarówno filozofii, koncepcji, jak i technik oraz metod funkcjonowania społeczności terapeutycznej.

1 W artykule nt. metod leczenia o udokumentowanej skuteczności opublikowanym przez Miller W., R., Zwerben J., Johnson W., R. Evidenced-based treatment: Why, what, where, when, and how?, *Journal of Substance Abuse Treatment* 29 (2005), autor podaje, że weryfikacja skuteczności metody społeczności terapeutycznej nastęrcza poważne trudności natury metodologicznej. Z tego powodu przeprowadzono stosunkowo niewiele badań na ten temat, w porównaniu z innymi metodami. (przypis red.)

Pierwszą społecznością, wzorowaną na amerykańskim Daytopie, założoną przez Iana Christie w 1970 roku w Wielkiej Brytanii była Alpha House. Kilka miesięcy później w Londynie powstaje Phoenix Mouse.

W 1972 roku w Holandii profesjonaliści (psychiatrzy i psychologowie) tworzą społeczność Emiliehoeve, w której wykorzystują zarówno zasady Maxwella Jonesa, jak i doświadczenia amerykańskich społeczności terapeutycznych. Holenderskie doświadczenia służą tworzeniu społeczności terapeutycznych dla uzależnionych w Belgii (De Kiem), Szwajcarii (Aebi Hus), a także we Włoszech, Hiszpanii, Norwegii, Grecji i Niemczech.

Najstarszą społecznością terapeutyczną we wschodniej części Europy była utworzona w 1978 roku przez Marka Kotańskiego społeczność w Głoskowie k. Garwolina, która przyjęła nazwę Monar. Założona trzy lata później (w 1981 roku) przez byłego narkomana katolicka wspólnota „Betania” działa przez parę lat bez wiedzy i zgody władz. W latach 1982–1990 w różnych miejscach Polski powstaje 20 ośrodków MONARU, w 1987 roku – Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN, największa obecnie pozarządowa katolicka organizacja, która wkrótce powołuje ośrodek dla młodzieży zagrożonej narkomanią. Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii organizuje ośrodek dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w Wólce Przybojewskiej pod Warszawą, w Gliwicach dr Andrzej May-Majewski otwiera pierwszy w Polsce ośrodek „Familia” dla osób z podwójną diagnozą, pracujący metodą społeczności terapeutycznej. Na południu kraju z inicjatywy księdza, profesora Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Czesława Cekiery powstaje Katolicki Ośrodek Wychowawczo-Resocjalizacyjny dla młodzieży, a pod Warszawą w Grzmiącej – pierwszy publiczny ośrodek leczenia uzależnień (Koczurowska, 2008). Obecnie w Polsce funkcjonuje prawie 90 społeczności terapeutycznych, zarówno w stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej formie.

Uniwersalność społeczności terapeutycznej, a także łatwość, z jaką można ją przystosowywać do warunków społeczno-kulturowych każdego kraju, powodują, że na wszystkich kontynentach świata powstają wspólnoty terapeutyczne niosące pomoc osobom uzależnionym. Powstają narodowe federacje społeczności terapeutycznych, zrzeszające osoby tam pracujące. Większość organizacji i stowarzyszeń stosujących metodę społeczności należy do Światowej Federacji Społeczności Terapeutycznych (*World Federation of Therapeutic Communities*) z siedzibą w Nowym Jorku.

FUNDAMENTALNE ZAŁOŻENIA SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

Zdefiniowanie pojęcia „społeczność terapeutyczna (*therapeutic community*)” nie jest sprawą prostą. Podstawową trudność stanowi tu wieloznaczność samego terminu społeczność. Nie ma też jasności, kto pierwszy go użył dla określenia programów wychodzenia z uzależnienia. W literaturze nadmienia się (De Leon, 2003), że społeczność była określana jako szkoła, surogat rodziny lub mikrospołeczeństwo. I w każdym z tych określeń doszukać się można jej istoty.

Próba ujednoczenia różnych podejść do idei społeczności terapeutycznej, dokonana przez De Leona, zaowocowała definicją społeczności terapeutycznej „jako odrębnego podejścia samopomocowego do leczenia uzależnień od środków chemicz-

nych, o charakterze społeczno-psychologicznym” (De Leon, 2003, s. 53). W myśl tej definicji określenie społeczność oznacza podstawową metodę (oddziaływanie grupowe), za pomocą której realizowane są główne cele terapeutyczne, czyli zmiana stylu życia, przekonań i wartości poszczególnych członków społeczności.

Dosyć dobrze istotę społeczności oddaje też nie najnowsza, co prawda, definicja Bizonia (1980): „społeczność terapeutyczna jest pewnym społeczno-psychologicznym leczeniem środowiskowym, które posługuje się dynamicznym kontekstem żyjącej wspólnie grupy jako metodą leczenia w celu spowodowania wyzdrowienia społecznego oraz indywidualnego rozwoju i adaptacji”.

- Społeczność terapeutyczna prowadzona jest w specyficznych warunkach zewnętrznych.
- Wykorzystuje dynamikę relacji międzyludzkich osób przebywających w jednej wspólnocie.
- Opiera się na określonej filozofii.
- Ma określoną strukturę (hierarchię, etapy).

Z powyższych, pobieżnych nawet charakterystyk wynika, że społeczność terapeutyczna może być rozpatrywana jako koncepcja, jako model i jako metoda (De Leon, 2003).

Ważnym założeniem przyjętym w społeczności jest wiara, że człowiek może wziąć odpowiedzialność za zmianę swego życia, tak samo jak jest odpowiedzialny za swoje uzależnienie. Koncepcja takiego ujmowania społeczności terapeutycznej nie oznacza, że nie ma ona podstaw naukowych – przyjętej teorii czy dającej się implementować metodologii. Wiara w możliwość zmiany i rozwoju traktowana jest jednak jako główna siła w procesie zdrowienia (Deitch, 1992), która opiera się na 4 głównych fundamentach:

1. każdy człowiek może się zmienić, stawać się lepszym i rozwijać,
2. grupa jest siłą, która umożliwia i wzmacnia zmiany,
3. człowiek musi wziąć odpowiedzialność za zmianę tego, co chce zmienić,
4. społeczność kreuje nowe zachowania i nowe postawy, ujawnia nowe uczucia.

W społeczności terapeutycznej dają się wyodrębnić 4 wyraźne kategorie oddziaływań, które sprzyjają uzyskaniu zmiany:

1. modelowanie nowych zachowań i kierowanie zmianą niepożądanych zachowań,
2. praca nad rozwojem psychicznym i emocjonalnym,
3. praca nad rozwojem intelektualnym i duchowym,
4. kształtowanie i rozwój umiejętności życiowych i zawodowych.

Wszystkie te kategorie oddziaływań są niezbędne i tak samo ważne w procesie zmiany. Mogą się wzajemnie przenikać i nakładać na siebie, ale żadna z nich nie może być ignorowana. Jedynie wszystkie te oddziaływania zapewniają harmonijny i zrównoważony proces zmiany.

Modelowanie nowych zachowań i kierowanie zmianą niepożądanych zachowań. Zmiana zachowania prowokowana jest w społeczności terapeutycznej przez system konsekwencji, które trzeba ponieść w związku z niewłaściwym, niepożądanym społecznie czy wręcz szkodliwym zachowaniem.

Wszelkie oddziaływania kształtujące nowe zachowanie mają charakter stopniowalny, hierarchiczny i podlegają kontroli społeczności. Mogą zawierać element

wsparcia, propozycji zmiany czy analizy tego, co jest trudne. Zawsze jednak muszą one podkreślać to, co pozytywne, nie akceptować tego, co negatywne i „nie dać się zwieść temu co pośrodku” (Deitch, 1992).

Hierarchia oddziaływań korekcyjnych (sankcji) przedstawiona jest poniżej.

- Rozmowa indywidualna (pouczenie) – prowadzi ją głównie terapeuta w celu bardzo precyzyjnego, życzliwego wyjaśnienia, dlaczego należy zmienić niepożądane zachowanie, zachęcenia do zmiany i wsparcia („wiem, że możesz to zrobić...”).
- Informacja zwrotna – w momencie wystąpienia niewłaściwego zachowania udziela jej członek społeczności lub członek kadry, świadek takiego zachowania. Osoba, która otrzymuje informacje zwrotne o swoim zachowaniu musi ich wysłuchać bez komentarzy, przyjąć, skorygować swoje zachowanie i podziękować za informacje.
- Upomnienie (reprimenda) – ostre, stanowcze zwrócenie uwagi osobom, które uporczywie zachowują się w sposób niepożądany, ukazanie negatywnych konsekwencji nieakceptowanych społecznie zachowań, z jednoczesnym pouczeniem i wsparciem. Upominanie stosowane jest w obecności przedstawicieli kadry i członków grupy.
- Nagana („zmycie głowy”) – udziela jej personel (kadra merytoryczna ośrodka) w obecności wszystkich członków społeczności osobom, których dotychczasowe zachowanie nie ulegało zmianie, mimo uwag i upomnień. Udzielana jest tonem krytycznym, stanowczym, z użyciem dosadnych określeń, jej przebieg jest sformalizowany. Ma to na celu zmuszenie osoby do uważnego wysłuchania uwag pod adresem jej zachowania.
- Uczenie się społecznych zachowań („nauczka”) – oddziaływanie polega na przydzieleniu przez społeczność i personel zadań do wykonania osobom, które nie dokonały oczekiwanej zmiany zachowania pod wpływem dotychczasowych interwencji korekcyjnych. Zadania wykonują na oczach całej społeczności, która udziela informacji zwrotnych o efektach oczekiwanej zmiany.
- Odosobnienie – pozostawia się osobę, niereagującą na dotychczas stosowane oddziaływania korekcyjne społeczności, w pokoju odosobnienia, z którego nie wolno jej wychodzić aż do momentu podjęcia decyzji, czy zostanie w społeczności czy też ją opuści. Ten rodzaj interwencji odwołuje się do refleksji danej osoby nad jej własną sytuacją i zakłada, że w obliczu grożącego usunięcia ze społeczności, będzie zmuszona do wzięcia odpowiedzialności za swoją najbliższą przyszłość.
- Gorące krzesło – ustawione przed drzwiami wyjściowymi lub w miejscu widocznym dla całej społeczności. Osoba, która nie reaguje na interwencje korekcyjne i uporczywie nie zmienia swego zachowania, mimo zastosowania różnych oddziaływań (łącznie z odosobnieniem), otrzymuje swoje dokumenty, ma spakować swoje rzeczy osobiste, usiąść na krześle i podjąć ostateczną decyzję.

Oddziaływania korekcyjne różnego typu stają się coraz bardziej ostre, ale zmniejsza się ich częstotliwość. W społecznościach terapeutycznych rzadko stosuje się sankcję odosobnienia, a bardzo często uwagi, upomnienia czy nagany. Każdy rodzaj interwencji ma też swój limit czasowy, np. nie można w nieskończoność kogoś upominać lub dawać nagany. W zależności od etapu procesu terapii oraz ważności określonych zmian limit czasu ustala społeczność.

Praca nad rozwojem psychicznym i emocjonalnym. Drugą równie ważną kategorią oddziaływań, stosowanych codziennie w każdej społeczności terapeutycznej to oddziaływania, odnoszące się do emocjonalnej sfery życia człowieka oraz do jego osobistego rozwoju. Społeczności, w których koncentruje się tylko na korygowaniu wadliwych, społecznie nieakceptowanych zachowań, a nie podkreśla się wagi życia wewnętrznego człowieka, mają zaburzoną równowagę i w związku z tym ograniczają ostateczny efekt terapii. Wszelkie interwencje terapeutyczne – pozwalające zwiększyć świadomość osobistej sytuacji życiowej, rozpoznać funkcje, jakie pełniły w życiu narkotyki, zrozumieć wpływ doświadczeń życiowych (zwłaszcza wczesnodziecięcych) na obecną sytuację oraz umożliwiające wzmocnienie własnego ja poprzez zwiększanie poczucia własnej wartości, wzrost samoakceptacji, siły i osobistej sprawczości – przyczyniają się do umacniania procesu zmiany. Codzienne życie w społeczności dostarcza bardzo wielu sposobności poznawania samego siebie. Społeczność jest bowiem „lustrem”, w którym zobaczyć można samego siebie. Pracy nad emocjami i osobistym rozwojem służą przede wszystkim takie oddziaływania terapeutyczne, jak kontakt indywidualny i pogłębiona praca terapeutyczna w relacji jeden na jeden, wszelkie oddziaływania o charakterze poradnictwa, grupy rozwoju osobistego, treningi, warsztaty tematyczne, a także różnorodne formy pracy z rodzinami i bliskimi członków społeczności.

Praca nad rozwojem intelektualnym i duchowym. Celem oddziaływań nakierowanych na kształtowanie, rozwój i poszerzenie zdolności intelektualnych jest m.in. stworzenie możliwości uczenia się myślenia abstrakcyjnego, rozpoznawania własnych schematów poznawczych, które rządzą zachowaniem, dokonywania analizy osobistych doświadczeń, poszerzania wyobraźni na temat otaczającego świata, podejmowania decyzji, planowania przyszłości. Dbałość o rozwój intelektualny umożliwia rozwój duchowy – rozważania na temat systemu wartości, zagadnień egzystencjalnych, co pozwala np. rozumieć uniwersalizm pewnych zdarzeń, sens nieuchronności ludzkiego losu. Oddziaływania dotyczące rozwoju duchowego i intelektualnego mogą mieć formę seminariów, warsztatów edukacyjnych, formalnych, nieformalnych spotkań dyskusyjnych i inną. Wszelkie interwencje terapeutyczne odwołujące się do wartości uniwersalnych i egzystencjalnych prawd mają w sobie czynnik leczący.

Kształtowanie i rozwój umiejętności życiowych i zawodowych. Czwarta, bardzo ważna kategoria oddziaływań, sprzyjających zmianie, odnosi się do kształtowania i rozwoju umiejętności praktycznych, których nabycie podczas pobytu w społeczności ułatwia rozpoczęcie życia poza nią. Najlepszym sposobem nauczania praktycznych umiejętności jest uczenie się przez naśladownictwo, tzw. dobry przykład i poprzez modelowanie zachowań (Koczurowska i Stompór, 1981). Społeczność terapeutyczna jest środowiskiem, w którym otrzymywanie informacji zwrotnych, bezpośrednie instrukcje, a także pozytywna identyfikacja z grupą, stosowane wzmocnienia i nagrody – w sposób naturalny sprzyjają kształtowaniu umiejętności życiowych. Oddziaływania w tej kategorii to głównie konstruktywna konfrontacja, poradnictwo i wspieranie uczenia się tych umiejętności w każdej możliwej sytuacji. W społeczności terapeutycznej istnieje też szereg możliwości nabywania umiejętności zawodowych. Zadaniem personelu jest stworzyć szanse nauki tych umiejętności.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA MODELU
SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

W myśl fundamentalnych założeń społeczności terapeutycznej wychodzenie z uzależnienia jest procesem zmian w wielu obszarach życia człowieka, dokonujących się w określonym środowisku społecznym, jakim jest wspólnota. To środowisko społeczne, zwane także mikrokosmosem społecznym zawiera w sobie wiele elementów, które sprzyjają osiągnięciu celów osobistych przez poszczególnych członków społeczności (Koczurowska i Stompór, 1985). Sposób organizacji życia pozwala na permanentny proces społecznego uczenia się poprzez fakt wykorzystywania grupy jako źródła odniesienia. Ważną cechą społeczności terapeutycznej jest również fakt jej realności, prawdziwości – konkretne, realne sytuacje życiowe, w których człowiek uczestniczy i które przeżywa, mogą dostarczyć mu znaczących doświadczeń i służyć społecznemu uczeniu się.

Często mówi się, że w społeczności terapeutycznej wszystko jest terapią. I nie ma w tym stwierdzeniu przesady. Środowisko fizyczne społeczności, panujące w niej zasady, regulaminy, organizacja procesu terapii, porządek dnia, codzienne formy aktywności, pełnione role, rytuały, zwyczaje czy rola i zadania personelu stanowią swoistą reprezentację społecznej rzeczywistości, która sprzyja socjalizacji i procesowi zdrowienia. (De Leon, 2003). Występujące w społeczności elementy organizacyjne i strukturalne stanowią o unikatowym **modelu** leczenia psychospołecznego.

1. Zewnętrzne warunki funkcjonowania – „własne terytorium”

Społeczności terapeutyczne mają najczęściej swoje siedziby w dworakach lub gospodarstwach położonych z dala od aglomeracji miejskich. W obrębie miast mają swoje domy głównie społeczności dziecięco-młodzieżowe ze względu na konieczność realizacji obowiązku szkolnego, na dostęp do kultury i rekreacji. Przylegający do ośrodka teren jest zazwyczaj oznakowany i stanowi odrębne, niezależne od otoczenia zewnętrzne, terytorium. Panujące na tym terytorium zasady i zwyczaje służą przede wszystkim bezpieczeństwu, stanowią o przynależności do określonego wyrażnie miejsca, zaznaczają pewien porządek i ład. O wszystkim decyduje społeczność, co w znacznej mierze sprzyja procesowi utożsamiania się z panującymi tu regułami. Fakt pewnej separacji od wpływów zewnętrznych, pozwala członkom społeczności umacniać i integrować grupę.

Domy (ośrodki), w których mieszkają członkowie społeczności urządzone są i utrzymywane zgodnie z ich potrzebami. W społecznościach finansowanych przez instytucje państwowe (np. Narodowy Fundusz Zdrowia) obowiązuje dostosowanie się do warunków określonych przez te instytucje. Bardzo często te wymagania są rażąco sprzeczne z ważnymi potrzebami osób leczących się i uniemożliwiają w pełni wykorzystanie modelu społeczności w procesie zdrowienia.

W domu zazwyczaj znajdują się sypialnie (trzy–czterooosobowe), łazienki i sanitariaty, zaplecze kuchenne, wspólna jadalnia, pokoje wypoczynkowe oraz pomieszczenia do zajęć terapeutycznych (w tym sala spotkań społeczności). W większości domów, zamieszkiwanych przez społeczność, znajduje się też duży hol, który spełnia funkcję informacyjną, komunikacyjną i organizacyjną; znajdują się tam wszel-

kie informacje, regulaminy, postanowienia itp. Oprócz pomieszczeń gospodarczych i administracyjnych (zazwyczaj niewielkich), w domach są też pokoje spełniające funkcje izolatki, gabinetu lekarskiego oraz pomieszczenia służące realizacji zainteresowań, edukacji i rekreacji (np. pracownia malarska, siłownia, biblioteka). Społeczność ośrodka stanowi jednorazowo grupę liczącą od 20 do 70 osób.

2. Personel

Wszystkie społeczności prowadzone są przez zespoły terapeutyczne złożone najczęściej z profesjonalistów – specjalistów i instruktorów terapii uzależnień oraz lekarzy, psychologów i pracowników socjalnych. W wielu z nich przyjmuje się, że jedną czwartą personelu stanowią osoby, które skończyły program w społeczności terapeutycznej. Członkowie kadry terapeutycznej zobowiązani są do systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i posiadania certyfikatów upoważniających do pracy z osobami uzależnionymi. W każdym ośrodku zatrudniony jest lekarz psychiatra, a w niektórych także lekarz ogólny. Społeczności terapeutyczne zatrudniają skromny personel administracyjno-techniczny. Większość zadań z tego zakresu wykonywana jest przez członków społeczności. Funkcjonuje liderowski model prowadzenia ośrodka, gdzie lider stoi na czele zespołu terapeutycznego i jest wyraźnym przewodnikiem dla członków społeczności. Kadra pełni rolę racjonalnego autorytetu, wpięrającego towarzysza i przewodnika w procesie pracy nad sobą.

3. Codzienne aktywności – podział zadań i obowiązków

We wszystkich ośrodkach podstawową formą aktywności członków społeczności jest praca – np. codzienne czynności gospodarskie, remontowe, konserwatorskie, ogrodowe, hodowlane, pozwalające utrzymać dom w sprawności i wygodzie – oraz nauka i zabawa. Każdy członek społeczności zobowiązany jest do uczestniczenia w terapii (indywidualnej i grupowej), formalnych i nieformalnych spotkaniach społeczności oraz w aktywnych formach spędzania wolnego czasu. Dzień w społeczności jest starannie zorganizowany – podzielony na pracę, osobiste zadania, proponowane formy aktywności terapeutycznej i rozwojowej (w polskim modelu bardzo szeroka oferta), spotkania, edukację i nieformalne interakcje pomiędzy członkami społeczności. Przyjmuje się zasadę, że aktywne zaangażowanie w prowadzenie własnego gospodarstwa domowego uczy odpowiedzialności, inicjatywy i jest najlepszym źródłem wiedzy na własny temat. W społecznościach terapeutycznych istnieje szczegółowy podział zadań i obowiązków, które przydzielane są poszczególnym członkom w zależności od ich indywidualnej sytuacji. Oznacza to, że otrzymane zadanie lub funkcja pełni zawsze rolę terapeutyczną i jest poddawana ocenie pozostałych członków społeczności. Dopasowuje się też rodzaj pracy i zadań do możliwości fizycznych i psychicznych danej osoby oraz do jej statusu w społeczności (etapu, na jakim przebywa). Zazwyczaj proste prace wykonują osoby będące krótko w społeczności. Funkcje szefów zarezerwowane są dla osób będących na bardziej zaawansowanych etapach. Formalnie można pełnić funkcje szefa pracy, kuchni, zaopatrzenia, domu, konserwatora, ogrodnika, opiekuna trzody, organizatora czasu wolnego. Jedną z bardziej prestiżowych funkcji jest funkcja szefa ochrony społeczności, który odpowiada za bezpieczeństwo. O całokształcie funkcjonowania ośrodka decyduje wybrana demokratycznie rada domu (zarząd). W skład

zarządu wchodzi często osoby piastujące najważniejsze funkcje, ale też osoby cieszące się największym społecznym zaufaniem.

Dom społeczności terapeutycznej nie przypomina żadnej instytucji – ma charakter domu, przyjaznego miejsca, w którym każdy szczegół świadczy o zaangażowaniu i trosce jego mieszkańców. Tak stworzone miejsce gwarantuje członkom społeczności bezpieczeństwo, poczucie przynależności, bliskości i opieki.

4. Obowiązujące zasady, regulamin i porządek dnia

W każdej prawidłowo funkcjonującej społeczności obowiązuje 5 podstawowych zasad.

- Zasada demokracji, która oznacza, że każdy członek społeczności ma równe prawa i obowiązki w zarządzaniu i decydowaniu o sprawach tej społeczności. Realizacja tej zasady zwiększa szacunek pacjenta do samego siebie, zaangażowanie, samodzielność i samokontrolę.
- Zasada konsensusu, czyli podejmowania decyzji na podstawie wspólnej, powszechnej zgody co do tego, że dane przedsięwzięcie jest słuszne lub konieczne. Zasada ta gwarantuje, iż żadna decyzja nie może być ostateczna czy obowiązująca dopóty, dopóki nie znajdzie uznania i poparcia wszystkich zainteresowanych.
- Zasada permissywności postulująca przede wszystkim określoną postawę terapeutyczną: np. akceptacji i rozumienia pacjenta, tolerancji wobec jego zaburzonych i niewłaściwych zachowań, dążenie do zrozumienia podejmowanych przez niego form aktywności. Realizacja tej zasady ma zapewnić maksymalny autentyzm i naturalność życia grupowego.
- Zasada uczestnictwa i wspólnoty postulująca, aby wszystkie sprawy członków społeczności stały się sprawami wspólnymi. Oznacza wzajemne zrozumienie, pomoc oraz troskę o dobro drugiego człowieka. Aktywne uczestnictwo we wszystkim, co się dzieje w społeczności, stanowi niezaprzeczalny walor leczniczy.
- Zasada realizmu sprowadza się do dostarczenia członkom społeczności bezpośrednich doświadczeń, umożliwiających konfrontację nabytych społecznych umiejętności z otaczającą rzeczywistością (Bizoń, 1980; Kraft, 1966).

W większości społeczności terapeutycznych zwykle obowiązują też zasady takie jak: 1. absolutna abstynencja od jakichkolwiek środków psychoaktywnych i farmakologicznych (z wyjątkiem zalecanych przez lekarza na skutek choroby somatycznej), 2. niestosowanie przemocy wobec innych, 3. otwartość i ograniczone zaufanie, 4. abstynencja seksualna. Z reguły zasady te ujęte są w formę pisemną i umieszczone w widocznym miejscu.

Typowy dzień społeczności zaczyna się (poza obowiązkową gimnastyką, toaletą poranną i śniadaniem) spotkaniem porannym, na którym zazwyczaj krótko omawia się szczegółowy porządek dnia. Określa on zakres prac, które trzeba wykonać, ustala godziny spotkań grupy, czas na naukę, zabawę i zadania przydzielone przez społeczność (Koczurowska, 2000).

Regulamin społeczności to zazwyczaj zestaw podstawowych zasad określających funkcjonowanie na jej terytorium. W większości społeczności terapeutycznych regulamin określa m.in. godziny ciszy nocnej, miejsca, w których wolno przebywać podczas dnia (obowiązuje np. zakaz przebywania w sypialniach podczas dnia), regu-

luje spożywanie posiłków (nie wolno np. spożywać posiłków poza miejscami do tego wyznaczonymi, wchodzić bez zezwolenia do kuchni), określa sposób korzystania z łazienek i sanitariatów (np. „nie dłużej niż 4 minuty pod prysznicem”), uzyskania zgody na wyjście z ośrodka, korzystania z internetu, telefonów, sposób umieszczania informacji dotyczących poszczególnych osób lub społeczności jako całości w publicznym miejscu, kontaktowania się z rodziną czy znajomymi. Wiele wewnętrznych regulaminów społeczności określa też zasady dotyczące poszanowania mienia wspólnego, dbałości o własny wygląd. Regulamin wewnętrzny społeczności musi pozostawać zawsze w zgodzie z kartą praw pacjenta (też umieszczoną w miejscu ogólnie dostępnym) i być tworzony z pełnym poszanowaniem praw człowieka.

5. Etapy programu (szczeble kariery)

Proces terapeutyczny w społeczności podzielony jest zazwyczaj na etapy, niezależnie od wariantu realizowanego programu (terapia długoterminowa, krótkoterminowa), co ułatwia członkom społeczności sprawowanie kontroli nad przebiegiem i efektami własnej terapii. W klasycznej koncepcji społeczności terapeutycznej można wyróżnić 5 faz procesu terapeutycznego: fazę I – orientacji, fazę II – podstawowej terapii, fazę III – przygotowań wstępnych do powrotu do społeczeństwa, fazę IV – kończącej terapię i fazę V – post-rehabilitacji (Deitch, 1992). W polskich ośrodkach, zwłaszcza dla dorosłych, stosowany jest najczęściej podział procesu terapii na trzy podstawowe etapy: nowicjatu, domownika i rezydenta („mieszkańca”, „monarowca”). Na przykład w programach długoterminowych etap nowicjatu trwa od 3 do 6 miesięcy, etap domownika od 7 do 9 miesięcy i etap mieszkańca około 9 miesięcy. Z kolei w społeczności dla osób w wieku od 14 do 19 lat, używających narkotyków, obowiązuje zazwyczaj podział na 7 etapów, takich jak: obserwator, nowicjusz, domownik, organizator, opiekun, twórca i mieszkaniec, które zadaniami odpowiadają klasycznemu podziałowi Deitcha (1992). Poszczególne etapy trwają jednak krócej, w sposób precyzyjny określają i uzasadniają zalecane do wykonania zadania, ułatwiają osiągnięcie sukcesu i czynią ten sukces bardziej widocznym. Są też bardziej atrakcyjne i łatwiejsze do pokonania. Niezależnie od przyjętych podziałów, każdemu z etapów zawsze przyporządkowane są określone, jasno sprecyzowane zadania, prawa i obowiązki. Znacznie ułatwiają one pracę nad sobą, koncentrują na osobistych możliwościach i ograniczeniach, emocjach i praktycznych umiejętnościach.

I tak **etap pierwszy**, nazywany w literaturze etapem orientacji (Deitch, 1992), fazą motywacyjną (De Leon, 2003), nowicjatem (Siczek, 1987) czy obserwatorem/nowicjuszem (Koczurowska, 1993), koncentruje się głównie na zapoznaniu się nowego członka społeczności z jego mieszkańcami, a także z zasadami, filozofią, regulaminami oraz proponowanym programem terapii. Na tym etapie zazwyczaj dokonuje się wszystkich niezbędnych czynności diagnostycznych (badania lekarskie i psychologiczne, obserwacja i wstępna propozycja planu terapii) oraz pracuje nad zwiększeniem motywacji do zmiany.

Drugi etap, nazywany fazą podstawowej terapii (Deitch, 1992), domownika (Siczek, 1987; Koczurowska, 1993), skupia się na nauce podstawowych umiejętności społecznych, samodyscyplinie, samokontroli i odpowiedzialności. Od osoby będącej na tym etapie oczekuje się inicjatywy w zakresie pracy na rzecz społeczności, rozpoczęcia

nauki, aktywnego uczestnictwa w grupach terapeutycznych oraz w spotkaniach nieformalnych społeczności, pełnienia odpowiedzialnych funkcji, otwartości i gotowości do pomagania innym oraz konkretyzacji osobistych celów terapeutycznych.

Etap trzeci – przygotowanie do powrotu do społeczeństwa (Deitch, 1992), monarowiec/mieszkaniec (Siczek, 1987), organizator/opiekun (Koczurowska, 1993) – to okres koncentracji na rozwoju osobistym, przepracowywania własnych problemów emocjonalnych, odbudowywania więzi uczuciowych z bliskimi, zaangażowania w naukę lub uczenie się zawodu, uczestnictwa w wielu aktywnościach społecznych poza ośrodkiem (np. spotkania AN, AA, kluby zainteresowań), okres udziału w edukacji poświęconej m.in.: radzeniu sobie ze stresem, rozpoznawaniu swoich aspiracji i możliwości ich realizacji, ujawnianiu uczuć, opanowywaniu agresji, zapobieganiu nawrotom.

W **czwartym etapie** procesu terapii – kończącym (Deitch, 1992), monarowiec, mieszkaniec/rezydent (Siczek, 1987), twórca (Koczurowska, 1993) – głównym celem staje się opracowanie realnej wizji swojej najbliższej przyszłości oraz planu wprowadzenia jej w życie. Osoby na tym etapie zobowiązane są do uczestnictwa w treningach umiejętności rozwijających własną przedsiębiorczość (np. planowanie budżetu, zarządzanie osobistym planem, podejmowanie ważnych decyzji). Jest to też czas pogłębionej pracy nad sobą, głównie w obszarach dotyczących poczucia winy, lęków czy doznanych urazów psychicznych.

Etap piąty – post-rehabilitacyjny (Deitch, 1992), mieszkańca (Koczurowska, 1993) – realizowany jest najczęściej poza ośrodkiem (w hostelach lub mieszkaniach readaptacyjnych) i trwa od 6 miesięcy do roku. Głównym jego celem jest stabilizacja życia osobistego i zawodowego członka społeczności, uzyskanie stałych dochodów finansowych, kontynuacja rozwoju osobistego i zawodowego.

SPÓŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA JAKO METODA

Termin „społeczność terapeutyczna” oznacza, że społeczność, czyli grupa osób mieszkająca na tym samym terytorium, może uzdrawiać i leczyć swoich członków. Możliwość, jakie posiada społeczność wynikają z faktu, że stanowi ona model zorganizowanego środowiska społecznego i codziennego sposobu życia, sprzyjający zdrowieniu i socjalizacji. Społeczność terapeutyczna jako metoda opisywana jest w terminach czterech powiązanych ze sobą wzajemnie komponentów (De Leon, 2003).

- **Kontekst środowiskowy** (model społeczności), który umożliwia wykorzystanie warunków społecznych do uczenia się o sobie samych, eksperymentowania z nowymi zachowaniami i nabywania nowych społecznych umiejętności. Model społeczności terapeutycznej jest tak stworzony, aby umożliwiać i prowokować pełną partycypację w procesie zmiany. Nad zmianą czuwają nie tylko terapeuci, ale przede wszystkim sami członkowie społeczności.
- **Oczekiwania społeczności** są w pewnym sensie drogowskazem. Określają wymagania, jakie powinien spełniać każdy jej członek. Oczekuje się, że jednostka będzie maksymalnie angażować się we wszystkie rodzaje aktywności (w pracę, naukę, zabawę, pełniąc funkcje i uczestnicząc w zajęciach terapeutycznych) na wszystkich etapach procesu terapii.

- **Oceny społeczności** – społeczność wykorzystuje wiele sposobów oceniania zachowania swoich członków: od stosowania różnego rodzaju sankcji (patrz wyżej) przez okazywanie wsparcia, akceptacji i szacunku, do przydzielania przywilejów.
- **Reakcja społeczności**, czyli sposoby, w jaki jej członkowie zachowują się w związku z takim, a nie innym postępowaniem kogoś z nich. Dotyczy to zarówno okazywania akceptacji, jak i jej braku. Społeczność sprawdza, kontroluje, demaskuje, ujawnia, stawia wyzwania, namawia na współzawodnictwo, zachęca, wspiera, przekonuje, tłumaczy – zawsze czyni to w interesie osoby, której to dotyczy. Aby zrozumieć i zaakceptować reakcje społeczności, trzeba uwierzyć w jej dobre intencje.

W każdej społeczności terapeutycznej można wyróżnić wiele sposobów oddziaływań, których głównym celem jest spowodowanie u poszczególnych jej członków zmian, prowadzących do zdrowienia, rozumianego jako powrót do społeczeństwa oraz satysfakcjonujący rozwój osobisty, umożliwiający realizację ważnych potrzeb i celów życiowych bez konieczności używania środków odurzających. Najbardziej typowymi formami oddziaływań terapeutycznych (oprócz opisanych wyżej oddziaływań korekcyjnych) są:

- wizualizacje, symbolika, niepisana filozofia
- spotkania społeczności
- grupy etapowe
- grupy edukacyjne
- zespoły tematyczne (zadaniowe)

1. Wizualizacje, symbolika, niepisana filozofia. W społecznościach terapeutycznych stosuje się wiele symboli, elementów magii i wizualizacji. Kultowym symbolem jest dzwon, umieszczany zazwyczaj w miejscu ogólnodostępnym i widocznym. Oznacza wołanie o pomoc, przybywanie na ratunek. Dzwonu nie wolno nadużywać ani wykorzystywać do innych celów (np. do pobudki). Wśród innych symboli wymienić można specjalne godła, flagi, plakietki, nakrycia głowy, przydzielane atrybuty władzy. Wszystkie symbole, podobnie jak elementy magii, stanowią o wyjątkowości danego miejsca, jego niepowtarzalności i sile. Dla członków społeczności są wyznacznikiem przynależności i bezpieczeństwa.

Charakterystycznym elementem ośrodka są też różnego typu informacje, zdjęcia, napisy znajdujące się na ścianach poszczególnych pomieszczeń. Zasadą jest wizualizowanie wszystkich zasad, sloganów, przypomnień, zapewnień, przyrzeczeń czy przestróg.

Bardzo ważnym elementem, oddziałującym na członków społeczności, jest „niepisana” filozofia (choć napisana i wywieszona w widocznym miejscu), czyli zbiór maksym i zaleceń, które sprzyjają zmianie i przyspieszają proces zdrowienia. Bardziej znane i stosowane maksymy to: „zachowuj się tak, jakbyś...”, „uważaj o co prosisz, bo możesz to dostać”, „co dajesz to dostajesz”, „tylko odpowiedzialna miłość”, „nie ma obiadów za darmo”, „lepiej rozumieć niż być rozumianym”, „zaufaj otoczeniu”, „ciągły rozwój, a nie utarta pozycja”, i wiele innych.

2. Spotkania społeczności. Są spotkania poranne i wieczorne nazywane rutynowymi, spotkania interwencyjne (zwoływane w sytuacjach trudnych i kryzysowych

uderzeniem w dzwon), spotkania terapeutyczne (regularne: raz lub dwa razy w tygodniu), tzw. spotkania organizacyjne (dotyczące bieżących spraw poszczególnych członków lub całej społeczności) i spotkania uroczyste (np. z okazji świąt, urodzin).

Spotkania poranne odbywają się codziennie, o wyznaczonej porze i są bardzo ustrukturalizowane. Wszystkie ich elementy są zawsze powtarzane. Głównym celem spotkań porannych jest dbałość o stałość warunków, w których znajdują się członkowie społeczności, co daje im poczucie bezpieczeństwa, wprawienie w dobry nastrój i poczucie, że wszystko zależy od nas samych i że możemy liczyć na ludzi, którzy tworzą społeczność, skłonienie do refleksji nad osobistą sytuacją członków społeczności, załatwienie prostych spraw organizacyjnych i interpersonalnych, a przede wszystkim – przywołanie powodów, dla których członkowie społeczności znaleźli się w ośrodku i przypomnienie zobowiązań, które wobec siebie i innych podjęli. Spotkanie poranne prowadzone jest przez osoby będące na wyższych etapach terapii i trwa nie dłużej niż 45 minut.

Inną formę mają rutynowe *spotkania wieczorne*. Odbywają się także codziennie, trwają jednak krócej (około 30 minut). Mają charakter wsparcia i refleksji nad mijającym dniem, są czasem składania podziękowań. Niekiedy traktuje się je jako rozliczeniowe lub podsumowujące, jako sposobność do przekazania głównie informacji oceniających. Nie wpływa to jednak dobrze na samopoczucie i motywację członków społeczności. W niektórych modelach społeczności załatwia się też na nich wszystkie sprawy organizacyjne. Rola spotkań wieczornych społeczności zależy w dużej mierze od przyjętego modelu.

Bardzo ważnym spotkaniem jest tzw. *zgromadzenie ogólne*, które w modelach amerykańskich i europejskich zwoływane jest w ważnych dla społeczności sprawach. W modelu polskim przyjęto nazywać je *społecznością planową* albo główną, która odbywa się regularnie raz w tygodniu i trwa zazwyczaj od dwóch do 6 godzin. Omawia się wówczas wydarzenia ostatniego tygodnia, rozwiązuje sprawy osobiste i konflikty między członkami grupy, podejmuje decyzje, przydziela zadania i przywileje, ustala konsekwencje. Podczas trwania społeczności planowej mogą być stosowane różne techniki pracy grupowej i indywidualnej, np. elementy psychodramy, terapii Gestalt, analizy transakcyjnej, technik behawioralno-poznawczych czy relaksacyjnych.

Spotkania interwencyjne zwoływane są w zależności od potrzeby, najczęściej w sytuacjach kryzysu czy zagrożenia i poświęcone są tylko tym sprawom, z powodu których zostały zwołane. Spotkanie interwencyjne ma prawo zwołać każdy członek społeczności uderzając w dzwon.

3. Grupy etapowe. W klasycznym modelu społeczności terapeutycznej *grupy* są formą pracy terapeutycznej i edukacyjnej. Służą one zarówno rozwiązywaniu problemów osobistych, jak i wszechstronnej edukacji. W modelu polskim najczęściej prowadzi się grupy etapowe, czyli grupy osób znajdujących się na tym samym etapie terapii. Spotykają się one raz w tygodniu, na 2–4 godziny. Grupy te mogą realizować konkretne zadania etapowe, ale mogą też mieć charakter grupy procesowej, gdzie omawiane są sprawy aktualnie dziejące się w grupie.

4. Grupy edukacyjne organizowane są w celu poszerzenia wiedzy i umiejętności członków społeczności w określonych obszarach, np. zdrowia, prawa, chorób współ-

występujących, autodiagnozy uzależnienia, poznania mechanizmów powstawania uzależnienia, chorób zakaźnych. Mają formę warsztatowo-seminaryjną i prowadzą je zazwyczaj terapeuci lub zaproszeni specjaliści. W społeczności funkcjonują też grupy dyskusyjne, których celem są rozmowy tzw. egzystencjalne (np. o wolności, tolerancji, odwadze, cierpieniu). Na ogół prowadzone są przez członka społeczności – jest to zadanie w ramach jego indywidualnego programu terapii.

5. Zespoły tematyczne. Cechą charakterystyczną społeczności terapeutycznych jest dbałość o rozwój osobisty poszczególnych członków społeczności. Stąd w ośrodkach prowadzi się wiele różnorodnych zajęć, takich jak muzyczne, teatralne, taneczne, z malarstwa, sztuki użytkowej, zajęcia językowe, komputerowe, edukacyjne o różnorodnej tematyce. A także nauka wschodnich sztuki walki, grupy sportowe (aerobik, kulturystyka, gry zespołowe) czy grupy sportów ekstremalnych (od wspinaczki wysokogórskiej po spadochroniarstwo). Niektóre z tych zajęć traktowane są jako obowiązkowe. Społeczności terapeutyczne co najmniej dwa razy w roku organizują obozy rekreacyjno-terapeutyczne. Z reguły są to obozy kajakowe, rowerowe lub wędrownne.

CZYNNIKI LECZĄCE W SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

Grupa społeczna, w której przebywają osoby uzależnione daje wszystkim jej członkom jednakowe możliwości modyfikowania, normalizowania i zmiany wadliwych postaw i zachowań, rozwiązywania indywidualnych i grupowych problemów. O wyjątkowej sile oddziaływania społeczności terapeutycznej na osoby uzależnione może świadczyć liczba i jakość czynników leczniczych, jakimi dysponuje.

Tym co w społecznościach terapeutycznych leczy najbardziej jest:

- Wpajanie nadziei – świadomie podtrzymywana przez grupę i terapeutów wiara w poprawę osobistej sytuacji, rozwiązanie istniejących problemów i w lepszą przyszłość.
- Samopomoc – maksymalne zaangażowanie członków społeczności nie tylko w prowadzenie wspólnego gospodarstwa, ale także we wzajemne pomaganie sobie.
- Socjalizacja – nabywanie nowych, efektywnych zachowań społecznych przyczyniających się bezpośrednio do sprawniejszego, bezpieczniejszego funkcjonowania społecznego poza ośrodkiem. Jest ona możliwa dzięki uzyskaniu statusu pełnowartościowego członka społeczności terapeutycznej, pozbyciu się etykiety „ćpuna”, pełnieniu ważnych ról społecznych w grupie i realizowaniu ważnych społecznie zadań, wyznaczanych przez społeczność.
- Uniwersalność problemów – świadome odkrywanie i wzmacnianie poczucia podobieństwa do innych członków grupy przez doświadczanie wspólnych problemów, lęków, trudności i niepowodzeń. Odkrycie, że inni członkowie grupy mają podobne problemy czy podobnie czują, daje poczucie bezpieczeństwa i przynależności, co umożliwi i zachęca do ujawniania samego siebie i pracy nad sobą.
- Interpersonalne relacje i więzi – mobilizowanie (i wspieranie) przez terapeutów i innych członków społeczności do udzielania i przyjmowania informacji zwrotnych, aktywnej współpracy z innymi, wyrażania uczuć, konstruktywnej pracy nad swoimi negatywnymi emocjami i agresją.

Do dających się dość łatwo zidentyfikować czynników leczących, wymienianych przez Yaloma (1975), równie wyraźnie wpływających na proces zmiany poszczególnych członków społeczności zaliczyć można:

- Altruizm – pomagając innym, osoby uzależnione mają okazję zwiększyć poczucie własnej wartości, odkryć, że można być dla kogoś ważnym i potrzebnym.
- Korektywna rekapitulacja doświadczeń wczesnodziecięcych – przez odtworzenie w bezpiecznej atmosferze sytuacji przykrych z dzieciństwa, uświadomienie sobie ich wpływu na rozumienie samego siebie, czyli genezy niektórych zaburzeń zachowania.

Uświadomienie sobie egzystencjalnych aspektów bytu – nieuchronności pewnych zjawisk ludzkiej egzystencji, takich jak ból czy śmierć, od których nie ma ucieczki; zdanie sobie sprawy z wyłącznej odpowiedzialności za własne życie – niezależnie od tego, ile mogą nam pomóc inni – ułatwia przeniesienie zdobytych w grupie doświadczeń na realia życia codziennego.

Badania przeprowadzone w społecznościach terapeutycznych podejmują próbę określenia przyczyn skuteczności tej formy pracy. A oto ważne czynniki terapeutyczne tkwiące w społeczności terapeutycznej według Kooymana (2002):

- społeczność jako substytut rodziny (aspekt bezpieczeństwa i wsparcia),
- stała, prosta filozofia,
- równowaga między demokracją, autonomią i terapią,
- uczenie się zachowań społecznych poprzez specyficzne interakcje,
- uczenie się poprzez sytuacje kryzysowe,
- terapeutyczny aspekt wszystkich rodzajów aktywności,
- odpowiedzialność za własne zachowanie,
- wzrost poczucia własnej wartości poprzez twórczy, aktywny udział w życiu społeczności,
- uzewnętrznianie pozytywnych wartości,
- konfrontacja
- pozytywna presja rówieśnicza,
- uczenie się rozumienia i wyrażania własnych emocji,
- zmiana wadliwych postaw społecznych,
- poprawa więzi rodzinnych.

Skuteczność metody społeczności terapeutycznej zależy, tak jak powiedziano wyżej, od świadomego wprowadzania czynników leczniczych. We współczesnych społecznościach dają się one łatwo zidentyfikować. Pojawia się jednak niezbyt optymistyczna refleksja, czy uda się uchronić to, co leczy w gąszczu administracyjno-organizacyjnych przepisów, jakim obecnie ta metoda podlega.

PODSUMOWANIE

Specyfika uzależnienia jako choroby (np. wieloaspektowość, stygmatyzacja społeczna, epidemiczność, nawrotowość) sprawia, że pacjent uzależniony od substancji psychoaktywnych ma najczęściej słabą motywację do zmiany, wysoki poziom lęku, słabo rozwinięte wyobrażenie o własnej przyszłości; jest słaby fizycznie, pozbawiony wiary i nadziei, samotny, przegrany, pełen bólu i roszczeń wobec świata i ludzi, nieufny, pozbawiony miłości

i ludzkiego szacunku. Słowem jest osobą chorą na ciele i duszy. Wymaga zazwyczaj kompleksowej pomocy specjalistycznej, a jego powrót do zdrowia jest powolny i żmudny.

Bardzo trudno leczyć uzależnienie ze względu na specyfikę samej choroby, problemy z jednoznacznym określeniem obrazu „wyzdrowienia” (zalecenia), a także na konieczność zastosowania różnorodnych procedur medycznych w niezwykle starannie określonych warunkach zewnętrznych. Trudność leczenia wynika też, a może przede wszystkim z faktu, że postępy zależą przede wszystkim od woli i chęci samego zainteresowanego, a proces leczenia wymaga czasu. Społeczność terapeutyczna, z uwagi na działające w niej czynniki lecznicze, jest jednym z najbardziej korzystnych środowisk terapeutycznych, umożliwiających realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Więcej – doświadczenie pokazuje, że stosowanie najbardziej nowoczesnych procedur medycznych, bez zadbania o środowisko terapeutyczne, najczęściej skazane jest na niepowodzenie.

Wybór odpowiednich procedur medycznych oraz określanie warunków, w jakich mogą być one realizowane, stanowią podstawę planowania skutecznych form pomocy społecznej osobom uzależnionym.

BIBLIOGRAFIA

- Bizoń, Z.** (1980). Społeczność lecznicza. W: H. Wardaszko-Lyskowska (red.), *Terapia grupowa w psychiatrii* (s. 358-404). Warszawa: PZWL.
- Deitch, D.** (1992). *Fundamental elements of the therapeutic community*. Referat wygłoszony na TCA Planning Conference, San Diego, Kalifornia.
- De Leon, G.** (2003). *Społeczność terapeutyczna. Teoria, Model, Metoda*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Jankowski, K.** (1978). *Mój Shambala*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Koczurowska, J.** (1993). *Dom, który mamy*. Morąg: Agencja Artystyczna Morlang.
- Koczurowska, J.** (2000). Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym. Społeczność terapeutyczna. *Służba Zdrowia*, 84-87, 8-41.
- Koczurowska, J.** (2008). *MONAR pomaga 1978–2008. Przewodnik promujący dobre praktyki Stowarzyszenia MONAR z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień*. Warszawa: Stowarzyszenie MONAR.
- Koczurowska, J. i Stompór, E.** (1981). *Uczenie się interpersonalne jako element leczniczy w psychoterapii grupowej*. Zeszyty Naukowe UG, Gdańsk.
- Koczurowska, J. i Stompór, E.** (1985). Zastosowanie psychoterapii w praktyce klinicznej. W: *Skrypty uczelniane, Wprowadzenie do psychoterapii* (s. 125-135). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kooyman, M.** (2002). *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Kraft, A. M.** (1966). The therapeutic community. *American Handbook of Psychiatry*, 3, 542-551.
- Maslow, A.** (1967). Synanon and Eupsychia. *Journal of Humanistic Psychology*, 7, 28-35.
- Siczek, J.** (1987). *Zmartwychwstali*. Warszawa: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Yablonsky, L.** (1989). *The therapeutic community: A successful approach for treating substance abusers*. New York: Gardner Press.
- Yalom, I.** (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Rozdział 12

Model Minnesota

Elżbieta Rachowska

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień

Wiele placówek dla osób uzależnionych od alkoholu, a także niektóre dla pacjentów uzależnionych od narkotyków, przedstawiając swój program terapeutyczny posługują się hasłem „model Minnesota”. Pod tym hasłem często kryją się różne treści, które nie zawsze precyzyjnie wyjaśniają, do jakich elementów czy idei program nawiązuje. Jak uważają niektórzy, aby uznać dany ośrodek za tzw. „minnesocki” wystarczy, że pracuje w nim interdyscyplinarny zespół albo że w skład zespołu wchodzi trzeźwi alkoholicy lub narkomani czy też że część terapii oparta jest na pierwszych z Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików. Ten tekst ma przybliżyć istotę „modelu Minnesota”, wyjaśnić, jak się kształtował, na jakich założeniach się opiera i jakie wykorzystuje metody pracy.

RYS HISTORYCZNY

W stanie Minnesota, w trzech specjalistycznych ośrodkach: Pioneer House w 1948 roku, Hazelden w 1949 roku i Willmar State Hospital w 1950 roku, zainicjowano nowe podejście do osób borykających się z problemem alkoholowym. W 1948 roku pewien bankier i finansista zakupił Power Farm (znaną jako Hazelden). W styczniu 1949 roku została zarejestrowana Hazelden Foundation jako agencja non-profit, a wiosną tego roku pojawił się pierwszy pacjent. W Willmar State Hospital od dawna przyjmowano alkoholików i osoby uzależnione od środków farmakologicznych zmieniających nastrój. Umieszczano ich razem z pacjentami psychicznie chorymi.

Początkowo ośrodki te realizowały skromne projekty, lecz każdy z nich był pod wpływem ruchu Anonimowych Alkoholików. Dr Nelson Bradley i psycholog Daniel J. Anderson, wraz z zespołem, podjęli próbę odejścia od tradycji psychiatrycznej i dotychczasowego rozumienia alkoholizmu. Do tej pory nie było żadnego programu leczenia alkoholików. Pomoc ograniczała się do krótkiej detoksykacji i ewentualnego pobytu na oddziale psychiatrycznym z pacjentami psychotycznymi. Nie było wyszkolonego personelu i dysponowano skromnymi środkami finansowymi. Stawiano sobie wówczas pytanie, czy alkoholizm w ogóle istnieje.

W tych czasach ośrodek Hazelden stał się przystanią dla osób cierpiących z powodu alkoholizmu, osób uważanych za „beznadziejne przypadki”. W 1953 roku w ramach tego modelu zorganizowano program dla bezdomnych mężczyzn podejmujących próby leczenia. W 1956 roku rozpoczęto program dla uzależnionych kobiet, które przyjeżdżały z całego kraju. Odpowiadając na potrzeby coraz młodszych pacjentów, w 1983 roku wprowadzono program dla adolescentów w West Palm Beach.

Dzisiaj Hazelden jest liderem w multidyscyplinarnym podejściu do leczenia uzależnień chemicznych. Swoją działalność prowadzi w stanach Minnesota, Floryda, Nowy York, Teksas, Oregon, Illinois. Od sześćdziesięciu lat Hazelden rozwija formy opieki, a także formy leczenia narkomanii i alkoholizmu. Oferuje specjalistyczne programy rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od różnych środków psychoaktywnych, pomoc dla rodzin dotkniętych skutkami uzależnienia, dzięki działalności wydawniczej zapewnia odpowiednią literaturę, prowadzi badania naukowe, a także kształcenie zawodowe. Hazelden proponuje swoim „absolwentom” opiekę dotyczącą doradztwa w zakresie zdrowia psychicznego, nawrotów, a także intensywną opiekę pośrednią.

Od lat realizuje się w Hazelden programy dla pacjentów uzależnionych od heroiny, kokainy. W 1998 roku ośrodek poszerzył swoją ofertę o leczenie przewlekłych stanów chorobowych: bólu, cukrzycy, zaburzeń odżywiania. Od 2008 roku oferuje program leczenia pacjentom, którzy, oprócz problemów z alkoholem i narkotykami, mają problemy psychiatryczne. Do programu włączeni są także członkowie rodzin. W Hazelden szacuje się, że 50–75% osób leczących się z powodu uzależnienia, cierpi również na ciężkie zaburzenia psychiczne.

W całej 60-letniej historii Hazelden koncentruje się na swojej pierwotnej misji w leczeniu uzależnień, misji opartej na odbudowaniu szacunku i godności osób uzależnionych. Do dzisiaj z programów Hazelden skorzystało 250.000 osób. Osoby przeszkolone w Hazelden zaczęły tworzyć podobne ośrodki także w Europie (www.hazelden.org).

Koncepcje terapeutyczne nazywane wspólnym terminem model Minnesota stały się inspiracją dla całego lecznictwa odwykowego w Polsce. Do propagowania założeń modelu Minnesota przyczyniła się Komisja Edukacji w dziedzinie Alkoholizmu i innych Uzależnień przy Fundacji Batorego w osobach Ewy Woydyłło i Wiktora Osiatyńskiego. W końcu lat osiemdziesiątych założenia modelu Minnesota stały się istotną częścią szkoleń prowadzonych przez Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Dzięki udziałowi w szkoleniach terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi od narkotyków, elementy modelu Minnesota zaczęły przenikać do programów ośrodków dla osób uzależnionych od narkotyków. Jednym z pierwszych był ośrodek w Toruniu i Pławniowicach. Ośrodek dla osób uzależnionych od narkotyków w Toruniu integruje założenia modelu Minnesota ze społecznością terapeutyczną, terapią poznawczo-behawioralną oraz z programem Dwunastu Kroków Anonimowych Narkomanów (Rachowska, 1999).

MODEL MINNESOTA W HAZELDEN

Założenia Modelu Minnesota

Model Minnesota przez lata funkcjonowania podlegał ewolucji, lecz pewne kluczowe założenia pozostały niezmiennie.

1. Podstawowe założenie – alkoholizm jest chorobą. Anderson uważał za istotne, że mimo powtarzających się trudności i kłopotów, wynikających z picia, pacjenci nie przestawali używać alkoholu. Zachowanie to, jego zdaniem, ma charakter mimowolnej reakcji pozbawionej adaptacyjnej elastyczności. Jest to choroba odmienna od innych zaburzeń czy chorób psychicznych (Anderson, 1993).

2. Uznano, że nie można przypisywać osobistej winy za uzależnienie oraz że nie jest ono przejawem innych zaburzeń, po wyleczeniu których przestanie istnieć. Uznano alkoholizm za chorobę pierwotną, a leczenie oznaczało interwencję w ten pierwotny proces.

3. Zwrócono uwagę, że na wystąpienie tej choroby składa się wiele czynników. Ma ona charakter choroby przewlekłej, postępującej i często doprowadzającej do przedwczesnej śmierci.

4. Uznano, że wstępna motywacja nie ma istotnego wpływu na przebieg leczenia. „Nawet całkowite zaprzeczanie i opór wobec interwencji terapeutycznej mogą być z powodzeniem leczone, a początkowa motywacja nie jest konieczna, zważywszy że nie odkryto, by miała ona związek ze stanem końcowym pacjenta” (Anderson, 1993).

5. Ważnym elementem podejścia do pacjenta jest traktowanie go z szacunkiem i z poszanowaniem jego osobistej godności.

6. Umożliwienie osobie uzależnionej identyfikacji z objawami choroby może sprzyjać powstaniu potrzeby dokonania zmian w jej życiu.

7. Jednym z najważniejszych objawów choroby jest zaprzeczanie. Często istnieniu choroby zaprzecza także bliskie otoczenie chorego. Opracowano programy informacyjne i edukacyjne adresowane do członków rodzin i pracodawców w celu zwiększenia wiedzy na temat objawów choroby, form pomocy, a także sposobów nakłonienia osoby uzależnionej do leczenia.

8. Za długofalowy cel leczenia uznano utrzymywanie dożywotniej abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych.

9. Nowatorski charakter programu polegał na systemowym podejściu do choroby, uwzględniającym aktywny udział w procesie terapeutycznym osób bliskich.

10. Wykorzystanie w terapii zespołu interdyscyplinarnego, w którego skład wchodzi psychologowie, lekarze, pracownicy socjalni, pielęgniarki, księża, ale także przeszkoleni specjaliści, wywodzący się spośród alkoholików lub narkomanów, zdrowiejących z pomocą programu AA/NA¹.

Program Minnesota, budując nowe podejście do leczenia osób uzależnionych, stworzył ustrukturalizowane środowisko terapeutyczne – społeczność terapeutyczną. W społeczności terapeutycznej pacjenci mieli nauczyć się, jak żyć i radzić sobie z przewlekłą chorobą, bez konieczności sięgania po alkohol czy inną substancję psychoaktywną. Stworzono środowisko, w którym wykorzystywano każdą aktywność pacjenta, która mogła stanowić katalizator pozytywnych zmian zachowania. Doświadczenie terapeutyczne miało trwać 60 dni, a w związku z tym program musiał być intensywny i sprzyjać wywołaniu szybkich zmian. Oddziaływania były skoncentrowane na zasadniczym procesie alkoholizmu. Zajmowano się przede wszystkim nałogowym zachowaniem, pomocą w zmianie stylu życia związanego z nałogiem. Zmiana stylu życia często wymaga modyfikacji wielu różnorodnych czynników, które uruchamiają lub podtrzymują zachowania nałogowe.

Strategie leczenia

Zmieniono sposób komunikacji między personelem a pacjentami na bardziej bezpośredni, empatyczny i otwarty. Swobodnie dzielono się doświadczeniem, związanym

1 Ośrodek w Hazelden od 1954 roku zaczął zatrudniać trzeźwiejących alkoholików.

z ujawnianiem biografii alkoholowej, udzielano rad opartych na własnych przeżyciach, spontanicznie dzielono się nadzieją i entuzjazmem w odniesieniu do pozytywnych efektów leczenia.

1. Grupy zadaniowe. Celem grup zadaniowych jest pomoc pacjentom w rozwiązywaniu problemów osobistych i w podejmowaniu decyzji bezpośrednio związanych z uzależnieniem. Poruszane tematy to: uraza, egocentryzm, chęć pokazania siebie w lepszym świetle, obwinianie innych. Zadanie terapeutów prowadzących zajęcia polega na pomaganiu pacjentom w modyfikacji destrukcyjnych postaw, w wypracowaniu bardziej realistycznego podejścia do swojej sytuacji.

2. Grupy partnerskie były inicjowane przez samych pacjentów. Udzielano sobie nawzajem wsparcia, dzieląc się doświadczeniami w małych nieustrukturalizowanych grupach, których nie prowadzili terapeuci. Nazwano to „zasadą terapii przez pomaganie” (*help-therapy principle*). Osoba, która udziela pomocy może uzyskać tyle samo, co osoba, której pomoc jest udzielana. Dzięki tej formie pacjenci stawali się bardziej aktywni i zaangażowani w pomaganie innym. Wykorzystano tu doświadczenie AA, że „ludzie, którzy nie są w stanie pomóc samym sobie, mogą pomóc sobie nawzajem” (Anderson, 1993).

3. Wykłady edukacyjne. Istotnym elementem programu stały się krótkie wykłady na temat objawów alkoholizmu, różnych przejawów zachowania osoby uzależnionej, biologicznych i społecznych czynników związanych z alkoholizmem, osobowości oraz technik pomocnych w zmianie zachowania, uczestnictwa w AA. Przyczyniały się one do zwiększenia wiedzy o przejawach uzależnienia. Taka forma dawała pacjentowi poczucie bezpieczeństwa – mógł on bowiem zmieniać ocenę swojej sytuacji, bez konieczności ujawniania osobistych, często bardzo bolesnych faktów i nie obawiać się reakcji ze strony innych pacjentów.

Elementy programu

Początkowo program trwał 60 dni, ale z czasem ze względu na koszty skrócono go do 28 dni. Pacjenci byli kierowani do programu przez placówki medyczne i agencje społeczne, rodziny, programy pomocy pracowniczej, AA i inne podmioty. Po detoksykacji, trwającej 2–7 dni, pacjent przechodził do programu.

Pierwszym krokiem było określenie jego indywidualnych potrzeb, co wiązało się z przeprowadzeniem diagnozy, także psychologicznej. Zarówno pacjent, jak i zespół terapeutyczny jest zapoznawany z wynikami badań. Następnie multidyscyplinarny zespół tworzy indywidualny plan leczenia pacjenta, podejmuje też wszelkie decyzje dotyczące jego przyjęcia i wypisania. Pacjent przechodzi dwie równoległe drogi leczenia, zgodnie z indywidualnym planem. Pierwsza, taka sama dla wszystkich, to udział w grupach zadaniowych i wykładach, a druga to indywidualne spotkania z osobistym doradcą. Spotkania odbywają się zwykle dwa razy w tygodniu, doradca pełni rolę zaufanego powiernika, swojego rodzaju „korepetytora”, opiekuna, wzoru do naśladowania.

W przypadku występowania problemów somatycznych, małżeńskich, psychologicznych pacjent jest kierowany do odpowiedniego specjalisty. Osobom, które chcą włączyć się do wspólnoty AA, umożliwia się przygotowanie pięciu kroków z programu Dwunastu Kroków.

Usługi terapeutyczne są podporządkowane dwóm podstawowym celom. Pierwszy jest związany z utrzymywaniem abstynencji od alkoholu i innych substancji zmieniających nastrój. Drugi dotyczy pomocy w zmianie destrukcyjnego stylu życia, w zwiększeniu poczucia własnej wartości i przeżywaniu większego zadowolenia w związku z zachodzącymi zmianami. Wspólnie z pacjentem układa się plany co do jego funkcjonowania po wypisaniu z programu, plany odnoszące się np. do formy dalszej opieki, udziału w AA, zamieszkania w hostelu, ambulatoryjnego leczenia związanego z pomocą w rozwiązywaniu problemów natury psychologicznej lub funkcjonowania społecznego. Zwrócono uwagę, że wskaźnik wyleczeń wzrastał proporcjonalnie do rozwoju możliwości kontynuowania po wypisaniu opieki adekwatnej do potrzeb pacjentów (tzw. *aftercare*) (Anderson, 1993).

Podstawowe fazy leczenia

Proces terapeutyczny ma charakter dynamiczny i obejmuje trzy powiązane ze sobą fazy lub inaczej cele leczenia (Anderson, 1993).

1. Uznanie i akceptacja bezsilności wobec alkoholu. W tej fazie wspiera się pacjenta w uznaniu i zaakceptowaniu faktu, że jest bezsilny wobec alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych i udziela pomocy w przewycięzeniu zjawiska zaprzeczania. Wiąże się to z akceptacją utraty kontroli nad używaniem substancji i utratą kontroli nad własnym życiem (w pewnym zakresie nie jest bowiem w stanie nim kierować).

2. Uznanie potrzeby zmiany. Ten etap dotyczy sytuacji, w której pacjent potrafi uznać i w pewnym stopniu zaakceptować fakt, że ma problem z alkoholem czy innymi substancjami psychoaktywnymi. Personel wspiera go w podjęciu decyzji o zmianie zachowania i przyjęciu, że proponowane leczenie to sposób na przeprowadzenie tej zmiany.

3. Podjęcie działania. Ważne jest, by pomóc pacjentowi zaangażować się w zmianę, niezależnie od tego, jakie zachowanie miałyby się zmienić. Chodzi tu o pomoc w szybkim (natychmiastowym) rozpoczęciu zmian, jeszcze w trakcie terapii, zmian dotyczących stylu życia, destrukcyjnych zachowań, a także o pomoc we wdrażaniu nowych elementów – zachowania, stylu życia.

MODEL MINNESOTA W INSTYTUCIE JOHNSONA

Model Minnesota był rozwijany także w Instytucie Johnsona w nieco innej formie. W rozumieniu uzależnienia jako choroby pierwotnej, która wymaga specyficznej terapii, model przyjęty przez Johnsona nie różnił się od modelu oryginalnego (stosowanego w Hazelden). Johnson odwoływał się również do programu Dwunastu Kroków AA, zalecał udział w mitingach AA i rodzinnych spotkaniach Al-Anon (Johnson, 1992).

Program terapeutyczny Johnsona opierał się na pogłębionej i systematycznej pracy psychologicznej 1. nad rozpoznaniem i zrozumieniem mechanizmów uzależnienia, związanych z procesami emocjonalnymi i funkcjonowaniem umysłu i 2. nad wprowadzaniem zmian w zachowaniu i postawach pacjenta. Podobnie jak w podejściu z Hazelden, pacjent uczestniczył w zajęciach edukacyjnych pomocnych w rozpozna-

waniu choroby i akceptacji jej przewlekłego charakteru. Zapoznawał się z programem Dwunastu Kroków AA. Główną jednak formą pracy była terapia grupowa, koncentrująca się na tym, by pacjent zrozumiał własne życie emocjonalne i rozpoznawał mechanizmy obronne, utrudniające proces zmiany osobistej. Wykorzystywano także metodę konfrontacji interpersonalnej, pomocną w pracy nad mechanizmami obronnymi osoby uzależnionej, związanymi z systemem zaprzeczeń i racjonalizacji. Niewątpliwa zasługa Instytutu Johnsona to opracowanie koncepcji i metody interwencji. Jej istotą było wykorzystanie w sposób zorganizowany kryzysów, występujących w życiu osoby uzależnionej, w celu przełamania działania mechanizmów obronnych i zmobilizowania pacjenta do podjęcia terapii. Dzięki tej metodzie powstały możliwości rozpoczęcia terapii we wcześniejszych stadiach choroby. Poza tym, podważała ona zasadność przekonania, iż trzeba czekać aż osoba uzależniona „sięgnie dna”, by można było udzielić jej pomocy.

MODEL MINNESOTA WEDŁUG STEFANA JOHANNSSONA

Komisja Edukacji w dziedzinie Alkoholizmu i innych Uzależnień Fundacji Batorego zorganizowała w 1998 roku w Polsce seminarium z udziałem Stefana Johannssona dla przedstawicieli środowiska zajmującego się terapią uzależnień. Johannsson pracował przez 14 lat z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków w Stanach Zjednoczonych, później w Europie był współtwórcą ośrodków opartych na modelu Minnesota.

Według Stefana Johannssona terapia uzależnień powinna składać się z dwunastu kroków.

1. Pierwszy kontakt – rozpoznanie: proces związany z diagnozą i stwierdzeniem, czy klient kwalifikuje się do przyjęcia do danego programu terapeutycznego.

2. Przyjęcie: procedury administracyjne związane z przyjęciem do programu terapii, ocena wstępna.

3. Informacja: przedstawienie pacjentowi założeń i celów programu, poinformowanie go o zasadach panujących w danym ośrodku i konsekwencjach ich złamania. W programach ambulatoryjnych przedstawia się godziny przyjęć, w których można korzystać z usług terapeutycznych, informuje się klienta o jego prawach i kosztach usług. Pacjent podejmuje decyzję, czy chce uczestniczyć w programie.

4. Ocena: procedury, za pomocą których terapeuta wspólnie z klientem identyfikuje jego silne i słabe strony, jego problemy i oczekiwania – w celu opracowania planu leczenia.

5. Planowanie leczenia: proces rozpoznawania problemów przez terapeuta i pacjenta oraz ustalenia hierarchii ich ważności, a także kolejności pracy nad nimi. Ustalenie celów krótko- i długoterminowych, a także metod, jakie zostaną wykorzystane.

6. Terapia (indywidualna, grupowa i dla rodzin): pomoc udzielana pacjentom i ich rodzinom przez dokładne określenie i opisanie problemu. Przyglądanie się postawom i uczuciom, poszukiwanie alternatywnych rozwiązań i podejmowanie decyzji.

7. Wielopłaszczyznowe prowadzenie pacjenta zakłada współpracę i koordynowanie działań osób, instytucji, służb i organizacji w ramach zaplanowanego programu działania, w kierunku osiągnięcia celów.

8. Interwencja kryzysowa: niesienie pacjentowi pomocy, jeśli przeżywa emocjonalne lub fizyczne załamanie.

9. Edukacja: dostarczanie wiedzy pacjentom na temat nadużywania alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych, jak również na temat miejsc, gdzie można uzyskać pomoc.

10. Odsyłanie do innych ośrodków lub miejsc: w przypadku, gdy terapeuta nie jest w stanie spełnić potrzeb klienta, odsyła go do innych miejsc, w których może uzyskać pomoc.

11. Gromadzenie danych: opracowywanie i przechowywanie danych dotyczących całego procesu leczenia, opracowywanie raportów (również po zakończeniu leczenia w danym ośrodku).

12. Konsultacje: utrzymywanie kontaktu z innymi terapeutami i specjalistami w procesie dalszego leczenia pacjenta, w celu zapewnienia mu możliwie najlepszej, wszechstronnej opieki.

W terapii ważne jest, by pacjent skupiał się na poszukiwaniu odpowiedzi na pytania: *Co? Kiedy? Gdzie? Kto?*. W ten sposób uzyskuje istotne informacje. Tymczasem najczęściej koncentruje się na sformułowaniach: *dlatego, ponieważ, być może, próbuję, powinienem*, a one oddalają go od działania. Johannsson podkreśla, że najważniejszą rzeczą w leczeniu jest uczciwość. Nie należy oczekiwać od pacjenta czegoś, czego się jeszcze nie nauczył. Ważne, by zobaczyć, jak funkcjonował przed uzależnieniem, czy używał tylko alkoholu czy narkotyków, a może leków. W terapii Johannsson kładzie nacisk na zaangażowanie pacjenta w pracę indywidualną i grupową. Pacjent powinien zobaczyć swoje mocne strony, na których będzie mógł się oprzeć w drodze do zmiany. Codzienny program zdrowienia osoby uzależnionej powinien zawierać:

- medytację,
- ćwiczenia fizyczne,
- pracę pisemną związaną z terapią,
- rozwijanie zainteresowań,
- prowadzenie dzienniczka uczuć, by być świadomym tego, co się czuje,
- bilans dnia, by wiedzieć, co w ciągu dnia się robiło.

W założeniu modelu Minnesota uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych jest chorobą nieuleczalną, tzn. zakłada się brak możliwości powrotu do tzw. kontrolowanego używania alkoholu czy narkotyków. W związku z tym proponowane formy pomocy służą bardziej powstrzymaniu rozwoju choroby niż wyleczeniu. Tak rozumiane uzależnienie jako choroba, byłoby bardziej defektem, upośledzeniem ważnych umiejętności życiowych, a terapia możliwością nabycia tych umiejętności. Pomoc osobie uzależnionej jest formą doradztwa, w jaki sposób radzić sobie z nałogowymi zachowaniami, wspieraniem w uruchomieniu jej zasobów niezbędnych w przebudowie osobowości, zmianie odczuwania, reagowania, myślenia. W Ośrodku Hazelden przeprowadzono badania na grupie 1083 pacjentów, leczonych w latach 1989–1991, oceniające skuteczność modelu Minnesota. Z tych badań wynika, iż po upływie roku od zakończenia terapii, 53% osób utrzymywało abstynencję, a kolejne 35% znacznie ograniczyło używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W kolejnych badaniach z 1997 roku, przeprowadzonych na grupie 3018

mężczyzn, stwierdzono, że po upływie roku od zakończenia leczenia osoby, które korzystały z programu Dwunastu Kroków miały np. pracę, partnerów, przyjaciół, mniej problemów z prawem. Jak wynika z badań skuteczność terapii może zależeć od tego, czy w jej ramach przygotowano pacjenta i w jakim stopniu do korzystania z grup samopomocowych (Woronowicz, 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, D. J.** (1993). Doświadczenie Stanu Minnesota. W: A. Dodziuk, *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie* (s. 7-31). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Johnson, V. E.** (1992). *Od jutra nie piję*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Rachowska, E.** (1999). W poszukiwaniu nowych dróg. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 2 (5).
- Woronowicz, B.** (2008). *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*. Poznań, Warszawa: Media Rodzina, Parpamedia.

Rozdział 13

Dialog motywujący

Jolanta Koczurowska

Zarząd Główny Stowarzyszenia MONAR

WSTĘP

Jedną z najpoważniejszych trudności w terapii osób uzależnionych jest budowanie zaangażowania ich w pracę nad własnym uzależnieniem, skuteczne motywowanie do podjęcia decyzji o zmianie swego dotychczasowego zachowania. Jest bowiem powszechnie wiadomo, że osoby uzależnione z trudem podejmują wysiłek zerwania z nałogiem. Najczęściej czynią to pod presją osób bliskich lub w sytuacji prawnego przymusu. Dość powszechnie przyjmowany do niedawna model terapii zakładał, że jeżeli osoba uzależniona nie wykazywała dostatecznej motywacji do zmiany, terapii nie rozpoczynano. Różne były też sposoby sprawdzania, czy dana osoba chce czy nie chce się leczyć. Na przykład proponowano natychmiastową abstynencję, oczekiwano bezdyskusyjnego poddania się różnym oddziaływaniom, wynikającym z programów terapeutycznych. Osoby wyrażające wątpliwości czy niepewne swoich decyzji co do podjęcia terapii traktowano jako niezmotywowane i w związku z tym odmawiano im pomocy, często z komentarzem, że jak będą gotowe to niech się zgłoszą ponownie. Motywację uznawano więc za cechę lub dyspozycję człowieka, którą ma lub jej nie ma. W tym znaczeniu brak motywacji do zmiany był winą klienta.

Badania nad motywacją osób uzależnionych, prowadzone przez ponad dwadzieścia ostatnich lat, przyczyniły się do traktowania motywacji jako dynamicznego procesu, w którym odpowiedzialność za zmianę spoczywa co prawda głównie na osobie dokonującej zmiany, ale może być również odpowiedzialnością terapeuty towarzyszącego klientowi w tym procesie. Motywacja – rozumiana jako celowe, zamierzone i ukierunkowane na osobiste dobro zachowanie człowieka – stanowi klucz do zmiany. Wyznaczana jest przez jego wewnętrzne potrzeby, zewnętrzną presję, cele, które chce osiągnąć, marzenia, które chce spełnić, możliwości, które posiada czy w końcu przez ocenę stopnia ryzyka (opłacalności tej zmiany) czy korzyści, jakie ona przyniesie. Siła (intensywność) motywacji do zmiany zależy również od sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek, warunków, w jakich żyje czy zdarzeń, których doświadcza. Może mieć charakter ambiwalentny i zdecydowany. Zależć od wpływu innych osób – rodziny, przyjaciół czy środowiska społecznego. Nie każdy jednak wpływ rzeczywiście zwiększa gotowość do zmiany niepożądanych zachowań. Zbyt duża presja, przykre przeżycia czy określone sytuacje życiowe mogą poważnie osłabiać motywację lub wręcz ją hamować. To co zdecydowanie wzmacnia, zachęca klienta do zmiany zachowań nałogowych to:

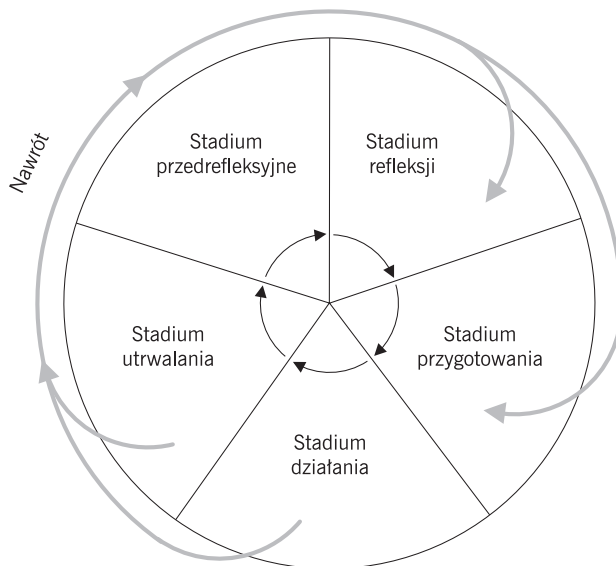
1 Poprzednio wywiad motywacyjny, por. Czabała, str. 168, przypis 3.

- koncentrowanie się na jego mocnych, a nie słabych stronach,
- respektowanie autonomii i decyzji podejmowanych przez niego (klienta),
- niestosowanie etykiety „alkoholik”, „narkoman”,
- dostosowywanie metod oddziaływania do indywidualnych potrzeb klienta,
- ustanowienie partnerskiej relacji terapeutycznej,
- empatia.

PODSTAWY TEORETYCZNE ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH WZMACNIAJĄCYCH MOTYWACJĘ

Modelem ukazującym etapy pojawiania się zmiany jest model opracowany przez Jamesa Prochaskę i Carlo DiClemente (Stages of Change Model) (Miller i Rollnick, 1991; Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992). Model transteoretyczny odwołuje się do całego spektrum głównych teorii psychoterapii, a zapoczątkowała go analiza porównawcza 18 głównych systemów psychoterapeutycznych, prowadzona w duchu integracji, czyli poszukiwania tego, co każdy z nich ma najlepszego do zaoferowania. Model ten pozwala zrozumieć, jak i dlaczego ludzie się zmieniają, niezależnie od tego, czy uczestniczą w terapii czy też nie. Obaj autorzy stoją na stanowisku, że każdy człowiek, który chce się zmienić musi przejść przez 5 podstawowych etapów zmiany (patrz koło zmiany).

Koło zmiany na podstawie Prochaska & DiClemente
Wheel of change (DiClemente i inni, 1991)



Stadia procesu zmiany to specyficzna konstelacja postaw, intencji i zachowań, związanych z określonym miejscem jednostki w cyklu zmiany, która jest zjawiskiem rozłożonym w czasie. Każde ze stadiów odzwierciedla nie tylko jakiś przedział czasu, lecz także zestaw zadań, które trzeba wykonać, aby przejść do następnego stadium (Center

for Substance Abuse Treatment, 2000). Wprawdzie czas, jaki zajmuje przejście przez każde stadium bywa różny, ale przyjmuje się, że zadania do wykonania są takie same.

Zmiana obejmuje 5 stadiów (Prochaska i Norcross, 2006):

- **Stadium przedrefleksyjne** (*Precontemplation*) – nie ma tu intencji zmiany zachowania w dającej się przewidzieć przyszłości. Człowiek w tym stadium nie uświadamia sobie swoich problemów. „O ile wiem nie mam żadnych problemów, które wymagałyby ode mnie zmiany.” Inni (bliscy) to widzą, dlatego kiedy zgłasza się na terapię – robi to pod ich presją. Zwykle czuje się zmuszony do zmiany przez różne życiowe okoliczności. Ale i w tym stadium ludzie mogą **pragnąć** zmiany, co wcale nie oznacza, że mają zamiar się zmienić lub poważnie to rozważają. Opór przed dostrzeżeniem problemu w tym stadium jest typowy. Ponieważ osoby te nie rozważają zmiany, wykazują znikome zaangażowanie. Aby ruszyć do przodu muszą uznać problem, zdać sobie sprawę z jego negatywnych aspektów i właściwie ocenić zdolności samoregulacyjne.
- **Stadium refleksji** (*Contemplation*) lub inaczej wątpliwości, dylematów i rozważań – ludzie są świadomi istnienia problemu i poważnie myślą o jego przezwyciężeniu, ale jeszcze nie zobowiązali się do podjęcia działania. „Mam problem i rzeczywiście myślę, że powinienem nad nim popracować.” Poważne rozważanie kwestii rozwiązania problemu jest centralnym elementem tego stadium. Wiadomo gdzie się chce iść, ale nie jest się jeszcze gotowym, aby to zrobić. W stadium refleksji można utknąć na długo.
- **Stadium przygotowania** (*Preparation*) lub podejmowania decyzji łączy kryteria intencji i zachowania. Osoby znajdujące się w tym stadium zamierzają natychmiast podjąć działania i donoszą nawet o drobnych zmianach (np. wypalam o 5 papierosów mniej). Na tym etapie muszą ustalić cele i priorytety. Są zaangażowane w zmianę, ale to co robią nie spełnia jeszcze warunku skutecznego działania.
- **Stadium działania** (*Action*) – działanie pociąga za sobą bardzo wyraźne zmiany zachowania i wymaga wiele czasu i energii. Modyfikacje zachowania są zwykle najbardziej widoczne i zyskują największe uznanie otoczenia. Za znajdujące się w stadium działania uważamy takie osoby, którym udało się zmienić swoje problemowe zachowanie na okres od jednego dnia do 6 miesięcy, co oznacza np. spełnienie kryterium abstynencji. „Naprawdę bardzo się staram, żeby się zmienić”. Osoby w tym stadium – aby przełamać utrwalone wzorce zachowania i wprowadzić nowe, bardziej użyteczne – muszą mieć umiejętności zastosowania kluczowych, ukierunkowanych na działanie procesów zmiany, takich jak: przeciw-warunkowanie, kontrola bodźca i sterowanie uwarunkowaniami. Zaczynają też być świadome zagrożeń, które mogą udaremnić podjęte działania bez względu na to, czy zagrożenia te będą miały charakter poznawczy (oczekiwania dotyczące złamania abstynencji), behawioralny (pozornie nieistotne decyzje), emocjonalny (nasilenie stresu lub depresji) czy wreszcie środowiskowy (brak wsparcia ze strony rodziny). Dzięki temu, że rozpoznają te zagrożenia, opanują skutecznie strategie zapobiegania nawrotom i „wpadkom”.
- **Stadium utrwalania** (*Maintenance*) – w ostatnim stadium procesu zmiany człowiek stara się zapobiec nawrotowi i umocnić korzyści płynące z działania. To stadium, tradycyjnie spostrzegane jako statyczne, jest jednak zwią-

zane z kontynuacją zmiany, a nie jej brakiem. W przypadku przewlekłych problemów trwa minimum 6 miesięcy, licząc od rozpoczęcia działania, a niekiedy – do końca życia. Uznaje się, że ktoś znajduje się w tym stadium, jeśli spełnia kryteria uwolnienia się od przewlekłego problemu i/lub konsekwentnego zaangażowania się w nowe, niedające się z nim pogodzić, zachowania na okres dłuższy niż 6 miesięcy. „Muszę teraz na siebie uważać, aby nie powrócił mój problem”.

Model transteoretyczny to nie liniowy ani kołowy schemat – to model spirali. W modelu tym możliwe jest przejście od refleksji przez przygotowanie i działanie do stadium utrwalenia, ale wiele osób miewa nawroty i cofa się do stadium wcześniejszego. Część z nich czuje się przegrana, zawstydzona, winna i dlatego rezygnują z dalszej zmiany; cofają się do stadium przedrefleksyjnego i czasem na długo w nim pozostają. Znaczna większość z nich ponownie przechodzi przez stadia zmiany, czasami odbywa się to łatwiej i szybciej. W przypadku uzależnień nawrót jest raczej regułą niż wyjątkiem. Rozwiązanie problemu następuje wówczas, kiedy dana osoba nie odczuwa już żadnych pokus, by powrócić do problemowych zachowań i nie musi już czynić wysiłków, żeby uniknąć nawrotu.

Zakończenie leczenia i rozwiązanie problemu nie następują równocześnie. Psychoterapia często kończy się wcześniej, zanim poważne problemy klienta zostaną rozwiązane. Z tego też powodu klient może przeżywać lęk i stres.

INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE WZMACNIAJĄCE MOTYWACJĘ

Terminem „interwencje terapeutyczne” określa się zazwyczaj te sposoby (strategie) oddziaływania terapeuty, których celem jest wzmocnienie motywacji klienta do zmiany. Mogą być one stosowane zarówno w poradnictwie, postępowaniu diagnostycznym, terapii krótkoterminowej, jak i w procesie terapii stacjonarnej (Center for Substance Abuse Treatment, 2000). Aby były skuteczne, czyli redukowały lub eliminowały używanie substancji psychoaktywnych, muszą zawierać elementy inspirujące pozytywne zmiany.

Kluczowymi elementami są tzw. „aktywne składniki interwencji motywacyjnych” FRAMES² (Miller i Rollnick, 1991).

1. **Udzielanie informacji zwrotnych** (*Feedback*) o tym, w jakim stopniu nałogowe zachowanie klienta (np. picie czy narkotyzowanie się) odbiega od przyjętej normy. Wyniki przeprowadzonych badań i testów na używanie narkotyków umożliwiają mu rozpoznanie, czy rzeczywiście to co robi jest tym, co chce robić. Informowanie jak ocenia się aktualną sytuację, w której znajduje się klient, o jego zachowaniu czy problemach dostrzeżonych podczas rozmowy – sprzyja rozważaniom o zmianie dotychczasowego zachowania.

2. **Podkreślanie osobistej odpowiedzialności** (*Responsibility*) za podejmowane decyzje o zmianie, najczęściej czynione przez terapeutę wprost. „Zrobisz co zechcesz z tymi informacjami. Nikt nie może decydować za ciebie, nikt nie może zmienić nic w sprawie twojego nałogu, jeżeli nie będziesz sam chciał. To tylko twój wybór – jeżeli zmiana się

2 FRAMES od pierwszych liter nazw poszczególnych elementów – Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy.

dokona jesteś jedyną osobą, która jest w stanie (musi) to zrobić! Zmiana zależy tylko i wyłącznie od ciebie”.

3. **Udzielanie porad** w sposób nieoceniający (*Advice*) o możliwościach zmiany, zmniejszenia czy zaprzestania używania środków psychoaktywnych. Porady te powinny być raczej sugestią niż kategoriycznym zaleceniem.

4. **Prezentowanie alternatywnych możliwości** i realnych opcji dokonania zmiany (*Menu*).

5. **Okazywanie empatii** (*Empathy*) czyli ciepła, życzliwości i zrozumienia, przejawiającego się w refleksyjnym słuchaniu.

6. **Wzmacnianie poczucia osobistej sprawczości**, wiary i nadziei (*Self-efficacy*) poprzez podkreślanie osobistego wpływu osoby na podejmowane decyzje związane ze zmianą nałogowych zachowań.

Wśród elementów składowych interwencji motywacyjnych wymienia się także:

- Strategię wzmacniania celowości zmiany poprzez dokonywanie bilansu kosztów i zysków; chodzi o to, aby osoba dostrzegła i zrozumiała, jakie korzyści i starty wiążą się ze zmianą nałogowego zachowania, a jakie z sytuacją zaniechania takiej zmiany. Dokonanie wspólnie z klientem analizy „za” i „przeciw” ma ułatwić mu podjęcie decyzji o rozpoczęciu procesu zmiany. Im więcej argumentów „za” uda się znaleźć, tym silniej wzmacniana jest celowość planowanej zmiany (Center for Substance Abuse Treatment, 2000).
- Strategię rozpoznawania rozbieżności między celem zmiany a aktualnym zachowaniem, która głównie ma pomóc klientowi dostrzec rozbieżność między tym, co planuje osiągnąć a jego zachowaniem w obecnej sytuacji. Pytanie zadane przez terapeutę „jak twoje częste używanie narkotyków ma się do planu odzyskania rodziny?” może pozwolić klientowi dostrzec konflikt między obecnym zachowaniem a ważnymi osobistymi celami, takimi jak szczęśliwa rodzina, zdrowie czy sukces zawodowy. Uświadomienie sobie tego konfliktu zwiększa prawdopodobieństwo zmiany (Miller i Rollnick, 1991).
- Elastyczne dopasowanie czasu zmiany do możliwości klienta oznacza kierowanie się oceną gotowości klienta do zmiany. Każda osoba ma swoje indywidualne tempo przechodzenia z jednego stadium zmiany do drugiego. Niektóre osoby zatrzymują się na jednym etapie dłużej, inne krócej, niektóre realizują zadania konkretnego etapu natychmiast, inne wymagają dużo czasu na realizację tych zadań. Zmiany nie można przyspieszać ani intensyfikować. Takie działania terapeuty odnoszą odwrotny skutek – opór przed zmianą i odmowa współpracy (Center for Substance Abuse Treatment, 2000).
- „Pozagabinetowy” kontakt terapeuty z klientem uważany jest za ważną strategię motywacyjną. Proste czynności, które podejmuje terapeuta między poszczególnymi sesjami umacniają relację terapeutyczną. Takie działania jak telefon do klienta, gdy nie przyszedł na spotkanie czy napisanie listu o zmianie warunków spotkania, sprawiają, że osoba nie przerywa terapii mimo nieobecności na spotkaniu, wzrasta jej zaufanie do terapeuty i nadzieja, że terapia przyniesie oczekiwany efekt (Center for Substance Abuse Treatment, 2000).

DIALOG MOTYWUJĄCY JAKO STYL PRACY TERAPEUTYCZNEJ

Jest dzisiaj rzeczą powszechnie wiadomą, że sukces w terapii w znacznej mierze zależy od atmosfery, jaka panuje podczas sesji terapeutycznych. W prowadzeniu dialogu motywującego atmosfera sprzyjająca zmianie musi być najważniejszym czynnikiem decydującym o powodzeniu terapii. Tworzy ją przede wszystkim indywidualny styl terapeuty, który niezależnie od podejścia terapeutycznego, wyznacza klimat relacji klient–terapeuta (Miller i Rollnick, 1991).

Ten styl można byłoby nazwać dyrektywno–niedyrektywnym. Gdzie dyrektywność oznacza stosowanie przez terapeutę technik wzmacniających motywację klienta, ukazujących rozbieżności między jego stanem faktycznym a pożądanym w celu zmiany jego nałogowego zachowania. A nie-dyrektywność to, wywodzące się z koncepcji terapii skoncentrowanej na kliencie Rogersa, traktowanie osoby uzależnionej jako niezależnego, zdolnego do kierowania swoim życiem człowieka, który do zmiany potrzebuje zrozumienia, akceptacji, życzliwości i autentycznej więzi (Prochaska i Norcross, 2006). W połączeniu tych dwóch stylów zawiera się istota dialogu motywującego. Nie jest on jedynie zbiorem technik czy narzędzi, używanym przez terapeutę, ale sposobem bycia, który pozwala klientowi, w atmosferze zaufania i życzliwości, rozpoznać własną sytuację, dostrzec istniejące konflikty, wynikające z uzależnienia, ambiwalencję i opór przed zmianą nałogowego zachowania i rozpocząć proces pozytywny zmiany.

Teoretyczną podstawę dialogu motywującego stanowią właściwie dwa konstrukty: **ambivalencja** rozumiana jako dwuwartościowość (dwoistość) oraz **konflikt** między poślazaniem sobie, oddawaniem się nałogowi, uleganiem a powstrzymywaniem się od nałogu, ograniczaniem się, panowaniem nad nałogiem (Miller i Rollnick, 1991).

Najczęściej osoby uzależnione rozpoczynają terapię ze zmienną i konfliktową motywacją. Nawet jeżeli narkotyki powodują wiele szkody w życiu człowieka, są dla niego również źródłem atrakcji i czegoś ważnego. Dlatego często ludzie uzależnieni rzeczywiście nie wiedzą, co zrobić z sytuacją, w której się znaleźli. Chcą i nie chcą jednocześnie **zmiany swoich nałogowych zachowań** (Miller i Rollnick, 1991). Taki właśnie stan nazywamy ambiwalencją. W pierwszym zdaniu osoba uzależniona mówi: „przyszedłem ponieważ potrzebuję pomocy”, a w następnym zaraz dodaje: „ale to nie jest aż tak poważna sprawa”. Taka zmienność nastroju i poglądów może mieć miejsce kilka razy w ciągu minuty. Terapeuci często traktują taką postawę klienta jako problem osobowościowy i pojawiającą się ambiwalencję uznają za objaw problemów umysłowych czy emocjonalnych. Niepewność klienta spostrzegana jest jako nienormalna, nie do zaakceptowania, wyraźny sygnał braku motywacji do zmiany. W efekcie terapeuta uznaje, że niezmotywowany klient wymaga edukacji i uświadczenia mu, w jakiej naprawdę znajduje się sytuacji. Rozpoczyna się „terapia”, która uruchamia grę między uzależnionym klientem a terapeutą. Reprezentujący jedną stronę konfliktu terapeuta („jesteś poważnie uzależniony, powinieneś się zmienić”) wyzwała opozycyjną reakcję klienta („tak, ale...”), która tylko utwierdza terapeutę w opinii, że klient nie widzi swoich rzeczywistych problemów i jest w fazie zaprzeczania. Jak łatwo się domyślić, dalsze postępowanie terapeutyczne prowadzi tak naprawdę donikąd (Miller i Rollnick, 1991).

Zamiast traktowania ambiwalencji jako objawu braku motywacji, w dialogu motywującym należy pokazać klientowi, że taki stan jest normalny, zrozumiały i często się zdarza. Ambiwalecja stanowi bowiem dowód siły uwikłania w uzależnienie, a celem dialogu motywującego jest pomóc klientowi zrozumieć źródło ambiwalencji. W swojej pracy "Motivational Interviewing" Miller i Rollnick (1991) zwracają uwagę na następujące trudności w procesie terapii, wynikające z ambiwalencji klienta:

- Klient inaczej będzie widział koszty i zyski zachowania nałogowego niż terapeuta – dlatego warto być ostrożnym w lansowaniu własnych wartości.
- Warto rozpoznać oczekiwania klienta co do rezultatów podejmowanej zmiany. Często są one wysoce nierealistyczne i wynikają z lęku przed nieznanym („wiem, że narkotyki są złe, ale nie dam sobie powiedzieć, że jest coś lepszego od nich...”).
- Nawet jeżeli klient rozumie sens i konieczność zmiany swoich nałogowych zachowań, nie zawsze ma odwagę wprowadzić zmianę w życie. Klienci z niską samooceną, depresyjni będą przejawiali postawę braku wiary i nadziei.
- Spostrzeganie swojej osobistej sytuacji zależy w dużej mierze od kontekstu społeczno-kulturowego (od tego, co mówią sąsiedzi, jakie wzory obowiązują w najbliższym otoczeniu społecznym). Na przykład picie alkoholu jest społecznie akceptowane, a mężczyzna, który nie pije to nie mężczyzna.
- Zdarza się, że nawet wzrost kosztów osobistych określonego zachowania nałogowego nie musi prowadzić do podjęcia decyzji o zmianie. Paradoksalnie, może wywoływać niechęć do jakiegokolwiek zmiany. Często też presja rodziny, zamiast wzmacniać, obniża szansę na zmianę.
- Zachowaniom nałogowym zazwyczaj towarzyszy obniżenie poczucia kontroli. Objawia się to trudnościami w zapanowaniu nad swoim zachowaniem oraz niemożnością powstrzymania się od zachowań destrukcyjnych.

Prowadzenie dialogu motywującego nie oznacza, że terapeuta kieruje procesem zmiany. W tym podejściu terapeutycznym odpowiedzialność za zmianę ponosi klient (niezależnie od tego, czy prawdą jest to, co mówi czy nie). Dialog motywujący powinien raczej pobudzać klienta do zmiany niż przymuszać, raczej wspierać jego wysiłki niż dostarczać argumentów. Należy pamiętać, że naczelnym jego celem jest zwiększenie wewnętrznej motywacji klienta do zmiany poprzez stwarzanie odpowiedniej atmosfery. Osiągnięciu tego celu sprzyja stosowanie pięciu podstawowych zasad klinicznych (Miller i Rollnick, 1991).

- **Wyrażanie empatii** jest przede wszystkim uważnym słuchaniem klienta i rozumieniem znaczenia tego, co mówi. Empatyczny styl bycia terapeuty wyraża się także okazywaniem szacunku i akceptacji dla decyzji i odczuć klienta, unikaniem oceniania, wspieraniem, wzmacnianiem, budowaniem partnerskiej relacji i towarzyszeniem klientowi na wszystkich etapach zmiany. Co ważne – nie jest to jednak empatia rozumiana jako współodczuwanie czy wczuwanie się w stany innych ludzi.
- **Ukazywanie rozbieżności** między ważnymi osobistymi celami klienta a jego aktualną sytuacją pozwala mu zwiększyć świadomość negatywnych

konsekwencji oraz problemów, wynikających z faktu nadużywania narkotyków. Wzrost świadomości jest podstawowym warunkiem rozpoczęcia procesu zmiany, ułatwia bowiem znalezienie uzasadnień oraz konkretyzację powodów planowanej zmiany.

- **Unikanie argumentacji i bezpośredniej konfrontacji** – wszelkie bowiem próby przekonywania klienta o konieczności zmiany wywołują raczej opór niż prowokują zmianę. Jeżeli terapeuta używa zbyt wielu argumentów przemawiających za koniecznością zmiany („staczasz się, wkrótce będzie za późno”, „jesteś narkomanem, chorym człowiekiem, a chorobę trzeba leczyć...”), klient traci nadzieję, że zmiana jest w ogóle możliwa.
- **Praca nad oporem przejawianym przez klienta** jest warunkiem postępu w terapii. Opór jest bowiem zawsze wskazówką dla terapeuty, że terapia podąża w niewłaściwym kierunku. Opór m.in. sygnalizuje lęk przed zmianą, trudności w jej przeprowadzeniu, może być wyrazem zmęczenia, nasilonej ambiwalencji, niezgody na proponowane sposoby oddziaływań. Oznacza konieczność wprowadzenia zmiany w relacji klient–terapeuta. Z oporem nie można walczyć czy próbować go wyeliminować, gdyż powoduje to jego nasilenie, a nawet rezygnację z terapii.
- **Wzmacnianie poczucia osobistej sprawczości**, wiary i nadziei polega na ukazywaniu klientowi jego udziału i odpowiedzialności w procesie zmiany. Stosowane afirmacje i wzmocnienia, nawet w przypadku drobnych powodzeń i sukcesów, mają dodawać wiary i umacniać klienta w przekonaniu, że jest w stanie wziąć swój los we własne ręce. Dobrze jest, gdy terapeuta potrafi rozpoznać mocne strony klienta i odwołać się do nich w trudnych momentach procesu terapii.

Konsekwentne i świadome stosowanie powyższych zasad przyczynia się do budowania głębszej relacji terapeutycznej, opartej na zaufaniu i wierze w możliwość zmiany.

Prowadzenie dialogu motywującego wymaga jednak nie tylko określonej atmosfery, ale także dopasowania rodzaju interwencji motywacyjnych do określonego etapu zmiany. Osoby będące na różnych etapach zmiany potrzebują różnych oddziaływań. Odnosząc się do modelu zmiany Prochaski i DiClemente, można przyporządkować różne techniki motywacyjne i zadania terapeuty do kolejnych etapów zmiany (Center for Substance Abuse Treatment, 2000).

W **stadium przedrefleksyjnym** (wstępnych rozważań) głównym zadaniem terapeuty jest zwiększenie świadomości klienta na temat jego uzależnienia. Nie jest to jednak proste, gdyż osoba uzależniona nie widzi żadnej potrzeby zmiany. Stosując wymienione wyżej zasady, terapeuta musi zadbać o to, aby klient bez nacisku i bez argumentacji (przekonywania) dowiedział się więcej na temat swojej obecnej sytuacji. Ważne też, aby wzmacniać każde zachowanie klienta świadczące o jego niezawisłych decyzjach, np. docenienie tego, że w ogóle przyszedł, wyrażanie zrozumienia dla trudności wynikających z faktu zewnętrznej presji (rodziców, przyjaciół...), ocenić wspólnie z klientem jego stan, odwołując się do przyjętych norm, standardów czy zwyczajów kulturowych. W tej fazie można udzielać też informacji zwrotnych i porad, z zastrzeżeniem, że decyzja zawsze będzie zależeć od klienta (Center for Substance Abuse Treatment, 2000).

W **stadium refleksji** (rozważań, dylematów, wątpliwości), w którym klient rozważa możliwość zmiany w kontekście uświadomionej ambiwalencji i konfliktów, głównym zadaniem terapeuty jest wzmocnienie zaangażowania w zmianę, spowodowanie, aby klient podjął decyzję o zmianie, by wewnętrznie był o tym przekonany.

Oznacza to stworzenie klientowi warunków, aby uznał konieczność zmiany za własny wybór i wstępne przygotowania do wprowadzenia tej zmiany w życie. Terapeuta stosuje tu najczęściej technikę bilansu zysków i strat, podsumowuje wypowiedzi klienta, klaryfikuje cele, podkreśla znaczenie osobistej odpowiedzialności, sprawdza, co klient rozumie przez zmianę, zapoznaje z warunkami niezbędnymi do realizacji procesu zmiany. Często klient nie jest jeszcze gotowy do zmiany zachowania nałogowego, dlatego w tym stadium można, czy wręcz powinno się, motywować go do zmiany innych nieakceptowanych przez niego zachowań, np. aby zaczął zajmować się dziećmi, zwiększył swój udział w pracach domowych, porozmawiał z partnerem.

W realizacji zadań terapeutycznych w obu tych stadiach stosuje się następujące techniki dialogu motywującego (Miller i Rollnick, 1991):

- Pytania otwarte, które mają taką konstrukcję, aby nie można było na nie odpowiedzieć tak lub nie. Wymagają bardziej złożonej (opisowej) odpowiedzi. Na przykład „Co ci najbardziej odpowiada w narkotykach?” lub „Opowiedz mi więcej o tym, co zdarzyło się gdy odstawiłeś narkotyki”.
- Słuchanie ze zrozumieniem i okazywanie klientowi, że go słyszeliśmy i jak rozumiemy znaczenie jego wypowiedzi.
- Afirmowanie (potwierdzanie) jest wzmocnianiem jego osobistej sprawczości, wsparciem i dodawaniem nadziei. Na przykład „Myślę, że to wspaniale, że chcesz coś z tym zrobić”, „To dobry pomysł”.
- Podsumowanie tego, co zostało powiedziane, umożliwia klientowi skupienie się na najważniejszych kwestiach poruszanych w rozmowie, stanowi dowód na zainteresowanie terapeuty, pozwala „z boku” przyjrzeć się swoim sprawom.
- Zdania ujawniające osobistą motywację klienta – ta strategia ma głównie na celu wyłowienie z rozmowy z klientem zdań, które świadczą o rozpoznaniu własnego problemu („mam chyba większy problem niż myślałam”), o trosce o samego siebie („nie wiem jak mogło do tego dojść”), o zgłaszanej intencji zmiany („muszę coś z tym zrobić”).

W **stadium przygotowania** do podjęcia decyzji zadaniem terapeuty jest wzmocnienie zaangażowania w zmianę, klaryfikacja celów terapii, prowadzenie, wspólnie z klientem, analizy możliwości i ograniczeń w realizacji celów, poszukiwania sojuszników i źródeł wsparcia oraz stworzenia możliwości eksperymentowania z nowymi zachowaniami.

W **stadium działania** terapeuta powinien rozpoznać gotowość do zmiany, zwracając uwagę na opór klienta, zadawane przez niego pytania i zachęcać go do podjęcia działania. Pomocne są dyskusje o możliwych źródłach profesjonalnej pomocy, ustalanie planów działania, przewidywanie skutków zmiany, udzielanie porad oraz za zgodą klienta – przedstawianie opinii i ekspertyz. Mogą być tu użyteczne techniki zadawania pytań odnoszące się do spoglądania wstecz i w przyszłość, pytania o eksperimentalne poglądy czy o ustanawianie celów.

W **stadium utrwalania** zmiany główne zadanie terapeuty to wspieranie nowego stylu życia klienta, umożliwienie mu praktykowania nowych umiejętności społecznych, potwierdzanie osobistej skuteczności, zachęcanie do nowych aktywności życiowych (np. do pracy wolontariackiej) i przygotowywanie go do samodzielnego życia. Służą temu takie techniki jak rekapitulacja, informacje i porady, negocjowanie planów działania czy kluczowe pytania, pozwalające ostatecznie określić plany, potrzeby, obawy i marzenia.

Prostota i uniwersalność dialogu motywującego sprawiają, że może on być stosowany wobec różnego typu klientów i w różnego typu placówkach – w ambulatoriach, oddziałach dziennych, ośrodkach stacjonarnych czy w różnych programach, np. w programach redukcji szkód.

BIBLIOGRAFIA

- Center for Substance Abuse Treatment.** (2000). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 35, U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA.* Washington, DC.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. i Rossi, J. S.** (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, April, 59(2), 295-304.
- Miller, W. R. i Rollnick, S.** (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. D., DiClemente, C. C. i Norcross, J. C.** (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. D. i Norcross, J. C.** (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza Transteoretyczna.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Rozdział 14

Zapobieganie nawrotom w uzależnieniu

Elżbieta Rachowska

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień

Gdy zastanawiamy się, dlaczego sprawa nawrotów jest tak istotna, nasuwa się prosta odpowiedź: występują one w uzależnieniu od alkoholu i narkotyków tak niezwykle regularnie, że traktuje się je jako zespół nawracający. Inny powód, dla którego warto zajmować się tym problemem to fakt, iż terapia, pozwalająca na zapobieganie nawrotom jest skuteczniejsza. Gloria Litman z londyńskiego Addiction Research Unit była pierwszą osobą, która wskazała na konieczność zajęcia się nawrotami. Uważała, że jeżeli tylko będziemy umieli zapobiegać nawrotom lub je ograniczać, metody leczenia znacznie się poprawią. Zasadniczym celem, jej zdaniem, powinno być pomaganie ludziom, którzy raz przestali brać, by nie zaczęli na nowo (Litman, Eiser, Rawson i Oppenheim, 1977).

Gdybyśmy lepiej rozumieli naturę nawrotu, byłibyśmy w stanie przygotować bardziej skuteczne programy terapii uzależnień.

DEFINICJE NAWROTU

Trudność pisania o nawrotach, ale także badaniu tego zjawiska wynika z braku jednoznacznej definicji. W literaturze dotyczącej problematyki uzależnień znajdujemy bardzo różnie rozumiane pojęcie nawrotu. Często pojęcie to określa się jako:

„1. Proces, który przebiega stopniowo i podstępnie prowadzi do zainicjowania używania substancji; wypicie alkoholu jest jedynie efektem szeregu kolejnych zjawisk.

2. Pojedyncze zdarzenie polegające na powrocie do inicjującego używania substancji („wpadka”, ang. *lapse*).

3. Powrót do używania substancji na takim samym poziomie intensywności jak przed abstynencją („nawrót”, ang. *relapse*).

4. Codzienne używanie przez określoną liczbę kolejnych dni (na poziomie picia ryzykownego).

5. Konsekwencje używania substancji, które prowadzą do przerwania terapii lub konieczności rozpoczęcia nowego leczenia.” (Wojnar, Ślusarska i Jakubczyk, 2006)

To w jaki sposób zdefiniujemy uzależnienie, wpływa na terminologię i definicję zjawiska nawrotu. Istotna część literatury dotyczącej nawrotów oparta jest na osiągnięciach psychologii, a w szczególności na osiągnięciach teorii uczenia społecznego. Nawrót jako taki nie stanowi odrębnej jakości i może być rozumiany jako element procesu zmiany zachowania. Osoba musi najpierw zaangażować się w proces zmiany swoich zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Definicja Marlatta i Gordon (1997) głosi, iż nawrót, to złamanie lub niepowodzenie celowej

próby zmiany zachowania. Podkreślali oni konieczność odróżnienia „wpadki”, która oznacza pojedynczy epizod złamania abstynencji od „nawrotu”, który jest długotrwałym używaniem substancji, następującym po „wpadce”. Ich zdaniem, w każdej analizie nawrotu należy obracać za punkt wyjścia początek procesu zmiany. Po to, by ona nastąpiła trzeba uświadomić sobie, że koszty związane z używaniem alkoholu czy narkotyku przewyższają zyski, a także powziąć głębokie postanowienie o rezygnacji z nałogowego zachowania. Jakość podejmowanej decyzji ma wpływ na przebieg zmiany. Mocne postanowienie, zaangażowanie w podejmowaną decyzję zmniejsza ryzyko wystąpienia nawrotu. Z badań Litman i wsp. (Litman, Eiser, Rawson i Oppenheim, 1977) wynika, iż osoby, które wytrwały w swoim postanowieniu, częściej pamiętają o powodach, które skłoniły je do zmiany zachowania.

Nawrót należy rozpatrywać łącznie z etapami, które go poprzedzają. Marlatt i Gordon (1997) sugerują, że chodzi o proces polegający na budowaniu przez osobę uzależnioną ukrytego planu nawrotu, o tzw. „pozornie nieistotne decyzje”. Składa się on z wielu decyzji, które wystawiają osobę na skrajną pokusę „kontaktu” z alkoholem lub narkotykiem. Wynika z tego, że jednostka jest aktywnym uczestnikiem zachowania, związanego ze złamaniem abstynencji.

CZYNNIKI URUCHAMIAJĄCE NAWRÓT I SPRZYJAJĄCE DOKONANIU ZMIANY

W wielu koncepcjach zwraca się uwagę na dwie kategorie czynników wyzwalających nawrót:

- wewnętrzne – negatywne lub pozytywne stany emocjonalne, przykre doznania somatyczne, gwałtowna potrzeba,
- zewnętrzne – konflikty interpersonalne, nacisk ze strony otoczenia, widok, smak alkoholu, narkotyku.

Wśród innych czynników związanych z nawrotami można wyróżnić zmniejszone zaangażowanie w utrzymanie abstynencji, obniżoną czujność poznawczą oraz niskie poczucie własnej skuteczności. Jeżeli osoba uzależniona ma odnieść sukces w realizacji postanowienia o zmianie zachowania, polegającego na zażywaniu substancji psychoaktywnej, to potrzebuje zasobów umiejętności radzenia sobie. Przewidywanie tego, co się wydarzy wskutek określonego zachowania jest ważne przy podejmowaniu decyzji w tej sprawie. Zmianie będzie sprzyjać rozwój pozytywnych oczekiwań co do możliwości przerwania zażywania oraz utrzymanie negatywnych co do ewentualnego powrotu do zażywania. Istotnym czynnikiem w analizie nawrotów, pozwalającym na przewidywanie, czy człowiek zacznie korzystać z posiadanych umiejętności radzenia sobie, i czy będzie konsekwentnie ich używał, jest poczucie własnej skuteczności. Model zapobiegania nawrotom, zaproponowany przez Marlatta i Gordon (1997), oferuje systematyczną i empirycznie potwierdzoną integrację różnych interwencji poznawczych i behawioralnych. Umiejętność radzenia sobie z problemami życiowymi, strategie postępowania z sygnałami ostrzegawczymi (tzw. wyzwalaczami), zbudowanie pozytywnej tożsamości i samoakceptacji, trening radzenia sobie ze stresem, nadzieja i pozytywny stosunek do przyszłości – to elementy pracy nad sobą. Taki sposób pracy ma wytworzyć przekonanie, że osoba uzależniona jest w stanie poradzić sobie

z wieloma sytuacjami w życiu bez korzystania z substancji, która przyczyniła się do uzależnienia. Definicja poznawczo-behawioralna kładzie nacisk na podejmowanie decyzji i traktuje nawrót jako zmianę przejściową lub stałą w postanowieniu zmiany (Saunders i Allsop, 1997). Opisuje ona jednostkę, która postanawia zmienić swoje zachowanie, a następnie rezygnuje z początkowej decyzji. Stoi to w sprzeczności z rozpowszechnionym przekonaniem, że uzależnienie jest chorobą. „Zmiana decyzji nie jest chorobą, ale świadomym wyborem, nawet jeśli w niektórych przypadkach jest to wybór prowadzący do osobistych szkód. Ponowne pojawienie się fizjologicznych konsekwencji decyzji o powrocie do narkotyków (np. objawy abstynencyjne) można nazwać nawrotem, gdyż w przyjętym medycznym znaczeniu nawrotu, jest ponowieniem objawów sprzed leczenia” (Saunders i Allsop, 1997).

Słowo „nawrót” zawiera w sobie pojęcie „powrotu”. Sugeruje, że ludzie wracają do punktu, w którym byli przedtem i dalej używają narkotyków, jakby nic się nie wydarzyło. W rzeczywistości tak nie jest. Ludzie próbujący wyrwać się z uzależnienia, którzy po krótko trwającym sukcesie wracają do używania, nie są tacy sami jak osoby, które nigdy tego nie robiły. Próba dokonania zmiany, choćby na krótki czas, jest znakiem niezadowolienia z własnego uzależnienia i przyznaniem się przed sobą do pragnienia zmiany, nawet jeśli takie niezadowolenie i pragnienie są tylko przejściowe. Powrót do używania narkotyków pokazuje również, że zmiana zakorzenionego sposobu zachowania się jest bardzo trudna. W niektórych przypadkach uważa się ponowne użycie narkotyku za lepsze rozwiązanie, niż dolegliwości związane z abstynencją. Niewykluczone, że w procesie wychodzenia z uzależnienia, nieudana próba lub próby mogą być zwiastunem przyszłych bardziej udanych przedsięwzięć. Jak wiadomo z doświadczenia, niewielu ludziom udaje się wytrwać w działaniach na rzecz zmiany przy pierwszej próbie. Ale też znamy ludzi, u których wieloletnie próby zerwania z narkotykami i wielokrotne porażki wytworzyły poczucie beznadziejności, apatii i bezradności.

WAŻNOŚĆ DECYZJI O ZMIANIE A WYSTĄPIENIE NAWROTU

Przyjrzyjmy się bliżej samemu procesowi, w którym ludzie podejmują próbę zmiany w swoim życiu, ale nie udaje im się przeprowadzić swoich zamiarów. Bill Saunders i Steven Allsop (1997) uważają, iż „nawrót” u narkomana nie różni się wcale od „nawrotu” u każdego, kto próbuje zmienić jakikolwiek utarty wzorec zachowania. Postanowienie zmiany jest bardzo powszechnym, zwykle dość krótkotrwałym, procesem, przez który wszyscy od czasu do czasu przechodzimy.

Warto wspomnieć prace Suttona (za: Gossop, 1997) – badania nad decyzją o rzuceniu palenia; scharakteryzował on problemy, przed którymi staje każdy z nas usiłując się zmienić.

1. Często mamy problem by podjąć decyzję, czy próbować zmienić własne zachowanie czy też nie.

2. Gdy podejmiemy taką decyzję, wielokrotnie będziemy stawać przed koniecznością podjęcia kolejnej decyzji, czy wytrwać w swoim postanowieniu czy poddać się.

3. Postanowienie zmiany zawsze można odłożyć na później, a jeżeli rozpoczniesz się już próbą, w każdej chwili można z niej zrezygnować.

Sutton badając przyczyny, dla których ludzie rzucają palenie, zastosował teorię „subiektywnego oczekiwania korzyści” (*Subjective Expected Utility*). Czyli model podejmowania decyzji zakładający, że ludzie działają tak, jakby oceniali, czy warto podjąć dane zachowanie ze względu na oczekiwane korzyści i koszty. Zaletą takiego spojrzenia na uzależnienie jest to, że człowiek widzi powody do zerwania z nałogiem i jednocześnie do niezrywania z nim. Ostateczny efekt zależy od bilansu tych sprzecznych oczekiwań.

Podejście to znalazło wyraz w 10-letniej obserwacji 128 osób używających heroiny. „W każdym momencie istnieją zalety trwania w nałogu i zalety wyjścia z niego. Konflikt między powodami do kontynuowania brania i powodami do zaprzestania jest źródłem napięcia. Patrząc wstecz na własne życie, wielu uzależnionych uznało, że zmiana w bilansie wad i zalet doprowadza ich do podjęcia decyzji o zrezygnowaniu z narkotyków” (Stimson i Oppenheimer, 1982).

Truizmem jest stwierdzenie, że ludzie próbujący się zmienić są bardzo różni. Ludzie, którzy podejmują próbę dokonania jakiegokolwiek zmiany różnią się natężeniem motywacji, a zdaniem innych – oczekiwanych korzyści. Im bardziej wartościowa wydaje się komuś potrzeba zmiany, tym więcej czasu, wysiłku będzie on skłonny włożyć w osiągnięcie wyznaczonego celu, a także będzie skłonny ponieść wyższe koszty. Każda próba zbadania, dlaczego ludzie podejmują, a potem łamią postanowienia, wymaga zrozumienia, jak dużą wagę jednostka przywiązuje do danej zmiany. Człowiek, który po prostu uważa, że dobrze byłoby nie używać narkotyków, będzie bardziej skłonny ulec pokusie, niż ktoś, dla kogo zerwanie z nałogiem jest bardzo ważne. Możliwe, że nawroty występują dlatego, że ktoś usiłuje zmienić swoje zachowanie, podczas gdy bilans kosztów i zysków zmiany wciąż jeszcze skłania do trwania w dawnym wzorcu. Postanowienia zmian różnią się od siebie jakością, siłą i motywacją. Sam proces podejmowania postanowień poprzez ważenie wszystkich „za” i „przeciw” może mieć wpływ na końcowy efekt.

Ludzie postanawiając odstawić narkotyki często ignorują konieczność zmiany stylu życia. Wyraźnie widać różnicę między decyzją, aby przerwać branie narkotyków i decyzją o zmianie całego sposobu życia. To pierwsze prawdopodobnie nie może się powieść bez tego drugiego. Nie wystarczy po prostu nie używać narkotyków. Nawet będąc świadomym niebezpieczeństw i widząc narastanie szkodliwych skutków działania narkotyków, można trwać przy nałogu. Zasadniczym problemem jest znalezienie powodu do zaprzestania, który przeważałby nad pociąganiem do zażywania. Aby zrozumieć zjawisko nawrotu, trzeba zrozumieć, co przyspiesza postanowienie zmiany i w którym momencie całej „narkotykowej kariery” takie postanowienie się pojawia. „Ludzie zmieniają się dopiero wtedy, gdy ból stania w miejscu jest większy niż ból zmieniania się” (Saunders i Allsop, 1997).

Nie można zrozumieć nawrotów, nie oceniając mocy i jakości postanowienia zmiany. Jedynie ci, którzy zdecydowali się zmienić, narażeni są na nawroty. Analizując czyjeś nawroty, należy wziąć pod uwagę naturę decyzji o zmianie. Po podjęciu postanowienia zmiany, niezależnie od tego, jak jest ono mocne i solidne, z całą pewnością pojawiają się pokusy mu zagrażające.

ROLA CECH OSOBY UZALEŻNIONEJ W PROCESIE NAWROTU

Osoba uzależniona jest czynnym uczestnikiem życia społecznego, ma własną historię uzależnienia i własny zestaw społecznych uwarunkowań. W sprawozdaniach dotyczących efektów leczenia, konsekwentnie podkreśla się fakt, że znaczące dla skutków leczenia są takie cechy klienta, jak stan cywilny, stabilizacja społeczna, życiorys zawodowy. Osoby, których życie jest bardziej unormowane, uzyskują lepsze efekty – tak wynika z badań prowadzonych przez Billings i Moos (Saunders i Allsop, 1997).

Porównując badanych z nawrotami i tych, którzy wytrwali, odkryto, że osoby bardziej zadowolone z sytuacji rodzinnej i zawodowej zwykle wykazywały większy postęp w unikaniu nawrotów. Tymczasem osoby pozbawione tego wsparcia, zgłaszały dwa razy więcej życiowych problemów i miały częste nawroty.

Postanowienie o zmianie (o zerwaniu z nałogiem) to stopniowy proces, w którym początkowa decyzja pociąga za sobą konkretne działanie. Częściej udaje się tym, którzy mają wsparcie rodziny, udane związki lub dobrą pracę. Kontekst społeczny, w którym podejmowana jest decyzja o zmianie, ma zasadniczy wpływ na wynik.

Niektóre procesy psychologiczne stanowią rdzeń modelu „nawrotu”:

- subiektywne oczekiwanie korzyści (tłumaczy to, dlaczego ludzie podejmują próby zmian),
- wiara w siebie i własną zdolność do przeprowadzania swoich zamiarów jest ważnym czynnikiem decydującym, komu uda się wytrwać w postanowieniu (Saunders i Allsop, 1997).

Z badań Litman i wsp. (Litman, Eiser, Rawson i Oppenheim, 1977) można wyciągnąć wniosek, że wiara w siebie po zakończeniu leczenia w istotny sposób wpływa na ostateczny wynik. Bardzo istotne dla wytrwania w postanowieniu mogą być:

- umiejętność radzenia sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka,
- umiejętność radzenia sobie z problemami,
- koncentracja uwagi na początkowej decyzji.

Te wnioski z badań sugerują, iż w terapii należy – odwołując się do potrzeb klientów – wypracować pożądane reakcje, przez stosowanie podejścia poznawczego bądź przez koncentrowanie się na treningu umiejętności.

Osoby, które wytrwały w postanowieniu zmiany przez cały czas wykazywały większą świadomość potencjalnych wyzwań i kosztów powrotu do poprzedniego stanu. Przejście od „wpadki” do ponownego nadużywania może wcale nie wynikać z psychologicznych reakcji na ten „pierwszy raz”, ale z ogólnego niezadowolenia z życia i postępującego osłabienia początkowej decyzji.

Babor i wsp. (za: Gossop, 1997) przeprowadzili szereg badań na grupie 266 pacjentów; porównywali zmienne społeczne, psychologiczne oraz dotyczące uzależnienia u osób, które poradziły sobie z nałogiem i u tych, które doświadczyły nawrotu. Z porównania obu grup wynika, że pacjenci z nawrotami mieli znacznie dłuższą historię leczenia odwykowego, większą liczbę rozpoznań psychiatrycznych w ciągu życia, więcej problemów natury społecznej, więcej problemów alkoholowych w rodzinie i byli silniej uzależnieni. Różnice te występowały tylko u mężczyzn.

MODEL NAWROTÓW SAUNDERSA I ALLSOPA

Ważnym postulatem Saundersa i Allsopa (1997) jest, by unikać rozpatrywania nawrotów w oderwaniu od pozostałych aspektów cyklu (etapów) zmiany zaproponowanych przez Prochaskę i DiClemente. U podstaw pojęcia *etapów zmiany* leży założenie, że w procesie zmiany nawyków ludzie przechodzą przez szereg etapów. Etap *przedkontemplacyjny* poprzedza rozważania nad potrzebą zmiany. Na etapie *kontemplacji* osoba dostrzega problem i rozważa możliwość zmiany. Typowy dla tego okresu jest konflikt motywacji i ambiwalencji. Kolejny etap związany jest z *działaniem*, w którym osoba podejmuje aktywność w kierunku dokonania zmian – samodzielnie bądź poszukując pomocy. Ostatni etap jest związany z *utrwalaniem* zmian. W każdym momencie jest możliwy *powrót* do wcześniejszego etapu i wstrzymanie procesu zmiany (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008).

Warto przybliżyć model nawrotów Saundersa i Allsopa (1997) z tego powodu, że dosyć przewrotnie oparli go na obserwacjach osób, którym udało się go uniknąć. Uważam ten model za interesujący ze względu na możliwość wykorzystania jego założeń w pracy terapeutycznej.

Proces udanej zmiany podzielili na cztery etapy.

1. **Historia kontaktów ze środkami psychoaktywnymi:**

- postrzegana wartość ich stosowania lub odstawienia,
- ogólna sytuacja życiowa,
- relacje z innymi ludźmi (wpływ rodziny, przyjaciół).

2. Suma powyższych wpływów zdecyduje, czy **postanowienie zmiany** zostanie zrealizowane. Jakość, siła i rodzaj postanowienia mogą być bardzo różne, dlatego tej decyzji towarzyszy zazwyczaj silny konflikt i silne emocje.

3. Próba wprowadzenia postanowienia – **zobowiązanie:**

- indywidualna plastyczność, czyli zdolność do zmiany w ramach istniejącej sytuacji życiowej, która wpływa na stan psychiczny człowieka,
- sytuacja społeczna i ekonomiczna,
- relacje z innymi ludźmi.

4. **Trwała zmiana stylu życia**

Doświadczenia tych badaczy pokazują, iż utrwalenie zmian w kierunku całkowitej abstynencji lub znacznego ograniczenia stosowanych środków psychoaktywnych możliwe jest tylko w przypadku trwałej zmiany stylu życia. (Moje ponad dwudziestoletnie doświadczenie terapeutyczne w pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków jest zgodne z powyższym postulatem.)

Zdaniem autorów tego modelu, wycofanie się z postanowienia może nastąpić na każdym etapie i może być spowodowane niekorzystną zmianą któregokolwiek z wymienionych czynników. Autorzy modelu wprowadzają też rozgraniczenie pomiędzy określeniami „zobowiązanie” i „postanowienie”. „Postanowienie” rozumieją jako podjęcie decyzji dotyczącej działania w pewien określony sposób, a „zobowiązanie” oznacza realizację postanowienia. Oba określenia pozostają pod wpływem, postrzeganego w ramach danego działania, rachunku zysków i strat. Na proces nawrotu wpływa liczba i częstość pokus. Nawet najsilniejsze postanowienie może się zachwiać, jeśli człowiek będzie narażony na pewnego rodzaju wyzwania lub na stałe pokusy.

METODY TERAPEUTYCZNE POMOCNE W ZAPOBIEGANIU NAWROTOM

Z badań testem technik zapobiegania nawrotom prowadzonych przez Saundersa i Allsopa (1997) wynika, że osoby, wobec których stosowano dialog motywujący i strategie rozwiązywania problemów, aktywne strategie poznawczo-behawioralne częściej, niż osoby z grupy kontrolnej, zachowywały abstynencję i rzadziej doświadczaly nawrotów przez sześć miesięcy obserwacji. Po roku jednak te znaczące różnice w stosunku do grupy kontrolnej zmniejszyły się – badani wrócili do miejsc, w których było chroniczne bezrobocie, do mieszkań w slumsach, do biedy i przemocy. Zapobieganie nawrotom mogłoby być skuteczniejsze, gdyby zastosować metody interwencji społecznej, a nie tylko klinicznej. Największym ograniczeniem jest brak wpływu na środowisko i styl życia osób leczonych, brak możliwości spowodowania szerszej rozumianych zmian.

Z badań wynika wyższość programów terapeutycznych opartych na aktywnym udziale (*performance based*) nad tymi, w których używane są jedynie metody werbalne (Gossop, 1997). Popiera to hipotezę, że wysokie poczucie skuteczności wiąże się z lepszymi wynikami leczenia.

Pakiet metod poznawczo-behawioralnych

- Dokładna subiektywna ocena sytuacji wysokiego ryzyka.
- Wywiad oceniający motywację; zachęcenie klienta do zwerbalizowania swoich odczuć na temat kosztów używania narkotyków/alkoholu i ustalenia, jakie problemy są z tym związane.
- Techniki rozwiązywania problemów za pośrednictwem instrukcji słownych, modelowania i prób połączonych z odgrywaniem ról.
- Rozwiązywanie problemów stosowano do sytuacji wysokiego ryzyka, które zidentyfikowano wcześniej. Ważne by sytuacje uszeregować od najmniej do najbardziej zagrażających, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo sukcesu. Rozwiązania powinny być poddane próbom behawioralnym lub poznawczym w warunkach leczenia.
- Identyfikacja specyficznych czynników, które mogłyby ułatwić przerodzenie się epizodu w nawrót. Listę tych reakcji tworzy się podczas burzy mózgow, a następnie jest ona wykorzystywana przez każdego uczestnika do opracowania osobistej listy potencjalnych reakcji.
- Matryca decyzyjna opisana przez Marlatta: klienci dokonują przeglądu zysków i kosztów zarówno doraźnych, jak i odległych w czasie, związanych z używaniem i unikaniem używania. Celem przeglądu jest utrwalenie w świadomości powodów zmiany zachowań, związanych z używaniem narkotyków/alkoholu.
- Trening umiejętności radzenia sobie,
- Trening asertywności,
- Trening umiejętności społecznych,
- Trening zmiany przekonań (*cognitive restructuring of beliefs*),
- Trening relaksacyjny.

Bardzo ważnym aspektem w terapii jest stworzenie warunków do aktywnego udziału uczestników, ćwiczenia umiejętności w warunkach inscenizowanych (*role-playing*) lub ćwiczenia ich w warunkach rzeczywistych, zapisywania przez klienta podstawowej

zawartości programu. W związku z upośledzeniem funkcjonowania poznawczego osób uzależnionych, szczególnie istotne jest dostarczanie im w czasie terapii drukowanych (kserowanych) materiałów pomocniczych oraz umożliwienie im robienia zapisków (notatek), co w gruncie rzeczy stanie się ich własnym poradnikiem. Ważnym aspektem jest także zbadanie oczekiwań klienta co do skutków zmiany i dopasowanie ich do celów leczenia. Jeżeli osoba uzależniona będzie pamiętała przyczyny, dla których zdecydowała się na zmianę, może jej to ułatwić wytrwanie w postanowieniu.

Opisany sposób pracy jest mi bardzo bliski i wiele technik wyżej przedstawionych lub ich modyfikacji od wielu lat wykorzystujemy w naszym programie terapeutycznym.

Zdaniem Bandury (za: Allsop i Saunders, 1997) najskuteczniejszym sposobem poprawy poczucia skuteczności jest osobiste doświadczenie opanowania danego zachowania, a najmniej efektywnym sposobem – perswazja słowna.

A. Beck i wsp. (Beck, Wright, Newman i Liese, 2007) przez pojęcie nawrotu rozumieją „pełny powrót do nieprzystosowawczych zachowań, pierwotnie związanych z używaniem narkotyków”. A jako cel terapii poznawczej uzależnień proponują uczenie pacjentów długotrwałej abstynencji.

Część technik stosowanych w tym podejściu do przeciwdziałania nawrotom, to techniki pomagające pacjentom w przerwaniu używania narkotyków. Proponuje się następujące techniki:

- Stworzenie relacji terapeutycznej opartej na współpracy,
- Konceptualizacja problemów pacjenta,
- Kierowanie–odkrywanie,
- Struktura sesji,
- Analiza zalet i wad,
- Zadania domowe,
- Identyfikacja bodźców wysokiego ryzyka,
- Rozwijanie przekonań dotyczących kontroli,
- Modyfikacja przekonań specyficznych dla uzależnienia,
- Odwracanie uwagi,
- Behawioralne strategie radzenia sobie z bodźcami wysokiego ryzyka:
 - ćwiczenie radzenia sobie z sytuacjami ryzykownymi,
 - uczenie się odmawiania,
 - radzenia sobie z codziennymi stresorami,
 - radzenie sobie z nieprzyjemnymi uczuciami, wiążącymi się z pokusą wzięcia narkotyku,
 - uczenie się sprawdzania przekonań prowadzących do zachowań ryzykownych,
 - planowa i stopniowa ekspozycja na bodźce wysokiego ryzyka,
 - rozpoznawanie momentów rozstrzygających,
 - budowanie sieci wsparcia społecznego.

Terapeuci poznawczy podkreślają, że nawroty są wyzwaniem nie tylko dla pacjentów, ale także dla nich. Mogą uruchamiać destrukcyjne dla terapii myśli „stan tego pacjenta jest beznadziejny”, „nie uda mi się mu pomóc”. Natomiast destrukcyjne myśli pacjentów mogą brzmieć „jestem beznadziejny, nigdy nic mi się nie powiodło”, „nie jestem w stanie poradzić sobie z uzależnieniem”, „nie mogę się przyznać, że brałem”. Taki sposób myślenia przyczynia się do uczucia beznadziejności, apatii i bezradności.

Terapeuta stara się pomóc pacjentowi zrozumieć wpadkę lub nawrót jako możliwość przećwiczenia skuteczniejszych sposobów radzenia sobie z uzależnieniem. Ważnym aspektem w tym podejściu jest podtrzymywanie kontaktu z pacjentem po zakończonej terapii – w formie telefonicznej, listownej lub osobistego kontaktu. Kontakty te służą wzmocnieniu czujności pacjentów wobec możliwego wystąpienia nawrotu, są kontynuacją zainteresowania terapeuty pacjentem i formą wsparcia społecznego, dają możliwość kontynuacji profesjonalnego prowadzenia pacjenta.

Terapeuci powinni podkreślać, że najlepszą metodą uczenia się jest trwałe, wolne od narkotyków radzenie sobie z życiowymi wyzwaniami. Umiejętności, które pacjent zdobył w trakcie terapii, powinien ćwiczyć i wprowadzać w życie nie tylko przez miesiące, ale i lata od jej zakończenia.

George E. Vaillant, psychiatra z Uniwersytetu Harvarda, badał skuteczność leczenia pacjentów uzależnionych od heroiny przez 18 lat od chwili opuszczenia przez nich oddziału odwykowego. Twierdzi, że są cztery zasadnicze sposoby utrzymania abstynencji po odbytych leczeniu: 1. społeczna kontrola, 2. zastępowanie jednego uzależnienia innym, 3. nowe związki uczuciowe, 4. przynależność do grup rozwoju osobistego. W okresie prowadzonych przez niego badań 35% pacjentów uzyskało trwałą trzeźwość, 23% – zmarło, 25% – nie utrzymało abstynencji (status pozostałych 17% pacjentów określił jako nieznaną). Wniosek z jego badań: „osoby uzależnione są w stanie utrzymać abstynencję, ale osiągają ją przez wiele lat po leczeniu i pod warunkiem aktywnego zapobiegania nawrotom” (Romaniuk, 2009, s. 18).

PSYCHOBIOLOGICZNY MODEL NAWROTU

Wśród wielu koncepcji nawrotów chcę zwrócić uwagę na jeden z psychobiologicznych modeli nawrotu, a mianowicie model zaproponowany przez T. Gorskiego i M. Miller (1991), który od kilkunastu lat wykorzystuję do pracy z pacjentami uzależnionymi od narkotyków. Powstał on w wyniku szczegółowej analizy 118 historii nawrotów. Rezultatem tej pracy była lista 37 sygnałów ostrzegawczych. Określono sprzyjające nawrotom nieprawidłowe postawy i błędne przekonania. Badacze ci zauważyli, że po przejściu terapii nastawionej na zapobieganie nawrotom, pacjenci mieli dłuższe okresy trzeźwości. Jeżeli wracali do używania alkoholu i narkotyków, okresy te trwały krócej, a i konsekwencje powrotu do używania były mniej poważne. Taki rodzaj pracy terapeutycznej zaproponował T. Gorski w połowie lat siedemdziesiątych. W 1982 r. ukazała się ich pierwsza książka „Poradnictwo w zapobieganiu nawrotom choroby” (*Counseling for Relapse Prevention*). Pomimo że koncepcja Marlatta i wsp. wywodzi się ze szkoły behawioralno-poznawczej, a koncepcja Gorskiego ze szkoły myślenia o uzależnieniu jako chorobie, to sposoby leczenia służące zapobieganiu nawrotom okazały się bardzo podobne. Jednym z ważnych terapeutycznych postulatów Gorskiego jest pokazanie, że przygotowanie pacjenta na możliwość wystąpienia nawrotu jest ważnym sposobem, by mu zapobiec. Chociaż większość badań była prowadzona na osobach uzależnionych od alkoholu, to jest coraz więcej danych wskazujących na to, że te same metody zapobiegania nawrotom można stosować we wszystkich rodzajach uzależnień. Z badań Gorskiego wynika, iż proces nawrotu zaczyna się wcześniej nim dojdzie do złamania abstynencji. Ludzie mogą

mieć upośledzoną kontrolę nad zdolnością oceniania i zachowania nie pijąc i nie używając narkotyków. Gorski i Miller (1991) opisali wiele objawów, które sygnalizują zmierzanie pacjenta w kierunku nawrotu, tzn. jego skłonność do znajdowania się w sytuacjach podwyższonego ryzyka, niewystarczającą umiejętność radzenia sobie z występującymi wówczas myślami, uczuciami, zachowaniami oraz pojawiającym się głodem. Objawy te mogą manifestować się w następujący sposób: 1. zaniedbywanie porządku dnia, 2. coraz mniejsze zaangażowanie w przestrzeganie zasad sprzyjających zdrowieniu, 3. coraz mniejsza stabilność emocjonalna, zwiększona drażliwość, 4. wycofywanie się z relacji społecznych, 5. nie rozwiązywanie swoich problemów i nie mówienie o nich, 6. podejmowanie nieprzemyślanych, impulsywnie decyzji. Jak to określa się w modelu poznawczym „wczesne dzwonki alarmowe” są podstawą procesu nawrotu i dlatego wymagają dużej uwagi. By zrozumieć proces nawrotu, należy zrozumieć dynamikę procesu zdrowienia, gdyż są one ze sobą ściśle związane. Gorski i Miller, kładąc nacisk na fizjologiczny i neurologiczny efekt działania substancji psychoaktywnej, wprowadzili pojęcie przewlekłego zespołu abstynencyjnego (PZA; *Post Acute Withdrawal Syndrome*). Ma on wpływ na myślenie abstrakcyjne, koncentrację uwagi i pamięć, i sprzyja nadmiernemu reagowaniu emocjonalnemu, może też sprzyjać podejmowaniu nietrafnych decyzji.

GRUPY SAMOPOMOCOWE W ZAPOBIEGANIU NAWROTOM

Dla wielu osób uzależnionych konflikty interpersonalne stanowią bodziec wysokiego ryzyka. Poczucie samotności stanowi istotny wyzwalacz. Dlatego tak ważny jest w zapobieganiu nawrotom system wsparcia społecznego, znaczącą rolę pełni tu grupa Anonimowych Narkomanów (NA – Narcotics Anonymous) lub Anonimowych Alkoholików (AA – Alcoholics Anonymous). Od lat rekomendujemy w naszym programie udział we wspólnocie NA/AA naszym pacjentom jako wsparcie dla ich dalszego zdrowienia. Widzę jak wielu z nich przez lata nie tylko utrzymuje abstynencję, ale w znaczący sposób zmienia swoje życie korzystając z pomocy tych grup. Czytając Tekst Podstawowy Anonimowych Narkomanów (*Basic Text*), znajduję w nim wspólne spostrzeżenia dotyczące zdrowienia i nawrotów, do których dochodzili (niezależnie od siebie) badacze problemu i osoby zdrowiejące z uzależnienia, dzielące się swoim doświadczeniem. Uczestnicy wspólnoty NA m.in. tak rozumieją nawrót. „Nawrót nigdy nie jest czymś, na co nie mamy wpływu. Zawsze mamy prawo wyboru. Nawrót nigdy nie jest przypadkowy. Nawrót jest oznaką, że nie wypełniamy dokładnie naszego programu. Zlekceważyliśmy go i w naszym codziennym życiu powstały luki. Nieświadomi pułapek, które na nas czyhały, po omacku szukaliśmy drogi, wierząc, że możemy sami sobie dać radę. Prędzej czy później znów ulegliśmy iluzji, że narkotyki uczynią życie prostszym, uwierzyliśmy, że narkotyki mogą nas zmienić i zapomnieliśmy, że te zmiany bywają śmiertelne. Z jakiegoś powodu brak troski o nasze osobiste sprawy zaniża nasze poczucie własnej wartości i to wytycza pewien wzór, który powtarza się we wszystkich dziedzinach naszego życia. Jeśli zaczniemy unikać naszych nowych odpowiedzialności opuszczając spotkania, zaniedbując

pracę nad Dwunastoma Krokami lub wykazując brak zaangażowania, nasz program się zatrzyma. Właśnie takie rzeczy prowadzą do nawrotów. Możemy wyczuć zmianę, jaka w nas zachodzi. Znika nasza otwartość umysłu. Możemy mieć uczucie złości i wrogości wobec kogokolwiek czy czegośkolwiek. Możemy zacząć odtrącać tych, którzy byli nam bliscy. Izolujemy się. Wkrótce nie możemy już znieść siebie samych. Powracamy do naszych najgorszych zachowań, już nawet bez brania”¹. Bardzo często słyszymy taki opis nawrotu relacjonowany nam przez pacjentów, którzy powrócili na terapię w związku z nawrotem. Widać w tym, jak kryzysowa jest to sytuacja dla osoby uzależnionej. W Tekście Podstawowym w innym miejscu napiszą: „Gdy zdarzy nam się nawrót, możemy czuć wstyd i zakłopotanie. Najlepszym wyjściem jest wrócić do programu tak szybko, jak to możliwe. Nie jest wstydem przeżyć nawrót, wstydem jest nie wrócić”. Jest to bliskie sformułowaniu Saundersa i Allsopa (1997) „Nieudana próba wyjścia z nałogu nie musi być przykładem staczania się, recydywy, ale raczej jednym z aspektów walki z niepożądanym zachowaniem”.

Możemy się przyrzeć jakie konkretne sposoby stosują Anonimowi Narkomani i Anonimowi Alkoholicy. Wśród tych sposobów są elementy behawioralne, ale mają również charakter dość gruntownego i długoterminowego treningu psychologicznego. Ten program oparty jest na wzajemnej pomocy, nie pomija jednak żadnego z istotnych aspektów, jakie mogłyby pojawić się w psychoterapii prowadzonej przez fachowca. W pracy nad Programem Dwunastu Kroków są elementy ukierunkowujące głębokie zmiany funkcjonowania na wszystkich poziomach. Praca nad sobą w tych wspólnotach odbywa się na trzech płaszczyznach: w grupie (podczas mitingów), w kontakcie indywidualnym (ze „sponsorem”) oraz samodzielnie jako swoista autoterapia (pisemne przerabianie Kroków, pisanie dziennika, modlitwa, medytacja, czytanie literatury). Po leczeniu podstawowym osoby uzależnione mają największą szansę na kontynuację zapoczątkowanego procesu zmian w NA/AA. Udział w tych grupach pozwala na uzyskanie pomocy i wsparcia w rozwiązywaniu codziennych problemów i kryzysów. Niezwykle istotną rolę odgrywa sponsor – poświęca podopiecznemu swój czas i uwagę, dzieli się doświadczeniem i mądrością. Pomaga i wspiera w przerabianiu Kroków. Pełni rolę przewodnika wskazującego bezpieczne wyjście z sytuacji. To co niezwykle ważne, jest dla swoich podopiecznych dostępny o każdej porze dnia i nocy, nie bierze za to pieniędzy, gdyż sam kiedyś od swego sponsora we wspólnocie dostał podobne wsparcie, bezwarunkową akceptację i gotowość pomocy w każdej sytuacji.

Finney i wsp. wskazali, że terapia uzależnień w nurcie poznawczo-behawioralnym czy przy użyciu Programu Dwunastu Kroków prowadzi do zmniejszenia pozytywnych oczekiwań, związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych oraz do zwiększenia pozytywnych oczekiwań, odnoszących się do rezygnacji z zażywania alkoholu/narkotyków (Raytek, Morgan i Chung, 2005). Oczekiwania związane z negatywnymi efektami używania substancji psychoaktywnej mogą zwiększyć motywację do trwania w abstynencji.

1 www.anoimowinarkomani.org/literatura.jspn

Dzisiaj Program Dwunastu Kroków często przynosi pacjentom poprawę w tych sferach, które wcześniej uważano za domenę terapii poznawczo-behawioralnej, takich jak osobista sprawność w radzeniu sobie z kłopotami i budowanie pewności siebie.

Mam nadzieję, że wykorzystanie wiedzy dotyczącej nawrotów i upowszechnienie terapii zapobiegania im, przyczyni się do bardziej satysfakcjonującego życia osób uzależnionych.

BIBLIOGRAFIA

- Allsop, S. i Saunders, B.** (1997). Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu. W: M. Gos-sop (red.), *Nawroty w uzależnieniach* (s. 15-38). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. i Liese, B. S.** (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gorski, T. i Miller, M.** (1991). *Jak wytrwać w trzeźwości*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień.
- Gossop, M.** (1997). *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Litman, G., Eiser, J., Rawson, N. i Oppenheim, A.** (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-162.
- Marlatt, A. G. i Gordon, R. J.** (1997). Zapobieganie nawrotom – kierunki rozwoju. W: M. Gos-sop (red.), *Nawroty w uzależnieniach* (s. 226-237). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwią-zywania Problemów Alkoholowych.
- Prochaska, J., Norcross, J. i DiClemente C.** (2008). *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut Amity.
- Raytek, H. S., Morgan, T. J. i Chung, N. M.** (2005). Interwencje poznawczo-behawioralne w nadużywaniu alkoholu i uzależnieniu od alkoholu. W: M. A. Reinecke, D. A. Clark (red.), *Psychologia poznawcza w teorii i praktyce* (s. 367-396). Gdańsk: GWP.
- Romaniuk, R.** (2009). Nawroty objawów choroby. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5, 16-20.
- Saunders, B. i Allsop, S.** (1997). Nawroty – polemika. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależ-nieniach* (s. 205-225). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoho-lowych.
- Stimson, G., Oppenheimer, E.** (1982). *Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain*. London: Tavistock.
- Wojnar, M., Ślusarska, A. i Jakubczyk, A.** (2006). Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 1: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 4, 379-395.

Rozdział 15

Interwencja kryzysowa

Sylwia Kluczyńska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

KRYZYS

Pojęcie kryzysu i interwencji kryzysowej są często obecne w praktyce psychologicznej. Psychologowie pomagający ludziom w trudnych sytuacjach uważają, że jest to najlepszy moment na udzielenie pomocy i wsparcia. Niewielka choć adekwatna pomoc udzielona w okresie krytycznym może być bardziej skuteczna, niż wszechstronna pomoc w późniejszym czasie (Caplan, 1963; 1964; Freeman, 1991).

Do psychologii klinicznej pojęcie kryzysu wprowadził Lindemann w 1944 roku. Jego badania i publikacje przyczyniły się do zrozumienia zachowań ludzi, u których utrata osoby bliskiej wywołała kryzys. W swoich pracach opisał typowy jego zdaniem wzorzec reakcji żałoby po stracie bliskiej osoby i uznał go za charakterystyczny dla wielu tzw. przypadkowych kryzysów. Według niego reakcje na kryzys są czymś normalnym i przemijającym. Osoby, które nie mogą poradzić sobie z sytuacją kryzysową, narażone są na wystąpienie zachowań patologicznych i z tego powodu wymagają natychmiastowej pomocy (Lindemann, 1944).

Prace Lindemanna uważane są za formalne narodziny psychologii kryzysu i interwencji kryzysowej. Badania nad przebiegiem kryzysu i wspieraniem osób go przeżywających, kontynuowane głównie przez Caplana i Sifneosa, rozszerzyły koncepcję „kryzysu” na cały obszar wydarzeń traumatycznych i doprowadziły do powstania w latach sześćdziesiątych XX wieku rozwiniętej koncepcji „kryzysów emocjonalnych” (Caplan, 1963; Sęk, 1993; Kubacka-Jasiecka, 2005a).

Kryzys psychologiczny w tzw. klasycznym ujęciu Lindemanna (1944) i Caplana (1963; 1964) odnosi się do ostrego, przejściowego, rzadziej chronicznego, stanu zaburzeń równowagi psychicznej, spowodowanego zagrożeniami związanymi z sensem życia, systemem wartości, oraz koncepcją własnej osoby. Kryzys jest punktem przełomowym, zwrotnym, w którym rozstrzyga się dalszy kierunek rozwoju człowieka (Sęk, 2003). Kryzys narusza równowagę emocjonalną i mechanizmy radzenia sobie z trudnościami (por. Badura-Madej, 1996; Sęk, 1993; Kubacka-Jasiecka, 2005a; 2005b). Caplan (1963; 1964) i Lindemann (1944) podkreślają, że kryzys może wystąpić u osoby dotychczas zrównoważonej i całkowicie zdrowej, w odpowiedzi na sytuację ocenioną subiektywnie jako trudną, o znaczeniu krytycznym, w której dochodzi do wyczerpania się zasobów indywidualnych i środowiskowych. Stanowi reakcję człowieka zdrowego na sytuację trudną. Nerozwiązana sytuacja kryzysowa może spowodować poważne zaburzenia funkcjonowania w obszarach: afektywnym, poznawczym i behawioralnym (James i Gilliland, 2004). Według Caplana (1984) rozwiązanie kryzysu łączy się z uświadomieniem sobie jego źródła, z osobowością człowieka, jego doświadczeniem oraz dostępnością pomocnych osób.

Jak dotąd, brakuje powszechnie przyjętej definicji kryzysu oraz spójnej teorii kryzysu opartej na naukowych podstawach. W psychologii klinicznej kryzys najczęściej rozpatruje się w dwóch znaczeniach, jako kryzys emocjonalny i reakcja kryzysowa (por. Badura-Madej, 1996; Sęk, 2003; Kubacka-Jasiecka, 2005a; 2005b). Poddając analizie liczne definicje kryzysu, przytaczane w literaturze przedmiotu, można dostrzec wspólne cechy. Badacze są zgodni, iż istota kryzysu nie leży w urazowym wydarzeniu czy trudnej sytuacji. Ani stres, ani związane z urazem zagrożenie nie stanowią same w sobie o kryzysie. Człowiek go doświadcza dopiero wtedy, gdy spostrzeżenie lub sytuację jako niemożliwą do wytrzymania trudność, która przekracza jego zasoby i mechanizmy radzenia sobie (James i Gilliland, 2004). Kryzys ma ograniczony czas trwania. Stan niepokoju i napięcia, dyskomfortu psychicznego maksymalnie trwa około 6 tygodni (Caplan, 1964). Potem dochodzi do zmian psychopatologicznych lub do rozwiązania sytuacji problemowej. Kryzys może zakończyć się przejściem na jeden z trzech następujących poziomów funkcjonowania: powrót do równowagi sprzed kryzysu, regresja do poziomu niższego lub adaptacja do poziomu wyższego (Freeman, 1991). Przeżycie kryzysowe może wzbogacić wiedzę człowieka o sobie samym, własnych uczuciach, zachowaniach, pozwala dostrzec ich różnorodność i bogactwo. Stwarza okazję do podejmowania nowych wyzwań, poszukiwania nowych sposobów działania. Pokazuje nowe możliwości, ale równocześnie odsłania ograniczenia i słabości (Sęk, 1993; John-Borys, 1995). Kryzys jest zjawiskiem złożonym, nie poddaje się prostemu opisowi przyczynowo-skutkowemu. Jest skomplikowany w kontekście zarówno powstawania – może być powodowany przez wiele, wzajemnie na siebie oddziałujących czynników (intrapsychicznych, relacyjnych i środowiskowych), jak i obszarów funkcjonowania człowieka (James i Gilliland, 2004). W stanie kryzysu człowiek doświadcza lęku, przerażenia, poczucia bezradności, okresowo także uczucia gniewu, złości, rozpacz. Osoba w kryzysie obawia się utraty kontroli nad sytuacją i własnym zachowaniem. Doświadcza licznych dolegliwości fizjologicznych, np. bólów i zawrotów głowy, wzmożonej męczliwości, zaburzeń snu i odżywiania. W sferze poznawczej charakteryzuje się brakiem możliwości skupienia uwagi, brakiem zrozumienia sytuacji, poczuciem niezdolności do znalezienia rozwiązań. Może dojść do zmniejszenia bądź utraty zdolności realistycznej oceny rzeczywistości na rzecz myślenia życzeniowego lub katastroficznego. Osoba może być przekonana o braku zasobów i możliwości poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Specyficzną cechą myślenia w kryzysie jest koncentracja na zdarzeniu krytycznym lub przeciwnie unikanie treści związanych z tym zdarzeniem. Zachowania osób w tym stanie często są nieskoordynowane, czasem destrukcyjne i autodestrukcyjne, mogą być niespójne z przeżywanymi emocjami. Często są niezdolne do wykonywania codziennych czynności życiowych (por. Piątek, 1996; Kanel, 1999; Sęk, 2003; Kubacka-Jasiecka, 2005a). Podsumowując, można stwierdzić, że kryzys zakłóca u osoby będącej w sytuacji kryzysowej zdolność emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego posługiwania się dotychczas stosowanymi sposobami rozwiązywania problemów (Hoff, 1995).

Caplan (1963) opisał reakcje człowieka na kryzys, wyodrębniając cztery fazy. W fazie pierwszej następuje konfrontacja z wydarzeniem wywołującym kryzys. Osoba doświadcza nieskuteczności wykorzystywanych dotąd sposobów radzenia sobie. Pojawia się intensywna reakcja emocjonalna charakteryzująca się głównie wzrostem

napięcia, niepokojem i lękiem. W fazie drugiej, uznaje, że nie jest w stanie poradzić sobie z zaistniałą trudnością. To powoduje dalszy wzrost napięcia. W fazie trzeciej, mobilizuje wszelkie dostępne zasoby i siły psychiczne. Dochodzi do pokonania kryzysu i odzyskania przedkryzysowej równowagi lub do pozornego uporania się z problemem. W fazie czwartej, jeśli kryzys nie został rozwiązany, dochodzi do poważnych dysfunkcji w zachowaniu i utraty kontroli emocjonalnej. W relacjach interpersonalnych ma miejsce wycofanie się z kontaktów. Pojawiają się zachowania agresywne, autoagresywne, często występuje nadużywanie substancji psychoaktywnych. Reakcja kryzysowa nie jest formą patologii. Pokazuje rzeczywiste zmaganie się z sytuacją trudną, może jednak uruchamiać wcześniejsze nierozwiązane problemy, a następnie spowodować zaostrzenie lub wystąpienie destrukcyjnych reakcji (Badura-Madej, 1996).

Kryzys może zostać wywołany zmianami rozwojowymi lub wydarzeniami życiowymi. Wyróżniamy tzw. kryzysy rozwojowe (normatywne), które obecne są w rozwoju każdego człowieka oraz kryzysy sytuacyjne (losowe, traumatyczne) – związane z zaistnieniem szczególnie trudnych sytuacji (Badura-Madej, 1996; James i Gilliland, 2004). Cechą wspólną obu jest wymaganie od jednostki zwiększonego wysiłku adaptacyjnego. Pozytywne konsekwencje przezwyciężenia kryzysu pojawiają się zdecydowanie częściej w kryzysach rozwojowych niż w sytuacyjnych. Wpływ zdarzeń traumatycznych na zdrowie i funkcjonowanie człowieka nie jest jednoznaczny. Wydaje się jednak, że stwarzają one zdecydowanie większe zagrożenie niż kryzysy rozwojowe (por. Silver i Wortman 1984; James i Gilliland, 2004; Kubacka-Jasiecka, 2005a). Podejmując interwencje w kryzysach sytuacyjnych należy położyć duży nacisk na zapewnienie bezpieczeństwa, odreagowanie uczuć oraz wsparcie psychiczne. Pomoc w kryzysach rozwojowych wymaga działań psychoedukacyjnych w kierunku spostrzegania problemu jako normatywnego (Szczukiewicz, 2005).

Objawy kryzysu mogą łączyć się z objawami zespołu stresu pourazowego (PTSD – *posttraumatic stress disorder*). Niektóre objawy zarówno kryzysu, jak i zespołu stresu pourazowego są wspólne, inne zaś znamienne tylko dla PTSD. Według klasyfikacji DSM-IV zaburzenia stresu pourazowego rozpoznaje się u osoby, która doświadczyła lub była świadkiem wydarzenia lub wydarzeń związanych ze śmiercią, zagrożeniem życia bądź poważnymi obrażeniami ciała albo też z zagrożeniem dla własnej lub cudzej nietykalności cielesnej, w trakcie których odczuwała intensywny strach, przerażenie lub bezradność. Charakterystyczne objawy PTSD według DSM-IV to: powtórne przeżywanie stresującego wydarzenia (powracające natarczywe wspomnienia, powracające koszmarne sny o wydarzeniu, nagłe uczucie lub działanie, jakby wydarzenie znów miało miejsce, silne napięcie wywołane każdym wspomnieniem o wydarzeniu, czy też przedmiotem, który się z tą rzeczą kojarzy), uporczywe unikanie bodźców związanych z wydarzeniem lub ogólna utrata wrażliwości na bodźce (unikanie myśli, uczuć związanych z wydarzeniem oraz działań lub sytuacji, które mogłyby wywołać wspomnienie o wydarzeniu, niepamięć wydarzenia, utrata zainteresowań ważnymi czynnościami, uczucie obojętności lub chłodu, poczucie braku perspektywy na przyszłość), utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia (trudności z zasypianiem lub snem, drażliwość lub wybuchy gniewu, trudności w koncentrowaniu się, nadmierna czujność, przesadne reakcje na bodziec). Zespół stresu pourazowe-

go diagnozuje się, gdy opisane objawy występują przynajmniej przez jeden miesiąc. (APA, 1994). Większość osób cierpiących na PTSD z pomocy psychologicznej korzysta wiele miesięcy po kryzysie. Rzadko rozpoczyna systematyczną pracę nad sobą bezpośrednio po zdarzeniu traumatycznym. Natomiast natychmiastowe udzielenie pomocy po doznanej traumie chroni przed rozwojem PTSD. Właściwa interwencja kryzysowa może zapobiec powstaniu zespołu stresu pourazowego (Pilecka, 2004).

INTERWENCJA KRYZYSOWA

Interwencję kryzysową można ujmować jako nową subdyscyplinę psychologii stosowanej, gdyż posiada odrębny obszar badań i zastosowań (kryzys i sytuacje kryzysowe) oraz specyficzne metody działania (Kubacka-Jasiecka, 1997). Można nadać jej szerokie lub wąskie znaczenie. W najszerszym rozumieniu oznacza dziedzinę systemowej, interdyscyplinarnej działalności społeczno-politycznej na rzecz przemian środowiskowych. Działalność ta wykracza poza indywidualną pomoc psychologiczną osobie w kryzysie. Ma charakter prewencyjno-interwencyjny, ukierunkowany na promocję przemian społeczno-politycznych dla ochrony praw jednostki (Hoff, 1995; Kubacka-Jasiecka, 2005a, 2005b).

W węższym znaczeniu interwencję kryzysową charakteryzuje się jako indywidualną pomoc psychologiczną świadczoną na rzecz osób w kryzysie emocjonalnym. Ma na celu pomoc w rozwiązywaniu sytuacji kryzysowych i traumatycznych (Czabała i Sęk, 2000; Kubacka-Jasiecka, 2005a). Interwencja kryzysowa stanowi całość działań, skoncentrowanych na problemie wywołującym kryzys, oddziaływań mających przywrócić osobie nim dotkniętej równowagę psychiczną oraz zdolność do samodzielnego radzenia sobie z tą trudną sytuacją. Jest interdyscyplinarną, wszechstronną pomocą: prawną, socjalną, medyczną i psychologiczną, udzielaną możliwie najszybciej po wystąpieniu zdarzenia krytycznego. Polega na udzieleniu wsparcia emocjonalno-społecznego, tak by ograniczyć bezpośrednie skutki kryzysu i przeciwdziałać jego negatywnym następstwom (por. Badura-Madej, 1996; Leśniak, 1996; Kubacka-Jasiecka, 1997, 2005a, 2005b; Sęk, 1993; Czabała i Sęk, 2000). Interwencja kryzysowa odgrywa ważną rolę w działaniach profilaktycznych na rzecz zdrowia jednostek, przy jednoczesnym zarezerwowaniu terapii dla chorych psychicznie (Sęk, 1993). Interwencja kryzysowa nie jest formą terapii, jej cel to łagodzenie objawów reakcji kryzysowej, przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a nie leczenie zaburzeń psychicznych (Leśniak, 1996; Kubacka-Jasiecka, 2005a, 2005b). Jako oddziaływanie krótkoterminowe i środowiskowe, adresuje się ją do osób zdrowych psychicznie. W przypadku głębszych zaburzeń może być jedynie działaniem poprzedzającym oddziaływanie psychoterapeutyczne (Chylewska-Barakat i Barakat, 2001). Celem interwencji kryzysowej jest wypracowanie nowych wzorców zachowań i bardziej skutecznych metod rozwiązywania problemów, które pozwolą na jakościowe zmiany w funkcjonowaniu człowieka (Chylewska-Barakat i Barakat, 2001).

Zadaniem interwencji jest przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa, pomoc w uruchomieniu źródeł wsparcia społecznego i powrotu do stanu funkcjonowania sprzed kryzysu oraz pomoc w uruchomieniu zasobów człowieka lub systemu w celu konstruktywnego rozwiązywania kryzysu (por. Chylewska-Barakat i Barakat,

2001). Kubacka-Jasiecka (2005b) wytycza kolejne, nowe zadania i strategie interwencji kryzysowej: sprowadza je do wspomagania rozwoju Ja i tożsamości klientów w kryzysie. Zwraca uwagę na potrzebę odbudowywania naruszonej przez kryzys tożsamości. Podkreśla, iż ważnym elementem psychologicznych oddziaływań jest wzmocnienie poczucia własnej wartości i samooceny, przywracanie klientowi samo-kontroli oraz poczucia kontroli nad otoczeniem i zdarzeniami w świecie. Zadania interwencji kryzysowej często wykraczają poza okres trwania kryzysu. Mogą być realizowane za pomocą różnorodnych dostępnych technik oddziaływania psychologicznego (Brammer, 1984).

Podstawowa zasada interwencji kryzysowej to zalecenie natychmiastowego działania, po to by zapobiec zagrożeniu życia i rozwojowi dalszej patologii. Niesienie pomocy w trybie natychmiastowym pozwala również wykorzystać mniejszą skłonność do oporu przed zmianami i większą podatność na oddziaływanie interwencyjne. To z kolei daje nadzieję na zmianę i rozwój. Interwencja natychmiastowa to często interwencja na miejscu krytycznych zdarzeń, w środowisku osoby w kryzysie. Umożliwia poznanie uwarunkowań kryzysu, przebiegu dotychczasowych działań, zasobów otoczenia oraz nawiązanie interdyscyplinarnej współpracy. Zwiększa nie tylko efektywność interwencji, ale działa prewencyjnie (Caplan, 1964). Natychmiastowe reagowanie stanowi ważny wyróżnik definicyjny interwencji – pozbawiona tego elementu działalność psychologiczna przyjmuje cechy poradnictwa czy terapii kryzysu (Kubacka-Jasiecka, 2005a).

Ważne elementy składowe interwencji kryzysowej to: zapewnienie klientowi bezpieczeństwa, dostarczenie wsparcia, diagnoza jego stanu i rozmiaru kryzysu, określenie kryzysowego problemu, przegląd i analiza możliwości rozwiązania problemu, sformułowanie planów rozwiązywania kryzysu oraz uzyskanie zobowiązania klienta do jego realizacji (por. Piątek, 1996; James i Gilliland, 2004; Kubacka-Jasiecka, 2005a).

Troska o bezpieczeństwo klienta jest głównym zadaniem osoby, która przeprowadza interwencję. Ważną część procedury interwencji kryzysowej stanowi ocena poziomu zagrożenia. Każda sytuacja kryzysu zawiera w sobie element zagrożenia – powinno być ono oceniane w dwóch aspektach. Pierwszy z nich to zagrożenie ze strony klienta dla niego samego lub dla otoczenia. Osoby w kryzysie mogą rozważać samobójstwo lub zabójstwo jako sposób rozwiązania sytuacji trudnej czy uwolnienia się od bólu i cierpienia. Drugi aspekt, to zagrożenie dla klienta ze strony jego otoczenia. Styl pracy i strategie prowadzącego interwencję kryzysową muszą odzwierciedlać nieustanną troskę o fizyczne i psychiczne bezpieczeństwo klienta i innych osób uczestniczących w wydarzeniu kryzysowym (James i Gilliland, 2004).

Szczególnie ważną rolę odgrywa **wsparcie społeczne**. Ludzie potrzebują i poszukują wsparcia społecznego w sytuacjach kryzysowych (Sęk, 2006). Przyniesie ono jednak pozytywny efekt, gdy będzie dostępne oraz dostosowane do wymogów sytuacji i potrzeb osoby w kryzysie. Udzielane w taki sposób, aby człowiek, sam umiał sobie pomóc (Sęk, 2005). Najbardziej potrzebne jest w czasie kulminacyjnego nasilenia stresu i w nagłych sytuacjach kryzysowych. Działa wtedy podtrzymująco i uodparniająco, nie zmniejszając poczucia kompetencji do samodzielnego radzenia sobie z kryzysem (Sęk, 2005). Za nieskuteczne, a wręcz szkodzące uznaje się próby

pomocy zwiększające zależność i bierność danej osoby (Piątek, 1996). Zorganizowanie wsparcia społecznego – włączenie klienta do istniejącej sieci wsparcia bądź zainicjowanie nowych relacji wspierających – ma ważne znaczenie dla interwencji kryzysowej. Prawdopodobnie udzielone wsparcie przełamuje dotychczasową alienację klienta i inicjuje pożądane zmiany we wzajemnych relacjach pomiędzy nim a otoczeniem. Przede wszystkim jednak przywraca mu poczucie własnej wartości i upewnia w przekonaniu, że jest zdolny rozwiązać trudną sytuację i budować plany na przyszłość (Kubacka-Jasiecka, 2005b).

Prowadzenie interwencji kryzysowej zazwyczaj przybiera **charakter diagnostyczno-interwencyjny**. Ważna jest zarówno ocena głębokości reakcji kryzysowej, typu osobowości, zasobów pacjenta oraz jego środowiska, jak i udzielanie wsparcia. Trafna diagnoza jest warunkiem skutecznej interwencji kryzysowej. Celem diagnozy jest rozpoznanie kryzysu, ocena stanu psychicznego i fizycznego oraz ocena zagrożenia zdrowia i życia osoby doświadczającej kryzysu (por. Piątek, 1996; James i Gilliland, 2004). Ponadto należy ustalić natężenie kryzysu, poziom zdolności klienta do działania, dostępne możliwości, mechanizmy radzenia sobie z trudnościami, systemy wsparcia. Oceny natężenia kryzysu dokonuje się zarówno z punktu widzenia klienta, jak i z perspektywy osoby prowadzącej interwencję. W postępowaniu diagnostycznym ważną rolę odgrywa ocena funkcjonowania osoby przed kryzysem oraz jego wpływ na reakcje związane z wydarzeniem krytycznym.

Cały proces diagnozy może być tu podzielony na dwa etapy. Pierwszy z nich to diagnoza wstępna, dokonywana na początku procesu pomagania. Przedmiotem jej jest ustalenie stanu klienta, określenie stopnia nasilenia kryzysu, zdefiniowanie problemu oraz poziomu zagrożenia. Drugi etap to ocena zmian w procesie wychodzenia z kryzysu. Pozwala ona na analizowanie aktualnych potrzeb i oczekiwań klienta oraz modyfikowanie planu pomocy. Na podstawie oceny funkcjonowania osoby w obszarach: poznawczym, afektywnym i behawioralnym można określić natężenie kryzysu oraz przygotować dla niej adekwatną pomoc. Oceniając stan funkcji poznawczych należy odpowiedzieć sobie na kilka zasadniczych pytań:

W jakim stopniu realistyczne i spójne jest myślenie klienta o sytuacjach czy wydarzeniach związanych z kryzysem?

W jakim stopniu jego sposób myślenia pogłębia przeżywanie kryzysu?

Jak długo trwają objawy zmienione przez kryzys myślenia?

W jakim stopniu klient wydaje się być otwarty w myśleniu i gotowy do zrewidowania swoich poglądów na sytuację kryzysową?

Te i podobne do nich pytania mogą dostarczyć odpowiedzi, które mają istotne znaczenie dla przygotowania odpowiednich sposobów uwolnienia klienta od irracjonalnych i nieadaptacyjnych wzorców myślenia i zastąpienia ich bardziej przystosowanymi. Oznaki ograniczonego wyrażania emocji czy nieadekwatnego reagowania są istotnym wskaźnikiem poziomu nasilenia kryzysu. Przede wszystkim warto rozważyć, czy reakcje emocjonalne klienta na sytuację kryzysową można uznać za adekwatne i czy w podobnych sytuacjach inni są skłonni reagować w zbliżony sposób. Równie istotna jest ocena zdolności klienta do zachowywania się w sposób adekwatny. Uwaga powinna być skierowana nie tylko na to, co klient mówi lub jak siebie prezentuje, ale również na jego konkretne zachowania.

W jakim stopniu są adekwatne do sytuacji, w jakiej znajduje się klient?

Czy przez te zachowania klient osiąga deklarowany cel?

W jakim stopniu i w jaki sposób zachowania klienta mogą zagrażać jemu samemu lub innym?

Inna grupa pytań dotyczących zachowania klienta ma związek z jego sposobami radzenia sobie w podobnych sytuacjach w przeszłości. Na przykład:

Jakie działania w podobnych sytuacjach w przeszłości pomagały mu odzyskać równowagę? Co mógłby zrobić teraz, aby choć trochę poprawić swoją sytuację?

Czy są jakieś osoby – może jedna, dwie – z którymi mógłby się skontaktować i które byłyby pomocne w jego sytuacji? (por. James i Gilliland, 2004; Leśniak, 1996).

Diagnoza powinna również określić, czy reakcja kryzysowa jest odpowiedzią osoby zdrowej psychicznie na ostry i nagły stres czy też jest konsekwencją przewlekłego stresu traumatycznego. Jeśli przez dłuższy czas utrzymują się specyficzne trudności lub powracają zaostrzenia stanu funkcjonowania mamy wówczas do czynienia ze zjawiskiem kryzysu chronicznego. Jeśli doświadczany przez klienta dyskomfort jest następstwem jakiegoś urazowego wydarzenia i trwa stosunkowo krótko – rozpoznajemy kryzys ostry. Rozróżnienie to ma istotne następstwa dla rodzaju interwencji, jaką należy podjąć.

Nie można sformułować uniwersalnej recepty na pomaganie w kryzysie. Przewodząc interwencję warto przyjąć założenie, że osoba w kryzysie jest potencjalnie zdolna do kierowania własnym życiem, podejmowania decyzji i odpowiedzialności. Relacja z nią powinna opierać się na empatii, akceptacji, szczerym i autentycznym reagowaniu oraz zapewnieniu bezpieczeństwa. Integralną częścią procesu pomagania kryzysowego jest aktywny współdziałanie klienta w procesie interwencji – wspólne planowanie i realizowanie jej celów (Kubacka-Jasiecka, 2005a).

Ważny etap interwencji to zdefiniowanie problemów, które doprowadziły do wystąpienia kryzysu. Istotne jest by uchwycić subiektywną wymowę sytuacji kryzysowych oraz ich znaczenie dla klienta. Znalezienie rzeczywistej przyczyny kryzysu stanowi warunek skutecznej współpracy z klientem. Rozwiązanie sytuacji kryzysowej jest celem, do którego zmierza każde oddziaływanie interwencyjne. Wymaga to sformułowania wspólnie z klientem planu działania. Zaplanowanie i ukierunkowanie oddziaływań interwencyjnych przyczynia się do porządkowania doświadczeń oraz przezwyciężania chaosu i zamętu (Kubacka-Jasiecka, 2005a). W planowaniu ważną kwestią jest zachowanie przez klienta poczucia sprawstwa, niezależności oraz szacunku do siebie samego. Wprowadzenie przez niego planu w życie ma na celu przywrócenie mu poczucia kontroli nad własnym życiem oraz uniezależnienie się od pomocy innych osób. Plan powinien uwzględniać zasoby wewnętrzne klienta – wiedzę, umiejętności, sprawdzone sposoby radzenia sobie oraz zasoby zewnętrzne – wszelkiego rodzaju dostępne wsparcie środowiskowe, instytucjonalne i pozainstytucjonalne. Plan powinien być realistyczny, krótkoterminowy, określać konkretne działania klienta i osoby prowadzącej interwencję. Ważne jest takie zaplanowanie pierwszego zadania, by klient osiągnął powodzenie. Będzie to miało istotne znaczenie w przełamaniu poczucia bezsilności, odzyskiwaniu poczucia autonomii i kontroli nad biegiem własnego życia.

Przed zakończeniem sesji interwencyjnej zaleca się, by prowadzący uzyskał od klienta zobowiązanie dotyczące wykonania planu. Gdy klient ma poczucie, że poczynione plany są jego własne, to zawarcie kontraktu nie stanowi trudności. Kontrakt powinien obejmować ułożony wspólnie z klientem i akceptowany przez niego plan działania, wzajemne oczekiwania oraz sposoby osiągnięcia przyjętych celów, z określonymi terminami ich realizacji. Ważne jest by osoba prowadząca interwencję, w uzgodnionym z klientem czasie i trybie monitorowała trafność i trwałość podjętych działań nad rozwiązywaniem problemu (James i Gilliland, 2004). Integralną częścią interwencji kryzysowej jest korzystanie z innych, dostępnych źródeł pomocy. Wielu klientów należy możliwie szybko skierować tam, gdzie mogą otrzymać pomoc socjalną, prawną, medyczną lub skorzystać z psychoterapii indywidualnej czy rodzinnej.

Podkreśla się znaczenie osoby interweniującej, którą uważa się za najważniejsze „narzędzie” interwencji kryzysowej. Jej cechy i umiejętności interweniowania w kryzysie mają większe znaczenie niż założenia teoretyczne czy szczegółowe techniki działania (Czabała i Sęk, 2000). Pożądane cechy to: otwartość, odwaga, cierpliwość, odpowiedzialność, dojrzałość, silne poczucie tożsamości, duży stopień samoświadomości, autentyczność, zdolność do empatii, poczucie humoru, elastyczność. Potrzebne są umiejętności: aktywnego słuchania, jasnego formułowania własnego przekazu, nawiązywania kontaktu, udzielania wsparcia, wentylowania emocji, motywowania, określania problemu i koncentrowanie się na nim, kontrolowania własnych emocji oraz regeneracja samego siebie. Podkreśla się, że niezbędna jest ponadto umiejętność dostosowania pomocy do natury kryzysu i potrzeb osoby w kryzysie (Sęk, 2003). Prowadzenie interwencji kryzysowej wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu psychologii kryzysu, psychopatologii, mechanizmów radzenia sobie ze stresem i psychologii traumy, jak również wiedzy o systemie instytucji, które mogą być użyteczne w budowaniu sieci wsparcia.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association.** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Badura-Madej, W.** (1996). Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 15-30). Warszawa: Interart.
- Brammer, L. M.** (1984). *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej PTP.
- Caplan, G.** (1963). Emotional Crisis. W: M. Deutsch, H. Fishman (red.), *The Encyclopedia of Mental Health*. New York: Franklin Watts, Inc.
- Caplan, G.** (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

- Caplan, G.** (1984). Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki. *Nowiny Psychologiczne*, 2-3, 92-115.
- Czabała, J. Cz. i Sęk, H.** (2000). Pomoc psychologiczna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 605-621). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Chylewska-Barakat, L. i Barakat, M.** (2001). Interwencja kryzysowa w sytuacji przemocy między małżonkami. W: L. Cierpiałkowska i H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (s. 70-86). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Freeman, D. R.** (1991). *Kryzys małżeński i psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hoff, L. A.** (1995). *People in Crisis. Understanding and Helping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- James, R. K. i Gilliland, B. E.** (2004). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: PARPA.
- John-Borys, M.** (1995). Kryzys rodzinny jako doświadczenie życiowe. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* (s. 12-24). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kanel, K.** (1999). *A Guide to Crisis Intervention*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kubacka-Jasiecka, D.** (1997). Z problematyki interwencji w kryzysie – zagadnienia wybrane. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 113-130). Kraków: Wyd. ALL.
- Kubacka-Jasiecka, D.** (2005a). Interwencja kryzysowa. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 2, s. 244-271). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kubacka-Jasiecka, D.** (2005b). Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości. W: D. Kubacka-Jasiecka i T. M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 57-86). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lindemann, E.** (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Leśniak, E.** (1996). Interwencja kryzysowa. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 55-70). Warszawa: Interart.
- Piątek, J.** (1996). Symptomatologia i analiza kryzysu. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 33-52). Warszawa: Interart.
- Pilecka, B.** (2004). *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sęk, H.** (1993). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna Psychologia Kliniczna* (s. 472-503). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H.** (2003). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H.** (2005). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka i T. M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 87-107). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sęk, H.** (2006). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk i R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 49-67). Warszawa: PWN.

- Silver, R. L. i Wortman, C. E.** (1984). Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Nowiny Psychologiczne*, 4-5, 29-95.
- Szczukiewicz, P.** (2005). Pomoc psychologiczna w kryzysie psychicznym – spojrzenie z perspektywy logoterapii. W: D. Kubacka-Jasiecka i K. Mudyń (red.), *Kryzys interwencja i pomoc psychologiczna* (s. 264-283). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Rozdział 16

Psychoterapia integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód. Studium przypadku używania substancji psychoaktywnych, wielokrotnej traumy i skłonności samobójczych¹

Andrew Tatarsky

Harm Reduction Psychotherapy and Training Associates

Scott Kellogg

New York University

Redukcja szkód (*Harm Reduction*, HR) to filozofia i zbiór interwencji mających na celu zmniejszenie szkodliwości używania substancji psychoaktywnych oraz innych ryzykownych zachowań, bez uciekania się do abstynencji (Marlatt, 1998). Jest ona z powodzeniem wykorzystywana w publicznej służbie zdrowia, w leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i w psychoterapii. W niniejszym artykule omawiamy proces terapeutyczny Psychoterapii integracyjnej opartej na Modelu Redukcji Szkód (*Integrative Harm Reduction Psychotherapy*, IHRP) – nasze podejście do zastosowania zasad redukcji szkód w psychoterapii.

Podejście IHRP zakłada, że nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz inne potencjalnie ryzykowne zachowania najlepiej zrozumieć postrzegając człowieka całościowo (holistycznie) i w jego socjokulturowym kontekście. Do celów IHRP należą identyfikacja psychologicznych, biologicznych i społecznych czynników, które przyczyniają się do procesu uzależnienia, interpretacja, wyjaśnianie wielu znaczeń pojęcia „nadużywanie substancji psychoaktywnych” oraz dopasowanie psychoterapii do konkretnych, indywidualnych potrzeb pacjenta. IHRP może ułatwiać stosowanie innych technik *harm reduction*, takich jak wymiana strzykawek i leczenie substytucyjne. Omawiane podejście terapeutyczne można dostosować w taki sposób, by mogło być wykorzystywane przez personel o różnicowanym poziomie wykształcenia, kwalifikacjach zawodowych i wykonywanych zadaniach, a także przez inne osoby, które mają kontakt z pacjentem, np. przez pracownika ochrony, recepcjonistę, terapeutę ulicznego (*outreach worker*), pielęgniarkę czy młodzieżowego trenera (*peer educator*).

PSYCHOTERAPIA INTEGRACYJNA W OPARCIU O MODEL REDUKCJI SZKÓD

Psychoterapia integracyjna, wykorzystująca model redukcji szkód (Tatarsky, 2002), czerpie z tradycji psychodynamicznych, poznawczo-behawioralnych, humanistycznych i biologicznych, aby móc pomagać pacjentom używającym substancji psycho-

¹ Integrative Harm Reduction Psychotherapy: A case of substance use, multiple trauma, and suicidality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 2010, 66: 1–13.

aktywnych, uwzględniając szczególną wrażliwość każdego z nich i właściwe im konsekwencje używania substancji. Porzucenie kryterium abstynencji umożliwia rozpoczęcie terapii od tego, z czym klient zgłasza się po pomoc. Forma, przedmiot i ramy czasowe interwencji powstają w wyniku nieustającego dialogu terapeutycznego i negocjacji pomiędzy terapeutą a pacjentem. To stawia relację i współpracę na pierwszym miejscu w terapii. Prawidłowa relacja terapeutyczna sprzyja realizacji innych zadań w terapii: uczeniu różnych umiejętności, strategii aktywnego wspierania pozytywnych zmian w używaniu substancji, badaniu wielu osobistych i społecznych znaczeń problemowego używania oraz wdrażaniu nowych, skuteczniejszych rozwiązań wobec czynników ryzyka. Ten szeroki wachlarz przedmiotowości terapii realizowany jest w oparciu o siedem następujących zadań terapeutycznych: zarządzanie przymierzem terapeutycznym, lecznicza rola relacji terapeutycznej, wzmacnianie umiejętności samokontroli w procesie zmiany, rozpoznanie potrzeb jako forma leczenia, zrozumienie ambiwalencji, wyznaczenie celów w ramach redukcji szkód, strategie aktywnego wspierania pozytywnych zmian.

1. Przymierze terapeutyczne

Nasze doświadczenie zawodowe i wyniki badań empirycznych skłaniają nas do wniosku, że w skuteczności psychoterapii tej grupy pacjentów kluczową rolę odgrywa przymierze terapeutyczne (Safran i Muran, 2000). Przymierze terapeutyczne to umiejętność konsekwentnej wspólnej pracy w oparciu o wyznaczone cele, zadania i jakość relacji. Jest to zgodne z fundamentalnymi zasadami redukcji szkód: zacznij tam, gdzie znajduje się pacjent i pracuj nad jego celami. Badania wykazały, że przymierze ma znaczący wpływ na pozytywny wynik terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (Dearing, Barrick, Dermen i Walitzer, 2005).

To, w jaki sposób nawiążemy pierwszy kontakt, niejednokrotnie istotnie wpływa na to, czy pacjent wróci i zaangażuje się w terapię. Pierwsze spotkania mają na celu określenie potrzeb pacjenta i przedmiotu leczenia. Początkowe przymierze musi być budowane w oparciu o powody, dla których pacjent zgłasza się na terapię. Terapeuta powinien wyjść mu naprzeciw z empatią i szacunkiem, nie powinien również niczego zakładać z góry. Dzięki temu możliwe staje się wspólne wypracowanie podejścia, które odpowiada potrzebom danego pacjenta.

Przymierze terapeutyczne należy utrzymywać przez cały przebieg terapii. Zmiana postawy pacjenta w trakcie trwania terapii, powinna powodować odpowiednie zmiany w podejściu terapeuty. Postawa, która na początku wydawała się bezpieczna i wspierająca, może już nie być tak postrzegana przez pacjenta. W celu kontynuowania terapii w ramach przymierza, należy rozwiązywać wszelkie konflikty, jakie niewątpliwie wystąpią w tym czasie. Bycie źle zrozumianym może wywołać u pacjenta poczucie braku bezpieczeństwa lub porzucenia, co z kolei może uruchomić reakcje obronne, takie jak wycofanie czy zintensyfikowanie używania substancji. Wyczulenie terapeuty na wystąpienie konfliktów oraz chęć ich zbadania doprowadzi do naprawy przymierza.

Terapeuta wzmacnia i utrzymuje przymierze za pomocą konkretnych umiejętności, takich jak: aktywne słuchanie; wspólna eksploracja; empatia; refleksja oraz kontrolowanie przeciwprzeniesienia.

Aktywne słuchanie polega na dokładnym poznaniu doświadczenia drugiej osoby bez interpretowania, oceniania czy komentowania.

Wspólna eksploracja to wspólna praca terapeuty i pacjenta nad zidentyfikowaniem określonego aspektu doświadczenia pacjenta. Terapeuta wspiera w swoich działaniach tę „część” pacjenta, która chce poznać naturę danej rzeczy.

Empatia to zdolność do rozumienia tego, co doświadcza druga osoba. Dotyczy to rozumienia w wymiarze intelektualnym, ale odnosi się również do aspektów emocjonalnych, które pomagają terapeutę wyobrazić sobie i odczuć przez co przechodzi pacjent.

Po rozpoznaniu doświadczeń pacjenta, terapeuta może podzielić się z nim swoimi spostrzeżeniami. W celu dokładnego upewnienia się, że został przez terapeutę dobrze zrozumiany, pacjent może poprosić terapeutę o wyjaśnienie niektórych kwestii.

W niniejszym artykule pojęcie „przeciwprzeniesienie” odnosi się do wszystkich osobistych reakcji terapeuty w stosunku do pacjenta. Jeśli terapeuta uświadomi sobie swoje reakcje wobec pacjenta i nie będzie działał pod ich wpływem, to lepiej zrozumie pacjenta i pomoże mu zrozumieć samego siebie i swoje relacje. Aktywne słuchanie i empatia zależą od zdolności terapeuty do rozróżniania empatycznych uczuć, które dokładnie odzwierciedlają doświadczenia pacjenta od osobistych uwag, które mogą przeszkadzać w wyrażaniu empatii. Podkreśla to potrzebę własnej terapii i nieustannej superwizji w celu wzbogacenia przez terapeutę wiedzy na swój temat oraz doskonalenia zdolności identyfikowania reakcji związanych z przeciwprzeniesieniem, których terapeuta może nie być świadomy.

2. Lecznicza rola relacji terapeutycznej

Dobra relacja terapeutyczna zawiera potencjał leczniczy. Daje poczucie bezpieczeństwa, które może zredukować lęk i zwiększać autorefleksję. Pomaga to pacjentom identyfikować szkodliwe aspekty używania substancji psychoaktywnych oraz uczucia, pragnienia i potrzeby związane z używaniem. Pomaga również zastanowić się nad nowymi sposobami używania i nowymi sposobami wyrażania siebie lub dbania o siebie w tym zakresie. Relacja terapeutyczna może wzmacniać integrację umiejętności samokontroli i samoregulacji, ponieważ terapeuta modeluje i uczy tych umiejętności i pozwala je wykorzystywać. Jako że trudności w relacjach z ludźmi leżą niejednokrotnie u podstaw problemowego używania narkotyków, to prawdopodobnie wyjdą na jaw w relacji terapeutycznej. Przymierze terapeutyczne pozwala terapeutę i pacjentowi omawiać te trudności w trakcie ich ujawniania oraz eksperymentować z nowymi rozwiązaniami. Rozwiązanie problemów wynikłych w relacji terapeutycznej świadczy o tym, że problemy w relacjach z innymi można również przezwyciężyć, że można zaufać innym oraz że pacjent wart jest wysiłków terapeuty.

Używanie narkotyków może odzwierciedlać lub wyrażać coś, co powstaje u pacjenta w efekcie terapii. Rozwiązując tego typu problemy należy to robić przez pryzmat terapii. Na przykład w celu regulacji nieprzyjemnych uczuć powstałych w efekcie terapii pacjent może używać narkotyków zamiast rozmawiać o tym z terapeutą. Zainteresowanie i wgląd terapeuty w potencjalne znaczenia używania narkotyków mogą dać sygnał pacjentowi, że terapeuta jest żywo zainteresowany zrozumieniem jego doświadczeń oraz tego, co kryje się za używaniem. Może to być sygnałem, że terapeuta jest zainteresowany pacjentem jak również świadczyć o tym, że inni ludzie również mogą być nim zainteresowani i można im zaufać wbrew temu co podpowiada pacjentowi jego doświadczenie.

3. Wzmacnianie umiejętności samokontroli w procesie zmiany

Zmiana zachowań związanych z uzależnieniem i autodestrukcją często wiąże się z uzupełnieniem deficytów samoregulacji poprzez nabycie umiejętności samokontroli. Umiejętności te są również niezbędne w realizacji innych celów IHRP. Należy zawiązać przymierze z tą „częścią” pacjenta, która chce poprawić samopoczucie i aktywnie uczestniczyć w procesie terapeutycznym. Ten aspekt funkcjonowania pacjenta w Terapii Schematów (*Schema Therapy*) nosi miano „trybu zdrowego dorosłego” (Young, Klosko i Weishaar, 2003), innymi słowy dotyczy umiejętności poruszania się, negocjowania, rozwijania i neutralizowania.

W procesie zmiany istotne są trzy kluczowe cechy: ciekawość, autorefleksja i tolerancja w stosunku do nieprzyjemnych uczuć. Ciekawość przyczyn własnego cierpienia stymuluje samoświadomość i wgląd w samego siebie. Samoświadomość umożliwia badanie zmian w doświadczeniu, co prowadzi do odkrywania związków pomiędzy wydarzeniami, myślami, uczuciami, impulsami i wyborami. Samoświadomość wspiera również tolerowanie uczuć, zdolność do godzenia się z pewnymi uczuciami. Uczucia nieprzyjemne i wywołujące strach stają się łatwiejsze do zniesienia, jeśli zostaną zidentyfikowane jako zespół wrażeń cielesnych i myśli, które można kontrolować dzięki różnym strategiom poznawczo-behawioralnym, takim jak prowadzenie z nimi dialogu czy świadome oddychanie.

Trening świadomości i relaksacji wspiera rozwój autorefleksji i kontrolę uczuć (Tatarsky, 2003). Zawiera również w sobie następujące techniki: trening *mindfulness*, trening relaksacji i pozytywny dialog wewnętrzny.

4. Rozpoznanie problemów jako forma leczenia

Rozpoznanie problemów pacjenta stanowi punkt wyjścia do zawarcia przymierza terapeutycznego, a także ustalenia planu leczenia, znajduje się również w centrum nieustającego procesu terapeutycznego. Pogłębia nasze poznanie pacjenta i ma na celu stymulowanie u niego dążenia do poznania i zrozumienia problemów, z którymi przyszedł. Terapeuta dokonując wglądu w sytuację pacjenta, wzbudza jego ciekawość i autorefleksję w kierunku jego własnych doświadczeń. Relacjonując terapię swoje doświadczenia pacjent posługuje się słowami, które mogą zostać zintegrowane z tymi doświadczeniami.

Pogłębiona autodiagnoza własnych problemów pozwala rozważyć cele w zakresie redukcji szkód i strategię zmniejszenia cierpienia. Ocenie należy poddać następujące elementy: intensywność używania, związek zachowania problemowego z czynnikami biopsychospołecznymi, wielorakość znaczeń badanego zachowania, etap zmiany oraz inne istotne zagadnienia dotyczące życia pacjenta. Problemy należy rozwiązywać, kierując się hierarchią ich ważności dla pacjenta: od najważniejszych do najmniej istotnych.

Rejestrowanie zachowań problemowych, będących przedmiotem terapii, pomaga pacjentowi w uzyskaniu czytelnego obrazu swojego zachowania oraz tego, jaki ma ono wpływ na inne aspekty jego życia. Pacjenci mogą rejestrować czas i rodzaj zachowania, np. butelka piwa, kreska kokainy czy tabletki Clonazepamu. Taki rejestr może również zawierać informacje dodatkowe, np. okoliczności poprzedzające, uczucia, myśli, spodziewane efekty oraz faktyczne konsekwencje. Same informacje zwrotne

mogą być czynnikiem motywującym do zmiany, ponieważ dzięki nim pacjent otrzymuje jasny obraz tego, w jaki sposób jego zachowanie stoi w sprzeczności z własnymi wartościami i oczekiwaniami wobec samego siebie. Rejestrowanie zachowań wzmacnia również autorefleksję. Niewykonanie zadań związanych z rejestracją zachowań może świadczyć o konflikcie lub o trudnościach z autorefleksją; powinno to stać się przedmiotem terapii.

Mikroanaliza to strategia uzyskiwania pełnego obrazu wzoru używania substancji psychoaktywnych przez pacjenta i związku tego zachowania z innymi czynnikami biopsychospołecznymi, osobistymi znaczeniami i funkcjami substancji, jak również z etapem zmiany w odniesieniu do każdej z substancji. W oparciu o zarejestrowane przez pacjenta informacje na temat wydarzeń pomiędzy sesjami, uzyskujemy konkretny wzór używania. Istotne, aby zawierał on jak najwięcej szczegółów, mając jednak na względzie potencjalną niechęć pacjenta do omawiania niektórych aspektów używania. Pacjent przedstawia, w jaki sposób używa substancji w ciągu dnia, tygodnia lub miesiąca. Podaje czas, ilość, drogę przyjmowania, okoliczności, osoby towarzyszące, opisuje swoje uczucia w momencie podejmowania decyzji o zażyciu, relacjonuje okoliczności poprzedzające, jak również to, co dzieje się później: działanie substancji, ogólne doświadczenie, zachowanie, wpływ na zdrowie, emocje, pracę, szkołę i relacje z innymi. Pacjent określa, w jaki sposób używanie substancji wpływa na inne aspekty życia, czy w czymś pomaga i w jaki sposób szkodzi. Jakie są jego oczekiwania wobec używania narkotyku i jak wypada ich realizacja? Czy oczekiwania spełniają się? Czy pacjent żałuje swoich zachowań? Należy zbadać intensywność i jakość wzoru używania: czy chodzi o wzmocnienie funkcjonowania w sytuacjach towarzyskich (używanie rekreacyjne)? Czy jest to problem, który pojawia się i znika (nadużywanie)? Czy używanie ma charakter kompulsywny i towarzyszy mu utrata kontroli oraz głód (uzależnienie)? W końcu, co pacjent chciałby zmienić w swoim używaniu?

5. Zrozumienie ambiwalencji

Ambiwalencja odgrywa kluczową rolę w opieraniu się zmianie problemowego używania substancji psychoaktywnych i trzeba się nią zająć, po to, by przyspieszyć tę zmianę (Miller i Rollnick, 2002). Modele biopsychospołeczne oraz modele dotyczące etapów zmiany sugerują, że istnieje cały szereg powodów, dla których głęboko uzależnieni użytkownicy substancji psychoaktywnych, pomimo narastających negatywnych konsekwencji, nie zmieniają ani trochę swoich zachowań. Od czasu do czasu substancje generują pozytywne doświadczenia i różne aspekty funkcjonowania użytkownika mogą być w unikalny sposób związane z działaniem danej substancji – w zależności od tego, w jaki sposób substancja wpływa na wartości, pragnienia czy zainteresowania dotyczące tej sfery użytkownika.

Innym sposobem zrozumienia zachowania związanego z uzależnieniem jest spojrzenie na sprawę w następujący sposób: kiedy konflikt pomiędzy używaniem problemowym i niedecydowaniem się na takie zachowanie staje się zbyt dokuczliwy, „część” osoby, która nie chce używać, ulega odseparowaniu i dysocjacji, w efekcie czego użytkownikowi pozostaje impuls do używania, któremu ulega. Jeśli pacjent jest w stanie tolerować ambiwalencję i zrozumieć swój dylemat, możliwe jest rozważanie alternatywnych sposobów rozwiązania problemu. Wielu pacjentów zdaje sobie spr-

wę z tego, że używanie pomaga im w radzeniu sobie z nieprzyjemnymi uczuciami typu niepokój, wściekłość i smutek, pomimo związanego z tym ryzyka. Kiedy przekonają się, że istnieją alternatywne sposoby radzenia sobie z trudnymi emocjami, chętniej decydują się zaprzestać używania narkotyków w ryzykowny sposób. Celem terapii jest poruszenie zagadnienia ambiwalencji tak, by pacjent miał okazję to przeżywać i rozważyć z terapeutą nowe rozwiązania tego problemu.

Istnieje szereg technik pomocnych w rozwiązywaniu kwestii związanych z ambiwalencją. W niniejszym artykule omówione zostały dwie z nich: wyrażanie empatii wobec dwóch aspektów ambiwalencji i dokonanie bilansu decyzyjnego.

Empatia wobec dwóch stron ambiwalentnej postawy pacjenta polega na przeanalizowaniu podczas terapii wszystkich aspektów funkcjonowania pacjenta (Rothschild, 2007). Jeśli terapeuta nastawia się na głos tylko jednej strony pacjenta i tylko tę stronę wzmacnia (zwykle tę, która chce przestać brać lub robić to bezpiecznie), istnieje ryzyko, że tylko z tą „częścią” zawrze przymierze, co może być skierowane przeciwko drugiej stronie. W efekcie ta „część” pacjenta, która chce się zmienić może zobowiązać się do wielu rzeczy i zaplanować wiele działań, podczas gdy „część” pacjenta, która chce wciąż brać, pozostaje poza gabinetem terapeutycznym i kontynuuje używanie bez żadnych zmian. Wyrażanie empatii wobec obydwu aspektów ambiwalencji sprawia, że konflikt pozostaje w pacjencie. Obie strony uczestniczą w terapii i mają szansę wyrazić swoje zdanie, obie również brane są pod uwagę w planowaniu nowych celów.

Bilans Decyzyjny (Decisional Balance Sheet) (Janis i Mann, 1977) to narzędzie służące do systematycznego ewaluowania argumentów „za” i „przeciw” związanych z każdą decyzją o dokonaniu zmiany. Jest to bardzo skuteczne narzędzie w procesie ułatwiania zmiany (LaBrie, Pedersen, Earlywine i Olsen, 2006) oraz, zdaniem wielu specjalistów w dziedzinie zmiany zachowania, odgrywa kluczową rolę w zwiększaniu motywacji do zmiany (Miller i Rollnick, 1991; Prochaska, Norcross i DiClemente, 1995). W efekcie gruntownej analizy argumentów „za” i „przeciw” dotyczących aktualnego problemowego zachowania oraz rozważanej zmiany, pacjent może w szczegółowy sposób poznać czynniki motywujące do zmiany w odniesieniu do obydwu aspektów ambiwalentnej postawy. Bilans Decyzyjny został zaadaptowany do potrzeb terapii uzależnień.

Technika pustego krzesła kierowana jest do pacjentów, którzy zmagają się z uzależnieniem oraz innymi konfliktami o charakterze decyzyjnym. Dialog z głosem (Stone i Winkelman, 1988; Tatarsky, 2003) może pomóc pacjentom zgłębić ambiwalentną postawę co do zmiany autodestrukcyjnych zachowań. Obie techniki czerpią z doświadczenia pacjenta i pomagają mu lepiej poznać te „części” siebie, które zawierają sprzeczne uczucia wobec zmiany. W naszej opinii strategie te są niezwykle przydatne w pracy z pacjentami, którzy mają problemy z identyfikowaniem własnych uczuć lub nie mają kontaktu z tymi aspektami własnego funkcjonowania, które z kolei wyrażane są poprzez problemowe zachowanie.

6. Wyznaczanie celów w zakresie redukcji szkód

W redukcji szkód zawarty jest paradoks. Z jednej strony, kładzie się duży nacisk na akceptowanie tego, gdzie w danym momencie znajduje się klient oraz jego warunków

i celów. Interwencje mają na celu spotkanie z pacjentem w punkcie, w którym aktualnie się znajduje a nie tam, gdzie widziałby go terapeuta. Z drugiej strony, promuje się pozytywną zmianę i rozwój w kierunku optymalnego stanu zdrowia. To sprawia, że nacisk przenosi się z redukcji szkód związanych bezpośrednio z używaniem na leczenie cierpienia oraz rozwiązywanie innych kwestii związanych z problemowym używaniem substancji psychoaktywnych. To podejście, oparte na stopniowej transformacji, zakłada wykorzystanie całego szeregu skutecznych modeli zarówno tych z dziedziny redukcji szkód, jak i tych opartych na abstynencji, po to by osoby uzależnione mogły przejść od aktywnego używania do używania umiarkowanego lub abstynencji.

Cele terapeutyczne powstają na podstawie rozpoznania przyczyn zgłoszenia się pacjenta na terapię oraz zbadania ambiwalentnej postawy wobec zmiany. Pytanie o cele pacjenta wzbudza ciekawość i zmusza do autorefleksji nad jego motywami i potrzebami. Odpowiedź potwierdza centralną pozycję pacjenta, wagę jego aktywnego udziału, wyboru celów, placówki oraz motywacji w skutecznej terapii.

Idealny Plan Używania (*Ideal Use Plan*) to strategia, która ma na celu pomóc pacjentom: (1) ocenić problemowe obszary używania substancji psychoaktywnych; (2) wzmocnić motywację do pozytywnych zmian; (3) wyznaczyć cele w zakresie redukcji szkód; (4) zaplanować strategie osiągnięcia nowych celów. Pacjenci muszą pisemnie i ustnie opisać swój idealny wzór używania – taki, który maksymalnie zwiększa korzyści i minimalizuje zagrożenie oraz negatywne konsekwencje (Tatarsky, 2003). Plan powinien zawierać następujące informacje: rodzaj substancji, drogi przyjmowania, dawki, częstotliwość oraz okoliczności używania. Powinien również zawierać strategie, które będą wykorzystywane w skutecznej realizacji planu. Następnie pacjent może przystąpić do wdrażania planu w życie i przekonać się w jakim stopniu jest on skuteczny. Plan należy traktować jako eksperyment, cokolwiek wydarzy się w trakcie jego realizacji może stanowić użyteczne wskazówki, na podstawie których plan zostaje zmodyfikowany tak, by jeszcze skuteczniej służył do realizacji zawartych w nim celów.

7. Strategie aktywnego wspierania pozytywnych zmian

Dopiero kiedy pacjent dokona identyfikacji problemowych obszarów używania i wyznaczy konkretne cele, możliwe jest wypracowanie strategii ich realizacji. Poniżej przedstawiliśmy zbiór strategii poznawczo-behawioralnych, z których mogą korzystać pacjenci w celu zmiany autodestrukcyjnych wzorów używania oraz dokonania zmian w kontekście osobistym i społecznym. Wszystkie zaprezentowane strategie zostały potwierdzone naukowo (Hester, 1995; Longabaugh i Morgenstern, 1999).

Edukacja w zakresie redukcji szkód pozwala pacjentom zrozumieć zasady IHRP oraz poznać różnice dzielące ją od modeli opartych na abstynencji. Poznanie wielu biopsychospołecznych znaczeń uzależnienia oraz etapów zmiany określa ramy przedmiotu terapii.

Podejście eksperymentalne definiuje proces zmiany jako poszukiwanie nowych rozwiązań metodą „prób i błędów”.

Analiza pragnień to strategia rozumienia własnych pragnień i nieulegania impulsom. Pacjent najpierw uczy się identyfikować pragnienia jako ogół wrażeń i związanych z tym myśli. W kolejnym etapie przyjmuje postawę nieoceniającego obserwa-

tora. Ta technika sprawia, że wokół pragnienia powstaje dystans, przerwany zostaje autodestrukcyjny nałóg i możliwe staje się dokonanie alternatywnych wyborów.

Identyfikacja sekwencji: zdarzenie–pragnienie–myśl–wybór–działanie związanej z problemowym używaniem substancji psychoaktywnych. Analiza pragnień umożliwia identyfikację myśli i uczuć, które pojawiają się w tego typu łańcuchowych sekwencjach. Umożliwia jednocześnie dokonanie interwencji na każdym etapie wymienionego wyżej ciągu w celu podjęcia nowego wyboru.

Myślenie poprzez nieuchronny lub prawdopodobny wynik pragnienia pomaga zdecydować, czy działać pod jego wpływem.

Wykorzystanie **Bilansu Decyzyjnego i Dialogu wewnętrznego** w odniesieniu do obu stron ambiwalentnej postawy pomaga dokonywać bardziej świadomych wyborów, w miejsce impulsywnego działania.

Zrozumienie osobistych powodów do dokonania planowanych zmian może wzmocnić motywację do zmiany.

Identyfikacja czynników wyzwalających jest możliwa po tym, kiedy pacjent zrozumie, co się z nim dzieje – tuż, przed lub w momencie uświadomienia sobie pragnienia. Jest to punkt, w którym jednostka uświadamia sobie, że używanie substancji psychoaktywnej pozostaje w relacji z czynnikami biopsychospołecznymi.

Kontrola lub przeciwdziałanie czynnikom wyzwalającym, które zostały już zidentyfikowane, staje się dominującym elementem terapii. Strategie poznawczo-behawioralne typu trening relaksacyjny czy trening asertywności stanowią alternatywne, mniej szkodliwe sposoby kontroli czynników wyzwalających.

18 działań alternatywnych. Pacjent może sporządzić listę 18 alternatywnych sposobów radzenia sobie z typowymi czynnikami wyzwalającymi pragnienie autodestrukcyjnego używania substancji.

Plan Gry. Jest to plan wdrażania zaplanowanych zmian, w miejsce działań, do których doszło w przeszłości. Plan pozwala przewidzieć potencjalne problemy w osiąganiu zmiany oraz przygotować odpowiednie strategie na wypadek wystąpienia trudności.

STUDIUM PRZYPADKU

L była 38-letnią niezamężną kobietą, czynną zawodowo, która została do mnie skierowana przez lekarza pierwszego kontaktu. Fakt, że codziennie piła alkohol i paliła marihuanę stwarzał zagrożenie życia ponieważ kac mógł i faktycznie wyzwalał śpiączkę cukrzycową, która mogła okazać się dla niej śmiertelna. Z uwagi na cukrzycę codziennie przyjmowała insulinę, leczenie jednak okazało się nieskuteczne, ponieważ używanie substancji psychoaktywnych i kac powodowały, że często zapomniała o lekach i ścisłej diecie. W efekcie śpiączek pacjentka wielokrotnie łamała sobie ręce i nogi, raz wjechała nawet samochodem w drzewo, doznając poważnych obrażeń. Po wielu latach bezskutecznych prób nakłonienia jej do uczestnictwa w spotkaniach wspólnoty AA i zerwania z nałogiem, jej lekarz zaproponował udział w programie redukcji szkód, ponieważ pacjentkę interesowało jedynie umiarkowane i bezpieczne używanie. L odnosiła sukcesy zawodowe, była inteligentna i atrakcyjna. Miała nieco męski styl ubierania się. Stwarzała wrażenie osoby otwartej, zaangażowanej i zmotywowanej do przyjęcia pomocy. Uśmiechała się często. Jednak jej uśmiech wydawał

się wymuszony i było w niej coś nienaturalnego, coś co sprawiało, że w jej obecności czułem się niespokojny, jakby oprócz problemów, które poznałem, dręczyło ją coś znacznie poważniejszego.

L zdawała się bagatelizować swoje uzależnienie. Mówiła, że chce przekonać się, czy da radę zredukować używanie do bezpiecznego poziomu. Wdrożyliśmy plan początkowy. Chciałem przekonać się, czy mógłbym jej pomóc określić bezpieczne granice oraz wesprzeć w planowaniu działań służących nieprzekraczaniu wyznaczonych limitów. Zareagowała ulgą i wdzięcznością. Postanowiliśmy, że będziemy spotykać się dwa razy w tygodniu. Pomimo ryzykownego trybu życia i dziwnej emocjonalności, było w niej również coś, co dawało mi nadzieję. Czułem, że nie mogę przekraczać jej granic i muszę podążać za nią.

Zaproponowałem, abyśmy spróbowali określić niebezpieczny poziom używania (kiedy budziła się na kacu z bólem głowy) oraz wyznaczyć bezpieczne limity. To wzbudziło jej ciekawość. Poprosiłem ją, żeby monitorowała używanie pomiędzy sesjami, zapisując ilość wypijanego alkoholu i wypalanej marihuany, towarzyszące temu okoliczności oraz uczucia przed użyciem, w trakcie i w dniu następnym. Spodobało jej się to. Mówiła, że daje jej to poczucie kontroli. Zasugerowałem również, żeby spróbowała analizować swoje pragnienia w postaci wrażeń, myśli i uczuć w celu określenia impulsów pchających ją do używania. Mikroanaliza używania ujawniła, że piła alkohol i paliła marihuanę co wieczór z następujących powodów: dla dobrej zabawy ze znajomymi, żeby czuć przyjemność z uprawiania seksu z mężczyzną (bez poczucia, że jest gwałconą), w celu kontroli stresu i zmęczenia po pracy oraz po to, by móc zasnąć. Nadużywanie substancji psychoaktywnych kojarzyło jej się jedynie z przyjemnością i odprężeniem. Metodą prób i błędów ustaliliśmy, że dwa standardowe drinki raz na dwie godziny stanowiły ilość, która nie wywoływała kaca. Pomimo świadomej chęci przestrzegania wyznaczonych limitów niemal zawsze je przekraczała.

Głośno zastanawiałem się, dlaczego naraża się na tak duże ryzyko. Poszukiwania odpowiedzi na to pytanie w ciągu kolejnych kilku tygodni ujawniły historię wielu traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie, które wypierała ze świadomości za pomocą substancji psychoaktywnych. Po tym jak opowiedziała mi o swoich traumatycznych doświadczeniach, natychmiast wpadła w głęboką depresję, której towarzyszyły smutek, wściekłość, nienawiść do samej siebie oraz nieustanne wizje samobójstwa za pomocą noża lub strzału w głowę z pistoletu. Razem udało nam się poskładać następującą historię.

L zapadła w pierwszą śpiączkę cukrzycową na szkolnym boisku w 3 klasie gimnazjum, na oczach wszystkich uczniów. Ocknęła się i zobaczyła, jak inni gapią się na nią „w przerażeniu jakby zobaczyli potwora, jakby już nie żyła i stała się duchem”. Po tym doświadczeniu czuła się głęboko upokorzona, została również odrzucona przez innych uczniów. Nikt nie pomógł jej w przezwyciężeniu trudnych uczuć związanych ze śpiączką oraz w przepracowaniu reakcji rówieśników. Czuła, że nauczyciele i lekarze traktowali ją jak „okropnego robala przypiętego do ściany”. Przyznała, że piła piwo i paliła marihuanę na kilka dni przed tym epizodem. Jej rodzice uważali, że to wywołało śpiączkę i zakazali jej wychodzić z domu przez miesiąc. Czuła się „wyklęta z rodzaju ludzkiego”, całymi dniami wyla w pokoju z bólu samotności, wstydu i nienawiści do samej siebie. Uderzała głową w ścianę, żeby ukarać swoje ciało za to, że ją zdradziło.

Podzieliłem się z nią swoim spostrzeżeniem o tym, jak surowo potraktowali ją rodzice. W odpowiedzi usłyszałem opowieść o kontrolującej i karzącej matce, która biła ją i kazała siedzieć w rogu pokoju za „zrobienie czegokolwiek nie po jej myśli.” Codzienne lanie było jeszcze surowsze w przypadku, gdy L płakała lub broniła się; miało również podteksty seksualne, ponieważ matka ściągała jej majtki i kładła L na kolanie. L pamiętała, że czuła się jak „drewniana lala, całkowicie kontrolowana kukielka”. Było to pierwsze doświadczenie dysocjacji jako sposobu radzenia sobie z okropnymi i poniżającymi przeżyciami. Ojciec L był przedstawicielem handlowym, często podróżował i nie interesował się nią.

Odeparowywanie się od uczuć do matki stało się metodą radzenia sobie z późniejszą traumą. poprzez stępienie uczuć, „odpływanie” za pomocą substancji. Choć L twierdziła, że w rodzinie nie było przypadków zaburzeń psychicznych, uważała, że matka „cierpiała na depresję i była przeciążona” tym, że często zostawała z L sama, podczas gdy ojciec musiał wyjeżdżać służbowo. L czuła jakby była kluczową osobą w życiu swojej matki, wskutek czego matka oczekiwała od niej bezwzględnej uległości i nadawała brutalnym karom seksualny podtekst. Kiedy ojciec był w pobliżu sprawiał wrażenie emocjonalnie wyłączzonego. Nie interweniował w dramatyczne stosunki L i matki, ponieważ twierdził, że opieka nad dziećmi to domena matek. Na podstawie takich relacji L wyrosła w przekonaniu, że nie można oczekiwać od innych ludzi emocjonalnego wsparcia, że w życiu nie nawiąże żadnej bliskiej relacji i będzie musiała polegać jedynie na sobie.

L „prześlizgnęła” się przez szkołę średnią i studia coraz intensywniej pijąc alkohol i paląc marihuanę. Częściej też zapadała w śpiączki, czasami przytomniała w lesie – brudna, poszarpana i zagubiona. Była odizolowana, nie miała przyjaciół, na zajęciach mówiła niewiele, oczekując poniżenia. Wytworzyła w sobie wrażenie, jakby była chodzącym trupem, „kimś w rodzaju Frankensteina”. Nie mając żadnych zainteresowań zawodowych, zaczęła wykonywać swoją pracę „ponieważ była łatwa.” Tłumiła w sobie pragnienia bliskości, ponieważ postrzegała siebie samą jako kogoś, kto nigdy z nikim nie będzie w stanie nawiązać bliskiej relacji. Czuła się wyrzucona poza nawias cywilizacji, tak samo, kiedy jako dziecko była zamykana w pokoju. Bardziej niż w ludziach szukała pocieszenia w używkach. Nie chciała odczuwać bolesnych uczuć, a jednocześnie pozwalała sobie na uczucia, których zakazywała jej matka, takich jak seksualność, smutek czy wściekłość.

Terapia skupiła się na kwestii nierozwiązanych traumatycznych przeżyć i zapewnieniu jej poczucia bezpieczeństwa. Mój szacunek wobec jej granic i spokój, umożliwiły jej wyrażenie bólu, którego nigdy wcześniej nie było jej dane zwerbalizować. Byłem niczym matka pocieszycielka, której nie miała. Mogła przede mną wylać wszystkie tłumione dotąd uczucia – strachu, wstydu, wściekłości, smutku i nienawiści wobec siebie, kiedy opisywała traumatyczne przeżycia, związane z poniżeniem, karą i zdradą ze strony „każdego”, kogo spotkała w życiu. Kiedy depresja L stała się na tyle głęboka, że zaczęła mieć trudności z wychodzeniem rano do pracy i bać się, że odbierze sobie życie, zaproponowałem zastosowanie farmakoterapii. Zaczęła przyjmować Prozac, najpierw w dawkach 20 mg, a następnie 40 mg dziennie przez okres trzech miesięcy. W tym czasie poczuła się nieco mniej przybita emocjonalnie, mniej bała się też samobójczych impulsów. Umożliwiło to rozpoczęcie psychoterapii.

Otoczyłem opieką przerażoną, skrzywdzoną dziewczynkę, która podczas sesji wypłakiwała się i wykrzykiwała słowa, jakie nigdy dotąd nie wyszły z jej ust. Używanie substancji wciąż trwało, depresja szalała. Podczas sesji L wydawała się coraz bardziej przygnębiona i wycofana. Skomentowałem tę zmianę i ku mojemu ogromnemu zaskoczeniu usłyszałem: „Myślę, że nic cię nie obchodzi i traktujesz mnie tak samo jak wszyscy ci inni lekarze!” Walcząc z pokusą bronięcia się, zmieszany, odpowiedziałem, że bardzo mi na niej zależało. Byłem ciekaw, dlaczego nie była tego świadoma. Powiedziała „kiedy nadchodzi weekend wracasz do rodziny, a ja wracam do domu zostawiona sama sobie, mam ochotę ze sobą skończyć i biorę wystawiając się na ryzyko”.

Nieświadomie przyjąłem postawę terapeutyczną, która była odbiciem jałowych związków L z autorytetami w dzieciństwie. Ten kontrast pomiędzy tym, co wobec niej czułem a jak ona to odbierała, zmusił mnie do zastanowienia się, czy lekarze, którzy mieli do czynienia z jej pierwszą śpiączką byli w podobnej sytuacji. W relacji z matką L nauczyła się, że nie należy kwestionować autorytetów ani wyrażać własnych potrzeb. To mogło być przyczyną tego, że nie powiedziała lekarzom o swoich potrzebach i że nie czuła, żeby jej pomagali. W naszej pracy nawiązaliśmy podobną relację, która doprowadziła do konfliktu między nami. Jednak teraz potrafiła już wyrazić wobec mnie swoje niezadowolenie i dać mi szansę naprawy naszej relacji. Dzięki sile naszego dotychczasowego przymierza oraz mojemu aktywnemu zainteresowaniu tym, co czuła, L mogła powiedzieć mi o swoich trudnych uczuciach w stosunku do mnie i naszej pracy.

Zapytałem ją, co mam zrobić, żeby poczuła, że zależy mi na niej i że jej pomagam. Powiedziała, że powinienem bardziej pomagać jej w planowaniu bezpiecznego funkcjonowania, kontrolowaniu przerażających emocji oraz opracowywaniu alternatywnych sposobów dbania o siebie. Bardziej zaangażowałem się w pomaganie L tak, by lepiej potrafiła kontrolować trudne uczucia i nie narażała się na ryzyko. Częściej mówiłem jej, co o niej myślę, wyrażając troskę i dumę z wysiłków, jakie podejmowała.

Jej chęć do wyrażania niezadowolenia oraz moja chęć do słuchania i zmiany własnej postawy przywróciły między nami poczucie, opartego na współpracy, sojuszu, podejścia, które w ocenie L było bardziej pomocne. Co ważniejsze, dało jej to okazję do doświadczenia nowej relacji, w której jej uczucia były poważnie traktowane oraz w której spotkała się z odzewem, jakiego nigdy wcześniej nie doświadczyła. To doświadczenie w ramach terapii przyczyniło się do podniesienia jej samooceny, wzbudzenia zaufania w relacje i nadziei na przyszłość. L zyskała większą motywację do redukcji używania substancji psychoaktywnych, które zaczęła postrzegać jako zagrożenie dla rosnącego poczucia własnej sprawczości.

Bezpieczna kontrola trudnych emocji, bez używania substancji psychoaktywnych, stała się zasadniczym celem terapii. L chętniej analizowała własne pragnienia w celu identyfikacji momentów, kiedy czuła, że chce zażyć substancję. Zaczęła rejestrować sekwencje wydarzeń, myśli i uczuć towarzyszących tym chwilom. Zaczęła również identyfikować czynniki wyzwalające, związane z okolicznościami i emocjami. Zaczęła traktować impuls do intensywnego używania substancji jako znak, że dzieje się coś, co wymaga jej uwagi, czyli jest jakaś potrzeba bądź bolesne uczucie, którym należy się zająć. Kiedy L zaczęła dokonywać tego typu skojarzeń, przyszedł czas na zastosowanie

szeregu strategii, zmierzających do kontroli własnych potrzeb i uczuć w bezpieczniejszy i mniej szkodliwy sposób, jak również na to, by zaczęła skutecznie dbać o siebie.

Malarstwo stało się ujściem dla jej gwałtownych stanów emocjonalnych. Dzięki niemu była w stanie odzyskać odseparowane części „ja” oraz odnaleźć utracone wewnętrzne dziecko, które zasługuje na miłość. Malarstwo początkowo sprowadzało się do rzucania farbą jako sposobu aktywnego wyrażania uczuć. Stopniowo zaczęło jednak przyjmować kształty ludzkich postaci. Pewnego dnia L pojawiła się z obrazem pięknej dziewczynki i powiedziała: „Znalazłam przepiękną część siebie, która myślałam, że dawno umarła”. Z pewnymi obawami zaczęła chodzić na zajęcia fitness i czerpać przyjemność z ćwiczeń. Czuli, że jej ciało zasługuje na pozytywne traktowanie. Ciało, które kiedyś ją zdradzało, stało się teraz źródłem przyjemności i siły. W pobliżu domu znalazła ośrodek jogi. Zaczęła medytować, co pomagało jej się odprężyć i kontrolować bolesne uczucia. Ponieważ szybko robiła postępy zasugerowałem, żeby wykorzystwała te działania w kierunku samokontroli oraz radzenia sobie z bolesnymi uczuciami. Jej rosnące poczucie własnej wartości, coraz większa wiara w nawiązywanie relacji oraz umiejętność korzystania z życia motywowały ją do badania i uczenia się technik, które pomagały jej skuteczniej dbać o siebie. W efekcie znajdowała się w sytuacjach, w których wcześniej czuła się odrzucana. L wdroyła wieczorny rytuał łączący medytację, jogę z muzyką relaksacyjną i herbatą ziołową, w miejsce substancji psychoaktywnych. Dla odprężenia i zabawy zaczęła częściej wyjeżdżać za miasto.

Coraz bardziej pozytywny wizerunek samej siebie oraz wiara we własne możliwości, jak również przyjemność i zadowolenie, których źródłem były wymienione działania, wszystko to wzmacniało motywację L do podążania w kierunku umiarkowanego picia alkoholu i palenia marihuany. Wraciała z głębszym przekonaniem i ochotą do ograniczania się do dwóch drinków na wieczór, kilku dni trzeźwych w tygodniu oraz okazjonalnego palenia marihuany, jedynie w sytuacjach towarzyskich. Pracowała w oparciu o Idealny Plan Używania, szczegółowo rozważając niezbędne zmiany, jakich będzie musiała dokonać w swoim życiu i stylu spędzania wieczorów w celu skutecznego osiągnięcia celów związanych z używaniem substancji. Niektóre strategie polegały na rytuale relaksacyjnym tuż po powrocie do domu z pracy zanim zaczęła pić. Kiedy piła patrzyła na zegarek mierząc, jak długo jest w stanie wytrzymać do kolejnego kieliszka wina, piła małymi łykami na przemian z wodą. W oparciu o małe kroki stopniowo redukowała zażywanie substancji. W trzecim roku terapii osiągnęła wyznaczone cele.

L obecnie świadomie pragnie namiętnego romantycznego związku i zadowolenia z pracy zawodowej. Aktywnie realizuje oba cele. Poczuli, że nareszcie ma prawo do zdrowego związku i może szczerze rozmawiać z innymi na swój temat. Zaczęła korzystać z internetowych serwisów randkowych i umawiać się na randki. Dzięki tym doświadczeniom odkryła, czego oczekuje od partnera. Nie przestała pracować nad resztą uczuć, związanych z lękiem i brakiem zaufania wobec możliwości nawiązania intymnej relacji. W końcu poznała mężczyznę o podobnych zainteresowaniach, który również dokonywał pozytywnych zmian w swoim życiu. W momencie pisania niniejszego artykułu, mieszkali razem będąc w satysfakcjonującym i oddanym związku, którego jeszcze kilka lat wcześniej nie potrafiła sobie wyobrazić. Otrzymałszy propozycję godziwego pakietu świadczeń, wkrótce zdecydowała się odejść na

wcześniejszą emeryturę. Po spędzeniu jakiegoś czasu w domu i dojściu do wniosku, że chciałaby pracować w dziedzinie duchowości i ochrony zdrowia, znalazła pracę właśnie w tej branży, w której mogła wykorzystać swoje umiejętności menedżerskie.

Po pięciu latach spotkań dwa lub trzy razy w tygodniu, zakończyła terapię z poczuciem wykonania zadania. Osiągnęła zakładane na początku cele w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych oraz znalazła skuteczne rozwiązania skomplikowanych osobistych i życiowych problemów, które leżały u podstaw używania tych substancji.

ZAGADNIENIA KLINICZNE I PODSUMOWANIE

Pomimo świadomości śmiertelnego zagrożenia, związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, L była gotowa rozpocząć terapię dopiero wtedy, gdy spotkała się z podejściem opartym na redukcji szkód, w ramach którego mogła kontynuować używanie, zawiązując przymierze wokół celów umiarkowanej konsumpcji. Szybko stało się jasne, że nadużywanie substancji ma w jej przypadku wiele znaczeń, związanych z ogółem traumatycznych doświadczeń oraz wydarzeń będących ich pochodną. Przedmiot terapii i podejście zmieniały się w miarę ujawniania się nowych potrzeb pacjentki. Substancje psychoaktywne nie dopuszczały do wystąpienia depresji samobójczej, jednocześnie pomagały przezwyciężyć uczucia samotności i lęku oraz znajdować inaczej nieosiągalną przyjemność i odprężenie. Aktywne używanie substancji musiało być zaakceptowane, ponieważ należało zdiagnozować jego znaczenia i funkcje. Kwestie związane z depresją, traumą oraz problemy pokrewne, w tym niską samoocenę i nieufność wobec relacji z ludźmi, należało do pewnego stopnia przepracować i rozwiązać wcześniej po to, by pacjentka osiągnęła wystarczającą motywację do zredukowania używania. Po części stało się to możliwe dzięki komplikacjom, jakie wystąpiły w relacji terapeutycznej. Konflikt dotyczący przymierza pomiędzy L a jej terapeutą był odzwierciedleniem traumatycznych relacji pacjentki z dzieciństwa. Terapeuta zareagował w sposób, który stał się dla L nowym racjonalnym doświadczeniem. Doświadczenie to pozwoliło pacjentce z nadzieją spojrzeć w przyszłość oraz wzbudziło motywację do redukcji używania substancji psychoaktywnych i rozpoczęcia satysfakcjonującego życia.

Zaprezentowany przypadek jest przykładem złożoności problemów psychologicznych i interpersonalnych, które w naszej opinii, są zwykle związane z intensywnym używaniem substancji psychoaktywnych. Przypadek L pokazuje, w jaki sposób redukcja szkód może skutecznie pomagać pacjentom, nadużywającym substancji psychoaktywnych i angażować ich w terapię, wspierać zawiązanie solidnego przymierza terapeutycznego i za pomocą niewielkich stopniowych pozytywnych zmian prowadzić do pomyślnych rezultatów – zarówno w odniesieniu do używania substancji, jak i szeregu innych współwystępujących kwestii osobistych. Prezentowany przypadek jest również przykładem tego, w jaki sposób aktywne strategie i eksploracja znaczenia używania mogą zostać wplecione w relację terapeutyczną.

Spojrzenie na problemy, związane z używaniem substancji psychoaktywnych z perspektywy biopsychospołecznej wymaga zastosowania podejścia terapeutycznego, które w elastyczny sposób integruje relacyjne modele psychoanalityczne i po-

znawczo-behawioralne. Psychoterapia Integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód (IHRP) jest jednym z takich modeli. Chociaż skuteczność IHRP nie została poddana testom klinicznym, z zastosowaniem losowo dobranych prób, siedem zadań terapeutycznych w niej zawartych zostało potwierdzone na przestrzeni wielu dekad badań klinicznych. Uważamy, że prezentowany model, który kładzie nacisk na relację terapeutyczną, posiada szczególne walory w odniesieniu do angażowania w terapię klientów nadużywających substancji psychoaktywnych, jednocześnie wspierając skomplikowaną pracę związaną z udzielaniem pomocy tego typu pacjentom w kontekście współwystępujących zaburzeń.

Tłumaczenie z języka angielskiego: Paweł Nowocień

BIBLIOGRAFIA

- Dearing, R. L., Barrick, C., Dermen, K. H. i Walitzer, K. S.** (2005). Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 71-78.
- Hester, R. K.** (1995). Behavioral self-control training. W: R. K. Hester i W. R. Miller (red.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (s. 148-159). Needham Heights: Allyn & Bacon..
- Janis, I. L. i Mann, L.** (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan.
- LaBrie, J. W., Pedersen, E. R., Earleywine, M. i Olsen, H.** (2006). Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: Analyzing an element of Motivational Interviewing. *Addictive Behaviors*, Volume 31, Issue 2, 254-263.
- Longabaugh, R. i Morgenstern, J.** (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 78-85.
- Marlatt, G. A.** (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. i Rollnick, S.** (2002). *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People to Change*. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J., Norcross J. i DiClemente, C.** (1995). *Changing for Good*. New York: William Morrow.
- Rothschild, D.** (2007). Bringing the Pieces Together: Relational psychoanalysis and harm reduction therapy in treatment with substance abusers. *Psychoanalytic Perspectives*, Vol. 5 no.1, 69-94.
- Safran, J. i Muran, C. J.** (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*, Ph.D. New York: Guilford.
- Stone, H. i Winkelman, S.** (1988). *Embracing ourselves*. New York: New World Library.
- Tatarsky, A.** (2002). *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Northvale, New York: Jason Aronson, Inc.
- Tatarsky, A.** (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 25, 249-256.
- Young, J. E., Klosko, J. S. i Weishaar, M. E.** (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

Rozdział 17

Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych

Kasia Sempruch-Malinowska

Global Drug Policy Program, Open Society Foundations

Marek Zygałło

Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym

„Nikt nie powinien być piętnowany czy dyskryminowany z powodu uzależnienia od narkotyków” (Sekretarz Generalny ONZ, Ban Ki-moon)

KRÓTKA HISTORIA REDUKCJI SZKÓD

Na początku lat 80. w Amsterdamie i Londynie zaczęto traktować redukcję szkód jako nurt działań wśród osób używających substancji psychoaktywnych. Nie znaczy to, że wtedy „wymyślono” wymianę igieł i strzykawek lub też leczenie substytucyjne. Leczenie metadonem na przykład, rozpoczęto w Stanach Zjednoczonych na początku lat 60. Lata osiemdziesiąte to okres, w którym te działania raczej systematyzowano i umiejscawiano w kontekście szerszych problemów społecznych i zdrowia publicznego. Bezsprzecznie, do szybkiej promocji tych działań przyczyniła się światowa epidemia HIV. Dość wcześnie, bo już w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych, na Zachodzie zauważono, że osoby wstrzykujące narkotyki są – obok gejų – grupą najbardziej dotkniętą przez HIV. Większość krajów Europy Zachodniej, Australia i Kanada podążyły tym śladem i dziś mają doskonałe funkcjonujące programy redukcji szkód, których rezultatem jest znikoma liczba zakażeń HIV wśród osób przyjmujących substancje odurzające. Ich oferty są też zazwyczaj bogate i obejmują zapobieganie przedawkowaniom, pokoje iniekcyjne i inne serwisy pomocowe. Europa Centralna i kraje byłego Związku Radzieckiego wprowadziły w życie programy redukcji szkód w latach 90. Metadon jest wciąż niedostępny w Rosji i Tadżykistanie. Rząd Chin do dziś nie jest przekonany o skuteczności wymiany igieł i strzykawek, natomiast w 2004 roku rozpoczął masowe tworzenie programów metadonowych.

W Polsce określenia „redukcja szkód” po raz pierwszy użyto w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 1996–2005, w celu operacyjnym nr 5 (Ministerstwo Zdrowia i Opieki, Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia, 1996). W części dokumentu dotyczącego oczekiwanych efektów znajdujemy taki oto podpunkt:

„Wprowadzenie ogólnie dostępnych **programów redukcji szkód** [podkreślenie aut.] zdrowotnych u osób przyjmujących substancje psychoaktywne w sposób okazjonalny i u osób uzależnionych”.

W porównaniu z krajami Europy Zachodniej jesteśmy spóźnieni we wprowadzaniu działań z dziedziny redukcji szkód. Można by przypuszczać, że to opóźnienie będzie miało pozytywne efekty – dyskusje, jakie odbyły się w tych krajach i ich doświadczenia będą dla nas źródłem wiedzy i zostaną odpowiednio spożytkowane.

Zastanawia więc fakt, dlaczego redukcja szkód w zakresie programów leczenia substytucyjnego – mimo że wprowadzona w Polsce kilkanaście lat temu i umieszczona w zadaniach NPZ (pkt 7) – nadal budzi wiele emocji, a nawet powoduje konflikty w środowisku specjalistów, prowadzących serwisy pomocowe dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Co w efekcie „produkuje szkody”, ograniczając pacjentom udział w ogólnie dostępnych w Unii Europejskiej programach redukcji szkód. Nie lepiej jest z programami wymiany igieł i strzykawek. Mamy ich w Polsce wprawdzie więcej niż programów substytucyjnych, wiele z nich odbywa się jednak „przy okazji” innych działań, a nie jako cel sam w sobie.

Zgodnie ze stanowiskiem UNAIDS (2005) w sprawie profilaktyki HIV, jak i szerszej strategii pomocy użytkownikom środków psychoaktywnych, kraje które realizują tylko pilotażowe programy – a nie udostępniają igieł, strzykawek i metadonu możliwie najszerszemu gronu zainteresowanych – nie radzą sobie z ograniczeniem epidemii HIV wśród użytkowników substancji psychoaktywnych. Dlatego zaleca się, by usługi te były powszechnie dostępne dla tych, którzy mogą ich potrzebować.

Ta rekomendacja nie spotkała się w Polsce z odzewem: szacuje się że w latach 1989–1995 w całym kraju rozdano około milion igieł i strzykawek. W Krakowie w latach 1996–2010 w programie wymiany igieł i strzykawek wydano 1.070.443 igieł i 654.545 strzykawek, zebrano 893.336 igieł i 505.667 strzykawek¹. Dla przykładu w samym tylko Chicago, w ramach tego programu, w 2006 roku wymieniono 2,6 mln sztuk sprzętu (The Chicago Recovery Alliance Annual Report, 2007).

W Polsce wadą zapisu zawartego w Narodowym Programie Zdrowia jest wysoki poziom ogólności. Nadal nie ma w polskich aktach prawnych bardziej precyzyjnych określeń i definicji opisujących, czym w rzeczywistości jest redukcja szkód. Dlatego też wielu specjalistów pracujących w sferze rozwiązywania problemów osób uzależnionych od środków psychoaktywnych posługuje się określeniem „redukcja szkód” jak pustym sloganem. Z jednej strony bowiem deklarują realizację tego podejścia w odniesieniu do swoich pacjentów, a z drugiej – w praktyce zaprzeczają pryncypiom programu redukcji szkód.

W tym miejscu warto spróbować w przybliżeniu wskazać na **szkody** związane z używaniem i nadużywaniem środków psychoaktywnych, które generalnie nie są jedynie szkodami zdrowotnymi, ale mogą obejmować wiele sfer życia. W pierwszej kolejności szkody te można podzielić na indywidualne i społeczne.

Do szkód indywidualnych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (legalnych bądź nielegalnych) można zaliczyć m.in. następujące problemy zdrowotne:

- choroby układu krążenia związane z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków (choroby zatorowo-zakrzepowe i powikłania),
- problemy stomatologiczne (ekstrakcje, leczenia kanałowe, protezowanie),

¹ Informacja od Grzegorza Wodowskiego, koordynatora projektu wymiany igieł i strzykawek w Krakowie.

- choroby neurologiczne (obwodowe uszkodzenia nerwów o typie polineuropatii, wczesne i późne objawy pourazowe w obszarze czaszki, padaczki pourazowe i polekowe),
- choroby płuc (czynna gruźlica, astma),
- choroby zakaźne (HIV, HCV, HBS),
- choroby wskaźnikowe AIDS (bakteryjne zapalenia płuc, grzybice),
- choroby przewodu pokarmowego (uszkodzenia i stany zapalne wątroby, trzustki, stany zapalne z zanikaniem błony śluzowej żołądka, następowa anemia),
- problemy ginekologiczne,
- patologia ciąży.

Oprócz przewlekłych zaniedbań zdrowotnych, szkodami indywidualnymi są niedostatki socjalne, takie jak ubóstwo, bezdomność, niedożywienie. Wielu pacjentów ma ogromne deficyty w zakresie umiejętności społecznych, wykształcenia, kompetencji zawodowych. Marginalizacja i wykluczenie społeczne to także dotkliwe szkody przeżywane przez poszczególnych pacjentów. Najpoważniejsze jednak to kalectwo, niepełnosprawność i przedwczesna śmierć.

Szkody społeczne, związane z używaniem substancji psychoaktywnych, występują w kilku obszarach życia społecznego, główne z nich to: szkody w rodzinach i wspólnotach lokalnych (zaburzenia w kontaktach bądź całkowita utrata więzi), szkody ekonomiczne (koszty leczenia, utrzymania w aresztach i zakładach karnych, renty, zasiłki socjalne), szkody w systemie prawnokarnym (nieskuteczne i niewykonalne prawo, łatwy dostęp do narkotyków w jednostkach penitencjarnych).

Warto dodać, że wiele z opisanych trudności, z jakimi borykają się w Polsce osoby uzależnione nie są koniecznie rezultatem samego uzależnienia, ale systemu prawnego. Nasza ustawa antynarkotykowa, od momentu wprowadzenia przepisu o karaniu za posiadanie każdej ilości substancji psychoaktywnych, jest jedną z najbardziej restrykcyjnych w UE. Rezultatem tego jest zejście użytkowników do „podziemia” i kumulowanie się ich problemów społecznych i zdrowotnych. Innymi słowy, istnieje mniejsze prawdopodobieństwo, że np. osoba uzależniona w Hiszpanii ulegnie takiej degradacji, jak opisana powyżej, ponieważ tamtejsza polityka narkotykowa jest bardziej wyważona niż w Polsce, mniej skupiona na ściganiu, a bardziej na pomocy.

Poprawka do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie w grudniu 2011 roku, zakłada co prawda możliwość odstąpienia od wszczęcia postępowania karnego wobec osoby posiadającej niewielkie ilości substancji psychoaktywnych, to jednak brak zapisu o wartościach granicznych, uniemożliwia precyzyjne określenie, czym jest „nieznaczna ilość” (zapis taki istnieje np. w Czechach czy Portugalii). W praktyce oznacza to, że prokurator wedle własnego uznania będzie każdorazowo podejmował decyzje dotyczące użytkowników oskarżonych o posiadanie narkotyków.

PRYNCPYPIA REDUKCJI SZKÓD

Omówienie sześciu podstawowych zasad

Na świecie najczęściej definiuje się redukcję szkód, używając podobnych do wymienionych poniżej podstawowych zasad:

- Zakłada się, że uzyskanie całkowitej abstynencji to nie zawsze najważniejszy i najbardziej odpowiedni cel pomagania osobom przyjmującym substancje psychoaktywne.
- Udziela się pomocy w każdej sytuacji, w jakiej dana osoba aktualnie funkcjonuje.
- Zakłada się, że osoby przyjmujące substancje psychoaktywne są w stanie kierować swoim zachowaniem i zmianą zachowań.
- Zakłada się, że niektóre sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych są bezpieczniejsze niż inne.
- Włącza się osoby przyjmujące substancje psychoaktywne w tworzenie własnych strategii i sposobów pomocy.
- Aby zapewnić skuteczność działania, bierze się pod uwagę środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca substancje psychoaktywne.²

A więc redukcja szkód to wszelkie działania podjęte w celu zmniejszenia szkód lub ich ryzyka u osób przyjmujących substancje psychoaktywne, ich rodzin i społeczności.

1. Założenie, że *uzyskanie całkowitej abstynencji to nie zawsze najważniejszy i najbardziej odpowiedni cel pomagania osobom przyjmującym substancje psychoaktywne* bazuje na doświadczeniu płynącym z wieloletniej praktyki terapeutów. Postawienie uzależnionemu pacjentowi wymogu abstynencji prowadzi najczęściej do uzyskania deklaracji, że będzie utrzymywał abstynencję do następnego spotkania z terapeutą. W praktyce jednak bardzo rzadko się zdarza, by przyszedł ponownie nie będąc pod wpływem środków psychoaktywnych. Najczęściej pacjenci szukają sobie innego terapeuty, który nie będzie ich zmuszał do natychmiastowej i bezwzględnej abstynencji.

W Stanach Zjednoczonych badania SAMHSA w 1999 r. i Institute of Medicine w 1990 r. wykazują, że zaledwie około 10% uzależnionych poddaje się działaniom terapeutycznym. Wymaganie całkowitej abstynencji „na wejściu” podawane jest jako główny powód niechęci pacjentów. Nie inaczej wygląda sytuacja na świecie – w Wiedniu w grudniu 2008 r. odbyło się spotkanie UNODC dotyczące leczenia uzależnień. Stwierdzono tam, że te 10% osób, które wcześniej wykazały Stany Zjednoczone, potwierdza się w skali świata. Niemożność zaangażowania większej grupy w proces terapeutyczny, wydaje się ogromną stratą i świadczy o znacznej niekompetencji systemu oferującego pomoc. Możemy założyć, że Polska mieści się w tym systemie. Wiele osób zastanawiających się nad szukaniem pomocy, nie decyduje się na rozpoczęcie procesu terapeutycznego, ponieważ wiedzą o oczekiwaniu, którego nie są jeszcze gotowi spełnić.

Znacznie bardziej racjonalne podejście zakłada, że potrzeba i motywacja do zachowywania abstynencji od środków psychoaktywnych wypływa od pacjenta w procesie pracy z terapeutą. Wówczas utrzymanie abstynencji staje się bardziej realne, trwałe i dające satysfakcję z własnych pozytywnych zmian w przekonaniach, postawach i zachowaniach.

„Łamanie abstynencji” przez osoby uzależnione jest objawem przebiegu ich choroby, a oczekiwanie, że natychmiast i bezwarunkowo odrzucą środki psychoaktywne

2 W Polsce powyższe zasady upowszechnili założyciele Polskiej Sieci Redukcji Szkód – stowarzyszenia niezarejestrowanego (M. Beniowski, A. Kaciuba, G. Wodowski, M. Zygałło) czerpiąc z definicji opracowanych przez Harm Reduction Coalition <http://www.harmreduction.org/article.php?list=type&type=62>

– dotąd używane w procesie „samoleczenia” jako lek na „ból duszy” – w ich mniemaniu wygląda na chęć leczenia zdrowych ludzi. A poza tym jest to niespójne (wymóg nielańmania abstynencji) z klasyfikacją WHO, w której uzależnienie traktuje się jako chorobę przewlekłą i nawracającą. Kwestia zachowywania abstynencji pojawia się znacznie później, w procesie terapii. Dobrym tego przykładem są pacjenci z podwójną diagnozą. Osoby w głębokiej depresji lub doświadczające paraliżujących stanów lękowych, po leczeniu farmakologicznym tych zaburzeń, często same wyrażają zainteresowanie ograniczeniem spożycia lub abstynencją od substancji psychoaktywnych.

2. Kolejne założenie programu redukcji szkód, które mówi, że pomagają się w *tej sytuacji w jakiej dana osoba aktualnie funkcjonuje*, ma kapitalne znaczenie dla powodzenia procesu terapeutycznego. Najważniejsze dla pacjenta są *jego* aktualne problemy, problemy z *jego świata*, które często nie są łatwe do zrozumienia dla osoby z zewnątrz.

Kiedy terapeuta pragnący pomóc, wchodzi w relację z pacjentem z gotowym, własnym scenariuszem działań, to z pewnością nie „usłyszy” pacjenta, nie rozetna się w jego aktualnej sytuacji, a przedmiotem wspólnej pracy będzie, pogłębiająca frustrację pacjenta, chęć narzucenia mu swojej wizji terapii, w ostatecznym rozrachunku – terapii nieefektywnej.

Aktualna sytuacja pacjenta, rozwiązanie bieżących pilnych problemów, często natury socjalnej (np. bezdomność, ubóstwo, choroby somatyczne) powinny być punktem wyjścia dalszej pracy terapeutycznej, obejmującej uwarunkowania problemowego używania środków psychoaktywnych czy też powstania i rozwoju uzależnienia.

Kiedy pacjent wyrusza na spotkanie z terapeutą, to zazwyczaj jego potrzeby dotyczą uzyskania pomocy w oczekiwany przez niego lub planowany procesie zmian. W takich momentach najważniejsze bodaj pytanie to: *czy chcesz coś zmienić w swoim życiu?* Postawienie tego pytania jest zaproszeniem pacjenta do partnerskiego dialogu, a jeśli się zdarzy, że odpowie *nie wiem*, to razem można poszukać obszarów, w których zmiana jest możliwa, nie wymaga wielkiego wysiłku, a jednocześnie może dać poczucie, że warto i można jeszcze wiele dobrego zrobić w życiu.

3. Zasada, która mówi, że *osoby przyjmujące substancje psychoaktywne są w stanie kierować swoim zachowaniem i zmianą zachowań*, w pierwszej chwili może budzić wątpliwości. Ma ona duże znaczenie, ponieważ demaskuje społeczne stereotypy, według których osoby przyjmujące narkotyki są nieodpowiedzialne, nie mają wpływu na własne życie. Niejednokrotnie można spotkać się z deklaracją pacjenta, że skoro wszyscy uważają go za kogoś pozbawionego odpowiedzialności za własne życie, to w rzeczywistości nie musi być za nic odpowiedzialny. Od tego stereotypu, nie są wolni również terapeuci, gdyż wielu z nich próbuje przejąć kontrolę nad życiem swoich pacjentów i wikła ich w świat swoich wyobrażeń i jedynie słusznych pomysłów na życie.

Korzystanie z punktów wymiany igieł i strzykawek jest doskonałą ilustracją założenia, że osoby przyjmujące środki psychoaktywne są w stanie kierować swoim zachowaniem i zmieniać je. Mieliśmy okazję odwiedzać programy redukcji szkód w wielu „egzotycznych” miejscach. W Tatarstanie, przy temperaturze -30 C, osoby głęboko uzależnione od opiatów podróżują przez ponad godzinę, aby dotrzeć

do punktu wymiany i otrzymać czysty sprzęt, ale też życzliwe słowo i zwykłe ludzkie wsparcie. Ta sama reguła potwierdza się w Urumchi, w prowincji Xinjiang w Chinach. W Karagandzie pacjenci przychodzili do „punktu zaufania” po sterylny sprzęt do iniekcji, by porozmawiać z pielęgniarką czy terapeutą, pokonując nieraz po kilka kilometrów i ryzykując „kosztowne” spotkanie z policjantem (min. 50 dolarów). Istotne nie jest więc pytanie, czy osoby spożywające substancje odurzające mogą być odpowiedzialne za swoje zachowanie, ale raczej – co możemy zaproponować, aby to zainteresowanie wspierać. Jak konstruować programy pomocowe, aby chciano z nich korzystać?

4. Kolejna zasada programu redukcji szkód, która mówi, że *niektóre sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych są bezpieczniejsze niż inne*, raczej nie budzi żadnych wątpliwości. Do najbardziej ryzykownych należy przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji, z użyciem niesterylnego wspólnego sprzętu. W takich przypadkach występuje wysokie ryzyko transmisji przez krew chorób, a w szczególności przekazywania zakażenia HCV i/lub HIV, wirusów odpowiedzialnych za światowe pandemiczne. Droga pokarmowa oraz błony śluzowe jamy ustnej lub nosa, przez które narkotyk może być wprowadzony do organizmu, należą do znacznie bezpieczniejszych sposobów przyjmowania substancji psychoaktywnych.

Racjonalnie myślący lekarz nie oczekuje, że osoba lecząca się na cukrzycę nigdy już nie dotknie pokarmów, pogłębiających jego chorobę. Zwykle pacjent przeprowadza sam ze sobą negocjacje w ramach których rezygnuje z pewnych pokarmów, a inne ogranicza. Z podobną filozofią mamy do czynienia w uzależnieniach. Jeśli pacjent zażywa opiaty drogą iniekcji, to zastanówmy się jak i w czym możemy go wesprzeć – w zmniejszeniu częstotliwości, zmianie sposobu przyjmowania substancji, zmianie samej substancji, w podjęciu leczenia substytucyjnego, a może kiedyś, w przyszłości – w dążeniu do celu, którym będzie abstynencja.

5. Dla części środowiska terapeutycznego, zwłaszcza tej, która uznaje abstynencję za jedyną słuszną drogę postępowania osób uzależnionych, bardzo trudną do zaakceptowania jest zasada programu redukcji szkód, która mówi, że *włącza się osoby przyjmujące substancje psychoaktywne w tworzenie własnych strategii i sposobów pomocy*. W medycznym modelu leczenia osób uzależnionych raczej nie ma wiele miejsca na partnerstwo i współpracę lekarza i pacjenta. Lekarz (specjalista) „wie lepiej”, co jest odpowiednie dla pacjenta i jak ten powinien postępować, by uzyskać poprawę stanu zdrowia.

Osoby pomagające można podzielić na kontrolerów i uważnych partnerów. Kontrolerzy mówią: „najlepiej wiem, co dla ciebie jest dobre”. Uzależniają pacjenta, kierując zmianami w jego życiu, narzucają swoją wolę, swoją wizję „terapii”. Ich zdaniem sukces polega na tym, że to pacjent spełnia ich oczekiwania.

Uważni partnerzy pytają: „do czego mogę się przydać?”. Służą pacjentowi, ale nie są jego niewolnikami, tworzą przestrzeń, ale nie narzucają drogi, pozwalają mu wybierać na miarę jego aktualnych możliwości. Ich zdaniem sukces to każda pozytywna zmiana w przekonaniach, postawie i zachowaniach pacjenta. Poniższy cytat z Ericha Fromma jest ich mottem życiowym: „Motywowany prawdziwym pragnieniem pomocy, nie chcę niczego dla siebie – szacunek jakim cieszę się we własnych oczach, nie dozna ujmy, gdy stan pacjenta nie poprawi się, ani też w pychę nie wbiją mnie „moje” osiągnięcia, gdy ten wyzdrowieje”.

Wiele jest powodów, dla których współpraca z pacjentem w jego sprawach jest uzasadniona. Nie można rozwiązać nienazwanych problemów. To klient ma problemy, które musi nazwać i próbować rozwiązywać.

6. Ostatnia zasada programu redukcji szkód mówi, że dla efektywności działań *bierze się pod uwagę środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca środki psychoaktywne.*

Choroba, jaką jest uzależnienie od narkotyków, nie powstaje w próżni, ma wiele uwarunkowań, wiąże się z toksycznymi relacjami w rodzinie, w grupie rówieśniczej w szkole, z charakterystyką procesu dojrzewania, z doświadczaniem przemocy zarówno w charakterze ofiary, jak i sprawcy.

Uwarunkowania, w jakich rozwija się choroba mogą być istotną przeszkodą w procesie zdrowienia pacjenta. Określenie ich i próba zmiany może mieć wpływ na zmniejszenie liczby nawrotów choroby. Współpraca z „ważnymi” osobami z jego środowiska byłaby również pomocna w utrwalaniu pozytywnych zmian w jego życiu.

Częstym problemem występującym w środowisku jest współuzależnienie, najogólniej rozumiane jako potrzeba naprawy skutków działań osoby uzależnionej. Rozpoznanie i leczenie współuzależnienia ma ogromne znaczenie dla powodzenia procesu terapii pacjenta i pozytywnych zmian w życiu osób współuzależnionych.

Niejednokrotnie wyłączenie pacjenta na jakiś czas ze środowiska, w którym rozwijało się i utrzymywało jego uzależnienie, zwiększa szanse na trwałość pozytywnych zmian w jego stylu życia.

REDUKCJA SZKÓD W PRAKTYCE

Współczesna praktyka redukcji szkód skonstruowana jest na czterech głównych filarach: edukacji o narkotykach (*drug education*), pracy w środowisku (*outreach work*), terapii substytucyjnej (*substitution therapy*) i redukcji szkód w psychoterapii (*harm reduction psychotherapy*).

1. Edukacja o narkotykach

W ramach edukacji o narkotykach w programie redukcji szkód pacjent powinien otrzymać możliwie kompletną i aktualną wiedzę przydatną w podejmowaniu decyzji dotyczących używanych przez niego środków psychoaktywnych. Istotnym problemem są informacje płynące ze środowiska rówieśniczego i te uzyskane od dilerów, którym bardziej zależy na zdobyciu klienta, niż przekazaniu prawdziwej informacji o danej substancji i przypuszczalnych efektach jej działania.

Inne programy edukacyjne bazują na strachu jako czynniku zniechęcającym do substancji psychoaktywnych. Niebezpieczną częścią tej strategii jest nieprawda o substancjach psychoaktywnych przekazywana w imię „wyższej racji” – „chronienia” przed narkotykami. Szkodliwe są wszystkie fałszywe informacje o narkotykach, powtarzanie mitów, straszenie młodzieży, przynoszą bowiem odwrotny efekt, nie chronią przed eksperymentowaniem ze środkami psychoaktywnymi, a jedynie przyczyniają się do utraty zaufania do osób edukujących.

Do edukacji narkotykowej należy także przekazywanie informacji o środkach psychoaktywnych aktualnie dostępnych na czarnym rynku, a w szczególności o ich

jakości, sile działania, zagrożeniu przedawkowaniem. Mogą to być informacje od pacjentów, którzy mieli problemy zdrowotne z powodu zakupu i zażycia zanieczyszczonego narkotyku, co skutkowało np. zapaścią. Albo też informacje o podobnym zdarzeniu przekazane przez świadków ulicznym terapeutom, pracownikom *Drop-in Center*, które trafiają do środowiska, chroniąc pacjentów przed przedawkowaniem ze skutkiem śmiertelnym.

2. Praca w środowisku

Oczekiwanie na pacjenta w gabinecie okazuje się w praktyce mało efektywne, bowiem zdecydowana większość osób przyjmujących środki psychoaktywne nie poszukuje gabinetów terapeutycznych. Ktoś, kto potrafi wejść do środowiska pacjenta i zostaje przez nie zaakceptowany, uzyskuje wysoką wiarygodność i jego pomoc może być przyjęta jako rzecz zupełnie naturalna. Specjaliści wchodzący w środowisko pacjentów, mają możliwość poznać ich rzeczywiste, aktualne problemy i próbować razem z nimi szukać adekwatnych rozwiązań.

Do klasyki działań środowiskowych, oprócz wspomnianej wcześniej edukacji o narkotykach, należą: programy wymiany igieł i strzykawek, rozdawnictwa środków dezynfekcyjnych, destylowanej wody, filtrów do oczyszczania narkotyku, a także szkolenia z zakresu bezpieczniejszych iniekcji, profilaktyki przedawkowań, pomocy przedmedycznej. Programy szkoleń dotyczą nie tylko kadry pracującej w programach środowiskowych, ale również zainteresowanych pacjentów.

Uliczna wymiana igieł i strzykawek. Programy ulicznej wymiany igieł i strzykawek należą do najskuteczniejszy metod profilaktyki epidemii HIV i HCV.

Profesjonalny program można rozpocząć 1. po zbadaniu, jakie jest, w środowisku osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji, zapotrzebowanie na określony asortyment igieł i strzykawek jednorazowego użytku, 2. po uzyskaniu od pacjentów informacji o dogodnych miejscach i terminach dyżurów terapeutów ulicznych. Na początku uczy się pacjentów zabezpieczania zużytych igieł i strzykawek do utylizacji oraz stosuje zasadę: 1 do 1 + 1. Za jedną oddaną igłę bądź strzykawkę pacjent otrzymuje dwie. Kiedy oddawanie igieł i strzykawek do utylizacji stanie się nawykiem, można przekazywać pacjentom po kilka lub kilkanaście zestawów do iniekcji (zazwyczaj przynoszą do wymiany większą część pobranego sprzętu).

Ogromnie ważną sprawą dla zapewnienia prawidłowego przebiegu programu jest uzgodnienie jego realizacji z władzami lokalnymi oraz z policją. Wskazane są specjalne szkolenia dla policjantów na temat programu redukcji szkód i profilaktyki chorób przenoszonych przez krew.

Terapeuta uliczny otrzymuje od swoich podopiecznych wiele ważnych, aktualnych informacji dotyczących ich środowiska, informacji, które mogą być przydatne do doskonalenia programu w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i skuteczności profilaktyki chorób przenoszonych drogą iniekcji.

Z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów nie jest wskazane wizytowanie ich w domach przez pracowników środowiskowych w celu wymiany igieł i strzykawek. Istnieje ryzyko, że w ślad za terapeutą ulicznym podąży policjant w ramach swoich działań operacyjnych. Wówczas realizatorzy programu tracą wiarygodność, a pacjenci wolą niesterylny sprzęt do iniekcji niż trafić do więzienia. Rozwiązaniem tego problemu

jest wtórna wymiana igieł i strzykawek, która polega na tym, że pacjenci pobierają większą liczbę igieł i strzykawek z placówki prowadzącej stacjonarną wymianę. Odpowiadają za bezpieczne dostarczenie ich do mieszkań innych osób przyjmujących narkotyki, odnoszą też do utylizacji zużyty sprzęt iniekcyjny.

Bezpieczniejsze iniekcje. Młodzi ludzie eksperymentujący z dożylnym przyjmowaniem narkotyków niewiele wiedzą o układzie krwionośnym i o poprawnych iniekcjach. Informacje z tego zakresu mogą być bardzo przydatne i znacząco przyczynić się do zmniejszenia szkód, a niektóre – nawet ratować życie. Zasada: „zostaw jedną żyłę dla lekarza” może być tego przykładem. Pacjent po wielu latach używania narkotyków, ma tak zniszczone żyły, że w razie kryzysu dożylny podanie leku ratującego życie graniczy z cudem. Opóźnienie podania leku może być przyczyną zgonu pacjenta.

Pierwsze materiały na temat bezpieczniejszych iniekcji dotarły do Polski w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych w opracowaniu Dana Bigga z „The Chicago Recovery Alliance”³ i Joscha Steinmetza z „Drogen Hilfe” z Frankfurtu. Okazało się jednak, że nie w pełni przystawały do polskiej sceny narkotykowej. Autorem adaptacji projektu oraz uzupełnienia o ważne dla polskiej specyfiki elementy jest Grzegorz Wodowski z krakowskiego MONARU (Wodowski, 2008).

Pokoje iniekcyjne. W celu minimalizacji ryzyka podczas dożylnego przyjmowania narkotyków w niektórych krajach (np. Holandii, Danii, Niemczech, Szwajcarii, Hiszpanii, Norwegii) (Rhodes i Hedrich, 2010) funkcjonują tzw. pokoje iniekcyjne, czyli pomieszczenia, w których użytkownicy narkotyków mogą dokonywać iniekcji, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i higieny. Poza dostępem do sterylnego sprzętu, osoby przyjmujące narkotyki dożylnie są pod stałą opieką personelu medycznego, który w każdym momencie może interweniować, niosąc pomoc, np. w przypadku przedawkowania. Miejsca te są prawnie usankcjonowane, co oznacza, że osoba przyjmująca w nich nielegalne substancje nie musi się obawiać żadnych represji ze strony wymiaru ścigania. W Polsce pokoje iniekcyjne są nielegalne.

Profilaktyka przedawkowań. Przyczyną przedawkowania heroiny ze skutkiem śmiertelnym może być depresja oddechowa. Aby tego uniknąć, pacjent powinien być świadomy swojej własnej tolerancji na narkotyk, inaczej mówiąc powinien wiedzieć, jaka dawka nie spowoduje przedawkowania.

Ryzykowne jest mieszanie środków psychoaktywnych, szczególnie tych o podobnym działaniu, ponieważ może nastąpić przekroczenie granicy tolerancji.

Jest szereg prostych wskazań – oprócz jednej ogólnej, że każdy może przedawkować – podnoszących bezpieczeństwo: nie bierz samotnie – sam sobie nie udzielisz pomocy przedmedycznej; zacznij od małej dawki; wybierz bezpieczniejszą drogę konsumpcji; obserwuj organizm po przyjęciu narkotyku; naucz się robić sztuczne oddychanie i masaż serca, bo może się przydać; nie panikuj i spokojnie udzielaj pomocy przedmedycznej, wezwij pogotowie ratunkowe (połączenia z numerami 999 lub 112 są bezpłatne) i pamiętaj o bezpiecznej bocznej pozycji.

„Nalokson (Narkan) to farmakologiczny środek o działaniu przeciwnym do działania opiatów. Stanowi on antidotum na depresję oddechową, która może powstać w wyniku przedawkowania heroiny. Odpowiednia dawka naloksonu (zazwyczaj

3 Better Vein Care and Safer Injection www.anypositivechange.org/menu.html

0,4 mg) powinna być zastosowana dożylnie, symultanicznie z wysiłkami w celu przywrócenia oddychania. Często jako pierwsze stosuje się domięśniowe podanie dawki naloksonu – aby nie tracić cennego czasu na szukanie odpowiedniej żyły. Duże dawki naloksonu wywołują objawy zespołu odstawienia. Przy podaniu dożylnym naloksonu – jego działanie występuje po ok. 1,5 minuty i utrzymuje się maksymalnie do godziny. Tak więc nalokson działa dużo krócej niż heroina, stąd możliwy jest nawrót depresji oddechowej. (...) Bardzo ważne jest, aby w okresie kiedy działa nalokson nie przyjmować ponownie opiatów – może to wywołać kumulację ich działania po tym, jak środek przestanie działać. Mimo że w wielu krajach prowadzi się wśród użytkowników heroiny dystrybucję naloksonu (oni najczęściej są świadkami czyjegoś przedawkowania i mogą wtedy pomóc) – w Polsce środek ten stosowany jest wyłącznie w lecznictwie zamkniętym.” (Wodowski, 2008, s. 63). W wielu krajach, natomiast, jest dostępny dla wszystkich użytkowników opiatów w aptekach, punktach wymiany strzykawek lub w ramach programów terapeutycznych.

3. Leczenie substytucyjne

Trzecim filarem redukcji szkód, jest leczenie substytucyjne. Ta forma pomocy osobom uzależnionym od heroiny przynosi bardzo wiele korzyści. Wyłącza pacjenta z kręgu kryminalizacji, gdy ten otrzymuje legalny lek (substytut) w miejsce nielegalnego narkotyku. Pokarmowa droga przyjmowania chroni przed infekcjami wirusowymi, przekazywanymi przy iniekcjach. Pacjenci stosujący leki substytucyjne rzadziej przedawkują. Dobrze ustawiona dawka leku pozwala pacjentowi normalnie funkcjonować, co ma szczególne znaczenie w podejmowaniu pracy.

We wstępie do książki *Szczypta naszej nadziei* jej redaktorzy piszą „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 nad myśleniem życzeniowym i pustym moralizatorstwem” (Chrostek Maj i Wodowski, 2008, s. 5).

W leczeniu substytucyjnym uzależnienia od psychoaktywnych alkaloidów opium (opiatów) stosowanych może być kilka leków: metadon, laam, suboxone, buprenorfina, czysta morfina, czysta heroina.

W Polsce leczenie substytucyjne jest obecnie dostępne dla 2145 osób. Statystyki pokazują, że na około 25–29 tysięcy osób uzależnionych od opiatów w 2010 r., jedynie 8% korzystało z leczenia substytucyjnego⁴. Obecnie funkcjonuje 17 programów w 13 miastach (patrz rozdział 1 w tym tomie – Puławska, Jabłoński „Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce”). Wciąż istnieje wiele miejsc, w których nie ma ani jednego programu metadonowego (woj. podlaskie, podkarpackie, warmińsko-mazurskie) lub dostęp do leczenia jest poważnie utrudniony, np. w woj. śląskim średni czas oczekiwania na przyjęcie do

4 Ogólnopolski Rejestr Pacjentów Substytucyjnych. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 2010.

programu wynosi 3 lata. W programach substytucyjnych legalnymi środkami pozostają metadon i suboxone (rzadziej stosowany ze względu na wysoką cenę).

Terapia wspomagana heroiną (*heroin-assisted treatment*) polega na podawaniu w kontrolowany sposób heroiny osobom, które wykazują oporność na wszelkie formy terapii substytucyjnej. Zaletą tego rozwiązania jest ograniczenie ryzyka zakażeń HIV, a także ryzyka przedawkowań. Stosowana w terapii medyczna heroina pozbawiona jest zanieczyszczeń, co znacząco wpływa na poprawę stanu zdrowia osób ją przyjmujących. Do krajów, które prowadzą tę formę pomocy dla osób uzależnionych należą: Belgia, Dania, Niemcy, Holandia, Hiszpania, Luksemburg, Wielka Brytania i Szwajcaria (Cook, 2010).

Przyszłość leczenia substytucyjnego to wielość i różnorodność programów wszędzie tam, gdzie są potrzebne, integracja zawodowa osób prowadzących programy substytucyjne, zintegrowana komputerowa baza danych w programach, pozwalająca pacjentom korzystać z dowolnego programu w dowolnym miejscu (np. w czasie wyjazdu na wakacje).

4. Redukcji Szkód w Psychoterapii

Redukcja szkód w psychoterapii to bardzo ważny – czwarty filar filozofii redukcji szkód. Jak twierdzi dr Andrew Tatarsky (2007), jeden ze światowych pionierów stosowania pryncypiów redukcji szkód w psychoterapii (*Harm Reduction Psychotherapy*): „Redukcja szkód jest na polu terapii uzależnień najnowszym rozwiązaniem. Zwiastuje zmianę paradygmatu w sposobie rozumienia i reagowania na problemy alkoholowe i narkotykowe. Odrzuca argumentację, że najlepszym i jedynym celem dla alkoholików i narkomanów jest abstynencja. (...) Polega na podejmowaniu stopniowych małych kroków w kierunku jak największego zmniejszenia szkody w odniesieniu do konkretnej osoby w danym czasie” (Tatarsky, 2007, s. 2). Jednym z ważniejszych efektów tego podejścia jest szerszy dostęp do terapii, także dla większości osób przyjmujących środki psychoaktywne, szczególnie tych, które nie mają gotowości do natychmiastowej i bezwarunkowej abstynencji i dla których przyjmowanie tych środków stanowi sposób rozwiązywania ich własnych trudnych problemów.

ROLA POLITYKI NARKOTYKOWEJ W PROCESIE WDRAŻANIA PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD

Polityka narkotykowa danego kraju wyraźnie przekłada się na jakość i dostępność działań prewencyjnych i terapeutycznych. W społeczeństwach, gdzie abstynencja jest jedynym „godnym celem”, dostępność wymiany igieł i strzykawek, leków substytucyjnych, pokojów iniekcyjnych jest zwykle niewielka. Kryminalizacja posiadania nawet najmniejszych ilości spycha osoby używające substancji psychoaktywnych do podziemia, gdzie nie możemy do nich dotrzeć z działaniami wspierającymi. Często też policja skupiona na liczbie aresztowań za posiadanie, utrudnia działania zdrowia publicznego, lokując np. patrol policyjny w pobliżu punktu wymiany igieł i strzykawek.

Polska jest jednym z krajów, który jako pierwszy w Europie Wschodniej zaczął stosować zasadę redukcji szkód. Niestety, tutaj zasługi się kończą. Podczas, gdy inne kraje europejskie (np. Niemcy, Hiszpania, Czechy, Francja) zaczęły wprowadzać

programy redukcji szkód na szeroką skalę, my pozostaliśmy w tyle. Polska plasuje się na przedostatnim miejscu, jeżeli chodzi o dostęp do leczenia substytucyjnego w Unii Europejskiej (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010), co budzi uzasadniony niepokój, gdyż z punktu widzenia zdrowia publicznego ważna jest nie sama interwencja, ale przede wszystkim jej skala. Dyskusja na temat nowych form pomocy osobom uzależnionym, takich jak pokoje iniekcyjne (gdzie narkotyk przyjmowany jest w sposób kontrolowany, pod nadzorem medycznym) czy terapia wspomagana heroiną, jeszcze się w Polsce nie rozpoczęła.

W wielu dziedzinach życia, dążąc do korzyści płynących z naszego działania, mając na uwadze, że szkody są nieuniknione – już w planie działania wprowadzamy praktyczne systemy minimalizacji ewentualnych zagrożeń i szkód. W samochodach zapinamy pasy, dzieciom na rowerach nakładamy kaski ochronne, mamy społeczną zgodę na spożywanie alkoholu, ale tylko przez dorosłych i wykluczamy możliwość prowadzenia samochodu po spożyciu. Toteż filozofia i praktyka redukcji szkód powinna być obecna wszędzie tam, gdzie realnie może pomagać człowiekowi, także w rozwiązywaniu problemów osób uzależnionych.

BIBLIOGRAFIA

- Chrostek Maj, J. i Wodowski, G.** (red.). (2008). *Szczypta nadziei: Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000–2007*. Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.
- Cook, C.** (red.). (2010). *The Global State of Harm Reduction: Key Issues for Broadening the Response*. London: International Harm Reduction Association.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA.** (2010). *Sprawozdanie roczne 2010 o stanie problemu narkotykowego w Europie*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia.** (1996). *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
- Rhodes, T. i Hedrich, D.** (red.). (2010). *EMCDDA Monographs 10. Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Office of the European Union.
- The Chicago Recovery Alliance Annual Report.** (2007). Strona internetowa: <http://www.anypositivechange.org/CRAar06.pdf>
- Tatarski, A.** (red.). (2007). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- UNAIDS.** (2005). *Joint UNAIDS statement on HIV Prevention and Care Strategies for Drug Users*. Strona internetowa: http://www.unaids.org/UNA_docs/CCO_IDUPolicy_en.pdf
- Wodowski, G.** (2008). *Rób to bezpieczniej. Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach. Monar na Bajzlu – Wydanie Specjalne*. Kraków: Krakowskie Towarzystwo Terapii Uzależnień. Strona internetowa: http://www.monar.kki.pl/programy/pdf/mnb_rob_to_bezpieczniej.pdf

Rozdział 18

Spółeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków

Elżbieta Rachowska

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień

Zapewnienie osobom, które ukończyły program leczenia dalszego wsparcia w postaci możliwości udziału w programach post-rehabilitacyjnych, sprzyjających integracji społecznej, zwykle w istotny sposób przyczynia się do utrzymania pozytywnego wyniku leczenia. Integracja społeczna, to każda interwencja, która ma na celu włączenie do społeczności osób problemowo używających narkotyków (w przeszłości lub obecnie). Opiera się na trzech zasadniczych filarach:

1. na zapewnieniu mieszkania (mieszkania readaptacyjnego, hostelu),
2. na zdobyciu lub uzupełnieniu wykształcenia,
3. na uzyskaniu zatrudnienia (w tym szkolenia zawodowego).

Jak wynika z badań, zapewnienie opieki po zakończeniu leczenia może przyczynić się do ogólnej poprawy jego efektywności. Powrót do normalnego życia stanowi w szczególności „reorganizację cech fizycznych, psychologicznych i społecznych jednostki w jedną harmonijną całość, dzięki czemu jednostka może powrócić do uregulowanego życia po przejściu choroby” (Bourdeau, Desrosiers i Gosselin, 2008). Poziom uczestnictwa w życiu społecznym wynika z interakcji pomiędzy czynnikami osobowymi (np. wiek, płeć) i czynnikami środowiskowymi (ułatwienia/przeszkody). Koncepcja uczestnictwa dotyczy nie tylko czynności, które są niezbędne do przeżycia. Bierze się pod uwagę powrót do pełnienia ról społecznych, potrzebnych do budowania związków, rozwijanie aktywności związanej z wypoczynkiem oraz powrót do codziennych aktywności jako ostateczny cel pomyślnej rehabilitacji. Powrót do aktywności i ról społecznych stanowi najbardziej problematyczną część procesu rehabilitacyjnego. Z badań nad reintegracją osób niepełnosprawnych wynika, że motywacja, pewne cechy osobowości, umiejętność radzenia sobie, samowystarczalność korelują z reintegracją (Bourdeau, Desrosiers i Gosselin, 2008).

ROLA PROGRAMÓW POST-REHABILITACYJNYCH

Uzyskanie zmiany stylu życia podczas terapii stacjonarnej w ośrodku jest warunkiem wstępnym skutecznego korzystania z opieki post-rehabilitacyjnej. Planowanie tej opieki stanowi ważny element programu zajęć w końcowej fazie terapii. Plan obejmuje zalecenia i procedury uzyskania wsparcia i pomocy w przypadku pojawienia się różnych problemów w okresie powrotu do społeczeństwa.

Specyficznymi problemami dla końcowego etapu terapii jest to, że pacjentom często wydaje się, że „są już wyleczeni” i powinni umieć sami sobie radzić ze stresem

czekającym ich w nowych sytuacjach życiowych. Chcą uchodzić za osoby zdrowe (a nie zdrowiejące) i samowystarczalne. Tymczasem ze wszystkich etapów zdrowienia, powrót do społeczeństwa jest najtrudniejszy, ponieważ niesie konkretne wyzwania, przed którymi osoba w czasie pobytu w ośrodku była chroniona.

W ramach programów post-rehabilitacyjnych ważne jest stworzenie możliwości korzystania za ich pośrednictwem ze **wsparcia terapeutycznego** w formie:

- grup NA/AA,
- innych grup wsparcia,
- grup zapobiegania nawrotom,
- pomocy w rozwiązywaniu problemów osobistych.

Ważnym aspektem programów post-rehabilitacyjnych są treningi umiejętności, modelowanie zachowań czy odgrywanie ról, nauka spędzania czasu wolnego, umiejętności komunikowania się z ludźmi.

PROGRAMY ZAPEWNIAJĄCE MIESZKANIA

Hostele i mieszkania readaptacyjne stanowią istotną podstawę programów dających szansę na integrację ze społeczeństwem.

Hostele. Zadaniem programów hostelowych jest udzielanie pomocy socjalnej i terapeutycznej osobom uzależnionym, po podstawowym programie rehabilitacyjnym, w celu pełnego usamodzielnienia się i utrwalenia postaw prospołecznych, wspieranie zachowań pomocnych w utrzymywaniu abstynencji, a także monitorowanie dalszego procesu zdrowienia. Programy te skierowane są głównie do osób ze złą sytuacją socjalno-bytową oraz do tych, które z różnych powodów nie chcą wracać do swojego dawnego środowiska.

Osoba uzależniona od narkotyków po ukończeniu terapii nadal wymaga pomocy w zdobyciu pełnej samodzielności. Program hostelowy jest formą pośrednią między terapią w placówce stacjonarnej a samodzielnym funkcjonowaniem. Mieszkanie w hostelu umożliwia bezpieczny powrót do społeczeństwa, podjęcie pracy i nauki w warunkach wsparcia terapeutycznego. Ta forma pomocy pozwala na nawiązanie nowych, bliskich więzi z osobami z zewnątrz, uczy korzystania z różnego rodzaju wsparcia (m.in. ze strony wspólnoty AN, AA i innych grup), z konsultacji terapeutycznych poza hostelem. Pozwala na praktyczną naukę planowania, rozwiązywania problemów, na trening prowadzenia finansów. Czas pobytu w hostelu powinien być dostosowany do potrzeb klienta. Ważne by nie zwalniał osoby z niego korzystającej z własnej aktywności w pełnym usamodzielnieniu.

Podsumowując, pobyt w hostelu może sprzyjać dalszej nauce umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia:

- radzenia sobie ze stresem,
- rozwiązywania problemów,
- rozwoju osobistego,
- budowania poczucia własnej wartości,
- zachowywania się w sposób asertywny,
- zwiększania swoich umiejętności zawodowych.

Hostele prowadzone są najczęściej przez stowarzyszenia i fundacje, a finansowane przez samorządy lokalne i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W sumie w Polsce funkcjonuje ok. 12 hosteli liczących 231 miejsc, o liczbie miejsc od 7 do 60.

Mieszkania readaptacyjne są kolejnym krokiem w usamodzielnianiu się zdrowiejących osób uzależnionych. Warunkiem korzystania z tej formy pomocy jest posiadanie pracy zawodowej i pewnej samodzielności finansowej. Ta forma pomocy jest organizowana w całym kraju od 1993 r. przy współpracy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez Stowarzyszenie „Pomoc Socjalna” w Warszawie, które w sumie dysponuje 11 mieszkaniami adaptacyjnymi w Warszawie, Gliwicach, Toruniu, Ostrołęce i Olsztynie. Od 2006 roku prowadzone są dwa mieszkania w Warszawie dla osób z HIV/AIDS. Uczestnicy tego programu mają zapewnioną opiekę lekarską, psychologiczną, psychiatryczną i socjalną.

Poza tym Stowarzyszenie „Pomoc Socjalna” prowadzi program wsparcia psychologicznego oraz program pomocy rzeczowej dla bezdomnych (paczki żywnościowe, kupowanie leków, wydawanie środków czystości). Z programu, współfinansowanego przez Urząd m. st. Warszawy, Bank Żywności SOS, firmy farmaceutyczne, korzysta 150 podopiecznych.

Inna forma pomocy osobom uzależnionym to **schroniska i noclegownie**. Jest ona adresowana do grupy osób, wymagających przez dłuższy czas wsparcia socjalno-bytowego i terapeutycznego. Często trafiają tam osoby, które nie ukończyły w całości programu terapeutycznego lub mają trudności w utrzymaniu abstynencji i znajdują się w trudnej sytuacji życiowej.

NABYWANIE NOWYCH UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJI

Bardzo ważnym aspektem reintegracji społecznej jest **wsparcie w uzyskaniu kwalifikacji zawodowych i w uzupełnieniu wykształcenia**. Absolwenci ośrodków terapeutycznych mogą korzystać z programów prowadzonych przez urzędy pracy, centra integracji społecznej i inne organizacje pozarządowe. Placówki te oferują nie tylko kursy zawodowe, ale także szkolenia w zakresie umiejętności potrzebnych przy poszukiwaniu pracy. Programy zawodowe w szerokim zakresie prowadzi Stowarzyszenie MONAR, korzystając z funduszy europejskich. Integracja zawodowa pozwala na wejście w nową rolę społeczną – w rolę pracownika, co może być czynnikiem chroniącym w profilaktyce nawrotów.

Fundacja na rzecz Edukacji, Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Droga” prowadziła projekt „Akademia pracy” (finansowany z funduszy europejskich). Osoby, korzystające z tego programu mogły uczestniczyć w zajęciach podnoszących kompetencje społeczne i zawodowe, w zajęciach motywacyjnych, szkoleniach z zakresu rynku pracy, tzw. ekonomii społecznej oraz podstawowych kursów komputerowych, z możliwością uzyskania europejskiego certyfikatu umiejętności komputerowych.

Używanie środków psychoaktywnych stanowi jeden z niekonstruktywnych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Specyfika sytuacji osób kończących terapię oraz liczba czynników, które mogą zakłócać przystosowanie do funkcjonowania w społeczeństwie, skłaniają do zbadania, jakie strategie zaradcze podejmowane są przez osoby zdrowiejące. Z badań wynika, iż jednym z czynników sprzyjających

długotrwałej abstynencji jest wsparcie społeczne, które pomaga w radzeniu sobie ze stresem. Umiejętność konstruktywnego radzenia sobie ze stresem ma znaczenie dla poczucia własnej wartości, zadowolenia z życia, stanu zdrowia. „Dominującymi strategiami w grupie zaleczonych narkomanów z dużym wsparciem są: pozytywne przewartościowanie, szukanie wsparcia społecznego i planowe rozwiązywanie problemu. W grupie z małym wsparciem społecznym najchętniej używanymi strategiami radzenia sobie są: myślenie życzeniowe, obwinianie się, przyjmowanie odpowiedzialności oraz pozytywne przewartościowanie.” (Krupa, Bargieł-Matusiewicz i Hofman, 2004) Istnieje szansa, że podejmowanie działań w kierunku zwiększenia wsparcia społecznego dla osób kończących terapię, może przyczynić się do zwiększenia przez nich planowania rozwiązywania problemów. Tworzenie programów post-rehabilitacyjnych uwzględniających nabywanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, wykorzystanie wsparcia społecznego – może ułatwić powrót do społeczeństwa osobom uzależnionym, które ukończyły terapię i przeciwdziałać ponownemu powrotowi do używania narkotyków.

Zbyt mało docenianym aspektem programów post-rehabilitacyjnych jest praca nad częstymi u osób uzależnionych zachowaniami przestępczymi. Zaniedbując ten ważny aspekt można przyczynić się do marginalizacji społecznej tych osób i wzmocnienia ich zachowań kryminalnych (Klingemann, Miturska i Moskaiewicz, 2008).

Z oceny systemu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych wynika, iż zakres świadczeń post-rehabilitacyjnych jest bardzo zróżnicowany (Moskaiewicz, Sierosławski i Dąbrowska, 2006). Tylko jedna trzecia poradni oferuje pomoc w podjęciu nauki, 29% – pomoc w znalezieniu pracy, 18% – pomoc w znalezieniu mieszkania, natomiast 64,7% poradni nie oferuje żadnych świadczeń post-rehabilitacyjnych. Programy substytucyjne w 80% pomagają pacjentom w podjęciu pracy lub nauki, w 40% – w znalezieniu mieszkania. Ośrodki rehabilitacyjne w 88% pomagają w podjęciu nauki, w 73% – w podjęciu pracy, w 46% – w znalezieniu mieszkania. Znaczna część ośrodków rehabilitacyjnych (64%) oferuje także możliwość zamieszkania w hostelu lub mieszkaniu readaptacyjnym. Tylko 3% ośrodków rehabilitacyjnych nie oferuje żadnych form pomocy w tym zakresie (Moskaiewicz, Sierosławski i Dąbrowska, 2006).

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA REINTEGRACJĘ

Z badań nad reintegracją społeczną byłych więźniów wynika, że przebiega ona na wielu płaszczyznach, w których doświadczają zazwyczaj wielu problemów. Są one bardzo bliskie problemom osób uzależnionych. Zmienne wpływające na reintegrację mogą zostać uogólnione do trzech kategorii: warunków intrapersonalnych (zdrowie fizyczne i psychiczne, przyjmowanie narkotyków, wykształcenie i poziom umiejętności oraz stan emocjonalny), warunki życia (finanse, zatrudnienie, sprawy mieszkaniowe), warunki wsparcia (wsparcie socjalne, wsparcie grup formalnych) (Shinkfield i Graffam, 2009). Grupa osób uzależnionych cechuje się fizycznymi i psychicznymi problemami zdrowotnymi, znacznie niższym poziomem wykształcenia w porównaniu z populacją ogólną, a także – niskim poziomem rozwoju podstawowych umiejętności. Pomimo że istnieje niewiele badań dotyczących wpływu czynników

intrapersonalnych na proces integracji, to prawdopodobnie mają one duży wpływ. Z czynników dotyczących warunków życia, bez wątpienia, zatrudnienie jest kluczowe dla społecznej reintegracji przez złagodzenie presji finansowej. W kwestii zatrudnienia istnieje szereg barier, włączając w to podejście pracodawców, brak kontaktów, brak podstawowych umiejętności, słabe kwalifikacje oraz brak lub niewielki staż pracy.

Osoby kończące terapię w ośrodkach rehabilitacyjnych lub opuszczając zakład karny często mają problem ze znalezieniem stałego zamieszkania. Niestabilne i niepewne zakwaterowanie jest związane z zażywaniem narkotyków oraz trafianiem do więzienia lub ośrodka (Shinkfield i Graffam, 2009). Jak wynika z badań, wsparcie rodziny odgrywa istotną rolę w zapewnieniu nie tylko stabilnego zakwaterowania, ale także udzielaniu wszechstronnej pomocy. Grupa z ograniczoną siecią przyjaciół oraz rodzinną jest często marginalizowana. Byli więźniowie, w tym osoby uzależnione z negatywnymi relacjami rodzinnymi, są szczególnie narażeni na powrót na drogę przestępstwa (Shinkfield i Graffam, 2009). Stanowi to wyzwanie dla tworzenia programów post-rehabilitacyjnych, uwzględniających współpracę osoby uzależnionej z rodziną, w celu odbudowania ich wzajemnych relacji.

ROLA GRUP SAMOPOMOCOWYCH ANONIMOWYCH NARKOMANÓW W SPOŁECZNEJ REINTEGRACJI

Część osób uzależnionych, korzysta z grup samopomocowych, po zakończeniu lub przerwaniu terapii, jako wsparcia dla swojego zdrowienia. Do grup samopomocowych należą osoby, które łączy wspólny(narkotykowy) problem; spotykają się regularnie, żeby zapewnić sobie wzajemną pomoc, poprzez dzielenie się swoimi doświadczeniami w zdrowieniu. Już samo regularne uczestnictwo pomaga w osiągnięciu lub utrzymaniu czystości od narkotyków i alkoholu: „90 mitingów w 90 dni” *Doświadczenie wspólnoty nauczyło nas, iż ci którzy regularnie uczestniczą w naszych mitingach, pozostają czystymi*. IP nr 1 „Kto, co, jak i dlaczego” (Anonimowi Narkomani, 2011) Program NA sugeruje, aby kierować się m.in. zasadą krótkoterminowych celów: *nie bierzemy narkotyków tylko dzisiaj*, co ułatwia decyzję o utrzymywaniu codziennej abstynencji. Dla wielu uzależnionych grupy NA są skuteczne, ponieważ dają poczucie sensu i przynależności. Zapewniają też wiarygodny model zdrowienia dla tych, którzy przywykli do myśli, że znaleźli się w sytuacji bez wyjścia. To co dzieje się w NA poprzez pracę nad programem Dwunastu Kroków, dzieje się również w dobrej psychoterapii, czyli postępy w poznaniu samego siebie i pojawienie się gotowości do zmiany osobistej.

Pierwszy miting inicjujący powstanie NA (Narcotics Anonymous) odbył się w lipcu 1953 roku w Południowej Kalifornii w Stanach Zjednoczonych. Dzisiaj grupy NA funkcjonują w 140 krajach. W Polsce NA rozwija się od ponad 20 lat i obecnie funkcjonuje w 56 miastach. Łącznie jest ok. 71 grup i odbywają się 83 mitingi tygodniowo.

Grupa NA zaspokaja potrzebę przynależności, ale także stale przypomina, że osoby uzależnione ponoszą osobistą odpowiedzialność za każdy swój czyn. *Tak jak nie jesteśmy odpowiedzialni za naszą chorobę, tak jesteśmy odpowiedzialni za nasze zdrowienie* (Basic Text rozdział 3 „Dlaczego tu jesteśmy?”, Anonimowi Narkomani,

2011). Zarówno w grupach NA, jak i grupie terapeutycznej, dowiadują się, że chociaż inni ludzie mogą okazać im chwilową pomoc, to tylko oni sami naprawdę decydują o tym, czy będą utrzymywać abstynencję czy nie. Program Dwunastu Kroków NA jest podstawą wyzdrowienia. Zdrowienie w oparciu o ten program, to nie tylko utrzymywanie abstynencji, ale także praca nad własnym rozwojem duchowym. To także praca nad swoimi problemami, umiejętnością słuchania innych, wyzwaniem się z egocentryzmu, budowaniem nadziei, że można żyć godnie i realizować swoje cele.

Udział w grupach samopomocowych może być dla wielu osób uzależnionych alternatywą dla pomocy profesjonalnej, może też być wsparciem dla osób, które odbyły terapię w ich dalszym zdrowieniu. Pomoc oferowana w grupach samopomocowych jest tym bardziej cenna, gdyż nie wiąże się z ponoszeniem żadnych nakładów finansowych przez państwo.

Dobrze realizowany program post-rehabilitacyjny daje szansę na zwiększenie skuteczności samej terapii. Różne formy wsparcia mogą wpływać na udaną reintegrację lub zmniejszać prawdopodobieństwo sukcesu, w zależności od jakości i ilości udzielonego wsparcia. Warto stawiać pytania dotyczące tego, co może sprawić, żeby reintegracja społeczna była skuteczna oraz jak to osiągnąć?

BIBLIOGRAFIA

- Anonimowi Narkomani.** (2011). Chatsworth, California: Narcotics Anonymous World Services, Inc. Strona internetowa: <http://www.anonimowinarkomani.org/pliki/bswer.pdf>
- Bourdeau, I., Desrosiers, J. i Gosselin, S.** (2008). Predictors of reintegration to normal living older adults discharged from an intensive rehabilitation program. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(4), 267-274.
- Klingemann, J., Miturska, E. i Moskalewicz, J.** (2008). Życie po opuszczeniu zakładu karnego: readaptacja społeczna kobiet uzależnionych od narkotyków w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 2(21), 111-134.
- Krupa, A., Bargieł-Matusiewicz, K. i Hofman, G.** (2005). Związek wsparcia społecznego ze stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 1-2, 57-69.
- Moskalewicz, J., Sierosławski, J. i Dąbrowska, K.** (2006). Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 4(19), 327-355.
- Shinkfield, A. J. i Graffam, J.** (2009). Community Reintegration of Ex-Prisoners. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1(53), 29-42.

Rozdział 19

Wykorzystanie metody *case management* w pracy z osobami uzależnionymi

Katarzyna Dąbrowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

HISTORIA METODY CASE MANAGEMENT I JEJ DEFINICJE

Metoda *case management* jest postrzegana jako jedna z ważniejszych innowacji na polu zdrowia psychicznego i opieki środowiskowej ostatnich dekad (Holloway i Carson, 2001). Początków *case management* można doszukiwać się w latach 20. dwudziestego wieku, kiedy to Mary Richmond ukuła termin „praca społeczna z przypadkiem” (*social casework*) dla określenia działań, mających na celu przystosowanie jednostki do jej otoczenia społecznego. „Praca społeczna z przypadkiem” to przede wszystkim koordynowanie świadczonych usług, dbałość o fundusze publiczne, opieka nad osobami ubogimi i chorymi, wiara w godność klienta oraz wzmacnianie populacji szczególnie narażonych na różnego typu problemy.

Najbardziej jednak dynamiczny rozwój metody *case management* był związany z procesem deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, co z kolei łączyło się z odejściem od długoterminowej opieki stacjonarnej na rzecz opieki środowiskowej i przeniesieniem opieki społecznej z instytucji do lokalnych społeczności.

Nie ma jednej definicji *case management*, która byłaby akceptowana przez wszystkich, gdyż jest to metoda, która stoi na granicy wielu dyscyplin i charakteryzuje ją wielość zróżnicowanych celów (Ridgely i Willenbring, 1992). W pomocy społecznej *case management* pozwala pracownikowi socjalnemu oszacować potrzeby klienta i jego rodziny i adekwatnie na nie reagować poprzez aranżowanie, koordynowanie, monitorowanie, ewaluację i wspieranie różnorodnych usług świadczonych przez instytucje (NASW Standards for Social Work Case Management, 1992).

Johnson i Rubin (1983) zwracają uwagę, że *case management* zastosowany w pracy społecznej polega na proponowaniu nowych usług, które byłyby odpowiedzią na potrzeby klientów, na inicjowaniu kontaktów pomiędzy klientami a instytucjami, a także na inicjowaniu i usprawnianiu kontaktów pomiędzy ludźmi pracującymi w różnych placówkach, w celu zapewnienia efektywnej pracy całego systemu pomocy. System ten ma wspierać klientów w rozwijaniu i wykorzystaniu własnego potencjału, tak by byli w stanie w przyszłości sami rozwiązywać swoje problemy.

Zwykle definicje, tworzone na użytek pomocy społecznej, kładą nacisk na samodzielność i niezależność klientów oraz na potrzebę koordynowania i integrowania działań w obrębie systemu. Pracownik społeczny zbiera informacje na temat klienta, jego rodziny i środowiska, dostępnych usług, procedur i uregulowań prawnych, i na tej podstawie formułuje plan pomocy, który jest monitorowany (Ridgely i Willenbring, 1992)

Bagarozzi i Pollane (1984) piszą, że metoda *case management* polega na: 1) zbieraniu informacji, 2) planowaniu, 3) proponowaniu klientowi usług adekwatnych do jego potrzeb, 4) monitorowaniu i 5) wspieraniu całego procesu.

W podręczniku „Case Management Resource Kit for SAAP¹ Services” (1997) *case management* określa się jako metodę zorientowaną na oszacowanie potrzeb i celów klienta oraz na rozwinięcie strategii, dzięki którym można by na te potrzeby i cele adekwatnie odpowiadać.

Anthony i współpracownicy (Anthony, Cohen, Cohen i Farkas, 1988) z kolei definiują *case management* jako proces, poprzez który klient jest wspierany w negocjowaniu różnych potrzebnych mu usług. Cztery główne aktywności składają się na ten proces: nawiązanie kontaktu z klientem, zaplanowanie programu pomocy, ułatwienie klientowi kontaktu z daną placówką oraz wspieranie go.

Każda z powyższych definicji kładzie nacisk na identyfikację potrzeb klienta i poszukiwanie sposobów ich zaspokojenia. W ramach *case management* rozpoznaje się zasoby istniejące w środowisku i ułatwia klientowi dostęp do nich. Ważnym elementem jest wspieranie klienta na każdym etapie pomocy i monitorowanie całego procesu.

CO MOŻE ZAOFEROWAĆ METODA CASE MANAGEMENT

Case management jest szczególnie przydatny w pracy z klientami, których potrzeby są złożone i zróżnicowane, a co za tym idzie – próba zaspokojenia tych potrzeb wymaga skorzystania z różnorodnych form pomocy. Umożliwia skorzystanie z usług oferowanych w ramach działalności różnych, często niewspółpracujących ze sobą instytucji, które udzielają pomocy w zakresie edukacji, ochrony zdrowia czy zatrudnienia.

Dla klienta *case management* może oznaczać:

- lepszą jakość oferowanych usług i osiągniętych rezultatów,
- wzmocnienie możliwości ewaluacji własnych postępów i stworzenie możliwości wglądu w proces zmiany,
- zwiększenie udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących własnej osoby,
- ułatwienie dostępu do rozmaitych usług.

Case management oznacza również (wymienione poniżej) korzyści dla instytucji pracujących tą metodą oraz profesjonalistów w nich zatrudnionych.

- Oferowanie klientom usług charakteryzujących się większą spójnością i jakością.
- Rozłożenie odpowiedzialności za proces zmiany między profesjonalistą zajmującym się pomaganiem a klientem, a co za tym idzie – zmniejszenie zjawiska wypalenia zawodowego.
- Jasne zdefiniowanie kierunku zmiany, do której profesjonalista dąży wspólnie z klientem i określenie, w jakim momencie i zakresie klient oczekuje wsparcia.
- Zogniskowanie interakcji pomiędzy klientem a profesjonalistą na konkretnym celu, co oznacza lepsze wykorzystanie czasu.
- Zidentyfikowanie niedostatków oferowanej pomocy i lepsza orientacja w potrzebach klientów (Case Management Resource Kit for SAAP Services, 1997).

1 SAAP – Supported Accommodation Assistance Program

Intagliata (1982) wśród korzyści płynących z *case management* wymienia między innymi:

- Zapewnienie kontynuacji i długofalowości pomocy – oferowanej tak długo, jak potrzeba i dopasowanej do zmieniającej się sytuacji klienta.
- Polepszenie dostępu do rozmaitych usług – pomaganie klientowi w omijaniu barier administracyjnych.
- Ustanowienie podmiotu odpowiedzialnego za koordynowanie pomocy świadczonej przez różne instytucje.
- Zwiększenie skuteczności oferowanej pomocy, tj. zwiększenie prawdopodobieństwa, że klient pozyska pożądane usługi w odpowiednim czasie i w ustalonych wcześniej kolejności, co może doprowadzić do oszczędności w kosztach.

CASE MANAGEMENT – KROK PO KROKU

O ile modele *case management* różnią się w zależności od ideologii czy warunków, w jakich są stosowane, o tyle ich kolejne etapy są zwykle takie same. Schu i Szmidi (2005) wyróżnili następujące fazy:

1. rozpoczęcie współpracy
2. diagnoza (*assessment*)
3. uzgodnienie celów
4. planowanie
5. implementacja
6. organizacja i koordynacja pomocy
7. monitorowanie i powtórna diagnoza (*reassessment*)
8. ewaluacja

1. Rozpoczęcie współpracy. W ramach *case management* próbuje się aktywnie poszukiwać klientów, często w ich środowisku, a także motywować do przyjęcia pomocy. W przypadku, kiedy zostanie nawiązany kontakt z klientem ważne jest ustalenie, czy dana oferta odpowiada jego potrzebom.

2. Diagnoza. Można wyróżnić diagnozę wstępną, która dotyczy najbardziej palących problemów, takich jak: bezpieczeństwo, zdrowie, środki do życia, dach nad głową i bardziej szczegółową diagnozę, służącą planowaniu długofalowych działań. W ramach diagnozy szczegółowej zbiera się informacje na temat nadziei klienta, jego oczekiwań, preferencji, potrzeb. Ważne jest, by skupiać się nie tylko na problemach klienta, ale mieć również na uwadze jego mocne strony, zdolności i zasoby, jakimi dysponuje.

3. Uzgodnienie celów w nawiązaniu do potrzeb ustalonych w fazie diagnozy. Cele muszą pozostawać w zgodzie z wartościami klienta, poza tym muszą być realistyczne i sformułowane w taki sposób, by stanowiły dobrą podstawę do planowania, a także do późniejszej ewaluacji. Cele mogą być zarówno bardzo konkretne, jak i sformułowane na wyższym poziomie ogólności. Ważne jest, by wypracować również cele alternatywne, które będą realizowane, gdyby z jakichś powodów nie udało się osiągnąć pierwotnie zamierzonych.

4. Planowanie. W tej fazie identyfikuje się dostępne zasoby oraz podejmuje decyzje, które z nich warto wykorzystać. Ustala się również, jakie kroki są niezbędne dla

osiągnięcia założonych celów. Plan powinien być zapisany w języku zrozumiałym dla klienta. Na tym etapie ważne jest również ustalenie, kto będzie za co odpowiedzialny.

5. Implementacja czyli realizacja planu. *Case manager* inicjuje uzgodnione działania, pomaga klientom w dotarciu do formalnych bądź nieformalnych zasobów pomocy, towarzyszy im i wspiera. Doświadczenia płynące z wykorzystania *case management* w pracy z osobami uzależnionymi pokazują, że nie można się tu jedynie ograniczać do funkcji menadżerskich, ale również trzeba wprowadzić elementy działań opiekuńczych. *Case manager* w razie potrzeby musi przejąć odpowiedzialność za podtrzymanie kontaktu z klientem.

6. Organizacja i koordynacja pomocy. *Case manager* nie tylko ułatwia klientowi dostęp do poszczególnych usług, ale również koordynuje pracę różnych instytucji, zaangażowanych w proces pomagania, co oznacza, że pozostaje z nimi w ciągłym kontakcie. Musi wiedzieć dokładnie, co oferują poszczególne instytucje, kiedy i z jakiej formy pomocy korzysta klient. Co ważne, informacje pomiędzy instytucjami przekazywane są tylko za zgodą klienta.

7. Monitorowanie i powtórna diagnoza. Monitoring polega na przyglądaniu się, czy klient otrzymuje wszystkie uzgodnione formy pomocy w przewidzianej postaci i wymiarze. Może to często prowadzić do różnego rodzaju napięć, gdyż działania z zakresu monitoringu są postrzegane przez część instytucji jako ingerencja w ich pracę. Potęgują to takie zjawiska jak: konkurencja o dostęp do środków publicznych, strach przed utratą organizacyjnej samodzielności, ideologiczne konflikty, a także rywalizacja pomiędzy grupami zawodowymi. Dlatego ważne jest, by osoby zajmujące się *case management* posiadały umiejętność pracy zespołowej, a instytucje wypracowały strukturalne ramy współpracy, oparte na umowach.

Dodatkowo konieczne są cząstkowe diagnozy, które pozwalają zweryfikować wiedzę na temat potrzeb klienta, zidentyfikować bariery, które pojawiły się w trakcie realizacji planu, wypunktować sukcesy klienta. Powtórna diagnoza jest szansą na ponowne przyjrzenie się celom oraz planowi działania i w razie konieczności – na zmodyfikowanie ich. O zakończeniu procesu pomagania decydują wspólnie *case manager* i klient. Oni też decydują, w jaki sposób to nastąpi.

8. Ewaluacja polega na sprawdzeniu, które z celów zostały osiągnięte, a które nie i dlaczego. Dotyczy również zadowolenia klientów z otrzymanej pomocy. Czasami może skupiać się na jednym z aspektów *case management*, np. diagnozie (*Case Management Resource Kit for SAAP Services*, 1997).

CASE MANAGEMENT W LECZENIU UZALEŻNIEŃ

W latach 80. metoda *case management* znalazła zastosowanie w pracy z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych (Graham i Birchmore, 1990). Zmiany w postrzeganiu uzależnienia, problemy w zapewnieniu adekwatnej opieki oraz presja na ograniczenie wydatków – to wszystko doprowadziło do zainteresowania się możliwościami wykorzystania *case management* w leczeniu uzależnień (Ridgely i Willenbring, 1992).

Uzależnienie było w coraz większym zakresie postrzegane jako zaburzenie wielopłaszczyznowe, przewlekłe i charakteryzujące się nawrotami, a więc wymagające

podejścia wszechstronnego, które zapewniałyby ciągłość opieki (McLellan, 2002). Zidentyfikowano grupy osób uzależnionych, z różnych powodów niekorzystających z oferowanego im leczenia. Wśród nich można wymienić osoby zakażone HIV, używające narkotyków w iniekcjach, biedne i bezdomne, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zostały one zdefiniowane jako posiadające złożone potrzeby i wymagające ciągłości opieki, podobnie jak osoby przewlekle cierpiące z powodu zaburzeń psychicznych, starsze i ludzie zakażeni HIV. Dla tych grup *case management* oznacza możliwość korzystania z rozmaitych form pomocy świadczonych przez różne instytucje.

Zwykle system leczenia jest fragmentaryczny i nie ma możliwości zapewnienia kontynuacji opieki. Choć problemy wielu uzależnionych ludzi są z natury przewlekłe, większość konwencjonalnych programów leczniczych może objąć ich opieką tylko przez określony czas. Bardzo niewiele placówek jest gotowych zaoferować swoim podopiecznym pomoc i wsparcie w sytuacjach kryzysowych, przygotować do podjęcia pracy zawodowej czy zapewnić dach nad głową. *Case management* jest odpowiedzią na te problemy, gdyż pomoc jest świadczona przez dłuższy czas oraz istnieje możliwość skorzystania z usług spoza systemu leczenia uzależnień.

Innym istotnym czynnikiem, który doprowadził do rozbudzenia zainteresowania możliwościami wykorzystania *case management* na polu uzależnień, były naciski na redukcję kosztów. Choć nie wszystkie programy *case management* są projektowane z intencją, by zaoszczędzić na wydatkach, to jednak panuje powszechne przekonanie, że zastosowanie tej metody w konsekwencji prowadzi do oszczędności, jeżeli wziąć pod uwagę wszystkie koszty interwencji, które są podejmowane wobec osoby uzależnionej w ciągu jej życia (np. koszty przebywania w więzieniu) (Ridgely i Wilenbring, 1992).

Modele *case management* różnią się w zależności od kontekstu, w jakim są stosowane. W niektórych nacisk jest położony na dostarczanie usług w ramach systemu pomocy społecznej, w innych – na koordynowanie usług świadczonych przez różne instytucje, a są również takie, w których łączą się te dwa podejścia (Ridgely i Wilenbring, 1992). W podręczniku „Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment” (Center for Substance Abuse Treatment, 1998) wyróżniono cztery modele *case management*, znajdujące zastosowanie w pracy z osobami uzależnionymi: pośredniczący/ogólny (*broker/generalist*), oparty na mocnych stronach klienta (*strengths-based*), oparty na społeczności (*assertive community treatment*), kliniczny (*clinical/rehabilitation*).

Model pośredniczący/ogólny (*Broker/generalist*). W ramach tego modelu dąży się do rozpoznania potrzeb klienta i oferuje pomoc w dostępie do zidentyfikowanych zasobów. Plan pomocy ogranicza się do kilku pierwszych spotkań z *case managerem* i nie jest raczej nastawiony na intensywną, długotrwałą relację. Jeżeli jest prowadzony monitoring, to w ograniczonym zakresie i nie obejmuje aktywnego podtrzymywania i wspierania klienta.

Model ten bywa czasami krytykowany ze względu na to, że nie stwarza warunków do rozwinięcia głębszej relacji pomiędzy klientem a *case managerem* oraz że nie proponuje klientowi wsparcia. Niezaprzeczalnie jednak podejście to jest oparte na podstawowych zasadach *case management* i są dowody, że może być skuteczne w wy-

branych sytuacjach. Zaletą tego modelu polega na tym, że można nim objąć większą grupę klientów, niż dzieje się to w przypadku innych podejść. Jest on również przydatny w sytuacji, gdy oferta systemu leczenia i oferta pomocy społecznej są dość dobrze zintegrowane i w niewielkim zakresie występuje potrzeba monitorowania i pośredniczenia w udostępnieniu usług. To odpowiedni model dla osób ekonomicznie samowystarczalnych, które mają w swoim otoczeniu wsparcie i nie są w zaawansowanym stadium uzależnienia. Niewielkie instytucje, wyspecjalizowane w konkretnej usłudze są idealnym miejscem do świadczenia właśnie tego typu pomocy.

Model oparty na społeczności (*Assertive community treatment*). Program of *Assertive Community Treatment* (PACT) powstał w Wisconsin za sprawą Willenbringa i kolegów. Model ten był stosowany w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, a następnie adaptowany do potrzeb osób uzależnionych. Jego podstawowe założenia to:

- nawiązywanie kontaktu z klientem w jego domu lub innym najbliższym otoczeniu,
- koncentracja na problemach życia codziennego,
- występowanie w interesie klienta,
- pomoc w załatwieniu usługi,
- ograniczona liczba klientów,
- systematyczne kontakty pomiędzy *case managerem* i klientem,
- każdy przypadek jest konsultowany zespołowo,
- długoterminowe zaangażowanie w sprawę klienta.

W tym modelu każdy *case manager* jest wspierany przez resztę zespołu i cały zespół ponosi odpowiedzialność za organizowanie usług dla klienta. W porównaniu z tym, co do tej pory oferowano osobom uzależnionym, program był innowacyjny z dwóch powodów. Po pierwsze, w tym podejściu to *case manager* aktywnie poszukiwał klientów, a nie czekał na nich za biurkiem. Po drugie, uznając przewlekłą naturę uzależnienia, nie wymagano od klientów, aby utrzymywali abstynencję. Wysiłek kierowany był raczej na poprawę jakości życia osoby uzależnionej.

Odmianą PACT był model *Assertive Community Treatment* (ACT) stosowany w pracy z klientami używającymi narkotyków dożylnie. Klientowi w tym podejściu oferowano doradztwo oraz pracę nad różnymi umiejętnościami niezbędnymi do dobrego funkcjonowania w społeczności. Zespół *case managerów* organizował również konsultacje dla rodzin i interwencje kryzysowe, treningi zawodowe, zajęcia na temat prewencji nawrotów oraz HIV/AIDS. W tym modelu, w odróżnieniu od PACT-u, wprowadzano ograniczenia czasowe i określano konkretne cele, będące miarą sukcesu. Od klientów wymagano przynajmniej okresowego zachowywania abstynencji oraz wywiązywania się z planu leczenia.

Model oparty na mocnych stronach pacjenta (*Strengths-based model*). Podejście to powstało na Wydziale Opieki Społecznej Uniwersytetu Kansas, by pomóc osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne i umożliwić im przejście od opieki instytucjonalnej do samodzielnego życia. Model ten opiera się na dwóch filarach:

1. wspieraniu klientów w pozyskiwaniu zasobów i sprawowaniu kontroli nad tym procesem;

2. wskazywaniu klientowi jego silnych stron, tak by potrafił samodzielnie pozyskiwać oferowane usługi.

W tym modelu promuje się nieformalne sieci pomocy w opozycji od instytucjonalnych, daje prymat relacji pomiędzy klientem a *case managerem* oraz stosuje aktywne formy docierania do klienta. Został wybrany do pracy z uzależnionymi klientami m.in. dlatego, że skupia się raczej na silnych stronach klienta, a nie na patologii i chorobie oraz pomaga w przełamaniu stereotypowego przekonania, że osoby uzależnione są niezdolne do jakiegokolwiek działania.

Model kliniczny (*Clinical/rehabilitation*). W modelu tym *case manager* proponuje uzależnionemu klientowi zarówno leczenie kliniczne, jak i oddziaływania z zakresu *case management*. Klient może uczestniczyć w psychoterapii, w różnego rodzaju treningach oraz w terapii rodzinnej. *Case manager* musi posiadać wiedzę nie tylko z zakresu technik *case management*, ale również ogólną wiedzę psychologiczną, która pozwala adekwatnie reagować na potrzeby klienta. Wiele placówek oferujących leczenie stosuje model kliniczny, w którym personel zarówno koordynuje leczenie, jak i działania z zakresu *case management*. Pozwala to na poczynienie oszczędności, gdyż nie wymaga zatrudniania dodatkowego personelu.

Case management może być stosowany w pracy z różnymi kategoriami osób uzależnionych. I tak dla przykładu, metoda ta coraz częściej jest wykorzystywana do pomocy uzależnionym kobietom w ciąży. Proponuje się im terapię uzależnienia oraz opiekę prenatalną. Po porodzie sytuacja kobiety i dziecka jest monitorowana i oferuje się dalszą opiekę w oparciu o zidentyfikowane potrzeby (Woodward, 1992). Inne grupy, dla których *case management* wydaje się być dobrą propozycją, to osoby uzależnione, które weszły w konflikt z prawem, bezdomni, klienci programów metadonowych, osoby zakażone HIV czy cierpiące na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne.

Case management jest dobrą ofertą dla osób, które z różnych powodów nie chcą podjąć leczenia, jak i dla tych, które planują je rozpocząć. W drugim przypadku *case management* może pełnić różne zadania na każdym z etapów. *Case manager* na etapie inicjowania leczenia wychodzi z instytucji, by znaleźć klientów w ich własnym otoczeniu. Jego zaangażowanie nie polega tylko na opowiedzeniu o istniejących usługach czy możliwościach, ale na zidentyfikowaniu konkretnych potrzeb klienta i próbie ich zaspokojenia. W okresie poprzedzającym leczenie (*pretreatment phase*), często trudnym dla klienta ze względu na wahania motywacji i dość długie oczekiwanie na leczenie, zadaniem *case managera* jest redukcja barier zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, utrudniających podjęcie leczenia. Wśród wykorzystywanych na tym etapie metod można wymienić: dialog motywujący, elementy edukacji na temat uzależnienia i procesu zdrowienia, przypomnienie o przeszłych i przyszłych konsekwencjach dalszego zażywania narkotyków, budowanie relacji pomiędzy klientem a *case managerem*.

W początkach leczenia *case manager* jest jednym z ogniw łączących klienta ze światem zewnętrznym. Jego zadanie to pomoc w rozwiązaniu bieżących problemów

klienta, które być może utrudniają mu skoncentrowanie się na celach leczenia i utrzymaniu abstynencji.

Wydaje się jednak, że największą rolę *case manager* ma do odegrania na etapie, kiedy pacjent kończy leczenie i już po jego zakończeniu. Opieka post-rehabilitacyjna oznacza pomoc klientowi w zdobyciu dachu nad głową i zatrudnienia, w zapewnieniu środowiska wolnego od narkotyków, a także oznacza udzielanie wsparcia w krytycznych momentach. Często potrzeby klientów są dość prozaiczne, ale istotne, np. potrzebują ubrań czy środków higienicznych. Wiele osób pierwszy raz od lat pragnie skorzystać z opieki medycznej, w tym dentystycznej (Center for Substance Abuse Treatment, 1998).

EFEKTYWNOŚĆ CASE MANAGEMENT

Wyniki dotyczące efektywności *case management* są niejednoznaczne. Część badań wskazuje na lepsze dostosowanie klientów do życia społecznego oraz poprawę ich jakości życia w związku z zastosowaniem tej metody. Inne badania pokazują brak znaczącego powiązania między *case management* a lepszą jakością życia (Rothman, 1994).

Geenens, Vanderplasschen, Broekaert, De Ruyver i Alexandre (2007) stwierdzili, że wszelkie konkluzje na temat efektywności *case management* w pracy z osobami uzależnionymi są przedwczesne, ze względu na brak badań eksperymentalnych dotyczących tego zagadnienia. Metody tej nie można zatem rozpatrywać w kategoriach procedury, której efektywność jest potwierdzona naukowo (*evidence-based*).

Niemniej, Geenens, Vanderplasschen, Broekaert, De Ruyver i Alexandre (2007) podkreślają, że większość badań wskazuje jednak na pozytywne efekty zastosowania tej metody w pracy z osobami uzależnionymi. *Case management* może przynosić korzyści klientowi w następujących obszarach: funkcjonowania społecznego, korzystania z rozmaitych ofert pomocy, udziału i utrzymywaniu się w leczeniu, w jakości życia, satysfakcji z oferowanej pomocy. Jest również opłacalny pod względem efektywności kosztów.

PODSUMOWANIE

W metodzie *case management* kładzie się nacisk na identyfikację potrzeb klienta i możliwych sposobów zaspokojenia ich w oparciu o zasoby istniejące w środowisku. *Case manager* jest osobą, która nie tylko wspiera klienta na każdym etapie pomocy, ale jest odpowiedzialna za monitorowanie całego procesu.

Podstawowe zadania *case management* to: 1) diagnoza (*assessment*) – obejmuje słabe i silne strony klienta, jego potrzeby; 2) planowanie (*planning*) – polega na stworzeniu indywidualnego planu uwzględniającego sposób, w jaki potrzeby pacjenta zostaną zaspokojone; 3) łączenie (*linking*) – ułatwianie klientowi skorzystanie z różnego rodzaju dostępnych usług; 4) monitorowanie (*monitoring*) – stała ewaluacja postępów klienta; 5) występowanie w interesie klienta (*advocacy*).

W latach 80. metoda *case management* znalazła zastosowanie w pracy z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych w związku ze zmianami w potrze-

ganiu uzależnienia, problemami z zapewnieniem adekwatnej opieki oraz presją na ograniczenie wydatków. Zidentyfikowano grupy osób uzależnionych, których potrzeby nie mieściły się w tradycyjnej ofercie, a które można zrealizować w ramach *case management*, np. osoby zakażone HIV używające narkotyków w iniekcjach, biedni i bezdomni, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Wielką zaletą *case management* to umożliwienie klientowi skorzystania z usług świadczonych przez różnego typu instytucje. Metoda ta daje klientowi możliwość wykazania, że nie jest on osobą bierną, pozbawioną wpływu. Wprost przeciwnie, oczekuje się od niego aktywności, bazuje na jego mocnych stronach i zachęca do brania na siebie odpowiedzialności. Klient jest ekspertem w zakresie własnych potrzeb i świata wartości.

Case management znajduje zastosowanie na różnych etapach pracy z klientem, który planuje podjąć leczenie. Na etapie poszukiwania klientów (*case finding*), w okresie poprzedzającym leczenie (*pretreatment phase*), w trakcie leczenia (*primary treatment*) czy po jego zakończeniu – na każdym z tych etapów *case management* ma istotne zadania do spełnienia.

Jest to metoda, która w Stanach Zjednoczonych i w wielu krajach europejskich, między innymi w Niemczech, jest postrzegana jako istotny element, który stanowi dopełnienie oferty tradycyjnie kierowanej do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, choć jak do tej pory jej efektywność nie została w pełni potwierdzona naukowo.

BIBLIOGRAFIA

- Anthony, W. A., Cohen, M., Cohen, B. i Farkas, M.** (1988). Clinical care update: the chronically mentally ill: Case management – more than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, 24(3), 219-227.
- Bagarozzi, D. i Pollane, L.** (1984). Case management in mental health. *Health and Social Work*, 9, 201-211.
- Case Management Resource Kit for SAAP Services.** (1997). Leslie Gevers Community Management Services. Strona internetowa: http://www.fahcsia.gov.au/sa/housing/pubs/homelessness/saap_er_publications/saap_case_mgmt_resource_kit/Pages/default.aspx
- Center for Substance Abuse Treatment.** (1998) *TIP 27: Comprehensive case management for substance abuse treatment*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B. i Alexandre, S.** (2007). *Between dream and reality: implementation of case management among drug abusers in the treatment and criminal justice system. Summary*. Gent: University Gent.
- Graham, K. i Birchmore, T. C.** (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 181-188.
- Holloway, F. i Carson, J.** (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21-31.

- Intagliata, J.** (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 655-674.
- Johnson, P. i Rubin, A.** (1983). Case management in mental health: a social work domain? *Social Work*, 1, 49-53.
- McLellan, A. T.** (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.
- NASW** (1992). *NASW Standards for Social Work Case Management*. Strona internetowa: <http://www.socialworkers.org/>
- Ridgely, M. S. i Willenbring, M. L.** (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. W: R. S. Ashery (red.), *Progress and Issues in Case Management. NIDA Research Monograph 127* (s. 12-33). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Rothman, J.** (1994). *Practice with highly vulnerable clients: case management and community-based service*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Schu, M. i Schmid, M.** (2005). Motivational Case Management (MOCA): Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 37(4), 713-720.
- Woodward, A.** (1992). Managed care and case management of substance abuse treatment. W: R. S. Ashery (red.), *Progress and Issues in Case Management. NIDA Research Monograph 127* (s. 41-53). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Część V

GRUPY SPECYFICZNE A TERAPIA
OSÓB UZALEŻNIONYCH
OD NARKOTYKÓW

Rozdział 20

Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym

Jolanta Koczurowska

Zarząd Główny Stowarzyszenia MONAR

WSTĘP

Jak dzisiaj powszechnie wiadomo, młodzi ludzie, zwłaszcza ci w okresie dorastania, stanowią grupę wiekową najbardziej narażoną na szkodliwe działanie narkotyków. Wszystkie prowadzone na świecie badania epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na moment inicjacji, przypadający na okres adolescencji, na wzrost zainteresowania młodych ludzi eksperymentowaniem z narkotykami. Zresztą stosunek młodych osób do narkotyków wydaje się być wyznaczany bardziej przez potrzeby rozwojowe okresu adolescencji, niż przez czynniki określone jako sprzyjające używaniu środków odurzających.

Prowadzone w różnych częściach Europy i świata badania epidemiologiczne pokazują wyraźnie, że mimo rosnących trendów konsumpcji narkotyków wśród młodzieży i obniżania się wieku inicjacji, liczba adolescentów korzystających z pomocy różnych profesjonalnych serwisów nie rośnie (EMCDDA, 2000). Dane te mogą sugerować, że specjalistyczna pomoc młodym ludziom używającym narkotyków nie jest jeszcze potrzebna lub że ci z problemami związanymi z substancjami odurzającymi nie mają dostępu do odpowiedniej oferty pomocowej – dostosowanej i adresowanej właśnie dla nich. Zważywszy na generalnie pozytywny stosunek młodych ludzi do narkotyku oraz towarzyszące im poczucie kontroli nad przyjmowanym „środkiem”, trudno uznać co jest, a co nie jest adekwatną dla nich formą pomocy.

Niezależnie od stosunku dorastających użytkowników narkotyków do profesjonalnej pomocy, trudno nie zauważyć, że coraz więcej młodych osób, które zgłaszają się do specjalistów, przejawia poważne deficyty rozwojowe, zaburzenia zachowania i defekty neurologiczne. Wiele z nich wymaga specjalnego traktowania ze względu na konsekwencje używania substancji, jak np. wypadki drogowe, ryzykowne zachowania seksualne, używanie alkoholu, zaburzenia psychiczne czy konflikty z prawem. Jak wynika z prowadzonych badań (Jessor, 1993) i obserwacji, eksperymentowanie z narkotykami, chociaż nie zawsze bezpośrednio powoduje problemy kliniczne, a nawet może być traktowane jako zachowanie korzystne dla osoby – np. pozwala nawiązać kontakty interpersonalne, umacnia pozycję w grupie – powinno być traktowane jako zachowanie ryzykowne (problemowe).

Istniejące w krajach europejskich różnice w podejściu do używania narkotyków (od liberalnych postaw do całkowitego zakazu) wyznaczają w pewien sposób zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc adresowaną do młodzieży. W Polsce, gdzie

używanie narkotyków jest traktowane jako objaw nieprzystosowania i manifestacja innych problemów okresu dorastania, istnieje bardzo duże zapotrzebowanie na profesjonalną pomoc dla osób nieletnich i ich rodzin.

PROBLEM UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ

Okres dorastania, ze względu na intensywność zachodzących wówczas zmian rozwojowych, w najważniejszych obszarach życia człowieka, traktowany jest jako czas sprzyjający sięganiu przez dzieci i młodzież po narkotyki. Zrozumienie praw rządzących rozwojem i specyficznych potrzeb tego okresu pozwala w znacznym stopniu zrozumieć powody używania środków odurzających przez młodzież.

W okresie dorastania narkotyk pełni szczególną rolę i dlatego bardzo długo nie jest spostrzegany jako powód określonych problemów czy zaburzeń, dopóki nie pojawia się „silne przywiązanie do narkotyku” i brak motywacji do rozstania się z nalogiem.

Dzieci i młodzież chętnie eksperymentują z różnymi substancjami psychoaktywnymi zarówno legalnymi, jak i nielegalnymi. Wszystkie prowadzone dotychczas badania naukowe wskazują na podobne wzorce używania narkotyków przez młodzież w różnych częściach świata (EMCDDA, 2000). Największą popularnością cieszy się marihuana (i to w większości krajów). Modne są również narkotyki „klubowe”, wszelkiego rodzaju mieszanki powodujące wyraźne doznania „odmiennych stanów świadomości”, środki pobudzające, zwiększające poczucie osobistej mocy i siły czy w końcu – substancje pozwalające się zrelaksować. Ze względu na dużą dostępność środków odurzających oraz traktowanie ich jako elementu życia towarzyskiego czy młodzieżowego stylu bycia, prawdopodobieństwo, że młody człowiek w wieku 12–18 lat upije się, zapali marihuanowego *jointa* lub zażyje inną nielegalną substancję jest bardzo duże. Młodzi użytkownicy narkotyków nie widzą w przyjmowaniu różnych substancji psychoaktywnych żadnych zagrożeń, nie spostrzegają używania substancji w kategoriach zagrożenia dla zdrowia czy życia. Zazwyczaj wiedzą o szkodliwości środków odurzających, ale poczucie kontroli nad własnym zachowaniem oraz brak wyraźnie odczuwanych negatywnych konsekwencji użycia narkotyku sprawia, że nie widzą potrzeby korzystania z jakiegokolwiek pomocy specjalistycznej. Nie czują się ani inni, ani chorzy, ani zagrożeni. W dodatku mają wokół siebie wystarczająco dużo przykładów tzw. pozytywnego kontaktu z narkotykami. Ktoś znany lub ważny używa i ma się całkiem dobrze. Najczęściej do specjalistów przyprowadzani są przez zaniepokojonych członków rodziny.

Większość młodych osób, używających narkotyków w okresie dorastania, nie jest od nich uzależniona. Dlatego przypisywanie im etykiety ćpuna czy narkomana jest ryzykowne i przesadne, rodzi wiele problemów wynikających z utraty zaufania do dorosłych i sprzeciw wobec jakiegokolwiek ingerencji w sprawy związane z narkotykami. Ponieważ najczęściej nie można zaklasyfikować ich do grupy osób uzależnionych (według obowiązujących kryteriów ICD-10) (WHO, 1992), ten fakt traktuje się jako dowód, że narkotyki można używać bezpiecznie i bez negatywnych konsekwencji.

Ważne jest więc, aby przyjąć określone kryteria pozwalające zidentyfikować i zdiagnozować, w jakim stopniu osoba dorastająca „uwikłana” jest w narkotyki. Badacze i praktycy, zajmujący się profesjonalną pomocą, rekomendują rozpatrywanie tej kwestii na kontinuum nasilenia używania danej substancji i występujących z tego powodu zaburzeń zachowania. Można wyróżnić kilka stadiów nasilenia kontaktu osoby dorastającej z narkotykami: od abstynencji, poprzez stadium eksperymentowania, okazjonalnego używania, regularnego używania (nadużywania) i zależności (uzależnienia) (Center for Substance Abuse Treatment, 1999a).

Nawet jeżeli większość młodych ludzi, eksperymentujących z narkotykami czy biorących je okazjonalnie, zaprzestaje ich dalszego używania i nie uzależnia się, to część z nich popada jednak w różne kłopoty i wymaga profesjonalnej pomocy. Dlatego też używanie narkotyków przez młodzież, nawet to niewinne i kontrolowane, należy uznać za zachowanie ryzykowne, mogące mieć negatywne konsekwencje w dorosłym życiu.

W większości klasyfikacji medycznych termin taki nie występuje. Podręcznik DSM-PC Child and Adolescent Version wprowadza kategorię „używanie problemowe narkotyków” jako określenie sytuacji spowodowanej przez negatywne konsekwencje używania narkotyków, ale bez całkowitej utraty kontroli używania. Ze względu na coraz bardziej powszechną tendencję do używania marihuany przez dorastających, powstaje pytanie, czy możemy mówić o problemowym używaniu przetworów konopi? Sama młodzież w większości przekonana jest o nieszkodliwości marihuany i nie traktuje jej w kategoriach substancji uzależniającej. Rozpoznanie problemowego używania marihuany nie jest proste – brakuje jasnych kryteriów określających chociażby częstotliwość jej używania, trudno też zdefiniować problemy, których pojawienie się świadczyłoby o zakwalifikowaniu używania przetworów konopi do kategorii „używania problemowego”. Wiele obserwacji zachowań młodych użytkowników marihuany wskazuje jednak, że termin „używanie problemowe” może odnosić się także do nich. Czynione są próby, aby ten termin zdefiniować i dookreślić. Na przykład według Addiction Research Institute o problemowym używaniu marihuany możemy mówić wówczas, gdy w ciągu ostatniego miesiąca używało się ją codziennie przez minimum 15 dni, gdy wystąpił przynajmniej jeden problem z tym związany (uzależnienie psychologiczne lub problem finansowy) oraz gdy pojawił się problem społeczny, tzn. ktoś z bliskiego otoczenia radził, aby zaprzestać brania marihuany lub komentował jej używanie (Okulicz-Kozaryn, 2007).

SPECYFIKA OKRESU DORASTANIA

– CZYNNIKI RYZYKA I CZYNNIKI OCHRONNE

A UŻYWANIE ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Adolescencja (12–19 lat) to okres między dzieciństwem i dorosłością, trwający w przybliżeniu 1400 dni (ok. 4 lata), charakteryzujący się największą dynamiką zmian, porównywalną jedynie z pierwszym rokiem życia człowieka. To okres intensywnych zmian biologicznych, psychicznych i społecznych oraz towarzyszący tym zmianom czas napięć i niepokojów. Dorastający to, najkrócej mówiąc, nie dziecko i nie dorosły, poszukujący własnej tożsamości – pełen ambicji („zostać koniecz-

nie kimś wyjątkowym”) i jednocześnie lęku, czy to będzie możliwe, potrzebujący autorytetu i walczący z nim, zbuntowany i krytyczny wobec świata, wrażliwy, pełen ciekawości poznawczej, chwiejny emocjonalnie, skrajny w nastrojach, gotowy do poświęceń i negatywnie nastawiony do dorosłych. Wśród dominujących potrzeb tego okresu wyróżnia się potrzebę poznawania, doświadczania i eksperymentowania.

Okres adolescencji nie jest jednorodny. Lata 12–14 to wczesna adolescencja – intensywne, widoczne zmiany w wyglądzie, szukanie odpowiedzi na pytanie *kim jestem* (niezależnie od tego, czego chcą rodzice), rozpoznawanie granic własnej swobody, stosunkowo mała świadomość konsekwencji własnych zachowań i decyzji, budząca się świadomość seksualna i pierwsze oznaki buntu przeciwko autorytetom.

Okres 15–17 lat to gwałtowny wzrost i rozwój, łaknienie przestrzeni i wolności, rzucanie wyzwania autorytetom, nowy wygląd i nowy sposób bycia, niezależność i intymność, świadomość konsekwencji własnych działań, pełnia życia towarzyskiego, skłonność do ryzyka i nowe doświadczenia w związkach.

Między 17 a 21 rokiem życia umacnia się tożsamość, zwiększa odpowiedzialność za własne życie i samoświadomość, rozpoczyna się czas samodzielności, niezależności i realizowania własnej drogi życiowej.

Ustanawianie sposobów oddziaływań terapeutycznych w stosunku do dzieci i młodzieży wymaga uwzględnienia różnic, wynikających z określonego stadium adolescencji. Innego traktowania będzie wymagał 14-latek, a innego 18-latek. Niezależnie jednak od etapu rozwojowego, długotrwała deprywacja lub frustracja ważnych potrzeb rozwojowych adolescenta oraz jego nierozwiązane kryzysy życiowe są najczęstszą przyczyną sięgania po środki odurzające (Center for Substance Abuse Treatment, 1999b). Używanie narkotyków można więc uznać za objaw nieradzenia sobie z pojawiającymi się w wieku dojrzewania problemami, słabości i zagubienia w dzisiejszym świecie, a „atrakcyjność” narkotyków jest poważną przeszkodą w budowaniu motywacji do zerwania z nałogiem.

Stosowanie określonych metod terapii w stosunku do dzieci i młodzieży wymaga dostosowania ich do specyfiki okresu dorastania, stopnia uzależnienia oraz zakresu problemów związanych z używaniem środków odurzających. Skuteczność wszelkich oddziaływań zależy od staranności, z jaką rozpoznamy potrzeby osoby dorastającej, związane z etapem rozwojowym, jak również z problemami wynikającymi z używania narkotyków.

Poniżej, najważniejsze kwestie z punktu widzenia dostosowania oddziaływań terapeutycznych do potrzeb dorastającej młodzieży z problemem narkotykowym.

- Zrozumienie związku między używaniem narkotyków a rozwojem indywidualnym jednostki oraz **funkcji**, jaką pełni narkotyk w życiu młodego człowieka (czyli jakie potrzeby są zaspokajane za pomocą narkotyku).
- Zrozumienie znaczenia dynamiki zmian, wynikających z intensywnego rozwoju intelektualnego, psychicznego i społecznego, dla podatności młodego człowieka na zachowania ryzykowne (ciekawość poznawcza, potrzeba mocnych wrażeń, intensywność doznań i emocji, itp).

- Rozpoznanie stopnia „uwikłania” w narkotyki i rozpoznanie problemów z tym związanych.
- Określenie stopnia gotowości do zmiany niepożądanych zachowań i rozwiązania istniejących problemów. Większość tych młodych ludzi nie zdaje sobie sprawy, w którym momencie ich wzór konsumpcji narkotyków staje się problemowy i w rezultacie większość nie zadaje pytań o następstwa zdrowotne używania przez nich narkotyków a co za tym idzie – nie ma motywacji do zmiany zachowania lub szukania porady.

Wiele badań poświęconych wyjaśnianiu przyczyn używania przez młodzież narkotyków wskazuje, że nie da się ich wytłumaczyć jedynie specyfiką okresu dorastania. Okazuje się bowiem, że mimo ważności potrzeb rozwojowych, większość młodych ludzi zaprzestaje (w większym lub mniejszym stopniu) używania narkotyków po pewnym czasie ich przyjmowania. Natomiast część z nich kontynuuje używanie narkotyków, zmierzając w kierunku uzależnienia. Jak wskazują badania (Kafetzopoulos, 2006), niezależnie od tego, jakie są przyczyny rozpoczęcia używania narkotyków, istnieją pewne **czynniki ryzyka** lub **czynniki chroniące**, które prowadzą młodych ludzi do nadużywania substancji lub chronią ich przed tym.

W dostępnej literaturze czynniki ryzyka definiuje się jako „te cechy, zmienne lub zagrożenia, które, jeśli wystąpią u danej jednostki, zwiększają prawdopodobieństwo, że ta jednostka bardziej niż jednostka wybrana losowo z populacji generalnej rozwine zaburzenie” (Mrazek i Haggerty, 1994, s. 127). Czynniki chroniące to te, które, jeśli są obecne, zmniejszają prawdopodobieństwo powstania zaburzenia.

Czynniki ryzyka odnoszą się do trzech głównych sfer życia człowieka: biologicznej, psychologicznej i społecznej. Czynniki chroniące stanowią zazwyczaj pozytywne przeciwieństwo czynników negatywnych. W tabeli przedstawione są zidentyfikowane przez badaczy czynniki ryzyka i czynniki chroniące w obrębie głównych obszarów (domen) życia człowieka (patrz tabela).

Wszystkie wymienione w tabeli czynniki ryzyka i czynniki chroniące mogą występować łącznie i współdziałać ze sobą; wywierają one na młodego człowieka różny wpływ w różnych okresach życia i co istotne – podlegają zmianom i mogą być w znacznym stopniu zredukowane lub wywoływane.

KONTAKT TERAPEUTYCZNY

Dorastający użytkownicy narkotyków „nie garną się” do terapii. Jak już wyżej wspomniano, zarówno ze względu na swój stosunek do dorosłych, jak i do narkotyków najczęściej nie widzą potrzeby skorzystania z pomocy specjalistów. Co więcej, niechętnie korzystają z informacji na temat zagrożeń przekazywanych w ramach akcji profilaktycznych, za pośrednictwem infolinii czy ulotek. Dotarcie do adolescenta i próby motywowania go do zmiany są wyzwaniem dla rodziców, rówieśników, lekarzy pierwszego kontaktu oraz tych, którzy uważają, że odpowiednio wczesny kontakt z młodym użytkownikiem narkotyków może ustrzec go przed uzależnieniem. Dość obiecująco zapowiadają się wszelkie próby wyjścia „poza gabinet” i prowadzenie poszukiwań wszędzie tam, gdzie przebywa młodzież (imprezy sportowe, koncerty,

CZYNNIKI RYZYKA	CZYNNIKI CHRONIĄCE
Domena biologiczna	
<ul style="list-style-type: none"> • profil genetyczny • historia alkoholizmu lub używania narkotyków w rodzinie • historia rodzinna zaburzeń, takich jak zaburzenia zachowania lub osobowość antyspołeczna • historia rodzinna zaburzeń afektywnych 	
Domena psychologiczna i behawioralna	
<ul style="list-style-type: none"> • zakłócenia w przetwarzaniu bodźców • zmiany neurokognitywne • zaburzenia emocjonalne, takie jak depresja lub niepokój • deficyt kompetencji społecznych • pozytywna postawa wobec używania • impulsywność • wrogość i agresja • alienacja • niska samoskuteczność, samoocena • negatywne zdarzenia/doświadczenia życiowe • buntowniczość • trudności w nauce • problemy behawioralne • temperament • wczesne rozpoczęcie używania 	<ul style="list-style-type: none"> • kompetencje społeczne i reaktywność społeczna • stabilność emocjonalna • pozytywny odbiór samego siebie i wysoka samoskuteczność, samoocena • pozytywne zdarzenia/doświadczenia życiowe • umiejętność rozwiązywania problemów • zdolności przystosowawcze • elastyczność
Domena społeczna i środowiskowa	
<p>Interakcje w rodzinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • nadużywanie alkoholu, narkotyków i/ lub uprawianie hazardu przez rodziców • słaba więź z rodziną • pozostawanie w rodzinie ze skłonnością do nadużywania lub skonfliktowaną • niskie wsparcie ze strony rodziców • słaby nadzór rodzicielski • słabe zarządzanie rodziną, dyscyplina i rozwiązywanie problemów w rodzinie • postawy aprobujące używanie przez nastolatków alkoholu lub innych substancji odurzających i uprawianie hazardu • niedostateczne umiejętności rodziców, szczególnie w postępowaniu z dziećmi z trudnościami w nauce lub problemami behawioralnymi 	<p>Interakcje w rodzinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • pozytywne więzi • wsparcie emocjonalne i niestosowanie ostrej krytyki • poczucie podstawowego zaufania • wysokie oczekiwania ze strony rodziców • jasne reguły i oczekiwania • nadzór rodzicielski

CZYNNIKI RYZYKA	CZYNNIKI CHRONIĄCE
Domena społeczna i środowiskowa	
<p>Interakcje w szkole</p> <ul style="list-style-type: none"> • niepowodzenia w nauce • niekorzystna atmosfera w szkole, brak dyscypliny i poczucia bezpieczeństwa • niskie wymagania nauczycieli • brak jasnej polityki szkoły wobec używania narkotyków • brak zaangażowania w sprawy szkoły • izolujące/agresywne zachowania klasy 	<p>Interakcje w szkole</p> <ul style="list-style-type: none"> • środowisko szkolne okazujące zainteresowanie i wsparcie • wysokie oczekiwania • jasne normy i reguły określające właściwe zachowanie • udział, zaangażowanie i odpowiedzialność młodzieży w wykonywaniu zadań i podejmowaniu decyzji w szkole
<p>Interakcje w grupie rówieśniczej</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontakty z rówieśnikami, którzy używają i mają pozytywny stosunek do alkoholu, innych środków odurzających i uprawiania hazardu • kontakty z rówieśnikami wykazującymi inne zachowania problemowe • odrzucenie przez rówieśników • niskie kompetencje społeczne 	<p>Interakcje w grupie rówieśniczej</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaangażowanie w pozytywne działania i normy grup rówieśniczych • kompetencje społeczne, takie jak umiejętność podejmowania decyzji, asertywność i komunikacja interpersonalna
<p>Interakcje w społeczności</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak szans ekonomicznych i społecznych (w tym szans edukacyjnych) • dostępność i spodziewana atrakcyjność narkotyków i ich używania • normy społeczności promujące lub zezwalające na używanie narkotyków lub uprawianie hazardu • zamieszkiwanie w zubożałych środowiskach cechujących się wysoką przestępczością i alienacją • częste zmiany miejsca zamieszkania/ mobilność • pozbawienie praw obywatelskich ze względu na przynależność kulturową 	<p>Interakcje w społeczności</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostrzeganie przez społeczność negatywnych konsekwencji społecznych i zdrowotnych używania narkotyków • społeczność okazująca zainteresowanie i wsparcie • dostępność szans ekonomicznych i społecznych (w tym szans edukacyjnych) • wysokie oczekiwania młodzieży • posiadanie edukacji medialnej • przeciwreklama (młodzież posiadająca wiedzę na temat reklamy) • aktywność związana z religijnością • działalność sponsorowana przez społeczność

Źródło: Brounstein i Zweig (1999); Centre for Addiction and Mental Health (1999); National Institute on Drug Abuse (2003); Hogan (2000)

kluby, szkoła). Bezpośrednie spotkanie z młodym człowiekiem w jego naturalnym środowisku (*outreach*) wydaje się jedną z bardziej skutecznych strategii nawiązania kontaktu z adolescentem.

Zazwyczaj pierwszy kontakt małego klienta z placówką terapeutyczną inicjowany jest przez rodziców lub innych bliskich, którzy uznali, że fakt używania narkotyków jest groźny dla jego zdrowia i funkcjonowania.

Wśród użytkowników substancji psychoaktywnych bardzo powszechne jest występowanie sprzecznych uczuć w stosunku do środka odurzającego, jak i samego faktu używania. Z jednej strony, narkotyk spostrzegany jest jako korzystny i pożądany, a drugiej – traktowany jako szkodliwy i niepożądany. Młodzi użytkownicy narkotyków charakteryzują się wysokim poziomem ambiwalencji i związanym z tym oporem przed zmianą, są przekonani o swojej sile i kontroli nad narkotykiem, nie są właściwie zmotywowani do zmiany, a tym samym – mało podatni na oddziaływanie dorosłych.

Jak w każdym kontakcie terapeutycznym, rozwinięcie ciepłej, opartej na zaufaniu relacji pomiędzy osobą pomagającą a klientem leży u podłoża wszelkich strategii lub podejść do procesu pomagania, stanowi zatem podstawowy warunek jego powodzenia (Okun, 2002). Taki też warunek musi spełniać kontakt z adolescentem. Niezależnie od negatywnego nastawienia do dorosłych, co z założenia czyni spotkanie trudnym, młody człowiek wymaga od terapeuty (dorosłego) przede wszystkim zrozumienia dla tego co robi, poważnego traktowania, autonomii w podejmowaniu decyzji oraz życzliwości i wsparcia. To co w jego oczach dyskwalifikuje terapeutę to brak partnerstwa, szacunku, moralizowanie, pouczanie, wymuszanie zmiany itp. Najczęściej małe skarżą się, że nie mogą mówić szczerze o swoich doświadczeniach z narkotykami, zwłaszcza tych przyjemnych, gdyż naraża to ich na przykre konsekwencje. Podejrzewają dorosłych o manipulacje, nie potrzebują tzw. „dobrych rad”, chcą mieć prawo do konfrontacji i wyboru własnej drogi. Nie mają zaufania do intencji terapeuty. Stąd – zwłaszcza w pierwszej fazie nawiązywania kontaktu – mamy do czynienia z dużym oporem przed ujawnianiem osobistych problemów i niechęcią do współpracy. Zrozumienie tej postawy adolescenta, wyrozumiałość i pokora wobec jego stosunku do terapeuty sprzyja nawiązaniu dobrej relacji.

Istnieją tak naprawdę tylko dwa sposoby nakłonienia nastolatka do zmiany – przekonać go, że zmiana jest w jego interesie i może przynieść satysfakcję lub stać się dla niego na tyle ważną osobą, by zgodził się spróbować dokonać zmiany, widząc, że nam na tym zależy. I jeden i drugi sposób wymaga refleksyjnego słuchania, życzliwości, empatii i sympatii, okazywanej wprost i bezwarunkowo.

POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE

Rozpoznanie, kiedy branie narkotyków przez młodzież przestaje być eksperymentowaniem czy okazjonalną przygodą, a staje się początkiem problemowego używania, pozwala na podjęcie odpowiednich działań pomocowych (wsparcia, interwencji czy terapii). Może to być wstępna diagnoza, jakiej dostarczają tzw. badania przesiewowe lub właściwa problemowa diagnoza dokonana na podstawie informacji, zebranych z różnych źródeł i za pomocą różnych narzędzi.

Celem badania przesiewowego jest stwierdzenie, czy u danej osoby występuje znaczny problem z używaniem substancji oraz czy potrzebne jest dalsze diagnozowanie, czyli czy używanie substancji odurzającej powoduje zaburzenia, które spełniają kryteria „nadużywania” czy „uzależnienia”, obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) (WHO, 1994).

„Nadużywanie” oznacza powtarzające się używanie substancji, pomimo ryzyka szkodliwych lub niebezpiecznych (społecznych, fizycznych) konsekwencji. „Uzależnienie” oznacza kompulsywny wzorec poszukiwania i używania substancji, pomimo groźnych negatywnych (społecznych, zawodowych, fizycznych, psychologicznych) konsekwencji.

Testy przesiewowe są zazwyczaj łatwe w użyciu i nie wymagają długiego czasu przeprowadzania. Mogą być stosowane w formie kwestionariusza wypełnianego przez osobę zainteresowaną, mogą też stanowić zestaw badań laboratoryjnych (badanie moczu, krwi, itp). Jeżeli jest to możliwe i pozwala na to czas, dane przesiewowe uzupełniane są przez dane pochodzące z wywiadów z rodzicami lub opiekunami, przyjaciółmi czy innymi członkami rodziny. Zebrane za pomocą testów przesiewowych dane pozwalają na zdefiniowanie charakteru problemu i opracowanie stosownych rekomendacji terapeutycznych dla jego rozwiązania.

Proces kwalifikacji osoby dorastającej, używającej narkotyków, do określonego programu psychoterapeutycznego wymaga:

- zebrania informacji od niej, jej rodziców i opiekunów – najczęściej przez obserwację, wywiad anamnestyczny i rozmowę psychologiczną,
- zapoznania się z historią choroby, wynikami badań specjalistycznych i innymi dostępnymi dokumentami,
- sporządzenia wszechstronnej diagnozy problemowej.

W procesie diagnostycznym bardzo pomocna jest koncentracja na następujących obszarach aktywności młodego człowieka: **używaniu narkotyków** (ile, jak często, w jakich okolicznościach), **szkodach zdrowotnych** spowodowanych przez używanie narkotyków, **zaburzeniach w sferze poznawczej** (słaba koncentracja, zaburzenia pamięci, deficyty neurologiczne), **zaburzeniach sfery emocjonalnej** (nieumiejętność okazywania i przyjmowania uczuć, samoocena, poczucie własnej wartości, negatywne stany emocjonalne), **zaburzeniach sfery społecznej** (funkcjonowanie w rolach, realizacja zadań życiowych, praca, rodzina, kontakty towarzyskie, konflikty z prawem) oraz na **wpływach środowiska** (grupy wpływów, warunki bytowe, przynależność do grup społecznych).

Szczególnie ważne jest przeprowadzenie rozpoznania w obszarach 1. motywacji do zmiany; 2. używania substancji, tj. częstotliwość i długość czasu używania, wzór używania i sposób przyjmowania, oznaki i objawy zaburzeń, wywołanych nadużywaniem substancji, utrata kontroli (kwestie społeczne i prawne oraz przebieg leczenia powinny także być wzięte pod uwagę); 3. zdrowia fizycznego – pod kątem przebytych infekcji, chorób zakaźnych, choroby wrzodowej lub innych dolegliwości żołądkowo-jelitowych, chronicznego zmęczenia, nawracającej gorączki lub utraty wagi, nawracających krwawień z nosa, problemów żywieniowych, traumatycznych doświadczeń medycznych, ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową. Należy także uzyskać informacje na temat doświadczeń związanych z płcią, takich jak np. molestowanie seksualne,

orientacja seksualna oraz zachowania zwiększające ryzyko zakażenia HIV (uprawianie niebezpiecznego seksu) (Center for Substance Abuse Treatment, 1999a).

Osoba dorastająca powinna być rekomendowana do programu terapii, adekwatnego do stopnia uzależnienia, ostrości występujących objawów, stanu zdrowia, jakości i wagi problemów w sferze psychicznej, umysłowej i społecznej, zaangażowania najbliższych i możliwości tkwiących w jej środowisku.

Istnieją różne narzędzia (zarówno testy przesiewowe, jak i diagnostyczne) pozwalające na staranne opracowanie diagnozy osoby dorastającej używającej narkotyków. Obszerne opracowanie na ten temat znajduje się w pracy „Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders” (Center for Substance Abuse Treatment, 1999a). W Polsce dostęp do tych narzędzi jest, jak na razie, dość trudny.¹

WYBRANE METODY ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

Decyzja o tym, jaki program leczenia czy terapii będzie najbardziej odpowiedni dla określonej osoby jest jednym z ważniejszych momentów w postępowaniu z młodymi ludźmi biorącymi narkotyki, jednym z najważniejszych warunków udzielenia skutecznej pomocy. Każda forma postępowania terapeutycznego – ambulatoryjna czy stacjonarna, otwarta czy zamknięta, czy też taka, która wspiera niezależny sposób bycia (dąży jedynie do zminimalizowania szkód) – powinna obejmować serwis przystosowany dla młodzieży dorastającej. Proponowane programy leczenia powinny być zróżnicowane i bardzo starannie adresowane – osobno do tych młodych ludzi, którzy eksperymentują z narkotykami, a osobno do tych, którzy intensywnie ich używają.

Poważnym błędem w postępowaniu z młodzieżą używającą narkotyków jest stosowanie takich samych form i metod oddziaływania w stosunku do młodych osób z różnymi problemami i w różnym stopniu uwikłanych w narkotyki. Zazwyczaj w placówkach oferujących pomoc nie ma zróżnicowanej oferty i zaniedbuje się staranne zdiagnozowanie sytuacji małoletniego klienta. Sam fakt brania narkotyków jest często wystarczającym powodem, aby kwalifikować go do określonego programu, nie dbając specjalnie o jego potrzeby, możliwości czy motywację. Młodzież buntuje się przeciwko zbyt szybko nadawanej etykietce ćpuna i proponowanym formom terapii, które stawiają sobie często za cel całkowitą zmianę młodego człowieka – m.in. abstynencja, poprawne zachowanie, realizacja obowiązku szkolnego, przystosowanie się do wymagań otoczenia. Z dużym oporem, niejednokrotnie bez poczucia osobistej odpowiedzialności młodzi ludzie uczestniczą w proponowanych im programach, ponieważ nie mają innego wyjścia (np. presja rodziców, nakaz sądowy). Nawet jeżeli zewnętrzny przymus jest bodźcem do uczestnictwa w terapii, nie znaczy to jeszcze, że powoduje trwałą, pożądaną zmianę zaburzonych zachowań.

Oferta pomocy terapeutycznej dla adolescentów, niezależnie od stosowanych metod, powinna uwzględniać:

- płeć, pochodzenie etniczne i kulturowe, stopień niepełnosprawności i niezdolności do pracy lub nauki,
- stopień opóźnienia w rozwoju umysłowym, emocjonalnym i społecznym,

1 Patrz rozdział w tym tomie Hornowska „Specyfika narzędzi w diagnozowaniu uzależnień”

- wyniki w nauce szkolnej, ambicje, poczucie własnej wartości oraz relacje z innymi ludźmi,
- włączenie rodziny dorastającego w proces rozwiązywania jego problemów oraz pomoc w budowaniu przyjaznego środowiska społecznego (w niektórych placówkach udział rodziny w procesie terapii jest obligatoryjny),
- dostępność najbardziej odpowiednich form terapii,
- odpowiednie metody i techniki motywacyjne w przypadku młodzieży w sposób bezpośredni lub pośredni zmuszanej do podjęcia leczenia. Ponieważ przymus nie sprzyja zmianie i wywołuje u osób dorastających przede wszystkim bunt, należy zadbać o zastosowanie takich strategii, które zwiększą szansę osób niezmotywowanych.

W procesie podejmowania decyzji co do wyboru programu terapii ważne jest, aby młody człowiek miał okazję otrzymać jak najwięcej informacji o samym programie, o wymaganiach stawianych jego uczestnikom, ale także aby mógł zadać wiele pytań, pozwalających mu zrozumieć, jakie korzyści można osiągnąć uczestnicząc w terapii, jakie trudności mogą się pojawić w jej trakcie, itp. Odpowiednio dobrany program terapii powinien pozwalać na postępy klienta w różnych obszarach jego funkcjonowania (w zakresie poznawczym, intelektualnym, emocjonalnym), w tempie i kolejności dostosowanej do jego indywidualnych możliwości.

Osoby dorastające mogą uzyskać pomoc w różnego rodzaju programach terapeutycznych odznaczających się różną intensywnością, długością trwania i warunkami, w jakich są prowadzone. Wszystkie one muszą być jednak w sposób jasny i przejrzysty przystosowane do pracy z klientem dorastającym.

Ambulatoryjne formy pomocy różnią się pod względem poziomu intensywności i czasu trwania. Mają charakter dzienny i klient nie pozostaje w placówce na noc. Można wyróżnić następujące formy terapii dla adolescentów stosowane w warunkach leczenia ambulatoryjnego: dialog motywujący, interwencje, poradnictwo, programy dziennej opieki, terapię chemiczną.

Dialog motywujący zajmuje mniej czasu niż konwencjonalne sesje terapeutyczne, ma na celu zgromadzenie ważnych informacji (krótkie badanie przesiewowe), ustalenie wstępnego planu przyszłej interwencji oraz zawiera elementy psychoedukacyjne. Ten rodzaj oddziaływania jest dobrym narzędziem w przypadku osób eksperymentujących z narkotykami lub używających okazjonalnie. Pozwala dorastającym na samodzielne podjęcie decyzji, nie obliguje do dalszej zmiany, daje poczucie odpowiedzialności i partnerstwa w relacji terapeutycznej (Miller i Rollnick, 1991).

Interwencje w ramach opieki podstawowej – coraz częściej lekarze pierwszego kontaktu, lekarze rodzinni zainteresowani są stosowaniem krótkiej interwencji w stosunku do młodych ludzi z problemami internistycznymi i jednocześnie z problemami wynikającym z używania narkotyków. Personel medyczny, który stosuje krótkie interwencje powinien przestrzegać wszystkich zasad, obowiązujących w pracy z osobą dorastającą i mieć ustalone formy współpracy z placówkami świadczącymi specjalistyczną pomoc dla młodzieży używającej narkotyków.

Poradnictwo – ta forma oddziaływania terapeutycznego może być prowadzona w postaci bardziej lub mniej intensywnej, w zależności od zgłaszanych potrzeb klien-

ta i jakości problemów związanych z używaniem narkotyków. Osoba prowadząca ten rodzaj interwencji dąży do przedstawienia różnych możliwości rozwiązania zaistniałej sytuacji (np. co można zrobić, czym się zająć, jakie są konsekwencje określonych zachowań). Poradnictwo może być stosowane przede wszystkim w stosunku do tych adolescentów, którzy regularnie używają narkotyków, ale poziom ich intelektualnego, psychicznego i społecznego funkcjonowania jest stosunkowo dobry.

Programy dziennej opieki mają charakter ustrukturalizowanej terapii. Jest to najbardziej intensywna forma terapii otwartej (*outpatient treatment*) proponowana dorastającym, którzy demonstrują wysoki poziom dysfunkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, ale nie wymagają leczenia w programach zamkniętych (*inpatient treatment*). Programy dzienne mogą trwać od kilku godzin tygodniowo do regularnego pobytu 5 dni w tygodniu. W ramach prowadzonego programu stosuje się różne formy terapii indywidualnej i grupowej, terapii rodzinnej i środowiskowej. Zazwyczaj w programach dziennych proponuje się też zajęcia dotyczące rozwoju osobistego dorastających oraz różne, atrakcyjne formy spędzania wolnego czasu i rekreacji.

Terapia chemiczna stosowana w przypadku młodych ludzi, znajdujących się w wyjątkowej sytuacji, np. ciężarnych młodych dziewcząt. Wprowadzenie terapii chemicznej jest w takich okolicznościach formą terapii przejściowej (mostem czasowym) – okresem, w którym mogą być wprowadzone inne formy terapii, wsparcie lub pomoc społeczna.

Stacjonarne formy pomocy to 24-godzinne intensywne leczenie medyczne, psychiatryczne i psychologiczne.

Detoksykacja najczęściej trwa od 6 do 14 dni i prowadzona jest w systemie całodobowej opieki medycznej i psychologicznej. Może być prowadzona tylko przez wykwalifikowany personel i pod kierunkiem lekarza. Jest wskazana dla młodzieży dorastającej, która co prawda nie ma klasycznych objawów abstynencyjnych, ale charakteryzuje się zaburzeniami osobowości ze współlistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Z reguły po programach detoksykacyjnych zaleca się dalszą terapię.

Rehabilitacja jest modelem długoterminowej (najczęściej około 12-miesięcznej) stacjonarnej terapii, obejmującej psychospołeczną rehabilitację i reintegrację społeczną. Forma ta jest przeznaczona dla młodych ludzi z licznymi problemami, szczególnie tych z występującymi jednocześnie zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. Większość programów stacjonarnych wykorzystuje metodę społeczności terapeutycznej.

W prawie każdym z prezentowanych programów leczenia stosowane są różne metody terapii, wywodzące się z różnych orientacji teoretycznych.

Terapia grupowa to forma pracy z młodzieżą dorastającą, średnio zaawansowaną w używanie narkotyków, dość dobrze zmotywowaną do zmiany swoich wadliwych postaw i zachowań. Z reguły jest to ten typ młodzieżowego klienta, który znalazł się z powodu brania narkotyków w sytuacji kryzysowej (wydalenie ze szkoły, konflikt z prawem, utrata pozycji społecznej, utrata bliskiej osoby), charakteryzuje się wysokim stopniem samoświadomości własnej sytuacji, którego środowisko społeczne (w tym rodzina) jest prawidłowe i pomocne i który nie wymaga leczenia w programach stacjonarnych.

Do najczęściej stosowanych metod terapeutycznych w odniesieniu do młodzieży dorastającej należą terapia behawioralno-poznawcza i terapia rodzin. Bardzo powszechnie stosowanymi metodami w odniesieniu do dorastających są też programy odwołujące się do koncepcji społeczności terapeutycznej.

Terapia behawioralno-poznawcza – wywodzi się z podejścia behawioralnego. Zakłada ono, że różnego typu zaburzenia zachowania są reakcjami wyuczonymi i jako takie podlegają procesowi zmiany zgodnie z prawami uczenia się (nabywanie nawyku zachowań). W terapii behawioralno-poznawczej nacisk kładzie się także na zmiany dysfunkcyjnych schematów poznawczych, które sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych.

Spółeczność terapeutyczna (therapeutic community, TC) – metoda pracy z osobami uzależnionymi, które z racji swojej sytuacji i stanu zdrowia wymagają stacjonarnej formy terapii. Ze względu na filozofię, strukturę i funkcje świetnie nadaje się do pracy z osobami dorastającymi, używającymi narkotyków (niezależnie od stopnia intensywności używania). TC jest formą ustrukturalizowanej terapii, z jasno określonymi zasadami i regulaminem. Tradycyjnie wszystkie prace związane z utrzymaniem domu i często gospodarstwa lub ogrodu sprawowane są przez uczestników programu. Uczestnicy programu zarządzają domem, ponoszą odpowiedzialność za wszystko, co się w nim dzieje. Pełniąc określone role, uczą się osobistej i społecznej odpowiedzialności. Grupa, która mieszka razem jest nieustannym źródłem informacji dla pozostałych członków społeczności. Ten swoisty mikrokosmos społeczny, jakim jest TC, stwarza okazję do interpersonalnego uczenia się, przyswajania norm społecznych oraz osobistego rozwoju, a zwłaszcza budowania poczucia własnej tożsamości i samoakceptacji. Filozofia TC – opierająca się na wierze, że każdy człowiek może się zmienić – sprzyja budowaniu środowiska, które jest atrakcyjne dla nastolatków.

Terapia rodzin – panuje powszechne przekonanie, że praca z rodzicami jest niezbędnym elementem programów leczenia młodzieży używającej narkotyków. Prowadzenie terapii z rodzinami wymaga profesjonalnego personelu. Celem terapii jest poprawa relacji wewnątrzrodzinnych, nauka rozwiązywania konfliktów oraz poprawa komunikacji pomiędzy członkami rodziny. Terapia „wyposaża” rodziców w umiejętności potrzebne w kontakcie z dorastającym dzieckiem, motywuje do dalszego pomagania dziecku z problemem narkotykowym, dodaje odwagi, zachęca do aktywnego spędzania czasu z własnym dzieckiem.

Niezależnie od zastosowanych metod czy warunków, w których odbywa się leczenie, wszystkie programy adresowane do młodych ludzi powinny zawierać następujące elementy:

1. Odpowiednio przygotowany i kompetentny personel, zmotywowany do pracy z młodymi ludźmi.
2. Jasno ustalone procedury przyjmowania do programu: z uwagi na to, że młodzi użytkownicy narkotyków wpisani na listę uczestników programu zazwyczaj nie są wystarczająco zmotywowani, są pełni buntu i strachu, procedury przyjęcia powinny zawierać jasne i łatwe do zrozumienia informacje o programie, obietnicę poufności (jeśli to możliwe), uczestnictwo rodziców (jeśli jest prawnie wymagane). Jednym

z kluczowych elementów procedury przyjęcia jest wyjaśnienie w sposób przyjazny, pomocny i pozbawiony konfrontacji, co jest, a co nie jest terapią.

3. Procedury zawierania kontraktu z klientem (umowy dotyczącej jego udziału w danym programie); kontrakt powinien być spisany z udziałem klienta i podpisany zarówno przez niego, jak i przez terapeutę, przygotowany w dwóch egzemplarzach – po jednym dla każdej strony.

4. Indywidualny plan terapii powinien być stworzony przez terapeutę lub zespół terapeutyczny we współpracy z klientem i jego rodziną, i zawierać określone cele tak, aby można było mierzyć postępy klienta. Powinien uwzględniać następujące kwestie:

- problemy klienta i jego rodziny, łącznie z używaniem substancji i zaburzeniami psychologicznymi, medycznymi oraz ewentualnymi zaburzeniami psychicznymi,
- cele, które pomagają klientowi uświadomić sobie stopień zaangażowania w używanie substancji i uznać odpowiedzialność za problemy z tym związane i które uwzględniają to, co klient chce osiągnąć,
- zadania, które są – możliwymi do wypełnienia i zmierzania – krokami do osiągnięcia celu,
- ramy czasowe dla wypełnienia wyznaczonych zadań,
- właściwe interwencje, to znaczy strategie i usługi niezbędne do wypełnienia zadań,
- metody oceniania, w jakim stopniu cele, zadania i interwencje zostały zrealizowane,
- systemy wsparcia edukacyjnego, prawnego i środowiskowego.

Niezależnie od stosowanych metod i procedur, podstawowym elementem w terapii jest terapeuta – jego przekonania, wartości i styl życia. Dlatego też każdy profesjonalista, który chce pracować z młodzieżą, powinien to robić z wyboru, powinien rozumieć potrzeby rozwojowe jednostki, być elastyczny i mieć poczucie humoru. Oprócz tego osoby, które pracują z młodymi ludźmi, powinny być gotowe towarzyszyć im na ich ścieżce do zdrowia.

BIBLIOGRAFIA

- Center for Substance Abuse Treatment.** (1999a). *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 31. DHHS Pub. No. (SMA) 99-3282.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Center for Substance Abuse Treatment.** (1999b). *Treatment of adolescents with substance use disorder. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 32. DHHS Pub. No. (SMA) 99-3283.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA.** (2000). *EMCDDA Glossary.* Luxembourg: Office for Publications of the European Union.
- Jessor, R.** (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist, 48*(2), 117-126.

- Kafetzopoulos, E.** (2006). Risk and protective factors in adolescent and youth drug use. W: *Young People and Drugs. Care and Treatment* (s. 55-72). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Mrazek, P. J. i Haggerty, R. J.** (red.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.
- Miller, W. R. i Rollnick, S.** (1991). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Okulicz-Kozaryn, K.** (2007). Ocena psychometrycznych właściwości testu „Problemowe Używanie Marihuany” (PUM) dla dorastających. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(2), 105-111.
- Okun, B.** (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: IPZ.
- World Health Organization.** (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization.** (1994). *Lexicon on Alcohol and Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.

Rozdział 21

Leczenie osób z podwójną diagnozą

Marcin Wojnar

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Katedra i Klinika Psychiatryczna

Adam Bisaga

Columbia University/New York State Psychiatric Institute,
Division on Substance Abuse

WPROWADZENIE

Objawy zaburzeń psychicznych są bardzo często spotykane u osób używających substancji psychoaktywnych (SP). Analogicznie, chorzy psychicznie powszechnie sięgają po środki psychoaktywne i się uzależniają. Jednakże w tej grupie osób „podwójnie” chorych współistniejące zaburzenia często nie są właściwie rozpoznawane, a kiedy jedno z nich jest zdiagnozowane, drugie bywa z reguły przeoczone. Osoby uzależnione ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, czyli pacjenci z tzw. podwójną diagnozą (podwójnym rozpoznaniem), sprawiają bardzo duże problemy w leczeniu, a rokowanie w ich przypadku jest z reguły niekorzystne. Jednocześnie osoby pracujące z pacjentami uzależnionymi często czują się niepewnie i niekompetentnie, jeśli zaburzeniom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych towarzyszą inne, często istotnie nasilone zaburzenia psychiczne. Osoby leczące uzależnionych, u których występują zaburzenia psychiczne, często borykają się ze specyficznymi pytaniami, na przykład:

- Które zaburzenie należy leczyć?
- Jeżeli oba, to które z nich powinno się leczyć najpierw?
- Czy choroby, a także metody leczenia mogą wpływać na siebie niekorzystnie?
- Czy można podawać leki psychotropowe pacjentom aktywnie używającym substancji psychoaktywnych? A jeżeli nie, to jak długo trzeba odczekać po zaprzestaniu ich przyjmowania?
- Czy leczenie obu zaburzeń powinno się odbywać w odrębnych wyspecjalizowanych placówkach czy też może być prowadzone przez jeden zespół terapeutyczny?
- Czy w planowaniu leczenia ma znaczenie, czy zaburzenia psychiczne są pierwotne czy wtórne do używania substancji, np. picia alkoholu?

Postawienie właściwego rozpoznania i prowadzenie odpowiedniego leczenia jest kluczowe, nie tylko dla zainicjowania i utrzymania abstynencji, ale również dla uzyskania remisji towarzyszącego zaburzenia psychicznego. Naszym celem jest dostarczenie, w ramach tego rozdziału, praktycznych wskazówek klinicyście pracującym z osobami uzależnionymi, wśród których bywają pacjenci z podwójną diagnozą. Postaramy się w skrócie odpowiedzieć na pytanie, jak rozpoznać i diagnozować zabu-

rzenia psychiczne u osób uzależnionych, jakie metody leczenia są dostępne i jak planować leczenie takich pacjentów. Mamy nadzieję, że krótki przegląd aktualnej wiedzy pomoże w terapii tych pacjentów i podniesie jakość opieki nad osobami uzależnionymi chorymi psychicznie. W naszym kraju specjalistyczne leczenie tej trudnej grupy pacjentów podjęto stosunkowo niedawno (Meder, Kałwa i Rosenfeld, 2006).

DEFINICJA

Termin **podwójna diagnoza (podwójne rozpoznanie)** odnosi się do grupy pacjentów, u których współwystępują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu i nikotyny) i poważne zaburzenia psychiczne, np. schizofrenia, zaburzenia afektywne lub lękowe (Sheehan, 1993; Thylstrup i Johansen, 2009). Współwystępowanie dwóch lub więcej zaburzeń (*comorbidity*) może dotyczyć również współistnienia uzależnień od dwóch lub więcej substancji czy częstego występowania zaburzeń somatycznych u osób z uzależnieniem, jednak takich sytuacji klinicznych nie uznajemy za **podwójną diagnozę**. Pojęcie to rezerwujemy wyłącznie dla występowania uzależnienia u osoby chorej psychicznie. Należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne towarzyszące uzależnieniom powinny spełniać całkowicie kryteria klasyfikacji ICD-10 lub DSM-IV. W przypadku podwójnej diagnozy nie należy brać pod uwagę pojedynczych objawów chorób psychicznych, ale raczej diagnozować pełen zespół psychopatologiczny. Na przykład, obniżony nastrój lub lęk często występują u osób uzależnionych i mogą w znacznym stopniu zaburzać funkcjonowanie pacjentów, ale nie wyczerpują kryteriów diagnostycznych pełnoobjawowych zaburzeń, np. depresyjnych czy lękowych. Należy z drugiej strony pamiętać, że stopień nasilenia i ciężkość przebiegu współwystępujących zaburzeń może być różny i w znacznym stopniu wpływać zarówno na obraz kliniczny tych chorób, ich przebieg, jak i możliwość ich rozpoznania.

EPIDEMIOLOGIA

U około 30–50% osób uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych występują poważne zaburzenia psychiczne, co stanowi dwukrotnie wyższe odsetki niż w populacji osób nieużywających substancji psychoaktywnych. Podobnie, wśród osób z dużymi zaburzeniami psychicznymi, około 30% używa alkoholu albo narkotyków i cierpi na zaburzenia z tym związane, co również ponad dwukrotnie przewyższa odsetki spotykane u osób bez zaburzeń psychicznych (Office of Applied Studies, 2004).

Kolejne badania epidemiologiczne prowadzone w Stanach Zjednoczonych potwierdziły konsekwentnie bardzo wysokie odsetki wskazujące na współistnienie podwójnych diagnoz (Regier i inni, 1990; Kessler, 2004; Kessler, Chiu, Demler i Walters, 2005; Grant i inni, 2004). Osoby ze schizofrenią lub zaburzeniami dwubiegunowymi cechują się szczególnie wysokimi wskaźnikami współwystępowania zaburzeń wynikających z używania SP (tabela 1).

Tabela 1. Współwystępowanie w ciągu życia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych u chorych ze schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (za Regier i inni, 1990)

Współwystępujące zaburzenia	Schizofrenia (%)	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (%)
Jakiegokolwiek zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnych	47	56
Zaburzenia związane z używaniem alkoholu	34	44
- uzależnienie	24	28
- picie szkodliwe	10	16
Zaburzenia związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych	28	34
- uzależnienie	13	22
- używanie szkodliwe	15	12

W porównaniu z osobami z populacji ogólnej, chorzy na schizofrenię mają 5-krotnie większe ryzyko rozwoju zaburzeń związanych z używaniem SP, 3-krotnie większe prawdopodobieństwo problemów wynikających z picia alkoholu i aż 6-krotnie większe ryzyko zaburzeń związanych z innymi środkami uzależniającymi. Osoby z zaburzeniami dwubiegunowymi (maniakalno-depresyjnymi) 11-krotnie częściej cierpią równocześnie na zaburzenia związane z używaniem SP niż osoby bez choroby dwubiegunowej (Regier i inni, 1990). Badania epidemiologiczne potwierdziły również znaczącą zależność w drugim kierunku: u ponad 50% osób z zaburzeniami wynikającymi z picia alkoholu stwierdzono w ciągu życia rozpoznanie dużej choroby psychicznej (Kessler, 2004). W badaniach prowadzonych w innych krajach wykazano także bardzo wysokie wskaźniki współchorobowości (Soyka i inni, 1993; Menezes i inni, 1996), przy czym podwójne rozpoznanie częściej stwierdzano u samotnych mężczyzn, pochodzących z ubogich środowisk, którzy środki uzależniające przyjmowali regularnie. Osoby te stanowią grupę pacjentów najczęściej przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych. Podwójna diagnoza stanowi istotny problem na całym świecie.

Używanie substancji psychoaktywnych może towarzyszyć chorym psychicznie na każdym etapie rozwoju zaburzeń psychicznych; nie jest jedynie następstwem przewlekłego przebiegu choroby. Dość często picie alkoholu, palenie marihuany czy zażywanie amfetaminy lub kokainy występuje kilka lat wcześniej niż ujawnią się pierwsze objawy dużych zaburzeń psychicznych (Green i inni, 2004). Niektórzy twierdzą, że używanie substancji psychoaktywnych przyczynia się do wystąpienia pierwszego epizodu choroby psychicznej. Dlatego wielu lekarzy zadaje sobie trud, aby wyjaśnić, które zaburzenie wystąpiło jako pierwsze i czy przyczyniło się do rozwoju drugiego. Badania wskazują, że w przypadku schizofrenii u blisko połowy osób (44%) wystąpienie choroby psychicznej jest poprzedzone przez picie alkoholu lub

używanie innych substancji, a pierwsze objawy psychotyczne uznaje się wówczas za „indukowane” przez alkohol lub inne SP (Caton i inni, 2005).

TEORIE WYJAŚNIAJĄCE WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ

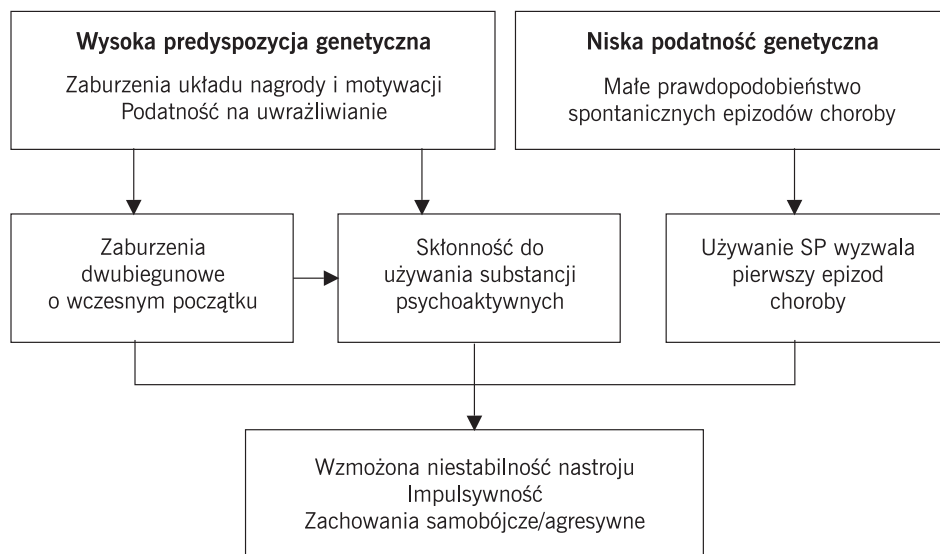
Współwystępowanie zaburzeń związanych z używaniem SP i chorób psychicznych jest tłumaczone na kilka sposobów. Po pierwsze, choroba psychiczna może prowadzić do używania SP i rozwoju zaburzeń z tym związanych. Z drugiej strony, przyjmowanie substancji psychoaktywnych może indukować wystąpienie zaburzeń psychicznych. Obie te możliwości składają się na tzw. hipotezę bezpośredniej zależności przyczynowej. Niektóre teorie dotyczące równoczesnego występowania dwóch zaburzeń wskazują, że ostre zespoły zaburzeń psychicznych mogą być bezpośrednio wywołane (indukowane) intoksykacją danym środkiem (np. zespół paranoidalny w ostrym zatruciu substancjami psychostymulującymi). Zaburzenia równowagi neuroprzekazników, w tym przede wszystkim dopaminy i serotoniny, będące skutkiem działania środków psychoaktywnych, mogą bezpośrednio prowadzić do generowania objawów wytwórczych lub zaburzeń nastroju. Po uzyskaniu abstynencji w większości przypadków objawy te ustępują (Schuckit, 2006). Niekiedy uznaje się, że używanie substancji psychoaktywnej jedynie przyczynia się do wyzwolenia choroby psychicznej („precypituje” chorobę), która „drzemała” nieujawniona wewnątrz człowieka (np. palenie marihuany często wyzwała pierwszy epizod schizofrenii (Andréasson, Allebeck, Engström i Rydberg, 1987). Mówi się wówczas o wrodzonej predyspozycji do zachorowania na psychozę i znaczeniu czynników środowiskowych, przyczyniających się do jej ujawnienia; przyjmowanie substancji psychoaktywnych uznawane jest wtedy za jeden z takich czynników spustowych w kaskadzie zdarzeń poprzedzających wystąpienie choroby. W takich przypadkach objawy zaburzeń psychicznych utrzymują się, pomimo utrzymywania abstynencji.

Z drugiej strony wskazuje się, że zaburzenia psychiczne, szczególnie te o dużym nasileniu objawów choroby, zwiększają ryzyko picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych, które są przyjmowane jako objaw lub bezpośrednie następstwo choroby (np. picie alkoholu lub zażywanie środków stymulujących przez osoby w manii, picie alkoholu przez osoby z osobowością dysocjalną). Bardzo często substancje psychoaktywne są nadużywane w celu złagodzenia objawów zaburzeń psychicznych lub działań niepożądanych leków psychotropowych (np. alkohol jako substancja o działaniu przeciwlękowym łagodzi napady lęku panicznego; nikotyna łagodzi objawy uboczne leków przeciwpsychotycznych, wpływając na ich metabolizm). Mówi się wtedy o tzw. „samoleczeniu” poprzez przyjmowanie środków, które zmniejszają przykrość przeżywania niektórych objawów (Khantzian, 1997). Jednakże przyjmowanie substancji psychoaktywnych często intensyfikuje występujące wcześniej objawy zaburzeń psychicznych (np. nadużywanie alkoholu u osób z depresją nasila wtórnie objawy depresji) lub przyczynia się do ich zaostrzenia lub nawrotu.

Inne teorie tłumaczące podwójne diagnozy odwołują się do wspólnych mechanizmów patogenetycznych, które przyczyniają się do wystąpienia obu rodzajów zaburzeń. Mogą być zaangażowane w to zjawisko czynniki genetyczne. Badania Caspiego i wsp. (2005) wykazały prowokującą zależność między ryzykiem współ-

istnienia używania SP u osób ze schizofrenią a polimorfizmem genu katecholo-O-metyltransferazy (COMT), enzymu odpowiedzialnego za rozpad dopaminy i innych neuroprzekazników w mózgu. Przypuszcza się, że warunki środowiskowe lub silne wydarzenia stresowe (w tym np. powikłania okołoporodowe) u wielu osób z podwójną diagnozą mogą się również przyczyniać do wystąpienia obu zaburzeń (Bersani i inni., 2003; Mäki i inni, 2005).

Badania neurobiologiczne wskazują, że istnieje wspólne podłoże fizjologiczne w układzie nerwowym, które może prowadzić do wystąpienia obu zaburzeń. Zaburzenia w obrębie układu dopaminergicznego mogą być z jednej strony odpowiedzialne za wystąpienie objawów schizofrenii, negatywnych lub pozytywnych w zależności od okolicy mózgu, a z drugiej – dysfunkcja dopaminergiczna może odpowiadać za deficyty pobudzenia w neuronalnym układzie nagrody, co może prowadzić do uzależnienia (Chambers, Krystal i Self, 2001; Volkow, 2004). Na rysunku 1 przedstawiono sugestywną propozycję wzajemnych powiązań w obrębie modelu podatności na zachorowanie na chorobę afektywną dwubiegunową (o bardzo wysokim ryzyku podwójnego rozpoznania), w której uwarunkowane genetycznie zaburzenia regulacji układu nagrody i motywacji mogą odgrywać rolę w nasilaniu wrażliwości na różnorodne czynniki zewnętrzne, co prowadzi do wystąpienia epizodu manii lub depresji i równoległe do używania substancji psychoaktywnych (Swann, 2005).



Rys. 1. Model predyspozycji wrodzonej zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i używania substancji psychoaktywnych (za: Swann, 2005)

Niezależnie od uwarunkowań biologicznych, szereg czynników psychospołecznych może być również odpowiedzialnych za warunkowanie wspólnej predyspozycji do rozwoju współwystępujących zaburzeń o charakterze podwójnej diagnozy. Należy

do nich niski status społeczno-ekonomiczny, deficyty poznawcze, wczesne sytuacje traumatyczne (np. wykorzystanie seksualne), zaburzenia zachowania w dzieciństwie, cechy dysocjalne osobowości (Mueser, Drake i Wallach, 1998).

NASTĘPSTWA WSPÓŁWYSTĘPOWANIA DWÓCH ZABURZEŃ (PODWÓJNEJ DIAGNOZY)

Do najbardziej powszechnych konsekwencji współwystępowania zaburzeń związanych z używaniem SP i chorób psychicznych jest pogorszenie przebiegu obu zaburzeń. Zażywanie SP może przyczynić się do wcześniejszego początku schizofrenii lub zaburzeń afektywnych, wyzwoić zaostrzenie objawów i nawrót choroby psychicznej, prowadzi zazwyczaj do trudności we współpracy w leczeniu i przerwania przyjmowania leków, co w efekcie często przyczynia się do konieczności hospitalizacji pacjenta. Inną bezpośrednią konsekwencją nadużywania SP jest nasilenie się zachowań ryzykownych, np. nadmiernej swobody w kontaktach seksualnych, zachowań agresywnych i tendencji samobójczych. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i używania SP prowadzi często do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia i rozwoju chorób somatycznych, w tym chorób układu krążenia, deficytów stanu odżywienia oraz cukrzycy (Dickey, Normand, Weiss, Drake i Azeni, 2002). Nadmierne picie alkoholu i przyjmowanie opiatów często wiąże się z ryzykiem zakażenia wirusem zapalenia wątroby i wirusem HIV. Pogorszenie przebiegu choroby psychicznej, stanu zdrowia fizycznego oraz poziomu samoobsługi doprowadzają do znacznego wzrostu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym nie tylko ze specjalistycznej pomocy psychiatrycznej czy terapii uzależnień, ale również z pomocy doraźnej oraz świadczeń ogólnomedycznych (Lubman, Allen, Rogers, Cementon i Bonomo, 2007).

W przebiegu choroby psychicznej zaburzenia wynikające z używania SP często pozostają niezauważone lub pomijane w ustalaniu diagnozy i planowaniu leczenia, zwykle jako zaburzenia o mniejszym znaczeniu lub mniej „pilne”. Prowadzi to zazwyczaj do nasilania zachowań ryzykownych, gwałtownych, wchodzenia w konflikty z prawem, a w konsekwencji do osadzania w areszcie. Występowanie zaburzeń psychicznych u osób podejmujących terapię uzależnienia decyduje o zdecydowanie słabszych wynikach leczenia i gorszym rokowaniu (Burns, Teesson i O’Neill, 2005).

POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE

Kluczowe dla podjęcia właściwego leczenia osób z podwójną diagnozą jest postawienie poprawnego rozpoznania. Prowadzenie badania przesiewowego w kierunku używania substancji psychoaktywnych (wywiad, badanie moczu na obecność SP) u osób z dużymi zaburzeniami psychicznymi oraz dokładne badanie psychiatryczne osób uzależnionych należą do podstaw postępowania diagnostycznego. Postawienie rozpoznania zaburzenia psychicznego powinno być poprzedzone badaniem lekarskim, w którym należy potwierdzić obecność określonych objawów w odpowiedniej liczbie i konstelacji, tak aby były spełnione kryteria diagnostyczne klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10. Należy podkreślić, że diagnozowanie zaburzeń psychicznych najlepiej jest prowadzić w okresie pełnej abstynencji, po ustąpieniu objawów zespo-

tu abstynencyjnego. We wczesnym okresie po odstawieniu danej substancji może występować wiele objawów, np. depresyjnych lub lękowych, związanych wyłącznie z okresem wczesnej abstynencji, które ustępują dość szybko w kolejnych tygodniach i nie są objawami niezależnych zaburzeń psychicznych. Niestety, w praktyce klinicznej często konieczne jest badanie osób, które nie są w stanie osiągnąć całkowitej abstynencji i w takim przypadku ważne jest dokładne przeanalizowanie chronologii wystąpienia objawów zaburzeń psychicznych i okresów nadużywania SP.

W trakcie procesu diagnostycznego, poza objawami obu zaburzeń podstawowych, bardzo ważne jest przeprowadzenie dokładnej oceny stanu fizycznego, wykluczenie współistniejących chorób somatycznych oraz wnikliwa ocena zachowań ryzykownych, w tym skłonności samobójczych, zachowań agresywnych, kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia i wspólnego przyjmowania dożylnego narkotyków. Osoba rozpoczynająca badanie pacjenta powinna uwzględniać jak najszersze różne aspekty jego życia, wykraczając poza standardowe podejście do osoby uzależnionej czy chorej psychicznie. Należy myśleć o złożonym obrazie klinicznym w kategoriach osoby, wobec której powinno się zastosować zintegrowane podejście terapeutyczne, łączące leczenie psychiatryczne i terapię uzależnienia, w taki sposób, aby mogła radzić sobie z obiema chorobami równocześnie.

Po przeprowadzeniu badania wstępnego, kolejnym etapem jest dokonanie dokładnej oceny podstawowych zaburzeń psychicznych i związanych z używaniem SP. Najlepiej jest zacząć badanie od szczegółowego wywiadu dotyczącego używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, w tym nikotyny i kofeiny, pytając 1) kiedy pacjent zaczął używać poszczególnych substancji, 2) kiedy używanie stało się regularne, 3) kiedy pojawiły się pierwsze problemy i jakiego rodzaju, 4) kiedy wystąpiły i jak długie były okresy abstynencji oraz o 5) rodzaj, ilość, i częstość przyjmowania SP w okresie poprzedzającym badanie. Istotne jest też ustalenie okoliczności i dominujących problemów, które doprowadziły do obecnego epizodu leczenia.

W dalszej kolejności należy przeprowadzić dokładny wywiad psychiatryczny, uwzględniający przede wszystkim objawy zaburzeń nastroju (objawy depresyjne, objawy wegetatywne, myśli samobójcze, objawy maniakalne), zaburzeń lękowych (w tym fobie, lęk uogólniony, lęk społeczny, napady paniki) oraz zaburzeń psychotycznych (urojenia, omamy, zaburzenia myślenia). Wywiad powinien uwzględnić, kiedy pojawiły się pierwsze objawy psychiatryczne, jak te objawy zmieniały się w okresie używania SP i w okresach dłuższej abstynencji. Jeżeli pacjent był poprzednio leczony, ważne jest również ustalenie, jaki wpływ miało leczenie na przebieg towarzyszących zaburzeń. Na przykład, czy leczenie depresji miało wpływ na częstość używania SP oraz czy pobyt w ośrodku rehabilitacyjnym miał wpływ na przebieg zaburzeń lękowych.

W trakcie zbierania wywiadu należy w miarę możliwości wypytać o rozwój we wczesnym dzieciństwie, o atmosferę w domu, zaniedbanie, stosowanie przemocy, nadużywanie fizyczne, emocjonalne i seksualne, które często sprzyja rozwojowi podwójnych diagnoz. W wywiadzie konieczne jest zebranie informacji o dotychczasowej historii leczenia uzależnień i zaburzeń psychicznych, stosowanych lekach i psychoterapii oraz skuteczności uprzednich metod leczenia. W wywiadzie rodzinnym trzeba uwzględnić używanie substancji psychoaktywnych, uzależnienia, depresję, zamachy samobójcze, hospitalizacje psychiatryczne.

W analizie aktualnej sytuacji pacjenta kluczowa jest ocena nasilenia obecnych objawów uzależnienia i objawów zaburzeń psychicznych, ustalenie zaburzeń funkcjonowania i poziomu niepełnosprawności, własnych możliwości pacjenta radzenia sobie z dwiema chorobami oraz oszacowanie ryzyka związanego z zachowaniami zagrażającymi. Należy w tym miejscu podkreślić konieczność dokładnej oceny potencjału myśli i tendencji samobójczych i zachowań agresywnych, wyjątkowo powszechnych w tej grupie pacjentów. W sytuacji stwierdzenia zagrożenia dla życia i zdrowia badanego lub osób z jego otoczenia, należy rozważyć konieczność leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Należy także wziąć pod uwagę stopień akceptacji oferowanego programu leczenia, gotowości do zmiany i zainicjowania abstynencji.

Zebranie dokładnego wywiadu dotyczącego chronologii i nasilenia objawów często umożliwi ocenę, jak powinny być sklasyfikowane zaburzenia psychiczne – jako pierwotne (niezależne) czy wtórne („indukowane”, powstałe w wyniku używania SP). Poza dokładnym prześledzeniem sekwencji czasowej początku używania SP i pojawiania się objawów choroby psychicznej, pomocne bywa wykreślenie na linii czasu historii przyjmowania SP i nałożenie na wykres występowania objawów psychiatrycznych. Obraz kliniczny zaburzeń psychicznych (psychotycznych, depresyjnych) oraz ich przebieg może również stanowić odpowiedź, czy mamy do czynienia z pierwotnymi zaburzeniami psychicznymi czy wtórnymi. Na przykład, jeśli pojawiają się okresowo typowe epizody depresyjne lub maniakalne, które składają się na charakterystyczny przebieg zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, można z pewnym stopniem pewności stwierdzić, że choroba psychiczna występuje niezależnie od używania SP. Jeżeli objawy psychotyczne były poprzedzone przyjmowaniem amfetaminy, to można wziąć pod uwagę, że były indukowane tym środkiem psychostymulującym i mamy do czynienia z tzw. psychozą amfetaminową. Jeśli jednak objawy te utrzymują się długo po odstawieniu narkotyku, np. przez miesiąc, to bardziej prawdopodobne wydaje się wówczas rozpoznanie zaburzeń psychotycznych z kręgu schizofrenii, które ujawniły się niezależnie od używania SP.

Ze względu na ograniczone ramy tego rozdziału, pominięte będzie szczegółowe omówienie objawów i przebiegu zaburzeń psychicznych, które najczęściej współwystępują z uzależnieniami. Aby zapoznać się z tymi zaburzeniami (schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, inne zaburzenia psychotyczne, zaburzenia depresyjne, afektywne jedno- i dwubiegunowe, zaburzenia lękowe) oraz uzupełnić wiedzę przydatną w procesie diagnozowania, odsyłamy czytelników do podręczników psychiatrii i psychopatologii oraz kryteriów diagnostycznych klasyfikacji międzynarodowej ICD-10.

LECZENIE

Formy integracji leczenia osób z podwójnym rozpoznaniem

W leczeniu osób z podwójnym rozpoznaniem możemy spotkać różne podejścia terapeutyczne. Zasadniczo wyróżnia się cztery modele terapii: 1) sekwencyjny, 2) równoległy, 3) stopniowany oraz 4) zintegrowany. **Model sekwencyjny** zakłada, że współwystępujące zaburzenia należy leczyć po kolei, najpierw „cięższe”, potem „lżejsze”. Niektórzy klinicyści uważają, że powinno się przede wszystkim leczyć chorobę psychiczną jako zaburzenie poważniejsze, a dopiero po uzyskaniu remisji można oferować program te-

rapii odwykowej. Inni uważają, że używanie SP stanowi bardziej kluczowy problem pacjenta (ze względu na istotny wpływ na początek i przebieg choroby psychicznej oraz odpowiedzi na jej leczenie) i należy skoncentrować się przede wszystkim na terapii uzależnienia, a leczenie psychiatryczne podjąć w dalszej kolejności – po uzyskaniu długotrwałej abstynencji. W naszym kraju leczenie osób z podwójną diagnozą rozpoczyna się zazwyczaj od leczenia psychiatrycznego; w krajach anglosaskich uwzględnia się kolejność pojawiania się zaburzeń w ciągu życia i terapię zaczyna się od tego zaburzenia, które wystąpiło jako pierwsze, czyli od „pierwotnego”.

Kolejne podejście proponuje model **leczenia równoległego**. Pacjent bierze udział w dwóch programach terapii prowadzonych w tym samym czasie przez dwa niezależne ośrodki terapeutyczne, zasadniczo bez wzajemnej współpracy w leczeniu. **Opieka stopniowana** polega na elastycznym dopasowaniu intensywności, rodzaju i miejsca leczenia do nasilenia problemów w konkretnym przypadku danego pacjenta. Leczenie zaczyna się zazwyczaj od oddziaływań mniej intensywnych i mniej kosztownych, rezerwując droższe i bardziej intensywne programy dla przypadków cięższych.

Obecnie najbardziej przekonujące i popularne są programy **leczenia zintegrowanego**, łączącego równocześnie leczenie choroby psychicznej i uzależnienia, prowadzone przez ten sam zespół terapeutyczny (Kavanagh i Mueser, 2007). Z doświadczeń w krajach anglosaskich wiadomo, że prowadzenie terapii obu zaburzeń metodami tradycyjnymi przez odrębne ośrodki lecznicze często nie przynosi oczekiwanych efektów. Uważa się, że pacjent z podwójną diagnozą nie jest w stanie odseparować choroby psychicznej od swojego uzależnienia, aby brać udział w odrębnych programach leczenia. Ponadto, leczenie równoległe w dwóch niewspółpracujących ośrodkach terapeutycznych owocuje często udzielaniem rozbieżnych porad, a brak koordynacji w leczeniu może prowadzić do pogłębienia dezorientacji i pogorszenia stanu pacjenta. Podstawą zintegrowanego programu leczenia jest założenie, że duże zaburzenie psychiczne (np. schizofrenia czy zaburzenie afektywne) jest leczone w trakcie udziału pacjenta w procesie terapii uzależnienia. Leczenie zintegrowane prowadzi się z reguły w jednym ośrodku terapeutycznym, co pozwala pacjentowi związać się z jednym miejscem i jedną grupą terapeutów, i uniknąć zawieszania lub rozdarcia między dwoma placówkami. Jeden zespół terapeutów jest w stanie zintegrować cele leczenia, ustalić ich właściwą hierarchię oraz ułatwić zbadanie wzajemnych zależności między współwystępującymi zaburzeniami.

Inicjacja leczenia

Na początku leczenia kluczowe jest podjęcie decyzji o miejscu jego prowadzenia (poradnia, oddział dzienny czy oddział całodobowy) i konieczności rozpoczęcia intensywnego leczenia farmakologicznego choroby psychicznej. Niejednokrotnie stan psychiczny osoby z podwójną diagnozą w okresie zaostrzenia nie pozwala na zainicjowanie psychoterapii, bo pacjent jest żywo psychotyczny (ma omamy, urojenia, znaczne zaburzenia myślenia), pobudzony, niespokojny, albo nie można w ogóle nawiązać z nim kontaktu (stan osłupienia, mutyzm), ma nasilony lęk, nie jest w stanie rozmawiać i współpracować. Co więcej, poprzez swoje gwałtowne i agresywne zachowania może stwarzać duże zagrożenie dla otoczenia i/lub siebie samego. W takich sytuacjach początek leczenia dotyczy przede wszystkim opanowania wymienionych objawów, najlepiej na oddziale stacjonarnym z możliwością zapewnienia bezpieczeń-

stwa w miejscu leczenia (personel pomocniczy, izolatka, możliwość indywidualnej obserwacji, unieruchomienia w sytuacji pobudzenia, przymusowe podanie leków). Istotne jest ustalenie jasnych reguł i granic w procesie terapii, budowanie przymierza i zawarcie kontraktu terapeutycznego oraz motywowanie do zaangażowania się w proces leczenia. Należy pamiętać, że osoby z podwójną diagnozą leczą się najtrudniej, że występuje tu największy odsetek niepowodzeń w terapii i w związku z tym bardzo duże znaczenie ma dobry związek terapeutyczny.

Leczenie zaburzeń psychicznych

Bardzo ważne jest, aby w procesie leczenia współwystępującej z uzależnieniem choroby psychicznej obejmować wszystkie aspekty życia i funkcjonowania pacjenta, z uwzględnieniem perspektywy psychologicznej, medycznej i społeczno-demograficznej. Ryzyko samobójcze, szczególnie wysokie u osób z podwójną diagnozą, powinno być monitorowane przez cały okres leczenia. W terapii pacjentów z dużym nasileniem lęku istotne jest uwzględnienie pracy nad doświadczeniami traumatycznymi, doświadczeniem utraty i żałobą.

W leczeniu pacjentów z podwójną diagnozą zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia są skuteczne. Leczenie farmakologiczne powinno zawsze być uzupełniane wspierającymi interwencjami psychospołecznymi. Stosowanie leków bez oddziaływań psychoterapeutycznych wiąże się ze znacznie większym ryzykiem nawrotu – nie tylko choroby psychicznej, lecz także używania SP. Warto pamiętać, że obie metody lecznicze nie wykluczają się, a wręcz uzupełniają. Najlepsze efekty daje leczenie skojarzone. Jeżeli stan psychiczny nie zezwala na rozpoczęcie psychoterapii uzależnienia, należy zacząć od podawania leków, co nie tylko pozwoli na złagodzenie objawów choroby, ale także umożliwi pacjentowi wzięcie udziału w psychoterapii. Bardzo często osoby z podwójnym rozpoznaniem dopiero po włączeniu leków są w stanie uczestniczyć w terapii grupowej czy indywidualnej.

Konieczność zastosowania leków psychotropowych powinna być zawsze oceniona przez lekarza psychiatrę, a w razie niemożności zasięgnięcia jego opinii, przez lekarza rodzinnego lub lekarza innej specjalności. Przy podejmowaniu decyzji o wyborze leków dla pacjentów z podwójnym rozpoznaniem trzeba wziąć pod uwagę: 1) ryzyko interakcji z innymi podawanymi lekami czy używanymi środkami psychoaktywnymi; 2) możliwość niewydolności wątroby, związanej z jej uszkodzeniem w następstwie toksycznego działania używanych substancji (np. alkoholu) lub zapalenia wątroby; 3) ryzyko nadużywania przepisanych leków, np. benzodiazepin. Lekarz zlecający lek powinien uwzględnić właściwości niektórych leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych, które mogą wspomóc utrzymanie abstynencji, np. klozapina stosowana w leczeniu schizofrenii lub bupropion używany w leczeniu depresji. Przepisując lek pacjentowi, trzeba mu uświadomić potencjalne korzyści i ryzyko związane z leczeniem farmakologicznym, a przede wszystkim ryzyko interakcji z substancjami psychoaktywnymi.

Leczenie uzależnienia

Choć regułą pozostaje zintegrowane leczenie uzależnienia i towarzyszących zaburzeń psychicznych, to nie należy zapominać, że terapia uzależnienia oferowana jako podstawowa forma leczenia bywa także skuteczna w tej grupie pacjentów. Wiele ob-

jawów depresyjnych czy lękowych ustępuje, czasami bez potrzeby żadnego leczenia, w miarę wydłużania się okresu abstynencji. Jeśli jednak zaburzenie psychiczne miało swój początek przed rozpoczęciem używania SP, objawy utrzymują się pomimo trwania w abstynencji, a choroba psychiczna występuje również w rodzinie, to pacjent może mieć pierwotne zaburzenia psychiczne, niezależne od używania substancji, i należy włączyć leczenie choroby psychicznej od samego początku, równoległe z terapią uzależnienia.

Celem terapii uzależnienia u osób z podwójną diagnozą powinno być uzyskanie i utrzymanie całkowitej abstynencji. Powrót do picia kontrolowanego lub sporadycznego używania „miękkich” narkotyków nie jest bezpieczny dla osób z dużymi zaburzeniami psychicznymi, nie tylko ze względu na ryzyko zaostrzenia ich objawów przez substancje uzależniające, lecz także możliwość interakcji z przyjmowanymi lekami psychotropowymi, co często powoduje intoksykację, nawet po zażyciu niewielkich ilości środków psychoaktywnych. Jednakże osoby z podwójną diagnozą szczególnie trudno przekonać do zachowania abstynencji. W procesie terapii trzeba więc często dostosowywać się do możliwości pacjenta i zaakceptować program zgodny z podejściem redukcji szkód.

Warto pamiętać, że niektóre specyficzne interwencje terapeutyczne, stosowane wobec określonych grup diagnostycznych pacjentów uzależnionych z towarzyszącymi zaburzeniami, np. depresyjnymi, lękowymi czy psychotycznymi, nie mają dobrej udokumentowanej efektywności. Pacjenci z podwójną diagnozą z reguły są wykluczani z badań klinicznych, oceniających skuteczność psychoterapii i leków, a bardzo mało jest badań uwzględniających współwystępujące zaburzenia psychiczne i uzależnienia. Zasadą pozostaje więc stosowanie najlepszej znanej metody terapeutycznej o udowodnionej efektywności klinicznej dla każdego zaburzenia osobno. W większości przypadków można te metody stosować równocześnie, ale trzeba zawsze indywidualnie ocenić, w jakiej kolejności dane problemy kliniczne powinny być leczone.

Ramy niniejszego rozdziału nie pozwalają na szczegółowe omówienie technik psychoterapeutycznych, stosowanych w leczeniu pacjentów z podwójną diagnozą. Nie omówimy także wszystkich leków zapisywanych tym pacjentom i zasad leczenia poszczególnych zaburzeń psychicznych. Warto jednak wspomnieć, że wśród skutecznych podejść psychoterapeutycznych do najbardziej efektywnych w leczeniu współwystępujących zaburzeń psychicznych należą techniki terapii motywacyjnej (wywiadu motywującego¹, *motivational interviewing*), terapii poznawczo-behawioralnej, programów zapobiegania nawrotom, grup wsparcia, treningu *mindfulness* oraz terapii behawioralnej, z użyciem technik *contingency management*. W większości przypadków istotne znaczenie ma udział pacjentów w grupach samopomocy, np. Anonimowych Alkoholików czy Anonimowych Narkomanów oraz wykorzystywanie w terapii elementów programu Dwunastu Kroków.

LECZENIE PACJENTÓW Z PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ – PODSUMOWANIE

W ostatnich latach narasta liczba osób z podwójną diagnozą, które należą do najtrudniejszych pacjentów. Współwystępowanie uzależnienia od substancji psychoaktyw-

1 Obecnie obowiązuje termin *dialog motywujący*. Por. Czabała, str 168, przypis 3.

nych i dużych zaburzeń psychicznych (np. schizofrenii lub zaburzeń afektywnych) nie tylko utrudnia diagnostykę i efektywne leczenie, ale także prowadzi do cięższych następstw zdrowotnych i psychospołecznych, niż w przypadku pacjentów z głębokim uzależnieniem lub poważną chorobą psychiczną, ale występującymi pojedynczo. Rozdział niniejszy miał na celu ułatwić orientację w podstawowych zasadach diagnozowania i leczenia tej grupy pacjentów.

Na zakończenie warto podsumować najważniejsze punkty rozdziału. W celu postawienia jak najdokładniejszego rozpoznania, klinicysta badający osobę z podwójną diagnozą powinien korzystać z wielu źródeł informacji o pacjencie, a zwłaszcza danych dotyczących chronologii występowania i zaostrzania się objawów psychiatrycznych w stosunku do okresów używania SP lub abstynencji. U pacjentów z podwójną diagnozą należy leczyć oba współwystępujące zaburzenia, najlepiej w trakcie tego samego cyklu leczenia. Kolejność pomocy terapeutycznej jest jednak uwarunkowana stanem psychicznym pacjenta, i jeśli nie istnieje konieczność doraźnej interwencji psychiatrycznej lub przeprowadzenia detoksykacji, należy podjąć terapię obu chorób jednocześnie. Najbardziej skuteczną metodą pomocy jest leczenie zintegrowane, prowadzone przez jeden zespół terapeutyczny, który ustala indywidualną hierarchię celów i kolejność poszczególnych etapów programu terapii. Najkorzystniejszą strategią pozostaje leczenie obu zaburzeń w jednym ośrodku, gdyż łatwiej jest wtedy zsynchronizować terapię i uniknąć sprzecznych zaleceń. Pomimo że współistniejące choroby pogarszają wzajemnie rokowanie, w zdecydowanej większości przypadków nie ma konfliktu między leczeniem choroby psychicznej i uzależnienia, a psycho-terapia i farmakoterapia wzajemnie się uzupełniają w leczeniu podwójnie chorych pacjentów. Z wielką jednak ostrożnością trzeba stosować leki psychotropowe u osób, które aktywnie przyjmują SP ze względu na duże ryzyko interakcji, niezależnie od rodzaju zażywanych środków. Leczenie farmakologiczne korzystniej jest rozpocząć po zakończeniu detoksykacji i uzyskaniu wstępnego okresu abstynencji. W planowaniu właściwego leczenia może pomóc ustalenie, czy zaburzenia psychiczne są pierwotne czy wtórne do używania substancji.

BIBLIOGRAFIA

- Andréasson, S., Allebeck, P., Engström, A. i Rydberg, U.** (1987). Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 2(8574), 1483-1486.
- Bersani, G., Taddei, I., Manuali, G., Ramieri, L., Venturi, P., Osborn, J. i Pancheri, P.** (2003). Severity of obstetric complications and risk of adult schizophrenia in male patients: a case-control study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 14(1), 35-38.
- Burns, L., Teesson, M. i O'Neill, K.** (2005). The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*, 100(6), 787-796.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R. i Craig, I. W.** (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism

- in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1117-1127.
- Caton, C. L., Drake, R. E., Hasin, D. S., Dominguez, B., Shrout, P. E., Samet, S. i Schanzer, B.** (2005). Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 137-145.
- Chambers, R. A., Krystal, J. H. i Self, D. W.** (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50(2), 71-83.
- Dickey, B., Normand, S. L., Weiss, R. D., Drake, R. E. i Azeni, H.** (2002). Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 53(7), 861-867.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P. i Kaplan, K.** (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807-816.
- Green, A. I., Tohen, M. F., Hamer, R. M., Strakowski, S. M., Lieberman, J. A., Glick, I. i Clark, W. S.** (2004). HGDH Research Group. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia Research*, 66(2-3), 125-135.
- Kavanagh, D. J. i Mueser, K. T.** (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44, 618-637.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. i Walters, E. E.** (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C.** (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Khantzian, E. J.** (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon, E. i Bonomo, Y.** (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of Affective Disorders*, 103, 105-112.
- Mäki, P., Veijola, J., Jones, P. B., Murray, G. K., Koponen, H., Tienari, P., Miettunen, J., Tanskanen, P., Wahlberg, K. E., Koskinen, J., Lauronen, E. i Isohanni, M.** (2005). Predictors of schizophrenia – a review. *British Medical Bulletin*, 73-74, 1-15.
- Meder, J., Kalwa, A. i Rosenfeld, M.** (2006). Podwójna diagnoza – „podwójne” problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne. *Psychiatria*, 3(4), 154-159.
- Menezes, P. R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P. i Kuipers, E.** (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *British Journal of Psychiatry*, 168(5), 612-619.
- Mueser, K. T., Drake, R. E. i Wallach, M. A.** (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Office of Applied Studies.** (2004). *Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National findings* (DHHS Publication No. SMA 04-3964, NSDUH Series H-25). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. i Goodwin, F. K.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- Schuckit, M. A.** (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(suppl. 1), 76-88.
- Sheehan, M. F.** (1993). Dual diagnosis. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 107-134.
- Soyka, M., Albus, M., Kathmann, N., Finelli, A., Hofstetter, S., Holzbach, R., Immler, B. i Sand, P.** (1993). Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 242(6), 362-372.
- Swann, A. C.** (2005). Bipolar Disorder and Substance Abuse. Two Disorders or One? *Journal of Dual Diagnosis*, 1(3), 9 – 23.
- Thylstrup, B. i Johansen, K. S.** (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions – introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3), 202-208.
- Volkow, N. D.** (2004). The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*, 56(10), 714-717.

Rozdział 22

Specyfika terapii w izolacji więziennej

Tomasz Głowik

Centralny Zarząd Służby Więziennej, Biuro Penitencjarne

PODSTAWY PRAWNE

Kazimierz Dąbrowski napisał, że suma przykrych doznań i negatywnych bodźców może wywołać w człowieku, odbywającym karę pozbawienia wolności, cierpienie psychiczne, które może mieć pozytywny wymiar w jego rozwoju. Może jednak także prowadzić do niekorzystnej dla człowieka dezintegracji osobowości w sytuacji izolacji więziennej (Dąbrowski, 1975). Pozbawienie wolności jest bowiem sytuacją kryzysową dla zdecydowanej większości ludzi i jako kryzys niesie ze sobą zarówno szansę, jak i zagrożenie.

Zupełnie inne podejście reprezentują krytycy izolacyjnych środków karnych. Ich mała wartość poprawcza, dehumanizacja instytucji penitencjarnych, ograniczony zakres środków oddziaływania wychowawczego, niska bądź żadna efektywność (Bałandynowicz, 2002), to tylko niektóre z zarzutów, jakie pojawiają się w literaturze przedmiotu i dotyczą kary pozbawienia wolności. Tak ostra krytyka nie jest do końca uzasadniona, ponieważ żaden europejski kraj nie zdecydował się na wyłącznie izolacyjny, odstraszący czy też odwetowy charakter kary pozbawienia wolności. Systemy karne poszczególnych państw mogą być bardziej lub mniej represyjne. Ich systemy penitencjarne mogą znacznie różnić się od siebie, ale wszystkie – zgodnie z „Wzorcowymi regułami minimalnymi postępowania z więźniami” – prowadzą działalność mającą na celu szeroko pojętą resocjalizację, rehabilitację czy też readaptację społeczną osób pozbawionych wolności, realizując w ten sposób funkcję korekcyjną kary.

Do prowadzenia działalności leczniczej, rehabilitacyjnej i reintegracyjnej wobec osób uzależnionych zobowiązują więziennictwo ustawy i wynikające z nich przepisy wykonawcze, tzn. rozporządzenia.

Zgodnie z art. 67 obecnego **Kodeksu karnego wykonawczego (Kkw)** celem kary pozbawienia wolności jest kształtowanie w człowieku motywacji do zmiany i społecznie pożądaných postaw, a tym samym zapobieganie powrotności do przestępstwa. Oznacza to, że celem kary realizowanym przez służbę więzienną jest zmiana zarówno wewnętrzna, jak i zewnętrzna. Praca resocjalizacyjna dotyczy zatem całego systemu oddziaływań, w który włączone są różne instytucje, a także indywidualnego kontaktu z osobą pozbawioną wolności. Ten kontakt zakłada m.in. pracę nad zmianą przekonań i kształtowaniem różnorodnych umiejętności, hierarchii wartości, uczuć wyższych i mechanizmów samokontroli. Prowadzenie szeroko pojętych „działań penitencjarnych wobec skazanych na karę pozbawienia wolności, zwłaszcza przez organizowanie pracy sprzyjającej zdobywaniu kwalifikacji zawodowych, nauczania, zajęć

kulturalno-oświatowych i sportowych, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz tworzenie ośrodków terapeutycznych”, a także „zapewnienie osobom skazanym i tymczasowo aresztowanym przestrzegania ich praw, zwłaszcza do humanitarnych warunków, poszanowania godności, opieki zdrowotnej i religijnej” (Dubiel, 2009, s. 27) to zadania zgodne z **ustawą o Służbie Więziennej** z dnia 9 kwietnia 2010 r.

Ustawa z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii określa w art. 29. 1., że „w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej prowadzi się leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych umieszczonych w tych zakładach”, a szczegółowe warunki i tryb postępowania leczniczego określi Minister Sprawiedliwości „mając na względzie dobro osób przebywających w tych jednostkach”.

Kodeks karny wykonawczy (Kkw) z dnia 6 czerwca 1997 r. wraz z późniejszymi zmianami, w art. 81 wprowadza 3 systemy odbywania kary pozbawienia wolności:

1. programowanego oddziaływania,
2. terapeutyczny,
3. zwykły.

Artykuł 96 Kkw. „W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej.”

Ustawodawca nie pozostawia żadnego wyboru ani skazanym, u których stwierdzono uzależnienie, ani personelowi więziennemu, gdyż art. 117 Kkw obliguje skazanego uzależnionego do podjęcia leczenia. W przypadku braku jego zgody, o leczeniu orzeka sąd penitencjarny. „Oznacza to, że przy kierowaniu do terapii postawa i wola skazanego nie mają decydującego znaczenia.” (Majcherczyk, 2007)

Artykuł 117 Kkw. „Skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych oraz skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie jej braku – o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny.”

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w **sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych** oddziaływania specjalistyczne w oddziale terapeutycznym prowadzi zespół terapeutyczny. Są one prowadzone zarówno w formie grupowej, jak i indywidualnej według programu terapeutycznego, na który składają się diagnoza, zakres, cele i metody prowadzonych oddziaływań oraz kryteria realizacji indywidualnego programu terapeutycznego.

Paragraf 50 regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności z dnia 25 sierpnia 2003 r., nakłada na skazanego – wobec którego sąd penitencjarny orzekł o stosowaniu leczenia albo rehabilitacji w związku z uzależnieniem – obowiązki: udzielania osobom prowadzącym leczenie lub rehabilitację informacji o swoim stanie zdrowia i warunkach, w jakich się wychowywał,

uczestniczenia w zajęciach indywidualnych i grupowych oraz wykonywania innych zleconych mu czynności w ramach leczenia i rehabilitacji. Ten przymus instytucjonalny wobec osób negujących potrzebę wzięcia udziału i „zaangażowania” się w proces terapii jest znany nie tylko w systemach penitencjarnych, ale także w systemach opieki zdrowotnej i rodzinnej. Jego źródeł można by szukać w „minnesockiej” koncepcji leczenia uzależnienia, według której wstępna motywacja do leczenia nie jest koniecznym warunkiem skuteczności terapii. Zastosowanie przymusu instytucjonalnego może stanowić w przypadku niektórych skazanych szansę na zmianę, gdyż pozwala na objęcie ich oddziaływaniami w sytuacji, w której z własnej woli nigdy by się nie znaleźli (Majcherczyk, 2007). Takie rozwiązanie przenosi cały ciężar pracy właśnie na personel oddziałów terapeutycznych, od jego bowiem umiejętności i zdolności zależy w takich sytuacjach „terapeutyczny sukces”.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w **sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych** dotyczy leczenia i rehabilitacji w zakładach opieki zdrowotnej poza jednostką penitencjarną.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w **sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej** określa, że pacjentami oddziałów terapeutycznych są skazani uzależnieni, niewymagający leczenia detoksykacyjnego, ale wymagający terapeutycznych metod oddziaływania, w tym specjalistycznego oddziaływania psychologicznego. Rozporządzenie określa ponadto, gdzie prowadzi się oddziaływania lecznicze, rehabilitacyjne oraz reintegracyjne, a także zadania oddziałów terapeutycznych, do których należą m.in.: prowadzenie badań psychologicznych osób uzależnionych, kształtowanie u osób uzależnionych motywacji do zmiany, prowadzenie psychoterapii indywidualnej i grupowej, edukacja, rozwijanie umiejętności, doskonalenie zawodowe oraz udzielanie osobom uzależnionym pomocy w kontynuowaniu leczenia, rehabilitacji i reintegracji po zwolnieniu z zakładu karnego.

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** wyraźnie określa osoby odpowiedzialne za tego rodzaju leczenie. Są to zakłady opieki zdrowotnej.

Natomiast rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w **sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej** w §6 określa, że lekarze ambulatoriów kierują w razie potrzeby osoby uzależnione do pododdziałów detoksykacyjnych zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności lub do ambulatoryjnego leczenia substytucyjnego. Opiekę i nadzór nad programami substytucyjnymi sprawuje więzienna służba zdrowia. Programy substytucyjne są realizowane w takich jednostkach jak: AŚ Kraków, AŚ Warszawa Mokotów, Białołęka i Służewiec, w 7 jednostkach okręgu lubelskiego, w AŚ Poznań i ZK Siedlce oraz w jednostkach na terenie Wrocławia.

Oddziaływania prowadzone w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych polegają jedynie na psychoterapii i edukacji, bez korzystania ze wsparcia farmakologicznego, dlatego też za ten rodzaj działań odpowiada Biuro Penitencjarne.

Wszystkie wymienione wyżej akty prawne nie tylko wpływają na politykę penitencjarną, ale również kreują ją w kwestii leczenia uzależnień osób pozbawionych wolności. Nie może ona jednak naruszyć tak ważnych wartości jak:

- zasada indywidualizacji,
- zasada wolnej progresji,
- zasada humanitaryzmu,
- zasada odpowiedzialności,
- zasada ochrony społeczeństwa i bezpieczeństwa skazanych w zakładach karnych,
- zasada udziału społeczeństwa w wykonywaniu orzeczeń i w świadczeniu pomocy społecznej i readaptacji skazanych.

Zasada indywidualizacji polega na dostosowaniu oddziaływań penitencjarnych do indywidualnych właściwości skazanych. Podstawą tych oddziaływań są badania osobo-poznawcze oraz sporządzenie diagnozy. Na jej podstawie opracowuje się indywidualne programy oddziaływania oraz indywidualne plany terapii dla skazanych.

Zasada wolnej progresji dotyczy uzależnienia warunków odbywania kary od postawy skazanego. Zgodnie z nią odbywanie kary w warunkach zmniejszonego dozoru i zwiększonych uprawnień zależy od zachowania skazanego i pracy nad samym sobą.

Zgodnie z **zasadą humanitaryzmu** żadna ze stosowanych metod oddziaływań, jak i warunki, w jakich przebywają skazani, nie mogą w żaden sposób naruszać podstawowych i niezbywalnych praw człowieka.

Zasada odpowiedzialności oznacza, że system penitencjarny wspiera tych skazanych, którzy rzeczywiście chcą dokonać istotnych zmian w swoim życiu.

Zasada ochrony społeczeństwa i bezpieczeństwa skazanych w zakładach karnych zobowiązuje więziennictwo do prowadzenia wszelkich oddziaływań w taki sposób, aby nie stwarzać zagrożenia dla społeczeństwa oraz aby zapewnić bezpieczeństwo skazanym w jednostkach penitencjarnych. Populacja osób pozbawionych wolności jest bowiem mocno zróżnicowana, a niektóre rodzaje przestępstw czy też wykonywane przed pobycem w ZK zawody mogą prowadzić do wiktymizacji w izolacji więziennej.

Zasada udziału społeczeństwa w wykonywaniu orzeczeń i w świadczeniu pomocy społecznej i readaptacji skazanych pozwala na uczestnictwo stowarzyszeń, fundacji, kościołów i innych związków wyznaniowych oraz organizacji i instytucji, których celem jest zapobieganie przestępczości i readaptacja społeczna, a także osób godnych zaufania – w sprawowaniu społecznej kontroli nad wykonywaniem kar, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych. To m.in. dzięki tej zasadzie czynny udział w terapii osób uzależnionych biorą stowarzyszenia, związki wyznaniowe, wspólnoty oparte na filozofii Dwunastu Kroków, tzn. Anonimowi Alkoholicy i Anonimowi Narkomani.

Opisane powyżej podstawy prawne terapii w izolacji więziennej wpływają w znaczący sposób na specyfikę leczenia i rehabilitacji skazanych uzależnionych. Zobowiązanie służby więziennej do prowadzenia działalności penitencjarnej i terapeutycznej wobec skazanych spowodowało rozwój programów terapeutycznych, które – inaczej niż w wielu krajach Europy – są realizowane w głównej mierze przez funkcjonariuszy

i pracowników cywilnych, a nie przez podmioty zewnętrzne. Te ostatnie stanowią bardzo cenne uzupełnienie oddziaływań terapeutycznych w ramach opieki post-terapeutycznej i oddziaływań postpenitencjarnych. Taki rozwój systemu penitencjarnego, którego częścią jest system terapeutyczny, spowodował zwiększenie liczby wysoko wykwalifikowanego personelu wśród funkcjonariuszy i pracowników cywilnych SW; można do nich zaliczyć psychologów, psychoterapeutów i terapeutów uzależnień, jak i terapeutów zajęciowych. Oddziały terapeutyczne dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych dysponowały w 2010 roku liczbą 71 etatów, tzn. że średnio na jeden oddział przypada 4,5 etatu.

Specyfika terapii w izolacji więziennej wynika również z faktu, że kierunki pracy leczniczej i rehabilitacyjnej skazanych uzależnionych są wypadkową aktów prawnych, mających swoje źródła zarówno w Ministerstwie Sprawiedliwości, jak i w Ministerstwie Zdrowia.

NARKOMANIA A PRZESTĘPCZOŚĆ

Narkomanię można postrzegać zarówno przez pryzmat choroby, jak i ujemnego zjawiska społecznego. Powoduje poważne szkody we wszystkich sferach życia społeczeństwa i jednostki. W życiu osoby uzależnionej przyczynia się do powstawania rozległych szkód zdrowotnych, psychicznych, emocjonalnych bądź związanych z jej społecznym funkcjonowaniem. Jako ujemne zjawisko społeczne zawiera w sobie pewien kryminogenny potencjał. Charakter związku pomiędzy narkomanią a przestępczością nie jest wcale jednoznaczny. W literaturze przedmiotu spotyka się na ogół cztery różne podejścia do tego zagadnienia:

1. narkomania i przestępczość jako rezultat tych samych warunków społecznych,
2. narkomania jako źródło wielu czynów przestępczych,
3. narkomania jako dalszy etap przestępczej kariery,
4. przestępczy charakter narkomanii jest związany ze społeczną reakcją na to zjawisko, tzn. ma związek z jej spenalizowaniem (Hołyst, 1996).

Warto jednak zauważyć, że żaden narkotyk ani jego zażywanie nie prowadzi wprost do czynów kryminogennych, a wspomniane powyżej połączenie kariery kryminalnej i narkotykowej nie jest wcale determinujące, tzn. nie jest zawsze tak, że osoba, która zaczyna od marihuany, czy też innego narkotyku, przerzuca się z czasem na heroinę, a następnie popada w konflikt z prawem, stając się groźnym przestępcą. Zdecydowana większość konsumentów narkotyków przestaje je zażywać w jakimś momencie swego życia i to bez żadnej terapeutycznej interwencji bądź popełnienia przestępstwa (Hołyst, 1996). Praktyka penitencjarna pokazuje, że wśród osób uzależnionych, które jednak weszły w konflikt z prawem, można wyróżnić dwie grupy. Pierwsza z nich to ci, którzy przez degradację, będącą skutkiem uzależnienia, popadli w konflikt z prawem i popełnili czyn kryminalny. W takich przypadkach przyjmuje się, że uzależnienie jest pierwotne wobec przestępczej działalności. Druga grupa to ci, którzy w trakcie swojej przestępczej kariery uzależnili się, tzn. uzależnienie jest u nich wtórne do przestępstwa (Głowik, 2008).

Warto pamiętać o tym, że niewielki procent osób zażywających narkotyki popada w konflikt z prawem. Oznacza to, że przestępstwo jest wynikiem współwystępowania

jeszcze wielu innych zmiennych, takich jak osobowość, środowisko, doświadczenia socjalizacyjne.

Istotne jest to, że związek pomiędzy narkomanią a przestępczością nie ogranicza się jedynie do narkotyków nielegalnych, ale dotyczy także legalnych, np. alkoholu. Nielegalne narkotyki wprowadzają zażywające je osoby w bliskość świata przestępczego, a stąd już bliżej do popełnienia przestępstwa.

W kontekście izolacji więziennej powyższe rozważania są bardzo istotne, gdyż są pytaniami o to, jak wygląda populacja osób pozbawionych wolności, uzależnionych od narkotyków. W konsekwencji są to także pytania o metody oddziaływań i o ich skuteczność.

Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych pacjentami oddziałów terapeutycznych byli skazani w miarę dojrzały w sensie społecznym, niezłe wykształceni, u których uzależnienie miało charakter pierwotny, a zachowania przestępcze charakter wtórny. Obecnie są to najczęściej osoby młode, które najpierw związały się z grupą przestępczą, a dopiero potem zaczęły zażywać narkotyki (Dubiel i Majcherczyk, 2006).

Tabela 1 jest zestawieniem przeprowadzonych dotychczas badań rozmiarów narkomanii w jednostkach penitencjarnych. Niestety, poza badaniami J. Sierosławskiego z (2001, 2007), nie da się porównać ze sobą zaprezentowanych w tabeli badań ze względu na ich różnorodność pod względem metodologicznym. I chociaż z powyższych względów nie mogą być one wiążące, to i tak pokazują ciekawe tendencje:

- Spora grupa skazanych i tymczasowo aresztowanych miała kontakty ze środkami odurzającymi jeszcze przed pobytem w ZK lub AŚ, (w zależności od roku badania 1/5 lub nawet prawie 1/2 z nich).
- Zestawienie zawarte w tabeli 1 jest także odbiciem zmian, jakie zaszły na przestrzeni ostatnich 20 lat, jeśli chodzi o zażywanie narkotyków, także w grupie osób, które znalazły się w izolacji więziennej. W latach osiemdziesiątych były to przede wszystkim różne rodzaje środków wziewnych, polska heroina oraz barbiturany. Konopie indyjskie zażywała jedynie niewielka grupa skazanych. Dwadzieścia lat później większość badanych zażywała marihuanę oraz amfetaminę, ecstasy, a także sterydy anaboliczne.
- Najczęściej zażywane przez skazanych środki odurzające lub psychotropowe to leki nasenne i uspokajające, marihuana, haszysz, amfetamina, sterydy anaboliczne oraz w mniejszych ilościach halucynogeny, kokaina i ecstasy.

Powyższy obraz można uzupełnić dodatkowo danymi na temat rodzajów przemycanych do jednostek penitencjarnych narkotyków. Z roku na rok dzięki nowoczesnemu sprzętowi wykrywa się ich coraz więcej. W roku 2003 wykryto w skali kraju 584 przypadki przemytu narkotyków. Najczęściej przemycanymi narkotykami były amfetamina i marihuana. Główne drogi przemytu z zewnątrz to paczki żywnościowe czy też higieniczne, widzenia z bliskimi osobami, a także tzw. „przerzuty przez mur”, które najczęściej zdarzają się w dużych miastach. W roku 2007 wykryto 1247 takich przemytów, rok później 1274, a w roku 2010 – 800. Spora część przemycanych na teren jednostek narkotyków dotyczy niewielkich ilości substancji odurzających wykorzystywanych na własny użytek. Zdarzały się jednak również próby jednorazowego przemytu większych ilości narkotyków jak np. 583 tabletek amfetaminy, pół kilograma haszyszu czy też 284 tabletek ecstasy.

Kryteria	1981 i 1984 a	1987 b	2001 c	2006 d	2007 e
Liczba osób/ jednostek objętych badaniami	-	18 jednostek penitencjarnych 2100 skazanych i tymczasowo aresztowanych	1186 skazanych i tymczasowo aresztowanych	3 jednostki penitencjarne	41 jednostek penitencjarnych, z 1408 skazanych i tymczasowo aresztowanych – 1240 udzieliło odpowiedzi
Rodzaj badania	Sondażowe	Badania ankietowe	Badania ankietowe osadzonych	Badania testowe na obecność narkotyków oraz badania anonimowe funkcjonariuszy skazanych i tymczasowo aresztowanych	Badania ankietowe osadzonych
Liczba osób uzależnionych	180 i 454	250	-	-	-
Zażywanie przed pobycem w ZK	-	13% badanych	19,5% badanych	28% badanych	48,9% osadzonych chociaż raz w życiu używało jakiegoś środka odurzającego
Preferowany rodzaj narkotyków przed pobycem w ZK	-	Wziewne – 43,5% Opiaty (polska heroína) – 31% Barbiturany i leki - 26% Konopie indyjskie – 7% Przetwory kokainy – 1%	Konopie indyjskie – 38,7% Amfetamina – 36% Ecstasy – 19,9% Leki uspokajające i nasenne – 25,3%	Marihuana i amfetamina – 34% Sterydy – 23%	Marihuana i haszysz – 43,1% Amfetamina – 39% Ecstasy – 29% Leki uspokajające i nasenne – 21,7%
Ogólna liczba skazanych	83.455 i 83.385	96.438	78.716	87.370	87.776
Zażywanie narkotyków w trakcie pobytu w ZK	-	-	22%	40% skazanych i 58% funkcjonariuszy twierdziło, że problem jest duży lub bardzo duży	20,3% osadzonych podejmowało próby zażywania jakiegokolwiek środka nielegalnego
Preferowany rodzaj narkotyków w ZK	-	-	Leki uspokajające i nasenne – 25,6%, Marihuana i haszysz – 21,3% Amfetamina – 15,6%	Marihuana i amfetamina Sterydy anaboliczne Ecstasy i heroína	Leki uspokajające nieprzepisane przez lekarza – 18,9% Marihuana i haszysz – 18,3% Amfetamina 14,8%

a Kolarczyk, 1988; b Skubis, 1988; c Sierosławski, 2001; d Dubiel, Majcherzyk, 2006; e Sierosławski, 2007

Tabela 1. Zestawienie badań dotyczących problemów narkomanii w jednostkach penitencjarnych

Pozbawienie wolności jest sytuacją trudną, a populacja osób pozbawionych wolności bardzo mocno zróżnicowana ze względu na karierę przestępczą i narkotykową, posiadane umiejętności zaradcze (często ich brak), doświadczenia socjalizacyjne i inne. Silna deprivacja potrzeb, niewielkie umiejętności zaradcze, a także ograniczone możliwości postępowania w trudnych sytuacjach (np. brak wsparcia społecznego) powodują, że osadzeni wybierają niedojrzałe sposoby radzenia sobie. Dlatego też uciekają się często do zachowań agresywnych i autoagresywnych, aktywnie uczestniczą w podkulturze więziennej oraz sięgają po narkotyki.

Narkotyki pełnią w izolacji więziennej różnorodne funkcje:

- Adaptacyjną bądź też symboliczną – pozwalają na stopniowe przystosowanie się do warunków więziennych, bądź też stanowią symboliczną i chwilową ucieczkę od więziennej codzienności.
- Psychologiczną – pozwalają na chwilowe zaspokojenie potrzeb, które w wyniku izolacji więziennej uległy deprivacji, dostarczają silnych przeżyć, których brakuje skazanym.
- Społeczną – wspólne zażywanie narkotyków daje poczucie wspólnoty doznań i przynależności, zwiększa poczucie bezpieczeństwa.
- Ekonomiczną – handel narkotykami może stanowić w izolacji więziennej ważne źródło dochodu, wpływać na pozycję w hierarchii więziennej.
- Podkulturową – zażywania narkotyków w izolacji więziennej jest nielegalne, wyraża lekceważenie dla obowiązujących norm i przepisów, jest także próbą zademonstrowania utraconej wolności (Głowik, 2008).

SPECYFIKA MIEJSCA

Kształtowanie motywacji do zmiany oraz prowadzenie terapii w izolacji więziennej odbywa się w wyjątkowo trudnych dla człowieka warunkach ze względu na ujemne determinanty oddziaływań penitencjarnych. Można zaliczyć do nich takie czynniki jak:

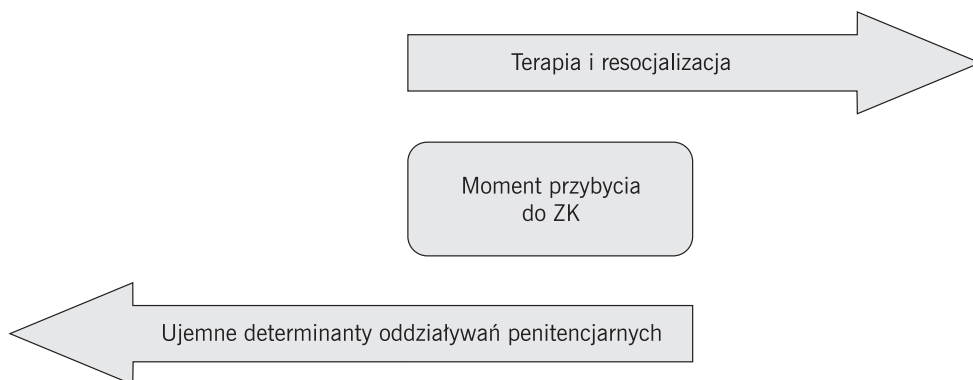
- przeludnienie,
- deprivację psychologiczną, społeczną, informacyjną, zmysłową,
- podkulturę więzienną,
- poczucie osamotnienia oraz inne problemy psychiczne i emocjonalne,
- proces prizonizacji.

Sytuacja przeludnienia ma np. bezpośredni wpływ na codzienne funkcjonowanie zakładów karnych i aresztów śledczych oraz na warunki socjalno-bytowe osadzonych. Zwiększa i tak istniejącą już ze względu na specyfikę izolacji więziennej deprivację potrzeb istotnych dla rozwoju człowieka. Ta deprivacja może dotyczyć różnych sfer funkcjonowania człowieka. Przeludnienie może zatem spowodować pogorszenie atmosfery wychowawczej wśród osób pozbawionych wolności i tymczasowo aresztowanych, zwiększenie liczby zachowań agresywnych i autoagresywnych oraz innych zdarzeń i wypadków nadzwyczajnych, a także wzrost aktywności osób należących do podkultury więziennej. Zjawiskiem przeludnienia nie są dotknięte jedynie osoby pozbawione wolności, ale także personel więzienny, który jest odpowiedzialny za atmosferę panującą w jednostce. Wszystkie te czynniki są istotne, ponieważ działają w odwrotnym kierunku niż cały proces terapeutyczny i proces resocjalizacji, mają

negatywny wpływ na osobowość i utrudniają, bądź wręcz uniemożliwiają, stworzenie klimatu do jakiegokolwiek zmiany. W przypadku personelu powodują nadmierne przeciążenie, co może prowadzić do szybkiego wypalenia zawodowego. A zatem opór przed zmianą może wynikać nie tylko z postawy osadzonego, ale z samej istoty sytuacji, jaką jest izolacja więzienna (Machel, 2003).

Koncepcja prizonizacji wynika z obserwacji, „że skazany nabywa w miarę czasu trwania izolacji coraz większej znajomości specyficznych form i wartości obowiązujących w społeczności więźniów i wykazuje coraz wyższy stopień ich przyswojenia. (...) Proces ten zaczyna się już po kilku tygodniach pobytu w zakładzie i zmienia osobowość zwłaszcza więźniów długoterminowych” (Ciosek, 1996, s. 158-159). Wśród czynników hamujących ten proces wymienia się niski wyrok, silną i niezależną osobowość, pozytywne związki z rodziną na wolności, nieprzyjmowanie norm kodeksu więziennego oraz pracę i udział w zajęciach kulturalno-oświatowych w zakładzie karnym (Ciosek, 1996). Pomimo wyodrębnienia tych czynników i tak wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Są to na przykład pytania o to, co pomaga człowiekowi nie przyjmować norm kodeksu więziennego, jaką rolę odgrywa wsparcie społeczne przy braku pozytywnego związku z rodziną. Poza tym pierwsze z wymienionych czynników dotyczą niewielkiej liczby osób pozbawionych wolności. Istnieje wprawdzie duża grupa osób z wyrokami poniżej 3 lat pozbawienia wolności, ale trudno twierdzić, że mają one silną i niezależną osobowość i pozytywne związki z rodziną.

Terapia w izolacji więziennej odbywa się w innych warunkach niż te, które panują na wolności. Wszystkie wymienione wyżej czynniki, jako ujemne determinanty oddziaływań penitencjarnych, wpływają negatywnie na osobowość osoby pozbawionej wolności. Sytuacja ta powoduje, że wszelkie oddziaływania terapeutyczne napotykają opór. Jest on potęgowany nie tylko cechami osobowościowymi pacjenta i nasileniem jego zaburzeń, ale w znacznym stopniu wynika ze specyfiki miejsca, w jakim przebywa (Głowik, 2007b). Obrazuje to rys. 1.



Rys. 1. Ujemne determinanty oddziaływań penitencjarnych versus proces resocjalizacji

Nasze zabiegi o spowodowanie zmiany w kierunku społecznie pożądanym postaw – w postaci terapii i oddziaływań resocjalizacyjnych – zmierzają w przeciwnym

kierunku niż tzw. ujemne determinanty oddziaływań penitencjarnych. Istotne są zatem działania, które zmierzają w dwóch kierunkach:

- osłabienia siły i natężenia ujemnych determinantów oddziaływań penitencjarnych, co wymaga także systemowych rozwiązań;
- intensywnych oddziaływań terapeutycznych i penitencjarnych w formie ustrukturalizowanych programów.

PROGRAMY ODDZIAŁÓW TERAPEUTYCZNYCH

Programy oddziałów terapeutycznych są realizowane w ramach systemu terapeutycznego. Obejmują swoim zakresem trzy bardzo istotne wymiary *makro*, *mezo* i *mikro*, które stanowią hierarchiczną całość.

- *Makro* – to filozofia dotycząca myślenia o przestępczości i o readaptacji osób pozbawionych wolności wraz ze wszystkimi uregulowaniami prawnymi.
- *Mezo* – to program oddziaływań terapeutycznych wraz z określonymi w nim zajęciami i ich tematyką, a także metody i techniki pracy terapeutycznej.
- *Mikro* – to relacja terapeutyczna „skazanego–pacjenta” i „terapeuty–klawi-sza” (Głowik, 2007a).

Programy nowych oddziałów terapeutycznych są konstruowane w oparciu o § 67 znowelizowanego zarządzenia Dyrektora Generalnego SW z dnia 24 grudnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych. Są one tworzone przez zespoły terapeutyczne poszczególnych oddziałów i zatwierdzane przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej.

Przy ich tworzeniu należy pamiętać o następujących wytycznych:

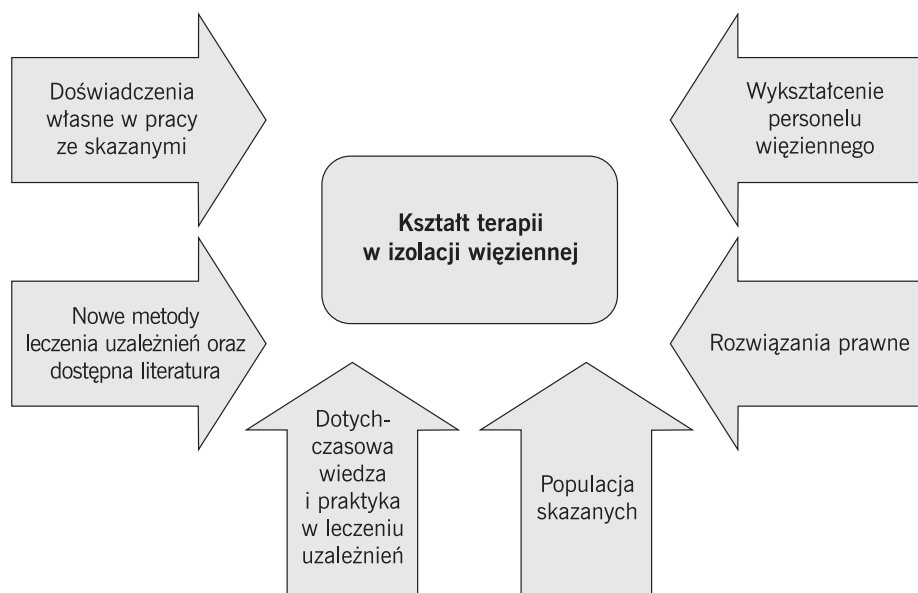
- charakterystyce populacji skazanych, do której program jest adresowany;
- teoretycznym modelu, stanowiącym uzasadnienie programu, który wyjaśnia, w jaki sposób to, co jest proponowane w programie, będzie miało wpływ na czynniki skojarzone z zachowaniami przestępczymi;
- zidentyfikowaniu czynników ryzyka, których zmiana może zmniejszyć groźbę powrotu do przestępstwa;
- spektrum celów;
- metodach;
- określeniu intensywności, sekwencji i czasu trwania programu;
- ramowym tygodniowym rozkładzie zajęć w oddziale;
- założeniach etatowych, charakterystyce bazy lokalowej oraz określeniu niezbędego zabezpieczenia rzeczowego i finansowego;
- sposobie oceny efektów programu.

Powyzsze wytyczne mają na celu stworzenie i zapewnienie programom określonych standardów, ale też nie ingerują w nadmierny sposób w ich zawartość merytoryczną. Istotne przy ich tworzeniu jest to, aby miały one solidne, oparte badaniami naukowymi, podstawy teoretyczne i zostały zweryfikowane pod wzgledem skuteczności. Literatura przedmiotu w tym wzgledzie jest bardzo obszerna. Przykładowo Ministerstwo Zdrowia w Kanadzie (Roberts, Ogborne, Leigh i Adam, 1999) przeanalizowało badania dotyczące skuteczności różnorodnych podejść w terapii uza-

leżnień. Wydany przez nie raport podkreśla szczególną efektywność programów behawioralnych (trening umiejętności społecznych, dostarczanie wzmocnień, nauka zapobiegania nawrotom, radzenia sobie w trudnych sytuacjach) oraz zwraca uwagę na negatywny wpływ techniki konfrontowania na przebieg terapii. Autorzy i realizatorzy *Drug Abuse Reporting Program* (DARP) stwierdzili m.in., że terapia grupowa w istotny sposób redukuje zażywanie substancji narkotycznych i zmniejsza ryzyko wystąpienia zachowań przestępczych (Stimmel, 1983).

W programie *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS) zauważono wyraźną zależność pomiędzy wynikami terapii a zaburzeniami psychicznymi czy też problemami psychospołecznymi pacjentów (McLellan i inni, 1994), które to w istotny sposób wpływają na mniejszą skuteczność realizowanych programów.

Dlatego też więziennictwu zależy na różnorodności i bogactwie programów, gdyż – jak pokazuje szereg badań ewaluacyjnych – nie można udowodnić wyższości jakiejś jednej metody leczenia nad innymi. Nasza wiedza o uzależnieniach i sposobach ich leczenia ewoluje. Nabywamy nowych doświadczeń w pracy z populacją polskich skazanych, powstają nowe metody leczenia uzależnień, których skuteczność znajduje empiryczne uzasadnienie, pojawia się nowa literatura, nowe rozwiązania prawne, zmienia się populacja pacjentów – wszystkie te czynniki wywierają i nadal będą wywierały wpływ na kształt terapii osób uzależnionych w izolacji więziennej (rys. 2).



Rys. 2. Czynniki mające wpływ na kształt terapii w izolacji więziennej

W tej sytuacji bardzo ważna jest otwartość instytucji, jaką jest więziennictwo na uwzględnianie w tworzeniu programów wszystkich z ww. czynników. Dodatkowo kwestia skuteczności terapii i resocjalizacji jest bardzo złożona, ponieważ nie dotyczy wyłącznie metod i technik pracy terapeutycznej i resocjalizacyjnej, tzn. treści merytorycznej realizowanych programów.

Szczególnie w przypadku osób uzależnionych pozbawionych wolności skuteczność terapii jest związana z całym systemem pomocy, na który składają się m.in. takie zmienne, jak: kwalifikowanie do terapii, jej rodzaje i dostępność, system wsparcia po jej zakończeniu (VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA, 1995), długość wyroku, jaki pozostał do odbycia, nasilenie ujemnych determinantów oddziaływań penitencjarnych. Znaleźć odpowiednie miejsce i czas dla terapii w procesie odbywania kary pozbawienia wolności, to dysponować wiedzą na temat etapów jej odbywania, szczególnej podatności osadzonych na oddziaływanie terapeutyczne lub jej braku. Bardzo istotna jest tutaj również odpowiedź na pytanie, na jakim etapie odbywania kary panują najbardziej sprzyjające warunki do wywołania zmiany i jej podtrzymania. A może istnieje zależność pomiędzy długością wyroku a skutecznością terapii? Może perspektywa wyjścia na wolność w przewidywalnym i nieodległym terminie podnosi skuteczność oddziaływań? Dlatego też nie można tak po prostu implementować programu terapeutycznego z jednego kraju do innego, ponieważ każdy program funkcjonuje w ramach konkretnego systemu penitencjarnego czy też terapeutycznego, a także w ramach prawodawstwa danego państwa.

Realizowane w izolacji więziennej programy wyrosły na bazie programów minnesockich, w szczególności na bazie programu „Atlantis”, który został wprowadzony do polskich jednostek penitencjarnych na przełomie lat 80. i 90. Program ten opracowano w Stanach Zjednoczonych i przeznaczono dla skazanych odbywających karę pozbawienia wolności. Na grunt polski, w wyniku współpracy więziennictwa z Fundacją Batorego, zaszczylił go William Burgin. Program ten ewoluował, pracownicy zdobywali wykształcenie w szkoleniach rekomendowanych przez KBPN i PARPA. Realizowane dzisiaj programy mają bardziej różnicowany charakter. Są oparte na odmiennych koncepcjach:

- stadiów zmiany
- nauki umiejętności społecznych
- poznawczo-behawioralnej
- strukturalno-strategicznej

Skazany–pacjent, uczestnicząc w terapii w systemie terapeutycznym, jest objęty zarówno oddziaływaniami grupowymi, jak i indywidualnymi. W większości programów uczestniczy w zajęciach mających na celu:

- budowanie motywacji do zmiany,
- zdobycie wiedzy na temat uzależnienia,
- identyfikację z problemem i dokonanie autodiagnozy,
- rozważenie strat i zysków z dotychczasowego stylu życia,
- pracę nad akceptacją uzależnienia,
- restrukturyzację przekonań dotyczących zażywania narkotyków, ich działania oraz zachowań z tym związanych,
- zdobycie wiedzy i umiejętności w radzeniu sobie z nawrotami,
- naukę umiejętności istotnych w radzeniu sobie bez narkotyków,
- planowanie zdrowienia po zakończeniu terapii.

Programy terapeutyczne są realizowane przede wszystkim w oddziałach terapeutycznych. Charakteryzują je takie czynniki jak:

Specjalistyczny personel – w jego skład wchodzi kierownik działu terapeutycznego, psycholog, terapeuci uzależnień i wychowawca. Ze względu na cel (prowadzenie oddziaływań terapeutycznych) istotny jest również odpowiedni dobór kadry spo-

śród umundurowanych funkcjonariuszy, którzy – dbając w oddziale mieszkalnym zarówno o bezpieczeństwo osadzonych, jak i pracowników – swoim sposobem bycia oraz odpowiednim traktowaniem osadzonych mogą wywierać duży wpływ na kształtowanie ich postaw.

Grupa skazanych wybrana ze względu na zdiagnozowane uzależnienie/zaburzenie – art. 96 Kkw wymienia wśród osadzonych, odbywających karę w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym, następujące grupy skazanych: uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych, z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazanych za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzonych umysłowo, a także skazanych niepełnosprawnych fizycznie.

Odmienny porządek wewnętrzny, gdyż rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych mówi w § 18 o nadrzędności oddziaływań terapeutycznych nad pozostałymi oddziaływaniami penitencjarnymi i integracji oddziaływań terapeutycznych z innymi oddziaływaniami prowadzonymi w zakładzie.

Istotnym elementem programów terapeutycznych są indywidualne programy terapii opracowywane dla każdego skazanego–pacjenta na podstawie pogłębionej diagnozy problemowej. **Paragraf 21.1.** ww. rozporządzenia określa, że diagnoza służąca opracowywaniu indywidualnego programu terapii winna zawierać:

1. opis przyczyn zaburzeń,
2. opis zaburzeń w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i w zachowaniu,
3. charakterystykę aktualnego stanu psychofizycznego,
4. opis problemu stanowiącego podstawę skierowania do systemu terapeutycznego,
5. opis indywidualnych problemów skazanego,
6. ocenę motywacji do uczestnictwa w realizacji indywidualnego programu terapeutycznego,
7. wskazanie pozytywnych cech osobowości i zachowania skazanego.

Natomiast indywidualny program terapeutyczny winien zawierać:

- opis zakresu prowadzonych oddziaływań,
- cele oddziaływań dopasowane do możliwości skazanego,
- opis metod oddziaływań,
- kryteria realizacji indywidualnego programu terapeutycznego.

Istotnym elementem tworzenia programu jest to, że tworzy go zespół terapeutyczny przy współudziale skazanego.

Niektóre z nowo powstających programów są budowane na podstawie zupełnie odmiennej koncepcji, tzn. koncepcji stadiów zmiany Prochaski i DiClemente (Prochaska, Norcross i DiClemente, 2008). W inny sposób rozumie ona istotę uzależnienia, problem oporu w terapii, proponuje inne metody i techniki pracy oraz w odmienny, niż do tej pory, sposób przedstawia proces wychodzenia z uzależnienia. Nie bez racji autorzy koncepcji twierdzą, że dotychczasowe programy były przeznaczone dla pacjentów „zmotywowanych”, a brak jest na „rynku terapeutycznym” programów przeznaczonych dla tych, którzy nie chcą przestać brać, pić czy też palić. Dlatego też proponują model terapii oparty na stadiach zmiany i rozpoczęcie z pacjentem

pracy w miejscu, w którym się aktualnie znajduje. W koncepcji tej nie kładzie się nacisku na konieczność przyjęcia tożsamości osoby uzależnionej, ale zwraca uwagę na konieczność wewnętrznego przygotowania się do zmiany, zanim się ją podejmie. W przeciwnym bowiem razie wiele działań może okazać się nieskutecznych. Dlatego też, m.in. odwołując się do tej koncepcji, więziennictwo wprowadza programy dotyczące motywowania oraz krótkiej interwencji, zanim jeszcze skazani trafią na terapię, w celu zwiększenia jej skuteczności.

DANE STATYSTYCZNE DOTYCZĄCE BAZY TERAPEUTYCZNEJ

Na bazę terapeutyczną dla skazanych składa się obecnie 30 oddziałów dla uzależnionych od alkoholu oraz 15 oddziałów dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych. W ostatnich latach było ich 16. Jednak w 2011 r., ze względu na spadające zapotrzebowanie na terapię skazanych uzależnionych od narkotyków, przekształcono cały oddział w ZK Gorzów Wlkp. na oddział dla uzależnionych od alkoholu, a w ZK Wierzchowo utworzono oddział terapeutyczny dla uzależnionych od alkoholu, zmniejszając pojemność oddziału dla narkomanów (tab. 2).

Tabela 2. Zestawienie pojemności oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w aresztach śledczych (AŚ) i zakładach karnych (ZK) w Polsce (stan na styczeń 2011 r.)

Oddział	Liczba miejsc w oddziałach terapeutycznych
AŚ Elbląg	39
AŚ Kielce	38
AŚ Suwałki	16
AŚ Warszawa-Służewiec	36
ZK Kłodzko	26
ZK Krzywaniec	34
ZK Lubliniec	36
ZK Łowicz	31
ZK Nowogard	28
ZK Rawicz	50
ZK Rzeszów	41
ZK Wierzchowo	20
ZK Włocławek	40
ZK Wrocław Nr 1	50
ZK Wronki	36
Łącznie miejsc	521

Łączna liczba miejsc w działających obecnie 15 oddziałach terapeutycznych wynosi 521. Cykl terapii w oddziale dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych trwa 6 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach można go skrócić lub wydłużyć, jednak nie więcej niż o 1/3 określonego w programie czasu terapii.

W związku z rosnącą od 2001 roku liczbą miejsc w oddziałach terapeutycznych, więziennictwo było tym samym w stanie objąć terapią większą liczbę skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych. Tabela 3 ilustruje, że począwszy od roku 2001 liczba skazanych objętych terapią wzrosła dwukrotnie, podobnie jak liczba skazanych przyjętych do oddziałów, jak i tych, którzy ukończyli pełny cykl terapii. Na w miarę stałym poziomie utrzymuje się liczba skazanych, którzy nie ukończyli terapii.

Tabela 3. Liczba pacjentów objętych oddziaływaniami, przyjętych do oddziałów dla uzależnionych od narkotyków, wypisanych po ukończonej terapii i pacjentów, którzy terapii nie ukończyli

Liczba pacjentów	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
objętych oddziaływaniami	625	885	983	1157	1325	1372	1502	1534	1656	1668
przyjętych do oddziałów		532	675	785	958	963	1023	1097	1198	1162
wypisanych po ukończeniu terapii		464	563	676	752	836	863	978	1003	1033
wypisanych przed ukończeniem terapii			119	133	163	145	103	146	119	153

Do najczęstszych przyczyn nieukończenia terapii należy zaliczyć:

- sądowy nakaz przetransportowania do innego zakładu (np. ze względu na inne sprawy karne skazanych),
- decyzję sądu o udzieleniu przerwy w karze, warunkowym przedterminowym zwolnieniu lub koniec kary,
- hospitalizację lub względy zdrowotne.

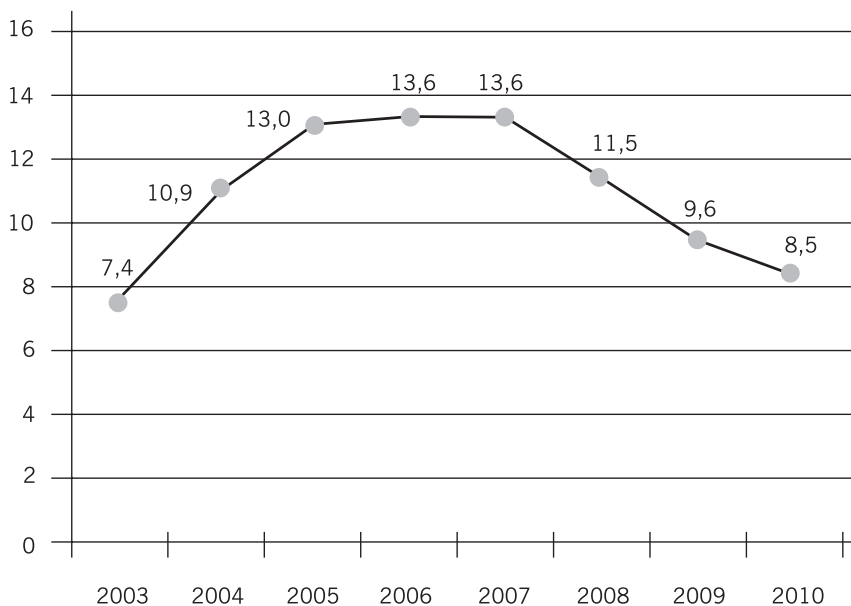
Do jednostkowych przyczyn nieukończenia terapii zaliczyć można także błędną diagnozę uzależnienia oraz wystąpienie zaburzeń psychicznych w trakcie terapii.

Od 2003 r. do 2007 r. rosła liczba skazanych objętych leczeniem ze względu na sądowy nakaz lub postanowienie leczenia. Jednak od roku 2008 zauważalny jest ich spadek. W 2010 r. takich przypadków było 163, z czego wobec 86 osadzonych sąd orzekł system terapeutyczny na podstawie art. 62 Kk, a wobec 77 osadzonych sąd nałożył obowiązek poddania się terapii w trybie art. 117 §2 Kkw (tab. 4).

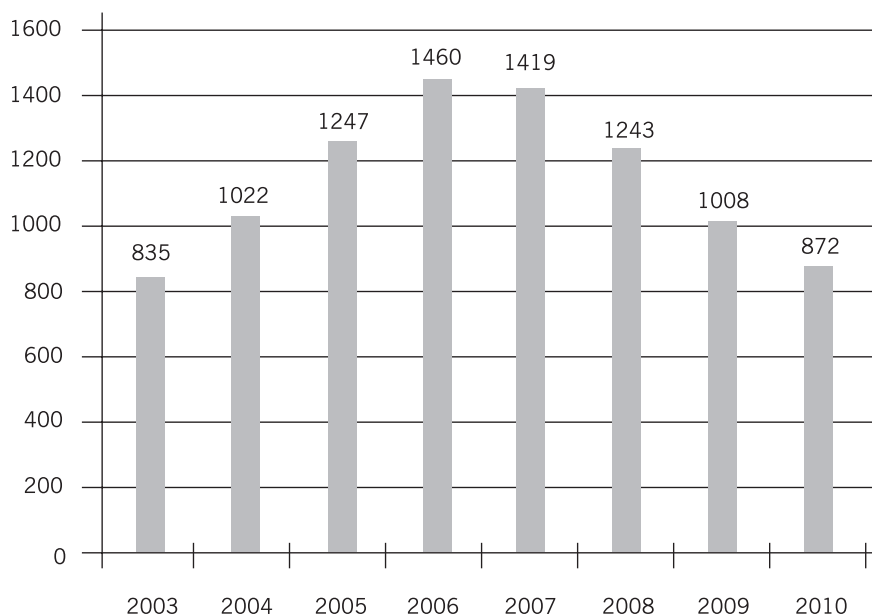
Tabela 4. Liczba pacjentów objętych sądowym postanowieniem o leczeniu w grupie skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych

Postanowienie o leczeniu wydane przez	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sąd orzekający (SO)	83	96	108	116	143	130	118	86
Sąd penitencjarny (SP)	21	25	28	38	49	42	67	77
SO i SP łącznie	104	121	136	154	192	172	185	163

Ważnym wskaźnikiem zapotrzebowania na oddziaływania terapeutyczne jest liczba skazanych oczekujących na podjęcie terapii oraz czas oczekiwania na nią. Ciekawe, że do 2006 r. oba wskaźniki wykazywały cały czas tendencję wzrostową. W roku 2007 i w kolejnych latach odnotowano spadek liczby skazanych oczekujących na podjęcie terapii oraz skrócenie czasu oczekiwania na terapię z 13,6 miesiąca do 11,5 miesiąca (rys. 3 i 4).



Rys 3. Czas oczekiwania na terapię w miesiącach



Rys 4. Liczba skazanych uzależnionych od narkotyków oczekujących na terapię

Przepisy prawne, pacjent, który przekroczył granice prawa, miejsce, jakim jest zakład karny, a także programy oddziałów terapeutycznych – wszystkie te czynniki wpływają na kształt terapii w izolacji więziennej, a wspólnie składają się na jej specyfikę. Są częścią szeroko rozumianej resocjalizacji skazanych. Jej główny cel to przede wszystkim readaptacja społeczna skazanych, która wynika z przekonania, że uzależnienie jest jednym z istotnych czynników kryminogennych i że bez pracy nad nim wielu skazanym uzależnionym nie uda się wrócić i normalnie funkcjonować w społeczeństwie, że nadal będą stanowili zagrożenie dla innych, bo połączenie uzależnienia oraz ich cech osobowości daje „mieszankę wybuchową”. Dlatego też bardzo ważne jest prowadzenie takich oddziaływań właśnie w zakładzie karnym. Ważna jest też otwartość na nowe programy i pomysły w pracy z osobami uzależnionymi, ważne jest też profesjonalne podejście do realizowanych zadań. Obserwując rozwój całego systemu terapeutycznego dla skazanych, wykształcenie personelu, a także programy oddziałów terapeutycznych wydaje się, że polskie więziennictwo ma świadomość tego, a polski system terapeutyczny jest czymś wyjątkowym w systemach penitencjarnych Europy.

BIBLIOGRAFIA

- Bałandynowicz, A.** (2002). *Probacja. System sprawiedliwego karania*. Warszawa: Wyd. Kodeks.
- Ciosek, M.** (1996). *Człowiek w obliczu izolacji więziennej*. Gdańsk: Wyd. Stella Maris.
- Dąbrowski, K.** (1975). *Trud istnienia*. Warszawa: Wyd. Wiedza Powszechna.
- Dubieli, K.** (2009). Krótka historia resocjalizacji penitencjarnej. W: M. Marczak (red.), *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, (s. 27-34). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Dubieli, K. i Majcherczyk, A.** (2006). Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 52-53, 51-72.
- Głowik, T.** (2007a). Relacje terapeutyczne w więzieniu – spotkanie personalne. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, 1, 369-379.
- Głowik, T.** (2007b). Szukając poziomek, czyli o terapii w izolacji więziennej. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6, 9-12.
- Głowik, T.** (2008). Problematyka narkomanii w izolacji więziennej. *Serwis Informacyjny. Narkomania*, 3 (42), 7-12.
- Hołyst, B.** (1996). *Narkomania. Problemy prawa i kryminologii*. Warszawa: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Kolarczyk, T.** (1988). Skazani używający środków odurzających lub psychotropowych. W: P. Wierzbicki (red.), *Rozwój penitencjarystyki w PRL. Wybrane problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Machel, H.** (2003). *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*. Gdańsk: Wydawnictwo Arche.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody, G. E., Luborsky, L. i O'Brien, C. P.** (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141-1158.
- Majcherczyk, A.** (2007). Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 20, 326-342.
- Prochaska, J., Norcross, J. i DiClemente, C.** (2008). *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut Amity.
- Roberts, G., Ogborne, A., Leigh, G. i Adam, L.** (1999). *Best Practices. Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*. Ottawa: Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, Health Canada, Minister of Public Works and Government Services.
- Sierosławski, J.** (2001). Narkomani w zakładach karnych i aresztach śledczych. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 16 (1), 45-56.
- Sierosławski, J.** (2007). *Problem narkomanii i narkotyków w zakładach karnych i aresztach śledczych*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Strona internetowa: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=165859>
- Skubis, L.** (1988). Wyniki badań nad zjawiskiem odurzania się przez osoby osadzone w aresztach śledczych i zakładach karnych. W: T. Kolarczyk i J. Kubiak (red.), *Postępowanie z narkomanami osadzonymi w zakładach penitencjarnych* (s. 124-163). Warszawa: Centralny Zarząd Zakładów Karnych, Instytut Badania Prawa Sądowego.
- Stimmel, B.** (red.). (1983). Evaluation of Drug Treatment Program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 1, 1-7.
- VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA.** (1995). Seria wydawnicza "Alkohol a zdrowie" nr 12. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Rozdział 23

Leczenie osób uzależnionych, przewlekłe chorych

Grażyna Cholewińska

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
Oddział dla Narkomanów z Infekcją HIV

WPROWADZENIE

Wieloletnie uzależnienie od substancji przyjmowanych dożylnie prowadzi zawsze do degradacji ogólnej kondycji zdrowotnej i często do wielu ciężkich chorób związanych z krwiopochodnymi zakażeniami. Z tego powodu wszyscy specjaliści, którzy w swojej pracy zajmują się ludźmi uzależnionymi, powinni przede wszystkim wiedzieć o takich zagrożeniach, a ponadto zachęcać swoich pacjentów do wykonywania badań przesiewowych w celu wykrycia groźnych chorób. Realizacja profilaktyki chorób zakaźnych w ramach programów redukcji szkód oraz motywowanie do podjęcia leczenia również powinno się mieścić w schematach pracy terapeuty uzależnień. Integrowanie opieki medycznej z opieką terapeutyczną powinno być obecnie ważnym zadaniem zdrowia publicznego w celu poprawienia wskaźników epidemiologicznych chorób groźnych społecznie. W ostatnich trzech dekadach wśród problemów zdrowotnych u narkomanów dominują trzy groźne choroby, których do tej pory nie udało się zwalczyć ani nawet ograniczyć. Należą do nich: infekcja HIV, wirusowe zapalenia wątroby wywołane przez HCV, HBV (*Hepatitis C, B Virus*) i gruźlica (TB – *Tuberculosis*) (Aceijas, Simpson, Hickman i Rhodes, 2004; ECDC/WHO, 2011; WHO/UNAIDS/UNODC, 2005).

1. Infekcja HIV i choroba AIDS

We wszystkich regionach świata narkomani zaliczani są do grupy wysokiego ryzyka zakażenia HIV. Szacuje się, że na świecie około 10% wszystkich infekcji HIV (poza Afryką) jest spowodowanych przez dożylnie, krwiopochodne zakażenie, choć w niektórych krajach Azji Środkowo-Wschodniej lub w Rosji wskaźniki prevalencji HIV wśród osób przyjmujących dożylnie środki odurzające sięgają 42% (25–42%) (Aceijas, Simpson, Hickman i Rhodes, 2004; WHO/UNAIDS/UNODC, 2005). W Polsce, według danych Państwowego Zakładu Higieny, od początku rejestrowania infekcji HIV w 1985 r. do do 31 lipca 2011 r. potwierdzono 14.725 zakażeń HIV ogółem, a w tym 5.849 stanowią zakażenia w związku ze stosowaniem narkotyków drogą dożylną. Dane te mogą być jednak niedoszacowane, i przypuszcza się, że w naszym kraju może być nawet do 30.000 zakażonych, w tym ci, którzy jeszcze nie wiedzą o swoim zakażeniu (PZH, 2010). Wśród narkomanów przeniesienie HIV następuje w wyniku wielokrotnego używania igieł i strzykawek oraz dzielenia się nimi, a także poprzez zakażony w całości „toważ”. Należy pamiętać, że wirus w porzuconej strzykawce, w odpowiednich warunkach wilgotności, może zachować swoją aktywność do 30 dni.

W ostatnich latach zmieniło się zasadniczo postrzeganie infekcji HIV i choroby AIDS. Dawniej HIV identyfikowano z chorobą o złym rokowaniu i szybkiej progresji. Niewielka była wówczas motywacja do życia w pełnej trzeźwości, a oferta terapeutyczna sprowadzała się do udzielania wsparcia i przygotowania do życia z chorobą śmiertelną. W szpitalu pomoc ta ograniczała się do pracy z pacjentem terminalnym lub umierającym.

HAART. W połowie lat 90. ubiegłego wieku wprowadzono do leczenia HIV/AIDS wielolekową i wysoce skuteczną terapię antyretrowirusową HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). Od tej pory wskaźniki umieralności z powodu AIDS obniżyły się spektakularnie. Obecnie HIV postrzega się jako przewlekłą chorobę wirusową, której wprawdzie nie można całkowicie wyleczyć (eradykować), ale która poddaje się leczeniu, co skutecznie zwalnia postęp choroby i wydłuża przeżycie o wiele lat. Dla ludzi uzależnionych z HIV (+) pojawiła się wtedy nadzieja na długie życie. Efektem terapii antyretrowirusowej (ARV) jest „zdrowszy” pacjent, który rzadziej lub wcale nie choruje na choroby oportunistyczne, związane z zespołem upośledzenia odporności, żyje we względnie komfortnie zdrowotnym, pod warunkiem, że nieprzerwanie, do końca życia przyjmuje tabletki (EACS, 2011; DHHS, 2011; PTN AIDS, 2011).

Adherencja. Terapia ARV obarczona jest wysokim stopniem skomplikowania i bardzo restrykcyjnym reżimem dotyczącym przyjmowania leków, np. ściśle określona pora, pilnowanie dawek i liczby tabletek, specjalna dieta, częste wizyty u lekarza. Wymaga to od pacjenta radykalnej zmiany stylu życia, uregulowania swoich spraw egzystencjalnych, socjalnych, akceptacji leczenia długoterminowego, a przede wszystkim przerywania nałogu (Bouhnik i inni, 2002). Pacjent z HIV/AIDS aktywnie przyjmujący środki odurzające, będący „w ciągu” na pewno nie zdoła udźwignąć ciężaru tak trudnej terapii. Dlatego decyzja lekarza o rozpoczęciu leczenia ARV powinna być podejmowana wspólnie z pacjentem i dokładnie przedyskutowana. W leczeniu HAART, bardziej niż w jakiegokolwiek innej terapii, powodzenie ostateczne zależy od samego pacjenta – od jego adherencji, gotowości do współpracy, samodyscypliny, a przede wszystkim od trzeźwości. Brak dyscypliny w leczeniu, samowolne przerwy w przyjmowaniu leków skutkują wygenerowaniem zmutowanych szczepów HIV i oporność wobec dotychczas stosowanych leków (zjawisko lekooporności) (Bouhnik i inni, 2002; Clarke, Keenan i Ryan, 2003).

Interakcje leków ARV. Kliniknym problemem HAART są interakcje leków ARV z wieloma powszechnie używanymi farmaceutykami. Dotyczy to zarówno leków przepisywanych na receptę, jak i szeroko dostępnych preparatów bez recepty (Stańczak, 1999). Leki ARV o najsilniejszej aktywności wobec HIV wchodzi w reakcje z metadonem, benzodiazepinami, lekami przeciwwgrzybicznymi i przeciwwgruźliczymi oraz z całą gamą innych preparatów chemicznych i ziołowych, powszechnie dzisiaj używanych. Zjawiska te manifestują się u pacjenta jako objawy niepożądane, niekiedy o wysokim stopniu toksyczności (Sylvestre, 2008). Problemy te wymusiły konieczność dokładnego monitorowania terapii ARV i częstych wizyt kontrolnych u lekarza.

Dostęp do terapii. W naszym kraju każdy pacjent z HIV/AIDS, ze wskazaniem do włączenia HAART, ma zapewniony bezpłatny dostęp do leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach medycznych (PTN AIDS, 2011). Wspomagająca rola specjalistów ds. uzależnień w procesie leczenia infekcji HIV i choroby AIDS jest nadzwyczaj

ważna. Polega ona na informowaniu o zagrożeniach zdrowotnych, motywowaniu do wytrwania w przewlekłym leczeniu, a przede wszystkim na wzmacnianiu adheencji. Zadania terapeuty, w ramach redukcji szkód w obszarze HIV/AIDS, dotyczą wymiany igieł/strzykawek oraz przekazywania fachowej wiedzy na temat stosowania prezerwatyw, przestrzegania zasad higieny, zdrowego odżywiania itp. Ważnym zagadnieniem profilaktyki HIV jest wykonywanie testów przesiewowych w kierunku HIV u czynnych narkomanów, według niektórych specjalistów raz w roku.

2. Wirusowe zapalenie wątroby

Ryzyko zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby (wzw) wśród narkomanów związane jest głównie z krwiopochodną transmisją HBV, HCV, HDV (HDV – *Hepatitis Delta Virus*). Należy pamiętać, że około 10–15% zakażeń HBV i niewielki odsetek HCV może się przenosić drogą kontaktów seksualnych (Juszczuk, 2005).

Wzw typu A należy do grupy „chorób brudnych rąk” i rozwija się w wyniku zakażenia HAV drogą pokarmową. Najczęściej występuje endemicznie u ludzi żyjących w złych warunkach sanitarnych. Wirus ten jest wydalany z kałem człowieka chorego, stąd zakażenie przez brudne ręce wiąże się z brakiem higieny, rzadkim myciem rąk i niehigienicznym przygotowywaniem posiłków. Wzw typu A kończy się całkowitym wyzdrowieniem, choć znajduje się na liście chorób zakaźnych i wymaga hospitalizacji.

Zapalenie wątroby HBV (wzw typu B). Na świecie żyje ponad 400 milionów ludzi zakażonych HBV i z tego powodu umiera rocznie 200–300 tysięcy (CDC, 2009; Juszczuk, 2008). Epidemiologiczne dane na temat rozpowszechnienia *Hepatitis B i C* wśród narkomanów w naszym kraju są zróżnicowane, zależnie od regionu (Juszczuk, 2008; Laskus, Lupa i Babiuch, 1988). W niektórych przypadkach stwierdza się ko-infekcję dwoma lub trzema typami wirusów, np. HBV+HCV+HDV, stąd zarówno zgłaszalność przypadków, jak i interpretacja danych epidemiologicznych jest w Polsce wysoce niedoskonała. Częstość występowania pojedynczego markera HBV, w postaci HBsAg (+), w grupie dożylnych narkomanów stwierdzono w około 16%, ale wśród narkomanów HIV(+) to już w 80% (Opoka-Kegler, Halota i Stolarczyk, 1994). Zapadalność na wzw typu B w Polsce znacznie się obniżyła w ostatnich latach w związku z profilaktycznym szczepieniem sporej populacji dorosłych i włączeniem szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (p/wzw-B) do obowiązkowego kalendarza szczepień u noworodków. Trzeba jednak wiedzieć, że około 5% szczepionych słabo lub w ogóle nie odpowiada produkcją przeciwciał anty-HBs odpornościowych. Dotyczy to szczególnie pacjentów z chorobami przewlekłymi o podłożu immunologicznym, narkomanów, leczonych immunosupresyjnie, zakażonych HIV, wyniszczonych, dializowanych, itp. Z tego powodu, u czynnych narkomanów po zaszczepieniu p/wzw-B należy okresowo (najlepiej co 5 lat) kontrolować poziom przeciwciał poszczepiennych anty-HBs. Poziom przeciwciał poniżej 10 U/mL wymaga ponownego zaszczepienia kompletną dawką szczepionki. Następstwem zakażenia HBV jest rozwój przewlekłego uszkodzenia wątroby, włóknienie prowadzące do marskości i rak wątroby. U 8–20% pacjentów, po 5 latach lub dłuższym czasie, dochodzi w wątrobie do przebudowy miększu, czyli marskości (Juszczuk, 2005; 2008). HBV jest wirusem onkogennym. W krajach naszego obszaru geograficznego wskaźnik za-

padalności na raka wątroby w związku z HBV ocenia się na 0,2/100 nosicieli. To dlatego zarówno szczepienia profilaktyczne, jak i leczenie przewlekłe chorych z wzw typu-B powinno być rozumiane jako profilaktyka przeciwnowotworowa w grupach wysokiego ryzyka zakażenia HBV. Leczenie zakażonych HBV jest obecnie obowiązującym standardem w ramach „The Consensus on Treatment of Chronic Hepatitis B and C – 2005” (Thomas, 2007). Standard ten nakazuje leczenie przewlekłych zapaleń wątroby, niezależnie od źródła pochodzenia infekcji HBV, także u narkomanów. Leczenie jest wielomiesięczne i wymaga ścisłego monitorowania, a więc osoba leczona nie może przyjmować nielegalnych substancji odurzających. W polskich ośrodkach, tak jak w innych klinikach na świecie, leczyć można tylko narkomana współpracującego, a więc albo w stanie całkowitej abstynencji, albo w ramach programów substytucyjnych. Leczeniem przewlekłych zapaleń wątroby zajmują się szpitale i kliniki chorób zakaźnych. Jak w każdym zakażeniu, ideałem byłaby całkowita eradykacja wirusa. W przypadku HBV tego celu nie można osiągnąć. Tak więc, podobnie jak w infekcji HIV, korzystne staje się trwałe obniżenie namnażania (replikacji) wirusa. Dzięki temu udaje się na długi czas zablokować postęp procesów włóknienia w wątrobie i rozwój raka. Lista leków do leczenia przewlekłego wzw typu-B staje się coraz dłuższa, a wiele preparatów znajduje się obecnie w trakcie badań klinicznych. Od dawna już stosowane w monoterapii interferony (IFN- α) obecnie są wzmacniane dodaniem leków o działaniu bezpośrednio przeciwwirusowym. Interferony mają naśladować w zakażonej komórce wątroby naturalne procesy zwalczania infekcji wirusowej, mają więc nieco inny mechanizm oddziaływania niż leki przeciwwirusowe. Pacjenci z podwójną infekcją HBV+HIV wymagają zastosowania takich leków, które wykazują podwójną aktywność przeciwwirusową – wobec HBV i HIV. W naszym kraju tego typu leczenie jest możliwe, pacjenci uzależnieni jednak bardzo często samowolnie przerywają terapię przed osiągnięciem efektu terapeutycznego, generując lekooporne szczepy HBV.

Zapalenie wątroby HCV (*Hepatitis C Virus*). W statystykach WHO szacuje się, że około 170 milionów osób, tj 3,1% całej populacji, jest zakażonych HCV. Wysoka prevalencja HCV wśród ludzi dożylnie stosujących środki odurzające jest dobrze udokumentowana w badaniach epidemiologicznych w Stanach Zjednoczonych, gdzie w niektórych stanach aż 89% dożylnych narkomanów jest nosicielami HCV. Statystyki amerykańskie potwierdzają rozprzestrzenienie HCV w populacji narkomanów od 63 do 90%, a w kohorcie oceniającej zależność zakażenia HCV od czasu pozostawania w nałogu pokazano, że w pierwszym roku dożylnego używania narkotyków ryzyko zakażenia HCV wynosi 64,7% (Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa i Moss, 2001; Kwiatkowski, Fortuin Corsi, i Boot, 2002). O istnieniu przewlekłego wzw typu-C narkomani najczęściej nie wiedzą, bo rzadko wykonują testy na obecność przeciwciał anti-HCV. Rozwiązaniem mogłoby tutaj być zintegrowanie testowania w kierunku HIV i jednocześnie HCV. Krwiopochodna droga obu infekcji powoduje, że bardzo często infekcji HIV towarzyszy także przewlekłe zakażenie HCV. Ko-infekcja HIV+HCV dotyczy 15–50% pacjentów z HIV/AIDS (Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa i Moss, 2001; Sylvestre, 2008). Największa europejska kohorta zakażenia HCV – w badaniu EuroSIDA – potwierdziła ko-infekcję HIV+HCV u 33% badanych (Harries i Maher, 1996). Na pewno większa liczba osób podwójnie zakażonych żyje w krajach Europy Wschodniej (Rosja, Białoruś) i Centralnej (Rumunia). Polskie sta-

tystyki nie rejestrują ko-infekcji, stąd brak danych. W warszawskim ośrodku leczenia HIV/AIDS ko-infekcję HIV+HCV potwierdzono u 60% pacjentów (PTN AIDS, 2011). Obserwacje kliniczne pokazują, że zapalenie wątroby HCV przyczynia się do szybszej progresji HIV i częstszych zgonów z powodu niewydolności wątroby u chorych w okresie AIDS. Jest to istotny problem, gdyż do tej pory nie ma profilaktycznej szczepionki przeciwko zakażeniu HCV oraz nie ma spójnych leków antyretrowirusowych o aktywności równoczesnej wobec obu wirusów.

Ostra faza zakażenia HCV najczęściej jest niezauważalna (u 90% zakażonych). Objawy choroby wątroby pokazują się dopiero po wielu latach bezobjawowego nosicielstwa, przy stale istniejącej aktywności zapalnej w komórkach wątroby. U 85% osób z potwierdzoną infekcją HCV, rozwija się przewlekłe zapalenie i marskość, a następnie rak wątroby, tj znacznie częściej niż w przypadku HBV. Współistnienie HIV i HCV, na obecnym poziomie medycyny, ma złe rokowanie, jeśli pozostaje nieleczone. W okresie AIDS obserwuje się wyższy poziom wirerii HCV w surowicy, w stosunku do pacjentów HIV-negatywnych. Fakt ten determinuje gorszą odpowiedź na leczenie zarówno infekcji HIV, jak i HCV. Z drugiej strony wiadomo, że większość leków antyretrowirusowych wykazuje niekorzystne dla wątroby działania niepożądane. Hepatotoksyczność leków ARV bardzo pogarsza wydolność wątroby, już wyczerpanej przewlekłym procesem zapalnym. Ryzyko wystąpienia raka wątroby także jest większe, gdy współistnieje infekcja HIV. Zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami – zawartymi w „European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines 2011” oraz „Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adult and Adolescents, DHHS U.S. Panel, 2011” – pacjenci z ko-infekcją HIV i HCV wymagają rozpoczęcia HAART w okresie wcześniejszym z równoczesnym leczeniem infekcji HCV (EACS, 2011; DHHS, 2011). Takie same zalecenia są zawarte w „Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, 2011 (PTN AIDS, 2011). Każdy pacjent zakażony HIV i HCV, aktywnie replikujący HCV, z liczbą CD4 poniżej 200 kom/mL, powinien być kwalifikowany do leczenia HCV, tak samo jak do leczenia HAART.

W Polsce są odrębne programy lecznicze dla pacjentów z HIV i HCV, w całości refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niestety, niewiele ośrodków leczenia HIV/AIDS może realizować program terapeutyczny HCV. W ramach tych programów stopniowo rozszerza się ofertę terapeutyczną dla narkomanów, jeśli pozostają w abstynencji lub w terapii zastępczej. Wielu pacjentów rezygnuje z leczenia i powraca do nałogu. Trudno zatem dokładnie ocenić końcowy efekt leczenia HCV w grupie narkomanów.

Leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu-C sprowadza się, jak na razie, do stosowania immunomodulatora – interferonu i leku przeciwwirusowego – Rybawiryny przez okres co najmniej 24 tygodni (CDC, 2009). W badaniach klinicznych pozostaje wiele obiecujących leków o działaniu anty-HCV, przyszłość pokaże, czy będą one bardziej skuteczne.

Zapobieganie HCV w populacjach młodych, jeszcze niezakażonych ludzi stosujących dożylnie substancje, sprowadza się do przekonywania ich o konieczności całkowitego zaprzestania używania nielegalnych substancji. Jeśli nie można tego celu osiągnąć, należy zmierzać do zastąpienia dożylniej drogi podawania inną, np. doustnym metadonem lub buprenorfiną. Dostęp do sterylnych igieł i strzykawek, edukacja na

temat zapaleń wątroby i następstw tego zakażenia, a także programy substytucji opiatowej, wydają się obecnie najbardziej słusznym kierunkiem w ramach redukcji szkód. Okresowe wykonywanie testów na obecność anty-HCV, szczepienie pacjentów przeciwko wzw typu-B u HCV(+) i regularne wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu oceny wydolności wątroby, powinny być wpisane do programu pro-zdrowotnego w placówkach z programem świadczeń dla uzależnionych.

3. Gruźlica (TB – tuberculosis)

Pomimo systematycznie obniżających się wskaźników zapadalności na gruźlicę, Polska nadal należy do krajów o dużej prevalencji zakażenia TB (23/100.000 ludności) (Aceijas, Simpson, Hickman i Rhodes, 2004; ECDC/WHO, 2011; Harries i Maher, 1996). Gruźlica nazywana była dawniej „chorobą społeczną”, ponieważ jej rozprzestrzenianie ma ścisły związek z warunkami socjalnymi i sanitarnymi. Styl życia narkomanów – bezdomność, brak higieny, niedożywienie, oziębienie, zamieszkiwanie w dużych zbiorowościach w warunkach o niskim standardzie sanitarnym – powoduje, że zapadalność na gruźlicę utrzymuje się w tej grupie na wysokim poziomie. Nie ma dokładnych danych epidemiologicznych na temat zachorowań na TB wśród narkomanów w Polsce. Krajowy Rejestr Gruźlicy zawiera dane zbiorcze o całej polskiej populacji. Współistnienie HIV i gruźlicy nazywane jest przez specjalistów „śmiertelną ko-infekcją”, ponieważ jedno zakażenie niekorzystnie wpływa na przebieg, leczenie i rokowanie drugiego. Zakaźność w gruźlicy jest uwarunkowana zawartością prątków *Mycobacterium tuberculosis* w płwocinie człowieka chorego. Z tego powodu ludzie prątkujący wymagają izolacji i leczenia swoistego, tj. przeciwprątkowego. Diagnostyka i leczenie gruźlicy nie są skomplikowane i względnie tanie. Skuteczność leczenia jest determinowana regularnym przyjmowaniem leków przeciwprątkowych, przez co najmniej 6 miesięcy, a czasem dłużej.

Terapia DOT. Niesystematyczne leczenie lub odstawienie całkowite leków skutkuje wygenerowaniem prątków lekoopornych. To dlatego terapia według zasady DOT (*Directly Observed Therapy*) jest najskuteczniejszą metodą leczenia gruźlicy u pacjentów słabo zdyscyplinowanych (Clarke, Keenan i Ryan, 2003). Oznacza to, że chory przyjmuje dawkę leków w obecności i pod kontrolą pracownika medycznego. Może się to odbywać, np. w punktach wydawania metadonu, w przychodni POZ, w zakładzie karnym. Leczenie gruźlicy u narkomanów w systemie DOT pokazuje, że znacznie szybciej uzyskuje się u nich odprątkowanie, a więc eliminację źródła gruźlicy w otoczeniu.

Specjaliści terapii uzależnień powinni być wyczuleni na dość charakterystyczne objawy kliniczne gruźlicy. Pacjent, który ponad 2 tygodnie ma uporczywy, nieefektywny kaszel, gorączkę, spadek wagi ciała, obfite nocne poty, powinien być niezwłocznie skierowany do lekarza w celu diagnostyki TB. Większość zakażeń udaje się potwierdzić prostym badaniem RTG klatki piersiowej i osłuchiowaniem płuc. Przy podejrzeniu gruźlicy kieruje się pacjenta do placówki specjalistycznej leczenia TB. U ludzi z obniżoną odpornością, np. w przebiegu AIDS, gruźlica może przybierać różne formy kliniczne, bo rozwija się poza płucami (D`Ambrosio, Centis, Spanevello i Migliori, 2010). Często występuje jako gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, węzłów chłonnych i innych narządów wewnętrznych. Najgroźniejsza jest postać uogólniona, tzw. prosówka gruźlicza.

Trudności w leczeniu gruźlicy u narkomanów są wynikiem braku dyscypliny w regularnym przyjmowaniu leków przeciwpłatkowych, przerwy w leczeniu lub jego zaprzestanie (Rider, 2002). Po odprątkowaniu chory przestaje być zakaźny dla otoczenia i w fazie wyjaławiającej może przyjmować leki w domu lub w ośrodku leczenia uzależnień. Szczególna rola terapeuty uzależnień będzie teraz polegać na dopilnowaniu pacjenta leczonego, by nadal przyjmował leki i respektował zalecenia terapeutyczne.

4. Choroby przenoszone drogą płciową

Choroby te nierzadko związane z prostytucją, są poważnym problemem klinicznym wśród uzależnionych kobiet i mężczyzn. Choroby o etiologii wirusowej to HIV, opryszczka genitalna, zakażenie HPV i kłykciny, HBV i HCV. Kiła, rzeżączka, wrzód weneryczny są wywołane przez bakterie. Zakażeniem grzybiczym przenoszonym drogą płciową jest kandydoza, wywołana przez gatunki *Candida*.

HPV. W ostatnim czasie wzrosła wykrywalność zakażeń spowodowanych genitalnymi typami wirusa ludzkiego brodawczaka (HPV – *Human Papilloma Virus*). Niektóre serotypy HPV mają właściwości rakotwórcze i są odpowiedzialne za rozwój raka szyjki macicy u kobiet oraz raka odbytu i jelita u mężczyzn i u kobiet. Cechą charakterystyczną nowotworów zależnych od zakażenia onkogennymi typami HPV jest wieloletni okres utajenia. W tym kontekście powinno się przeprowadzać regularne badania ginekologiczne wraz z cytologią i testem w kierunku HPV, zwłaszcza u narkomanek, które często zmieniają partnerów i u mężczyzn homoseksualnych. Standard profilaktyczny dla narkomanki HIV(+) obejmuje wykonywanie takich badań raz w roku (CDC, 2009; EACS, 2011; PTN AIDS, 2011).

Bezpieczny seks. Stany zapalne, nadżerki, owrzodzenia i urazy w obrębie narządów płciowych stanowią wrota dla zakażenia HIV poprzez kontakt płciowy bez zabezpieczenia prezerwatywą. Stosowanie męskich i kobiecych prezerwatyw, tak samo jak mikrobiocydy, nie zabezpieczają całkowicie przed możliwością zakażenia HIV, ale na pewno stanowią barierę dla HIV, a badania potwierdzają, że przy właściwym używaniu dają około 80% bezpieczeństwa. Środowisko aktywnych seksualnie narkomanów wymaga ustawicznej edukacji w tej dziedzinie. Propagowanie zasady bezpiecznego seksu, zdrowego stylu życia, higieny osobistej, tak samo jak wspieranie inicjatyw rozdawnictwa prezerwatyw, musi się mieścić w programach pracy z osobami uzależnionymi.

5. Ciężkie zakażenia bakteryjne

Zakażenia bakteryjne u narkomanów wiążą się albo z ich stylem życia, albo z istotnym obniżeniem odporności. Najczęściej bakterie wprowadzone są do naczynia krwionośnego przez zanieczyszczony sprzęt do iniekcji. Ropnie i głęboka ropowica skóry i tkanki podskórnej w miejscach po wkłuciach igły, a nierzadko obok żyły, są częstym powodem interwencji chirurgicznej. Ropnie wymagają nacięcia, założenia sączków, zmiany opatrunków przez wiele tygodni, a przede wszystkim kosztownej i wielolekowej antybiotykoterapii. Nielezione bakteryjne zakażenia przyranne po iniekcjach mogą prowadzić do poważnych powikłań w postaci posocznicy (sepsy), wstrząsu septycznego, zapalenia wsierdza, zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego i wtórnych zmian wielonarządowych.

Wszystkie te stany są bezpośrednim zagrożeniem dla życia, zawsze wymagają hospitalizacji, nierzadko w oddziałach intensywnej terapii.

Objawy kliniczne ciężkiej sepsy bywają niekiedy trudne do oceny u pacjenta, który jest pod wpływem środków odurzających. Zaburzenia świadomości, brak orientacji, splątanie, objawy neurologiczne – charakterystyczne dla ciężkiego zakażenia bakteryjnego – u narkomana mogą być zamaskowane działaniem środków psychoaktywnych. Ze względu na zagrożenie życia, we wszystkich wymienionych stanach, pacjenta z takimi objawami powinien zbadać lekarz i zdecydować o hospitalizacji.

6. Zapalenie dróg oddechowych

Zapalenie dróg oddechowych jest najczęściej spotykanym przewlekłym stanem klinicznym wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne. Wyczerpanie, niedobory witamin, wyziębienie organizmu sprzyjają obniżeniu odporności i infekcjom oddechowym. Przyczyny patologii w układzie oddechowym u tych ludzi są złożone: od uszkodzenia śluzówki nosa przez środki „do wachania”, poprzez przewlekłe zapalenie krtani i gardła w wyniku drażnienia poprzez inhalacje, aż po zaburzenia w ukrwieniu i wentylacji płuc w wyniku oddziaływania na ośrodek oddechowy w mózgu.

Zapalenie płuc rozwija się często w wyniku infekcji gronkowcowej (pierwotne ognisko w skórze, w ranie) i nieraz bywa powikłane ropniami w tkance płucnej lub wysiękowym zapaleniem opłucnej. U ludzi nieprzytomnych, np. podczas ataku padaczki lub pod wpływem środków odurzających albo alkoholu, może wystąpić tzw. „zachłystowe zapalenie płuc” – ciężka postać infekcji płucnej wymagająca intensywnej terapii.

7. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa rozwija się prawie u wszystkich osób przewlekle przyjmujących dożylnie substancje. Działanie bezpośrednie toksyn, zawartych w produktach przygotowywanych w domowych warunkach (kompot), powoduje zaburzenia homeostazy w systemie naczyń obwodowych. Inne czynniki, takie jak np. długotrwałe unieruchomienie kończyny w okresie odurzenia, uszkodzenie wątroby, picie alkoholu, zakażenia bakteryjne stanowią u narkomana realne czynniki ryzyka choroby zakrzepowej.

Zespół zakrzepowy. Choroba ta najczęściej manifestuje się jako zespół zakrzepowy gołeni, owrzodzenie lub zakrzepica głęboka naczyń. Typowy zespół zakrzepowy w obrębie podudzi to brunatne przebarwienie skóry, pęcherze sączące, wreszcie głęboka martwica tkanki podskórnej i mięśni. Zapobiegawczo chorzy wymagają przewlekłego przyjmowania leków przeciwzakrzepowych, a w okresach zaostrzeń – antybiotykoterapii i interwencji chirurgicznej. Zmiany nieleczone prowadzą do trwałego kalectwa i ograniczenia ruchomości kończyn. Owrzodzenie podudzia może być punktem wyjścia dla uogólnionej sepsy.

8. Choroby skóry

Choroby te są u narkomanów najczęściej spowodowane złymi warunkami sanitarnymi. Świerzb, wszawica, grzybica i reakcje toksyczno-alergiczne to najczęstsze problemy dermatologiczne. Liczne blizny i sączące zmiany ropne na skórze w odsłoniętych regionach ciała (twarz, szyja, dłonie) mogą być wynikiem samookaleczeń podczas omamów wzrokowych, np. po amfetaminie.

9. Padaczka

Napady drgawek w przebiegu padaczki są spowodowane urazami głowy, chorób organicznych mózgu, obniżenia poziomu sodu w wyniku odwodnienia lub też są następstwem bezpośredniego działania substancji toksycznych na ośrodkowy układ nerwowy. Oprócz przewlekłego leczenia padaczki, ważne jest zapewnienie choremu stałej opieki i nadzoru w sytuacjach prowokujących napad, wyculenie na objawy zwiastujące napad i odpowiednie postępowanie podczas drgawek, tj zabezpieczenie przed urazami oraz czynności przedmedyczne zanim przyjedzie lekarz.

10. Choroba sercowo-naczyniowa

Opisywane są przypadki ostrych i przewlekłych incydentów sercowo-naczyniowych wśród osób stosujących substancje psychoaktywne. W Stanach Zjednoczonych odnotowuje się rocznie ponad 100 tysięcy interwencji kardiologicznych u osób używających kokainy, benzodiazepin i amfetaminy. Rejestruje się w grupie osób uzależnionych zwiększoną częstość występowania zawałów serca, nadciśnienia tętniczego oraz niewydolności krążenia i zatorowości naczyń płucnych. Przewlekła choroba wieńcowa i zwężenie dużych naczyń są obserwowane u bardzo młodych ludzi przyjmujących kokainę (McCord i inni, 2008; Mondy i inni, 2008). Podkreśla się, że u ludzi stosujących środki odurzające, choroby serca mogą przebiegać asymptotycznie i nawet zawał serca może przebiegać bez sygnału bólowego, co jest groźne w sytuacji zagrożenia życia.

Zaburzenia psychiczne są opisane w innym rozdziale tej książki „Leczenie osób z podwójną diagnozą” autorstwa Marcina Wojnara i Adama Bisagi. Autorzy piszą o współwystępowaniu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeń psychicznych, koncentrując się głównie na schizofrenii i zaburzeniach afektywnych.

BIBLIOGRAFIA

- Aceijas, C., Simpson, G., Hickman, M. i Rhodes, T. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18(17), 2295-2303.
- Bouhnik, A. D., Chesney, M., Carrieri, P., Gallais, H. Moreau, J., Moatti, J. P. i Obadia, Y. (2002). Non-adherence among HIV-infected Injecting Drug Users: The Impact of Social Instability. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31, Suppl 3, 149-153.
- Centers for Diseases Control and Prevention, CDC. (2009). *Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents*. Recommendation from CDC, National Institutes of Health, HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, April 10, 58, 75-91. Strona internetowa: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5804.pdf>
- Clarke, S., Keenan, E. i Ryan, M. (2003). Directly observed antiretroviral therapy for injection users with HIV infection. *AIDS Reader*, 12(7), 312-316.
- D'Ambrosio, L., Centis, R., Spanevello, A. i Migliori, G. B. (2010). Improving tuberculosis surveillance in Europe is key to controlling the disease. *Eurosurveillance*, March, 15, 11, 2-3.

- Department of Health and Human Services, DHHS.** (2011). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adult and Adolescents*. DHHS U.S. Panel. Strona internetowa: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- European AIDS Clinical Society (EACS).** (2011). *Guidelines. Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe*. Version 6.
- European Centre for Disease Prevention and Control–ECDC/WHO Regional Office for Europe** (2011). *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, ECDC. Strona internetowa: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/tuberculosis
- Hahn, J. A., Page-Shafer, K., Lum, P. J., Ochoa, K. i Moss, A. R.** (2001). Hepatitis C Virus Infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology*, 34(1), 180-187.
- Harries, A. D. i Maher, D.** (1996). *TB/HIV: clinical manual*. Geneva: World Health Organization.
- Juszczak, J.** (2008). *Hepatitis B – strategie terapeutyczne*. Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Juszczak, J.** (2005). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B. W: A. Szczeklik (red.), *Choroby Wewnętrzne* (t. I, s. 915-919). Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna.
- Kwiatkowski, C.F., Fortuin Corsi, K. i Boot, R.E.** (2002). The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviors in IDU's. *Addiction*, 97(10), 1289-1294.
- Laskus, T., Lupa, E. i Babiuch, L.** (1988). Prevalence of hepatitis B virus markers among Polish alcoholics. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 20, 571-572.
- McCord, J., Jneid, H., Hollander, J. E., de Lemos, J. A., Cercek, B., Hsue, P., Gibler, W. B., Ohman, E. M., Drew, B., Philippides, G. i Newby, L. K.** (2008). Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. Scientific AHA Statement. *Circulation*, 117, 1897-1907. Strona internetowa: <http://circ.ahajournals.org/content/117/14/1897.long>
- Mondy, K., Gottdiener, J. S., Overton, T., Henry, K., Conley, L., Bush, T., Hammer, J., Carpenter, C., Kojic, M. i Brooks, J.** (2008). *Prevalence and Risk Factors in HIV-infected Persons for Echocardiographic Abnormalities in the Era of Modern HAART*. 15th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 3-6, 2008, Boston, MA.
- Opoka-Kegler, J., Halota, W. i Stolarczyk, J.** (1994) *Hepatologiczna ocena narkomanów przyjmujących środki odurzające drogą dożylną. Współczesne problemy epidemiologii, kliniki i zapobiegania chorobom zakaźnym*. Materiały Naukowe XIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Poznań 23-24.09.1994.
- Państwowy Zakład Higieny.** (2010). *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce*. Strona internetowa: http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm
- PTN AIDS.** (2011). *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV – Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS* (praca zbiorowa, redakcja A. Horban, R. B. Podlasin, A. Wiercińska-Drapała, G. Cholewińska, E. Bąkowska). Warszawa. Strona internetowa: <http://ptnaids.pl/attachments/article/20/rekomendacje2011.pdf>
- Rider, H. L.** (2002). *Intervention for TB control and elimination*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Stańczak, W.** (1999). *Toksykologia*. Warszawa: PZWL.
- Sylvestre, DL** (2008). *HCV treatment in the setting of Methadone Maintenance: Management Tools for Healthcare Professionals*. Clinical Care Options. Postgraduate Institute for Medicine, 6-7.
- Thomas, H. C.** (2007). Best practice in the treatment of chronic hepatitis B: a summary of the European Viral Hepatitis Educational Initiative (EVHEI). *Journal of Hepatology*, 47(4), 588-597.
- WHO/UNAIDS/UNODC** (2005). *Antiretroviral therapy and injecting drug users: Policy Brief*. Geneva: WHO.

Rozdział 24

System opieki i terapia kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych – przegląd badań i wskazania dla praktyki klinicznej

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

WPROWADZENIE

Płeć stanowi ważną zmienną w obszarze badań nad leczeniem uzależnień od substancji psychoaktywnych. Przesłanką przemawiającą za uwzględnieniem tej zmiennej w badaniach jest rosnąca liczba uzależnionych kobiet, zgłaszających się do leczenia w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat. W krajach UE oraz Stanach Zjednoczonych stanowią one 30% leczonych osób (UNODC, 2004). Z danych gromadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wynika, że kobiety stanowią ok. 25% wśród wszystkich leczonych w polskich placówkach stacjonarnych (Sierosławski, 2008). Badania prowadzone w tym obszarze wskazują na występowanie istotnych różnic w obrazie klinicznym uzależnionych kobiet i mężczyzn oraz na inne czynniki ryzyka sprzyjające powstaniu uzależnienia. Uwaga badaczy skierowana została także na kwestię barier, utrudniających kobietom podjęcie decyzji o leczeniu i zgłoszenie się do właściwej placówki. W niniejszym artykule cytowane są wnioski z badań prowadzonych według schematu doboru losowego z próbą kontrolną, a także według modelu quasi-eksperymentalnego. Badania prowadzono w placówkach oferujących terapię kobietom uzależnionym od alkoholu lub narkotyków lub uzależnionym od wielu substancji psychoaktywnych – zarówno w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Niektóre poddane badaniom programy realizowano w tradycyjnych, koedukacyjnych placówkach, ale miały specjalną ofertę dla kobiet, w innych beneficjentkami były wyłącznie kobiety. Niniejszy rozdział, ze względu na ograniczoną objętość, nie obejmuje wszystkich interesujących i naukowo zweryfikowanych zagadnień dotyczących opieki nad kobietami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych i ich terapii, lecz odnosi się do wybranych problemów.

HISTORYCZNY KONTEKST LECZENIA UZALEŻNIONYCH KOBIEC

Bezpośrednią przyczyną zainteresowania kobietami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych, jako szczególnie grupą, była zwiększająca się w niektórych krajach liczba kobiet poszukujących leczenia z powodu uzależnienia. Zdecydowana większość z nich była w wieku prokreacyjnym, niektóre były już matkami, a inne zgłaszały się do leczenia w trakcie ciąży. Rosła także liczba noworodków z objawami poporodowego zespołu abstynencyjnego.

W Europie pierwsze programy leczenia uzależnień, dedykowane specjalnie kobietom, powstały na przełomie lat 70. i 80. przede wszystkim w krajach skandynawskich.

Zainicjowała je w szczególności kobieca część personelu zatrudniona w placówkach, udzielających pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych (często były to przedstawicielki ruchów feministycznych). W USA zainteresowanie programami dedykowanymi uzależnionym kobietom pojawiło się wraz z epidemią używania cracku, co doprowadziło do uzależnienia się od tego środka licznej grupy kobiet ciężarnych lub będących już matkami. Pierwszy eksperymentalny program dla nich był wdrażany w latach 1973–1974 (Grella, 2007). W 1988 roku Kongres Stanów Zjednoczonych przyjął nawet ustawę, która zobowiązywała wszystkie stany do przeznaczania 10% środków, kierowanych na ograniczenie popytu na narkotyki – na programy leczenia uzależnionych kobiet oraz opieki nad ich dziećmi (Ashley, Marsden i Brady, 2003).

Obecnie można zaryzykować stwierdzenie, że w większości krajów UE oraz w USA istnieją różne formy usług przygotowanych z myślą o kobietach uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w szczególności zaś adresowanych do kobiet w ciąży. Mogą być one oferowane w ramach tradycyjnych, koedukacyjnych programów lub w takich, których beneficjentkami są wyłącznie kobiety. Dostępność tego typu usług jest zróżnicowana w zależności od kraju, ale większość kobiet leczy się nadal w placówkach, które nie uwzględniają ich specyficznych potrzeb (Hedrich, 2000).

W Polsce, jak do tej pory, nie przeprowadzono analiz, które dawałyby odpowiedź na pytanie, w jakim zakresie oferta leczenia uwzględnia specyficzne potrzeby kobiet. Wydaje się jednak, że w praktyce klinicznej niewiele placówek oferuje usługi specjalnie przygotowane z myślą o kobietach. Tylko w niektórych placówkach proponowane są im dodatkowe grupy, podczas których mogą uczyć się, jak radzić sobie z przeżytą traumą psychiczną i co to znaczy odpowiedzialne rodzicielstwo, a także uzupełniać wiedzę w zakresie ryzyka HIV/AIDS. Jeszcze bardziej skomplikowana sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy kobiety te są matkami. Niewielka część placówek leczenia uzależnień przyjmuje je razem z dziećmi, pomimo iż jak wynika z wielu badań, o których będzie mowa, kobiety osiągają lepsze wyniki w terapii, jeśli towarzyszą im dzieci.

Podsumowując, można stwierdzić, że w praktyce klinicznej rzadko uwzględnia się płęć jako zmienną wpływającą na przyczyny, mechanizmy, obraz kliniczny uzależnienia oraz proces leczenia i zdrowienia.

BARIERY UTRUDNIAJĄCE KOBIECIOM PODJĘCIE LECZENIA

Planując ofertę leczenia dla uzależnionych kobiet, należy być świadomym występowania wielu barier ograniczających kobietom dostęp do terapii. Bariery te mają różnorodny charakter. Część z nich związana jest z organizacją systemu opieki i leczenia, inne wynikają z uwarunkowań kulturowych i pozycji społeczno-ekonomicznej kobiet we współczesnym społeczeństwie.

Kobiety nadużywające substancji psychoaktywnych są znacznie bardziej napiętnowane społecznie niż analogiczna grupa mężczyzn. W nadużywaniu substancji wpisane jest zaniedbywanie lub niewywiązywanie się z tradycyjnie przypisywanych kobietom ról, jak odpowiedzialne macierzyństwo i dbałość o „domowe ognisko”. Niemożność spełnienia tych społecznych oczekiwań sprzyja doświadczaniu przez nie znacznie większego poczucia winy i wstydu, niż ma to miejsce w przypadku mężczyzn nad-

używających substancji, którym społeczeństwo jest skłonne wybaczyć zaniedbywanie obowiązków rodzinnych i wychowawczych. Ciężąca na kobietach uzależnionych od substancji psychoaktywnych stygma społeczna może wpływać na wzmacnianie mechanizmów zaprzeczania i bagatelizowania problemu (Copeland, 1997).

Należy też pamiętać, że status społeczny i sytuacja ekonomiczna uzależnionych kobiet są gorsze w porównaniu z uzależnionymi mężczyznami. Częściej niż mężczyźni pozostają bez pracy, a jeśli mają jakiś dochód to jest on zwykle niższy, niż dochód uzależnionych mężczyzn (Hedrich, 2000; UNODC, 2004).

W niektórych krajach, jak np. w USA, zwraca się uwagę na kolejny czynnik, utrudniający kobietom podjęcie decyzji o leczeniu. Jest nim lęk i obawa, że wraz ze zgłoszeniem się na terapię, co jest oceniane przez społeczeństwo i wymiar sprawiedliwości jako przyznanie się do drastycznego zaniedbywania obowiązków rodzicielskich, zostaną im odebrane lub w najlepszym wypadku ograniczone prawa rodzicielskie.

W niektórych badaniach głównym powodem rezygnacji z leczenia, wskazywanym przez kobiety, był brak opieki nad dzieckiem i trudności w zorganizowaniu i opłaceniu transportu na miejsce terapii, odbywającej się w trybie ambulatoryjnym (Lewis, Haller, Branch i Ingersoll, 1996; Copeland, 1997; UNODC, 2004).

Wszystkie powyższe czynniki, w zależności od sytuacji życiowej kobiety, mogą utrudniać lub opóźniać podjęcie przez nią decyzji o zgłoszeniu się do placówki leczenia uzależnień oraz negatywnie wpływać na wskaźnik retencji.

PSYCHOSPOŁECZNE CZYNNIKI RYZYKA UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I ICH KONSEKWENCJE

1. Wpływ rodziców i partnera a nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie od nich

Uzależnione kobiety częściej, niż uzależnieni mężczyźni, pochodzą z dysfunkcyjnych rodzin pierwotnych (Chatham, Hiller, Rowan-Szal, Joe i Simpson, 1999). Częściej, niż mężczyźni, wchodzą w niezdrowe, zależne związki zdominowane przez ich partnerów, nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych, którzy nie wspierają ich leczenia, a raczej podtrzymują uzależnienie oraz osłabiają zdolności do kierowania własnym życiem (zarządzania finansami, planowania przyszłości). Wyniki badań potwierdzają także, że kobiety, rzadziej niż mężczyźni, otrzymują wsparcie od osób bliskich w podjęciu decyzji o leczeniu. Partnerzy uzależnionych kobiet mogą grozić przemocą czy zerwaniem relacji, jeśli ich partnerka zdecyduje się na podjęcie leczenia (Amoro i Hardy-Fanta, 1995). Czynnikiem skłaniającym kobiety do podjęcia leczenia jest cięża, doświadczanie przemocy fizycznej oraz problemy prawne (Walton-Moss, 2006). W przeciwieństwie do kobiet, mężczyźni najczęściej zgłaszają się do lecznictwa z powodu presji rodziny oraz braku zgody na używanie substancji ze strony życiowego partnera. (Grella i Joshi, 1999).

2. Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych a uzależnienie

Prowadzone od lat 80. badania potwierdzają, że wśród osób nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych wskaźniki współwystępowania zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń nastroju oraz zaburzeń lękowych, są

dwukrotnie wyższe w porównaniu z populacją osób niespełniających kryteriów diagnostycznych nadużywania lub uzależnienia (Regier i inni, 1990; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes i Nelson, 1995; Deykin i Buka, 1997; Volkow, 2008). Podobnie wśród osób, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju, depresję, antysocjalne zaburzenia osobowości lub zaburzenia zachowania ryzyko rozpowszechnienia nadużywania substancji lub uzależnienia od nich było dwukrotnie wyższe, w porównaniu z populacją ogólną (Volkow, 2008). Wnioski z wielu badań wskazują, że uzależnione kobiety, bardziej niż uzależnieni mężczyźni, znajdują się w sytuacji zwiększonego ryzyka doświadczania wielu problemów natury psychicznej, włączając w to współwystępowanie np. depresji, zaburzeń lękowych, dwubiegunowych zaburzeń afektywnych, fobii, zaburzeń psychoseksualnych, zaburzeń jedzenia i zaburzeń stresu pourazowego (Brady, Dansky, Sonne i Saladin, 1998; Najavits, Weiss i Shaw, 1997; Merikangas i Stevens, 1998; Deykin i Buka, 1997; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes i Nelson, 1995). Dane z badań populacji klinicznych są spójne z danymi z badań epidemiologicznych prowadzonych w populacji generalnej, w której to zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe są bardziej rozpowszechnione wśród kobiet niż mężczyzn, podczas gdy zaburzenia osobowości częściej występują wśród mężczyzn niż kobiet (Brady, Dansky, Sonne i Saladin, 1998). Szukając odpowiedzi na pytanie o związki pomiędzy używaniem/uzależnieniem od substancji psychoaktywnych a współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi rozpatruje się trzy typy powiązań: 1. nadużywanie substancji powoduje większe ryzyko występowania zaburzeń psychicznych, 2. zaburzenia psychiczne prowadzą do nadużywania substancji i uzależnienia od nich, 3. zarówno nadużywanie/uzależnienie, jak i zaburzenia psychiczne są spowodowane przez te same czynniki, jak np. ekspozycja na silny stres, genetyczna podatność (Volkow, 2008).

Wyniki weryfikacji powyższych hipotez zależą od badanej populacji, metodologii badania, przyjętych definicji oraz stosowanych narzędzi badawczych. W licznych badaniach potwierdzono jednak, że afektywne oraz lękowe zaburzenia występują wcześniej, niż nadużywanie substancji w populacji osób poszukujących leczenia. Przy czym prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sekwencji zdarzeń jest większe wśród kobiet niż mężczyzn.

Doświadczenie ciężkiej traumy psychicznej a uzależnienie.

Badacze zainteresowali się także naturą związku, jaki zachodzi pomiędzy uzależnieniem, współwystępowaniem zaburzeń psychicznych a doświadczeniem poważnej traumy psychicznej. Pomimo że wyniki badań epidemiologicznych potwierdzają większe narażenie mężczyzn na doświadczenia związane z traumatycznymi wydarzeniami, to jednak w przypadku kobiet należy się liczyć z większym prawdopodobieństwem wystąpienia objawów stresu pourazowego (Dragan, 2008). Szacuje się, że od 33% do 59% kobiet oraz od 12% do 34% mężczyzn spełnia kryteria diagnostyczne dla zespołu stresu pourazowego (PTSD, *Posttraumatic Stress Disorder*) w trakcie leczenia z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Najavits, Weiss i Shaw, 1997). W badaniu przeprowadzonym wśród 15–19-latków, uczestniczących w terapii z powodu uzależnienia, stwierdzono, że ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego jako konsekwencji traumatycznych wydarzeń, było większe wśród leczonych dziewcząt, niż wśród leczonych chłopców (45% kobiet i 24% mężczyzn spełniało,

kiedykolwiek w życiu, kryteria diagnostyczne PTSD). Ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego zależało nie tylko od płci, ale też od rodzaju doświadczonego traumatycznego wydarzenia. U ofiar gwałtu ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego było takie samo, niezależnie od płci. Jednak ryzyko stania się ofiarą gwałtu w przypadku kobiet było ok. 11 razy większe niż mężczyzn, co prawdopodobnie wyjaśnia, dlaczego u kobiet częściej diagnozuje się zespół stresu pourazowego (Deykin i Buka, 1997). Badanie to potwierdziło także, że u ok. 59% leczonych dziewcząt zespół stresu pourazowego występował wcześniej niż nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie od nich (u leczonych mężczyzn tylko w ok. 28% przypadków) (Kilpatrick, Resnick, Saunders i Best, 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes i Nelson, 1995).

Powyższe wnioski zostały także potwierdzone w badaniu przeprowadzonym przez Miranda i wsp., w którym to kobiety częściej niż mężczyźni używały substancji psychoaktywnych jako metody samoleczenia w radzeniu sobie z traumatycznymi wydarzeniami (Miranda, Meyerson, Long, Marx i Simpson, 2002).

W Polsce badanie na temat rozpowszechnienia traumatycznych wydarzeń oraz występowania stresu pourazowego w populacji osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu przeprowadziła m.in. Małgorzata Dragan¹. Wskaźnik występowania bieżącego zespołu stresu pourazowego w badanej próbie wyniósł 24,7%, czyli dotyczył niemal co czwartego pacjenta. Kryteria zespołu stresu pourazowego spełniało 26,4% kobiet i 24,2% mężczyzn, różnica między płciami była nieistotna statystycznie (Dragan, 2008).

Wyniki badań potwierdzają, że kobiety, u których rozwinął się zespół stresu pourazowego cechuje większa podatność na doświadczenie ponownej traumy, rzadziej kończą leczenie i ze słabszym efektem (Grella i Joshi, 1999; Grella, 2007).

SYSTEM OPIEKI I TERAPIA UZALEŻNIONYCH KOBIEC

Obecnie nie funkcjonuje żadna, powszechnie akceptowalna, definicja programów leczenia kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W rozważaniach na ten temat podkreśla się, że model terapii powinien być zintegrowany i obejmować kluczowe kwestie zidentyfikowane w naukowych badaniach.

Jak pokazują wcześniejsze analizy, wyniki badań sugerują, że kobiety zgłaszające się do leczenia, w porównaniu z grupą mężczyzn, demonstrują znacznie poważniejsze problemy, obejmujące: doświadczenie traumy lub innych zaburzeń psychicznych, słabsze zasoby wyrażane przez zatrudnienie i wysokość dochodu, mniejsze wsparcie rodziny dla leczenia oraz większą odpowiedzialność za gospodarstwo domowe i rodzinę. Zwraca się uwagę na konieczność zapewnienia kontinuum opieki, począwszy od programów ograniczania szkód zdrowotnych do programów psychoterapii uzależnień, ukierunkowanych na osiągnięcie abstynencji. Koncentracja wyłącznie na abstynencyjnych programach wysokoprogowych powoduje, że tracimy część potencjalnych pacjentek. Niektóre z nich mogą nie być gotowe do rezygnacji z używania

¹ W Polsce badania na temat zespołu stresu pourazowego prowadzone były przede wszystkim przez M. Lis-Turlejską z UW.

substancji, co nie oznacza, że objęcie ich opieką jest bezcelowe. Obejmując je opieką medyczną, dostarczając informacji na temat bezpieczniejszych praktyk seksualnych czy bezpieczniejszego używania substancji psychoaktywnych możemy wpływać na zmianę najbardziej ryzykownych zachowań oraz motywować do wyznaczania realnych do osiągnięcia celów (UNODC, 2004).

W odniesieniu do psychoterapii uzależnionych kobiet zastosowanie znajdują te same modele, co i w przypadku uzależnionych mężczyzn. Badania potwierdzają skuteczność poznawczo-behawioralnej psychoterapii uzależnień, która wpływa na zmianę destrukcyjnych przekonań i wspiera rozwój nowych umiejętności, takich jak rozwiązywanie problemów, a w szczególności radzenie sobie ze stresem (UNODC, 2004). Niektóre badania sugerują, że w przypadku kobiet etiologia nawrotu choroby ma inne podłoże niż u uzależnionych mężczyzn. U kobiet większe znaczenie wydają się mieć sytuacje, związane z silnymi negatywnymi emocjami i konfliktami interpersonalnymi. Dlatego trening zapobiegania nawrotom choroby powinien uwzględniać te różnice (Walton, Blow i Booth, 2001; UNODC, 2004). Model psychoterapii uzależnionych kobiet powinien być uzupełniany przez odpowiednie inne komponenty, które zostaną omówione poniżej.

1. Zintegrowany model leczenia i opieki nad zdrowiem psychicznym

W przeciwieństwie do wcześniejszych poglądów, obecnie uważa się, że równoległe zajmowanie się uzależnieniem oraz współwystępującymi zaburzeniami w zintegrowanym modelu opieki i leczenia, daje znacznie lepsze wyniki niż zajmowaniem się tymi problemami oddzielnie (Brady, Back, Dansky, Carroll i Foa, 2001; Najavits, 2002). Kobiety, trafiające do placówek leczenia uzależnień, powinny być diagnozowane pod kątem rozpoznania takich zaburzeń, jak: zaburzenia lękowe, depresja, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia łaknienia, fobie oraz zaburzenia osobowości, w szczególności zaburzenia *borderline* (UNODC, 2004).

Biorąc pod uwagę, że tak wiele kobiet ma za sobą przebyte doświadczenie nadużyć seksualnych oraz przemocy fizycznej, kluczowe znaczenie ma zorganizowanie bezpiecznego środowiska, w którym odbywa się leczenie. Według Najavits (2002) potrzeba bezpieczeństwa to podstawowa potrzeba pacjentek w początkowym etapie leczenia. Celem programu powinno być zaprzestanie używania substancji, zakończenie niebezpiecznych relacji (z osobami stosującymi przemoc, używającymi substancji psychoaktywnych) oraz zwiększenie kontroli nad objawami zarówno uzależnienia, jak i zespołu stresu pourazowego. Udział w terapii powinien wyposażać pacjentki w umiejętności radzenia sobie z uzależnieniem i z objawami PTSD, wspierać je w rozumieniu jednego i drugiego zaburzenia oraz w relacji jaka zachodzi między nimi. Opracowany przez Najavits i zweryfikowany w empirycznych badaniach program „Poszukując bezpieczeństwa” miał pozytywny wpływ na funkcjonowanie kobiet w takich wymiarach, jak natężenie psychiatrycznych objawów, umiejętność radzenia sobie z samobójczymi myślami, rozwiązywanie problemów, społeczne przystosowanie (Najavits, 2002).

Na interesujące zjawisko etapów gotowości do wprowadzenia zmiany zwracają z kolei uwagę Brown i wsp. (Brown, Melchior, Panter, Sloughier i Huba, 2000). W zaproponowanym przez nich Modelu Etapów Zmiany, nawiązującym do koncepcji Prochaski i DiClemente (Prochaska i Norcross, 2006), podkreślają, że wiele kobiet gotowych jest podjąć działania ukierunkowane na poprawę swojego funkcjonowania

w obszarze przemocy domowej oraz ryzykownych zachowań seksualnych, wcześniej niż na zmiany w obszarze nadużywania substancji psychoaktywnych. Według Browna i wsp. odzwierciedla to hierarchię gotowości kobiety do zmiany – to co z jej punktu widzenia stanowi największy problem, rozwiązywane jest w pierwszej kolejności. Fakt ten może doprowadzić do pojawienia się rozbieżności pomiędzy celami postrzeganymi jako priorytetowe przez terapeutę i pacjentkę. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że w takim przypadku kluczowe znaczenie ma perspektywa pacjentki.

Badacze są zgodni, że doświadczenie przemocy, w szczególności seksualnej, powinno być traktowane z niezwykłą rozważą. Rekomenduje się redukcję objawów stresu pourazowego oraz dużą rozważę i ostrożność w wykorzystywaniu techniki konfrontacji (co, niestety, często dzieje się np. w modelu społeczności terapeutycznej). U kobiet mogą bowiem ponownie uaktywniać się traumatyczne przeżycia i prowokować do ponownego doznawania bezsilności związanej z tymi doświadczeniami (Copeland, 1997), co z kolei może negatywnie wpływać na przebieg terapii, a nawet prowadzić do jej przerwania. Badania potwierdzają, że zajmowanie się problemem przemocy seksualnej przez niedoświadczony lub nieprzeszkolony odpowiednio personel skutkuje większym ryzykiem nawrotu choroby, w porównaniu z sytuacją braku jakiegokolwiek interwencji w tym obszarze (Copeland, Hall, Didcott i Biggs, 1993; UNODC, 2004; Brown, Melchior, Panter, Slougher i Huba, 2000).

2. Zastosowanie *case management*

Kryteria zintegrowanego modelu opieki spełnia tzw. *case management*. W wielu badaniach stwierdzono, że jego zastosowanie może istotnie przyczynić się do poprawy wskaźników retencji wśród kobiet, leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Nastolatki, które uczestniczyły w tradycyjnych programach terapeutycznych i równocześnie korzystały z indywidualnych konsultacji doświadczonego doradcy, uzyskiwały lepsze wyniki w leczeniu, w porównaniu z grupą dziewcząt uczestniczących wyłącznie w tradycyjnym leczeniu (Noel, 2006). Znaczenie *case management* polega na tym, że program opieki i leczenia jest indywidualnie dostosowywany do potrzeb pacjentki. *Case management* wybiega dalece poza terapię i koncentruje się na rozwiązywaniu wielu innych życiowych problemów pacjentki, na przykład konfliktów z prawem, problemów zdrowotnych, opieki psychiatrycznej, problemów ze znalezieniem pracy czy bezpiecznego miejsca do zamieszkania. W tym podejściu wykorzystuje się współpracę pomiędzy wieloma różnymi instytucjami i sektorami, w celu zapewnienia kompleksowej i adekwatnej do potrzeb pacjentki opieki i leczenia² (UNODC, 2004).

3. Wspólny pobyt matek i ich dzieci w trakcie leczenia oraz opieka nad dzieckiem

Umożliwienie leczącym się kobietom, by przebywały razem z dziećmi okazało się ważnym czynnikiem przyciągania do leczenia oraz miało istotny wpływ na poprawę wskaźników retencji (Lewis, Haller, Branch i Ingersoll, 1996). Skądinąd (z wielu innych badań) wiadomo, że jednym z podstawowych predyktorów wyniku leczenia jest długość pozostawania w terapii. Badania prowadzone w społeczności terapeutycznej,

² Patrz w tym tomie rozdział K. Dąbrowskiej „Wykorzystanie metody *case management* w pracy z osobami uzależnionymi”.

według schematu eksperymentalnego, pokazały, że kobiety przebywające podczas terapii razem ze swoimi dziećmi pozostawały w leczeniu znacznie dłużej (średnia długość pobytu – 300 dni), niż kobiety oddzielone od dzieci (średnia długość pobytu – 102 dni) (Hughes i inni, 1995). Ponadto kobiety, którym w trakcie leczenia stacjonarnego towarzyszyły dzieci, ujawniały w tym czasie niższy poziom objawów depresyjnych, a ich poziom samooceny był wyższy w porównaniu z matkami, których dzieci były pod opieką innych osób (Wobie, Eyler, Conlon, Clarke i Behnke, 1997). Wyniki tego badania sugerują, że im wcześniej dziecko zostanie dołączone do matki w terapii, tym dłużej matka pozostaje w leczeniu.

W badaniu przeprowadzonym przez Cuskeya i Watheya (1982) (wg modelu quasi-eksperymentalnego) w pół roku po ukończonym leczeniu stwierdzono, że kobiety w ciąży lub matki, którym w czasie leczenia w społeczności terapeutycznej towarzyszyły dzieci, osiągały istotną poprawę funkcjonowania w takich wymiarach jak: abstynencja (wszystkie pacjentki zachowywały abstynencję), kolizja z prawem (97% z nich nie weszło w kolizję z prawem), zatrudnienie (14% było zatrudnionych).

Placówki leczenia uzależnień realizujące programy dla kobiet, w tym w ciąży lub matek z dziećmi, zwykle organizują szereg specyficznych zajęć, obejmujących m.in. takie zagadnienia jak: odpowiedzialne rodzicielstwo, budowanie relacji, emocjonalne bezpieczeństwo, zdrowie, właściwe odżywianie. Ponadto oferta dodatkowych zajęć często obejmuje tematykę nadużyć seksualnych oraz treningi negocjowania z partnerem bezpieczniejszych praktyk seksualnych (Wobie, Eyler, Conlon, Clarke i Behnke 1997; Najavits, 2002).

W większości programów, gdzie kobietom umożliwiono przebywanie razem z dziećmi, zorganizowano dodatkowych opiekunów – w niektórych były to wykwalifikowane opiekunki, w innych przeszkolone wolontariuszki. Często ich rola nie ograniczała się do opieki nad dziećmi, ale polegała także na modelowaniu pożądanych zachowań rodzicielskich oraz nauce podstawowych umiejętności z zakresu opieki i pielęgnacji małego dziecka. Warto podkreślić, że zapewnienie opieki nad dzieckiem jest dla kobiet również zachętą do zgłoszenia się do programów ambulatoryjnych. W prowadzonych badaniach często podkreślały, że nie mają możliwości zorganizowania opieki nad dzieckiem w czasie, gdy zgłaszają się do placówki ambulatoryjnej na umówione spotkanie lub na długotrwałe leczenie stacjonarne. Pacjentki z poważną historią nadużywania substancji psychoaktywnych bywają zazwyczaj skonfliktowane ze swoimi bliskimi i rodziną lub ich relacje są bardzo skomplikowane, co nie sprzyja zwróceniu się do nich po pomoc w opiece nad dzieckiem (Hedrich, 2000).

Żadne z cytowanych w niniejszym rozdziale badań nie potwierdziło poglądu, że fakt wspólnego przebywania matek i ich dzieci w trakcie leczenia stacjonarnego negatywnie wpływa na wynik leczenia. Wniosek ten wydaje się wart rozważenia w kontekście rozpowszechnionego wśród niektórych specjalistów poglądu, że dzieci dezorganizują proces leczenia i wyłączają matkę z terapii, powodując tym osiągnięcie słabych wyników w leczeniu.

4. Treningi wspierające umiejętności wychowawcze oraz treningi dla dzieci

W kontekście leczenia kobiet, będących matkami, szczególnie interesująco wyglądają wyniki badań dotyczące udziału kobiet w treningach rozwijających ich umiejętności wychowawcze oraz uczących nawiązywania właściwych relacji z dziećmi. Okazało się, że te

2 elementy mają pozytywny wpływ zarówno na wskaźniki retencji, jak i na lepsze relacje z dziećmi po zakończeniu leczenia. Dzieci, których uzależnione matki uczestniczyły w treningach odpowiedzialnego rodzicielstwa, demonstrowały mniej zaburzeń w wymiarze emocjonalnym i zachowania, co z kolei pozytywnie wpływało na funkcjonowanie matek po ukończonym leczeniu i przyczyniało się do ograniczenia używania substancji. Ponadto stwierdzono, że dzieci rodziców, leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych, które same uczestniczyły w treningach umiejętności psychologicznych, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów, demonstrowały szereg pozytywnych zmian zachowania. Ich relacje z rodzicami cechowało zmniejszenie poziomu stresu i objawów depresji u matek, co pozytywnie wpływało na proces zdrowienia i ograniczało ryzyko nawrotu (Grella i Greenwell, 2004; UNODC, 2004). Wydaje się, że badania potwierdzają, iż najlepsze rezultaty można osiągnąć, jeśli odpowiednią opieką i treningami umiejętności objęte są zarówno matki pozostające w terapii, jak i ich dzieci. Taki system opieki był z sukcesem wdrażany w wielu programach ambulatoryjnych, leczenia substytucyjnego, a także ukierunkowanych na pełną abstynencję w placówkach stacjonarnych (UNODC, 2004).

5. Bezpieczne schronienie, domy przejściowe oraz usługi transportowe

Badania potwierdziły, że umożliwienie kobietom, żyjącym w niesprzyjających warunkach (przemoc, nadużywanie substancji przez partnera) skorzystania z alternatywnego schronienia w trakcie leczenia ambulatoryjnego, istotnie poprawia wskaźniki retencji. W przypadku kobiet posiadających dzieci ważne jest, aby mogły zamieszkać w tymczasowym domu wraz z potomstwem. W badaniach, tzw. Richmond Projekt (Lewis, Haller, Branch i Ingersoll, 1996), stwierdzono, że kobiety korzystające z przejściowych domów w czasie leczenia ambulatoryjnego znacznie dłużej pozostawały w terapii, niż kobiety pozostające w swoim naturalnym środowisku (odpowiednio: 60% i 20% po 60 dni terapii). Po zakończeniu trwającego 5 lat projektu Richmond, personel zalecał, aby kobiety, które odbyły już leczenie miały możliwość pozostania w domu przejściowym przez 2–3 lata. W tym czasie mogłyby zdobyć kwalifikacje (wykształcenie), rozpocząć pracę i stać się samowystarczalne, co przyczyniłoby się do poprawy samooceny i utrzymywania trzeźwości (Lewis, Haller, Branch i Ingersoll, 1996).

Innym ważnym elementem, ułatwiającym kobietom podjęcie terapii w trybie ambulatoryjnym i poprawiającym wskaźniki retencji, były usługi transportowe. Mogły one obejmować system *voucherów* na taksówki, opłacanych przez program lub lokalne służby współpracujące z programem; niekiedy kupowano własny środek transportu w ramach realizowanego programu, zapewniano także kobietom uczestniczącym w programie i ich dzieciom bezpłatne bilety na środki komunikacji (Lewis, Haller, Branch i Ingersoll, 1996).

6. Programy wyłącznie dla kobiet a programy koedukacyjne

Odpowiedź na pytanie, czy lepsze wyniki osiągają pacjentki uczestniczące w programach wyłącznie dla kobiet czy też korzystające z programów standardowych, w którym leczą się mężczyźni i kobiety, nie jest jednoznaczna. W literaturze znajdziemy zarówno doniesienia, że efekty terapii są niezależne od typu programu (Kaskutas, Khang, French i Witbrodt, 2005; Copeland, Hall, Didcott i Biggs, 1993), jak i doniesienia, że kobiety leczone w programach zaprojektowanych wyłącznie dla nich pozo-

stają dłużej w leczeniu i osiągają lepsze rezultaty (Grella, 2007; Greenfield i inni, 2004; Zlotnick, Franchino, St. Claire, Cox i St. John, 1996; Volpicelli, Markman, Monterosso, Filing i O'Brien, 2000). Pierwsze badanie, potwierdzające większą efektywność programów adresowanych wyłącznie do uzależnionych kobiet, zostało przeprowadzone już w drugiej połowie lat 80. w Szwecji. Porównywano wyniki leczenia kobiet uzależnionych od alkoholu, które podjęły terapię w programie zaprojektowanym wyłącznie dla nich z wynikami leczenia kobiet w programach tradycyjnych, koedukacyjnych, prowadzonych zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. Pacjentki zostały losowo dobrane do odpowiedniego modelu terapii (schemat badania uwzględniał grupę kontrolną). Te, które leczyły się w programach dla kobiet osiągnęły po dwóch latach lepsze rezultaty, mierzone takimi wskaźnikami jak ilość wypijanego alkoholu oraz poziom społecznego dostosowania (w tym zatrudnienie), niż te leczone w programie tradycyjnym (cytowane za: Ashley, Marsden i Brady, 2003). Z kolei Brady i Ashley (2005) stwierdzili, że podjęcie przez pacjentki terapii w stacjonarnym programie dla kobiet sprzyjało dłuższemu pozostawianiu w leczeniu (83 dni) w porównaniu z leczeniem w programie stacjonarnym, koedukacyjnym (22 dni). Podobne wnioski zostały sformułowane przez Grellę i Greenwell (2004) w badaniu przeprowadzonym w latach 80. wg schematu quasi-eksperymentalnego. Pacjentki leczone w programach wyłącznie dla kobiet nie tylko pozostawały w leczeniu dłużej, ale też prawdopodobieństwo, że ukończą leczenie było dwukrotnie większe wówczas, gdy leczyły się w programie dla kobiet, niż gdyby podjęły terapię w programie koedukacyjnym.

W literaturze przedmiotu są także doniesienia, że model leczenia: wyłącznie dla kobiet vs. koedukacyjny nie ma wpływu na ostateczne efekty terapii. Do wniosków takich doszli Copeland i Hall (1992) w badaniu przeprowadzonym wg schematu quasi-eksperymentalnego. Po 6 miesiącach od zakończenia leczenia nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic, w takich wymiarach jak: używanie substancji psychoaktywnych oraz zdrowie psychiczne, w grupie kobiet leczonych w programach tylko dla nich i w programach tradycyjnych.

Badacze podkreślają jednak, że programy wyłącznie dla kobiet mogą być bardziej atrakcyjne dla tych, które doświadczyły w przeszłości ciężkiej traumy związanej z przemocą seksualną, które świadczą usługi seksualne lub są lesbijkami. Te grupy kobiet mogą być szczególnie narażone na upokorzenia w programach koedukacyjnych. Przypuszcza się, że kobietom z takimi doświadczeniami życiowymi łatwiej podjąć decyzję o leczeniu, jeśli będzie ono zorganizowane w środowisku tej samej płci i dłużej pozostają wówczas w terapii (Copeland i Hall, 1992).

PODSUMOWANIE

Prowadzone od przełomu lat 70. i 80. badania potwierdzają występowanie różnic w obrazie klinicznym kobiet i mężczyzn zgłaszających się do placówek leczenia uzależnień. Kobiety szukające leczenia z powodu uzależnienia, częściej niż analogiczna grupa mężczyzn cierpią na zaburzenia psychiczne, w szczególności zaburzenia nastroju oraz zaburzenia lękowe. W przypadku kobiet istnieje także większe ryzyko, niż w przypadku mężczyzn, rozwinięcia się zespołu stresu pourazowego po przeżyciu

ciężkiej traumy psychicznej (przede wszystkim przemocy seksualnej). Uzależnione kobiety częściej, niż uzależnieni mężczyźni, pochodzą z dysfunkcyjnych rodzin pierwotnych, a ich aktualne środowisko rzadziej wspiera ich próby podjęcia leczenia. Ich sytuacja zawodowa oraz ekonomiczna jest także zwykle słabsza w porównaniu z mężczyznami. Biorąc pod uwagę obraz kliniczny kobiet, zgłaszających się do leczenia, personel powinien mieć kwalifikacje w zakresie diagnozy współwystępujących zaburzeń, rozumieć związek pomiędzy traumatycznymi wydarzeniami a uzależnieniem od substancji, umieć podejmować interwencje kryzysowe, umieć rozmawiać z kobietami, będącymi ofiarami przemocy seksualnej i doradzać im (Hedrich, 2000). W skład personelu placówek, w których leczą się kobiety powinny wchodzić terapeutki. To one powinny podejmować z kobietami tematy dotyczące ich seksualności, ryzyka zakażenia HIV/AIDS, traumatycznych doświadczeń związanych z przemocą, w tym przemocą seksualną. W przypadku kobiet-ofiar przemocy rekomenduje się niekonfrontacyjny styl pracy. Zidentyfikowane kluczowe elementy terapii, które mogą przyczynić się do poprawy wyników leczenia kobiet to: zorganizowanie leczenia w sposób umożliwiający pacjentkom matkom pobyt w placówce razem z dziećmi, opieka nad kobietą w ciąży, trening umiejętności wychowawczych, wspierający odpowiedzialne macierzyństwo, opieka nad dzieckiem, opieka w zakresie zdrowia psychicznego, *case management*, trening zawodowy, opieka post-rehabilitacyjna po zakończonym programie leczenia (Weisdorf, Parran, Graham i Snyder, 1999; Lenehart, Clark, Rollings, Haradon i Serivner, 1996; Ashley, Mardsen i Brady, 2003).

Osoby pracujące z kobietami powinny wykazywać zrozumienie dla specyfiki ich problemów, odnosić się do nich z szacunkiem i poszanowaniem godności, akceptować najbardziej traumatyczne doświadczenia, które są ich udziałem (Hedrich, 2000).

Jak wynika z powyższej analizy programy, które ograniczają problem kobiet nadużywających substancji psychoaktywnych do samego uzależnienia, nie odpowiadają ich rzeczywistym potrzebom i dlatego mogą być nieefektywne. Programy zaprojektowane z myślą o kobietach obejmują zazwyczaj kombinację wielu różnych interwencji, co powoduje, że wymagają one większych nakładów finansowych niż programy tradycyjne.

BIBLIOGRAFIA

- Amoro, H. i Hardy-Fanta, C.** (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 325-337.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E. i Brady, T. M.** (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 19-53.
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Sonne, S. C. i Saladin, M. E.** (1998). Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence: Order of onset. *American Journal on Addictions*, 7, 128-135.
- Brady, K. T., Back, S. E., Dansky, B. S., Carroll, K. M. i Foa, E. B.** (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 35-45.

- Brady, T. M. i Ashley, O. S.** (red.). (2005). *Woman in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS), DHHS Publication No. (SMA) 04-3968, Analytic Series A-26*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Brown, V. B., Melchior, L. A., Panter, A. D., Slougher, R. i Huba, G. J.** (2000). Women's steps of change and entry into drug abuse treatment. A multidimensional stages of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 231-240.
- Copeland, J.** (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 183-190.
- Copeland, J., Hall, W., Didcott, P. i Biggs, V.** (1993). A comparison of a specialist women's alcohol and other drug treatment service with two traditional mixed-sex services: Client characteristics and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence, 32*(1), 81-92.
- Copeland, J. i Hall, W. A.** (1992). A comparison of woman seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction, 87*, 1293-1302.
- Chatham, L. R., Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W. i Simpson, D. D.** (1999). Gender differences at admission and follow up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance Use & Misuse, 34*, 1137-1165.
- Cuskey, W. R. i Wathey, R. B.** (1982). *Female Addiction*. Lexington, MA: DC. Heath.
- Deykin, E. Y. i Buka, S. L.** (1997). Prevalence and risk factors for Posttraumatic Stress Disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry, 154*, 752-757.
- Dragan, M.** (2008). *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Greenfield, L. F., Burgdorf, K., Chen, X., Porowski, A., Roberts, T. i Herrell, J.** (2004). Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: Findings from three national studies. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(3), 537- 550.
- Grella, C. E.** (2007). *Substance Abuse Treatment Services for Women: A review of Policy Initiatives and Recent Research*. Los Angeles: UCLA Integrated Substance Abuse Programs, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior.
- Grella, C. E. i Greenwell, L.** (2004). Substance abuse treatment for women. Changes in settings where women received treatment and types of services provided, 1987-1998. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 31*(4), 367-383.
- Grella, C. E. i Joshi, V.** (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*, 385-406.
- Hedrich, D.** (2000). *Problem Drug Use by Women. Focus on community-based intervention*. Strasbourg: Pampidou Group.
- Hughes, P. H., Coletti, S. D., Neri, R. L., Urmann, C. F., Stahl, S., Sicilian, D. M. i Anthony, J. C.** (1995). Retaining cocaine-abusing women in therapeutic community: The effect of a child live-in program. *American Journal of Public Health, 85*, 1149-1152.
- Kaskutas, L. A., Khang, L., French, M. T. i Witbrodt, J.** (2005). Women's programs versus mixed-gender day treatment: Result from a randomized study. *Addiction, 100*, 60-69.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. i Nelson, C. B.** (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.

- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Saunders, B. E. i Best, C. L.** (1998). Victimization, posttraumatic stress disorder, and substance use and abuse among women. W: C. L. Wetherington i A. B. Roman (red.), *Drug addiction research and the health of women* (s. 285-307). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Lenehart, R. E., Clark, H. B., Rollings, J. P., Haradon, D. K. i Scrivner, L.** (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 487-495.
- Lewis, R. A., Haller, D. L., Branch, D. i Ingersoll, K. S.** (1996). Retention issues involving drug-abusing women in treatment research. W: E. R. Rahdert (red.), *Treatment for Drug-Exposed Women and Their Children: Advances in Research Methodology. NIDA Research Monograph 166* (s. 110-122). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Merikangas, K. R. i Stevens, D. E.** (1998). Substance abuse among women: Familial factors and comorbidity. W: C. L. Wetherington i A. B. Roman (red.), *Drug addiction research and the health of women. NIH Publication No. 98-4290* (s. 245-269). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Miranda, R., Meyerson, L. A., Long, P. J., Marx, B. P. i Simpson, S. M.** (2002). Sexual assault and alcohol use: Exploring the self-medication hypothesis. *Violence and Victims*, 17, 205-217.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D. i Shaw, S. R.** (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6, 273-283.
- Najavits, L. M.** (2002). *Seeking Safety: A treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York, NY: Guilford.
- Noel, P.** (2006). The impact of the therapeutic case management on participation in adolescent substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 311-328.
- Prochaska, J. O. i Norcross, J. C.** (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. i Goodwin, F. K.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Sierosławski, J.** (2008). *Narkomania w Polsce w 2006 r. Dane lecznictwa stacjonarnego. Tabele i wykresy*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. Strona internetowa: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166251>
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC.** (2004). *Substance abuse treatment and care for women. Case studies and lessons learned*. New York: United Nations Publication.
- Volkow, N. D.** (2008). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. Research Report Series*. NIDA.
- Volpicelli, J. R., Markman, I., Monterosso, J., Filing, J. i O'Brien, C. P.** (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: Evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 41-49.
- Walton-Moss, B.** (2006). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31(2), 246-253.
- Walton, M. A., Blow, F. C. i Booth, B. M.** (2001). Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 225-240.

- Weisdorf, T., Parran, T. V., Graham, A. i Snyder, C.** (1999). Comparison of pregnancy-specific interventions to a traditional treatment program for cocaine-addicted pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*, 39-45.
- Wobie, K., Eyley, F. D., Conlon, M., Clarke, L. i Behnke, M.** (1997). Women and children in residential treatment: Outcomes for mothers and their infants. *Journal of Drug Issues*, *27*, 585-606.
- Zlotnick, C., Franchino, K., St. Claire, N., Cox, K. i St. John. M.** (1996). The impact of outpatient drug services on abstinence among pregnant and parenting women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *13*(3), 195.

Rozdział 25

Używanie wielu substancji psychoaktywnych – opis zjawiska i terapia

Piotr Jabłoński

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W Europie początki rozważań nad problematyką uzależnienia od wielu substancji sięgają lat siedemdziesiątych XX wieku. Jednakże do dziś istnieją znaczące różnice pomiędzy państwami i naukowcami w definiowaniu tego zjawiska. Różnice zależne są od percepcji problemu, dostępnych danych badawczych oraz oceny ryzyka skorelowanego z używaniem poszczególnych substancji lub ich kombinacji. Za główne substancje konstytuujące politoksykomanie uznaje się powszechnie nielegalne środki psychoaktywne, alkohol i medykamenty. Dodatkowo w niektórych krajach włącza się do tego zestawu tzw. drinki energetyzujące, a np. we Francji również konsumpcję tytoniu (EMCDDA, 2004).

Choć problem politoksykomanii spotyka się z rosnącym zainteresowaniem środowisk zajmujących się polityką zdrowotną, to jednak fakt ten nie znajduje dostatecznego odzwierciedlenia w badaniach nad tym zjawiskiem, a „mała liczba odniesień do tematu obrazuje relatywnie niski poziom zainteresowania tym ważnym zagadnieniem” (Ives i Ghelanie, 2003).

Niezależnie od istniejących rozbieżności, obecnie powszechnie uznaje się, że używanie wielu substancji psychoaktywnych stanowi nie tylko problem dla ich konsumentów, ale generuje również trudności w procesie monitorowania i badania zjawiska oraz „komplikuje proces wdrażania efektywnych form interwencyjnych i leczniczych” (Olszewski i Griffiths, 2003).

Pomimo niedostatku danych na temat samego zjawiska politoksykomanii i jego implikacji dla postępowań leczniczych, w praktyce obserwuje się tendencję do łącznego postrzegania większości uzależnień, wykazywania podobieństw między nimi i tworzenia teorii uniwersalistycznych. „Najwięcej danych dotyczy uzależnienia od alkoholu, a wiele wniosków z badań nad nim próbuje się przenosić na inne uzależnienia” (Habrat, Steinbarth-Chmielewska i Baran-Furga, 2002).

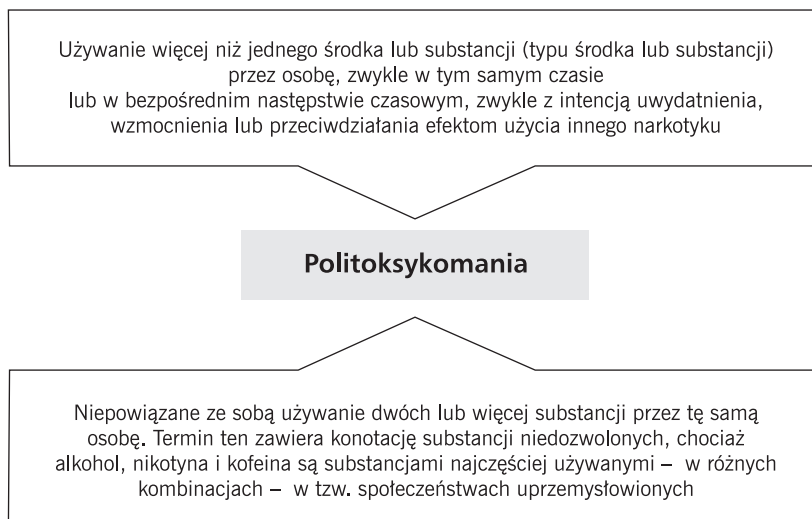
W Leksykonie Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization/WHO) zaproponowany został jako podstawowy dla zdefiniowania zjawiska używania wielu substancji odurzających termin *multiple drug use*, dla którego jako synonimy podawane są zwroty *polydrug use (abuse)* oraz *polytoxicomania* (WHO, 1994).

Definicja *multiple drug use* wypracowana w 1994 roku przez WHO obejmuje wymienne lub jednoczesne używanie wielu substancji psychoaktywnych. Jest to, inaczej mówiąc, konsumpcja „więcej niż jednej substancji psychoaktywnej lub jednej klasy narkotyków przez indywidualną osobę w tej samej jednostce czasowej lub w sekwencji czasowej”. Natomiast oxfordzki „Słownik psychologiczny” używa określenia *polysubstance dependence*, które interpretuje jako zaburzenie powiązane z konsumpcją substancji i cechujące się uzależnieniem od środków psychoaktywnych oraz

charakteryzujące się używaniem co najmniej trzech grup narkotyków przez okres co najmniej 12 miesięcy w sytuacji, gdy żadna z przyjmowanych substancji nie została rozpoznana jako dominująca (Colman, 2006).

Dość powszechnie w szerokiej interpretacji politoksykomania jest definiowana jako użycie środka nielegalnego wraz z inną substancją legalną bądź nielegalną.

Analizowane schematy czasowe dla tego typu konsumpcji wahają się od okresu 6 godzin do jakiegokolwiek doświadczenia w całej karierze życiowej danej osoby. Kombinacje i wzory użytkowania pojawiające się w przebiegu politoksykomanii różnią się bardzo, zależnie od charakterystyki użytkownika, dostępności substancji, mody oraz dostępu do leków przepisywanych przez lekarza.



Politoksykomania w ujęciu „Lexicon of Alcohol and Drugs Terms” WHO 1994

Istotnym wyzwaniem dla pracy terapeuty uzależnień i dla przebiegu zaplanowania procesu terapeutycznego jest problem diagnozy. W kontekście terapii i rehabilitacji zjawisko *polydrug* poważnie „komplikuje rozumienie problemu uzależnienia, ocenienie jego negatywnych skutków i rekomendacje dla dróg efektywnego leczenia, które nie są w pełni rozpoznane i potwierdzone” (Gossop, 2001).

Multiple drug use jest jednym z zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania opisanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), diagnozowanych tylko wtedy, gdy dwie lub więcej substancji jest rozpoznanych jako używane i gdy nie można ocenić, która z substancji bardziej wpływa na istnienie zaburzenia. Tę kategorię diagnostyczną stosuje się również wtedy, kiedy identyfikacja pewnej lub wszystkich substancji używanych przez daną osobę jest niedokładna lub niemożliwa. Równie często zdarza się, że użytkownicy niewiele wiedzą na temat używanych przez siebie substancji.

Identyfikacja używanej substancji psychoaktywnej może być dokonana na bazie informacji od klienta, analizy laboratoryjnej płynów ustrojowych i na podstawie innych dowodów, jak: próbka substancji, objawy kliniczne, informacje od osób trzecich. Zalecane jest zawsze potwierdzenie identyfikacji z więcej niż jednego źródła informacji (The ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1992).

Również amerykański *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), opublikowany w wersji z 2000 roku, odnosi się do zaburzeń powodowanych przez używanie wielu substancji. *Polysubstance dependence* diagnozowane jest w przypadku, gdy dana osoba używa co najmniej trzech substancji różnego rodzaju i o żadnej z nich nie można powiedzieć, że jest dominująca i że ta osoba jest od niej uzależniona. Przykładowo dana osoba może zażywać kokainę, leki uspokajające oraz halucynogeny i nie spełniać kryteriów uzależnienia od żadnej z nich, ale diagnoza uzależnienia może być postawiona, gdy kryteria diagnostyczne zostaną zastosowane do wszystkich trzech rodzajów substancji jako grupy (Encyclopedia of mental disorders, 2011).

Dwa istotnie różne kryteria służą opisowi politoksykomanii: kategoria czasu i efektu.

Kategoria czasu – w tym ujęciu zjawisko definiowane jest w kategorii schematu czasowego, w którym narkotyk jest użyty. Będziemy tu mieli do czynienia zarówno z jednoczesnym użyciem dwóch lub więcej substancji, przy tej samej okazji, jak i z używaniem różnych substancji w przebiegu całej „kariery narkotykowej” użytkownika substancji psychoaktywnych.

Kategoria efektu – w tym ujęciu zjawisko *polydrug* odnosi się do oceny wpływu użycia mieszanki różnych substancji. Przykładowo przyjęcie danej kombinacji może wzmacniać lub osłabiać działanie każdego z narkotyków lub też kombinacja substancji może wywołać nowy skutek (Hartnoll, 2004).

Przy omawianiu problemu politoksykomanii i jego implikacji dla przebiegu choroby i procesu zdrowienia danej osoby, wydaje się zasadne przeprowadzenie analizy zasadniczych funkcji, jakie – z punktu widzenia osoby uzależnionej – może pełnić używanie wielu substancji. Należą do nich:

- maksymalizacja efektu,
- uzyskanie zrównoważonego wpływu,
- kontrola negatywnych skutków,
- substytucja poszukiwanego efektu (EMCDDA, 2002).

Badania przeprowadzone w grupie tzw. rekreacyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych dają obraz wzorów łączenia środków użytych podczas jednej okazji, np. jednej nocy:

- alkohol i kannabinole 50,6%
- alkohol i *ecstasy* 11,9%
- alkohol, kannabinole i *ecstasy* 10,4%
- kannabinole i *ecstasy* 8,4%
- alkohol i kokaina 7,8%
- kannabinole i *ecstasy*, alkohol i kokaina 7,8%
- kannabinole, alkohol i kokaina 2% (Calafat i inni, 1999).

Danych na powyższy temat dostarczyły również, przeprowadzone na niereprezentatywnej próbie, badania *School Health Education Unit*. Stwierdzono, iż 6% przedstawicielek płci żeńskiej i 7% męskiej w grupie 15–16-latków deklaruowało użycie więcej niż jednej substancji przy tej samej okazji. Natomiast w grupie uczniów starszych 17% mężczyzn i 19% kobiet przyznało się do konsumpcji narkotyków i alkoholu przy tej samej sposobności. Wyniki powyższego badania sugerują marginalne różnice w używaniu wielu substancji w populacji dziewcząt i chłopców, ale dziewczęta okazują się być częstszymi użytkownikami alkoholu połączonego z narkotykami.

Inne wzory konsumpcji prezentują osoby używające substancji w sposób problemowy i korzystające z pomocy placówek terapeutycznych, wśród których dominuje heroina w połączeniu z konsumpcją innych opiatów lub benzodiazepin, heroina skombinowana z kokainą, kannabinolami i stymulantami lub alkoholem, jak również kokaina w połączeniu z alkoholem lub stymulantami. Osoby odurzające się używają wielu substancji raczej w celu modyfikacji znanych sobie niepożądanych skutków, niż w poszukiwaniu nowych efektów (Leri, Bruneau i Steward, 2003).

Warto jednakże zauważyć, że w przypadku „rekreacyjnych” użytkowników substancji odurzających, obserwuje się tendencję do przyjmowania przez nich wzorów zachowań „tradycyjnych konsumentów”. Przejawia się to np. poprzez palenie heroiny w celu uniknięcia nieprzyjemnych doznań związanych z używaniem substancji stymulujących (Stohler, 2003, s.3).

W innej z analiz, zaprezentowanej we francuskim raporcie na temat stanu problematyki narkotykowej, w części poświęconej politoksykomanii opisuje się cztery podstawowe regulacyjne cele konsumpcji wielu substancji.

1. Maksymalizację efektu intoksykacji poprzez:
 - przyspieszenie lub zwiększenie odczucia euforycznego (tzw. „kopa” czy „haju”),
 - uzyskanie możliwie maksymalnego efektu,
 - przedłużenie skutku działania substancji,
 - podniesienie wartości efektu intoksykacji.
2. Uzyskanie zrównoważonego skutku poprzez:
 - dodanie składnika,
 - maskowanie składnika,
 - wyrównanie skutków.
3. Kontrolowanie niepożądanych doznań poprzez:
 - redukcję wysokiego „haju”,
 - osłabienie efektu odstawienia substancji (tzw. „zjazdu” czy „doła”),
 - zniesienie lub zneutralizowanie efektu.
4. Uzyskanie skutków alternatywnych poprzez:
 - radzenie sobie z brakiem dostępu do substancji,
 - substytucję efektu (Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies, 2002).

Analizując tę problematykę należy także wskazać, że łączenie substancji może być klasyfikowane na bazie zakładanych przez konsumenta celów i grupowane w czterech podstawowych funkcjach:

1. Funkcja maksymalizacji efektu, która polega na uzyskaniu największego, „pozytywnego” skutku. Funkcja ta realizowana jest nie tylko poprzez prostą akumulację ilości przyjmowanej substancji, ale głównie poprzez modyfikowanie jakości efektu.
2. Funkcja uzyskiwania zrównoważonego wpływu (balansu), w realizacji której użytkownik substancji samodzielnie koryguje pożądaną efekt zgodnie z jego pragnieniem doświadczenia innego stanu.
3. Funkcja kontroli doświadczeń „negatywnych” wywołanych przez jedną lub więcej z przyjmowanych substancji. W tym przypadku celem jest utrzymanie odczuwania tylko stanów pozytywnych. Funkcja ta jest szczególnie związana z fazą określaną jako „zejście”, podczas której doznania rozpoznawane jako pozytywne zanikają, a na ich miejsce pojawiają się stany negatywne (poczucie bycia chorym, zespół odstawienia).
4. Funkcja „alternatywna”, odnosząca się do potrzeby zmiany narkotyku, przy zachowaniu stanu odurzenia, gdy występuje utrudniony dostęp do substancji lub zmiana odczuwania jego właściwości (Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies, 2002).

Jeszcze innym motywem konsumpcji wielu substancji może być potwierdzany w badaniach fakt, że pewne osoby z przyczyn pseudo-medycznych zastępują jeden środek drugim. Problem używania substancji odurzających przyjmowanych w celu „samoleczenia” znajduje swoje potwierdzenie w publikacjach, zgodnie z którymi pacjenci przyjmują alkohol i inne środki, by „leczyć” się samodzielnie. Oznacza to, że osoba występuje jednocześnie w roli pacjenta i własnego lekarza, i „przepisuje” sobie alkohol i narkotyki, by zmniejszyć objawy psychiczne, takie jak niepokój czy depresja (Schuckit, 1996).

Z obserwacją powyższą współbrzmia doniesienia w mediach informujące, że część użytkowników wielu substancji odznacza się wysokim poziomem kompetencji w zakresie „kombinowania” działań różnych środków, w tym medykamentów, w celu wywoływania nowych stanów świadomości (Stohler, 2003).

Politoksykomanami są nie tylko osoby używające przede wszystkim narkotyków, czyli substancji nielegalnych. Zjawisko to odnosi się również do wielu konsumentów alkoholu. Staines i współpracownicy (Staines, Magura i Foote, 2001), w badaniu na próbie 248 alkoholików zgłaszających się do leczenia, stwierdzili, że 68% spośród nich raportowało używanie narkotyków w okresie ostatnich 90 dni przed badaniem.

Z kolei Barr i Cohen w badaniu z 1976 roku – dotyczącym problemowego picia alkoholu przez osoby uzależnione od innych substancji psychoaktywnych – zauważają, że jeśli spojrzeć się na indywidualne historie nadużywania substancji psychoaktywnych, to najczęściej spotykany typ nadużywania wielu substancji obejmuje problemowe picie alkoholu. Wyniki badań wskazują, że osoby nadużywające substancji psychoaktywnych, które jednocześnie piją alkohol w sposób problemowy, są głębiej zaburzone, a ich problemy rozpoczynają się we wcześniejszym okresie życia (Cohen i Levy, 1998).

Na kontekst innych substancji legalnych, jakimi są substancje lotne, w problematyce politoksykomanii wskazują również Ives i Tasker (1999). Opisują oni silny związek zachodzący pomiędzy używaniem substancji lotnych (gazów, klei, aerozoli)

i w następstwie tego – używaniem nielegalnych narkotyków. Badacze ci zwracają również uwagę na wysoki wśród użytkowników substancji lotnych poziom konsumpcji nikotyny.

W badaniach sondażowych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Departament Zdrowia i Usług dla Ludności odnotowano znaczne rozpowszechnienie zjawiska odurzania się wieloma substancjami. Dowiedziano np., że 24% tzw. „wielobraczy” w wieku 18–25 lat raportowało spożywanie alkoholu i nielegalnych narkotyków, a 13,3% badanych w wieku 12–17 lat używało alkoholu i innych substancji w ciągu ostatniego roku przed badaniem (Maisto, Gallizio i Connors, 2000).

Zakrojone na szeroką skalę, długoterminowe badania rządowe, przeprowadzone w Wielkiej Brytanii (*British Crime Survey*), wykazały, że większość młodych użytkowników narkotyków ogranicza swoją dodatkową konsumpcję do alkoholu. Z badań tych warto przytoczyć następujące wyniki: 25% osób z grupy wiekowej 16–29 lat przyjmowało nielegalne środki w okresie ostatniego roku przed badaniem, 50% spośród nich użyło jednego narkotyku – w większości przypadków były to konopie, 10% osób raportowało przyjęcie dwu lub więcej substancji. W tym samym badaniu w grupie użytkowników trzech i więcej substancji (w ostatnim roku) najczęściej używanymi narkotykami były: kannabinole (95%), *ecstasy* (69%), amfetamina (62%), kokaina (57%) (Ramsey, Baker, Goulden, Sharp i Sondhi, 2001).

W prowadzonych dyskusjach nad zjawiskiem toksykomanii stawia się wiele nowych problemów i hipotez badawczych co do kierunków połączeń substancji psychoaktywnych. Jednym z zasadniczych pytań jest próba wykazania, czy istnieją stałe wzory przyjmowania różnych substancji, co mogłoby mieć znaczenie dla diagnozy medycznej i psychologicznej. Taki stały wzór częstszego odurzania się wieloma substancjami zaobserwowano w badaniu przeprowadzonym wśród młodych dorosłych mężczyzn na Zachodnim Wybrzeżu USA (Collins, Ellickson i Bell, 1999).

Podobnie Byqvist (1999) stwierdził wyższy wskaźnik politoksykomanii wśród mężczyzn w badaniach przeprowadzonych w Szwecji. W jeszcze innej diagnozie, poświęconej problemom uzależnionych kobiet w ciąży lub w okresie poporodowym, stwierdzono, że te, u których rozpoznano uzależnienie od kokainy, były raczej politoksykomankami, a 48% spośród nich nadużywało również alkoholu (Ball i Schottenfeld, 1997).

Wzór konsumpcji pojedynczych substancji psychostymulujących „prawdopodobnie zaniknie z czasem i zostanie zastąpiony w całości przez nowe formy uzależnień lub też przez konsumpcję heroiny lub innych narkotyków przyjmowanych w różnych kombinacjach (szczególnie alkoholu i benzodiazepin)” (Maremmi i Shinderman, 1999).

W Polsce tendencje zmierzające do zmiany sceny narkotykowej z dominującego na przełomie lat 70. i 80. XX wieku używania tzw. polskiej heroiny/kompotu, w kierunku konsumpcji wielu substancji, odnotowano już w drugiej połowie lat 80. Coraz częściej zaczęły pojawiać się uzależnienia mieszane polegające na łączeniu opiatów z lekami psychotropowymi. Znacznie wzrosła liczba osób uzależnionych od substancji lotnych (Rogala-Obłękowska, 1999). Tradycyjny wzór – bazujący na opiatkach, przyjmowanych jako jedyny środek lub łącznie z innymi, głównie lekami uspokajającymi i nasennymi – w połowie lat 90. ubiegłego wieku zaczął być konfrontowany

z nowymi tendencjami. Pojawiły się, jako współlistniejące, wzór tradycyjny z elementami nowego wzoru (opiaty i amfetamina lub przetwory konopi i ewentualnie inne środki) oraz nowy wzór – amfetamina lub przetwory konopi i ewentualnie inne środki, ale bez opiatów. Odnotowane różnice w liczebności osób konsumujących według wyżej wymienionych wzorów nie były duże, co oznaczało, że proces zmian we wzorach przyjmowania środków był już znacznie zaawansowany (Sierosławski, 1996).

Szkodliwe następstwa nadużywania substancji psychoaktywnych przekładają się na wymiary funkcjonowania osób, które się intoksykują. W kontekście następstw psychologicznych i behawioralnych pojawia się szerokie spektrum problemów wynikających z:

- bezpośredniego efektu intoksykacji (np. zachowanie agresywne),
- następstw intoksykacji (np. depresja, urojenia),
- skumulowanego efektu długotrwałego przyjmowania substancji psychoaktywnej (np. bezsenność, depresja, nastawienia urojeniowe).

Szkodliwe następstwa obejmują szereg różnorodnych problemów dotyczących stanu somatycznego, a spowodowanych bezpośrednimi toksycznymi efektami farmakologicznych właściwości substancji czy przyjmowanej dawki lub efektami wtórnymi, jako konsekwencja oddziaływania substancji na ustrój człowieka (np. choroba wątroby, zapalenie trzustki, neuropatia obwodowa, różne infekcje, wypadki, urazy, perforacja przegrody nosa). Osoby konsumujące substancje psychoaktywne często kontynuują swoje zachowanie, pomimo oczywistych dowodów powstawania szkód somatycznych i/lub psychicznych oraz mimo uświadamiania sobie charakteru i rozmiarów szkód, co jest przejawem uzależnienia (Wciórka, 1997).

Ryzyko związane z politoksykomanią jest dowiedzione przez dużą liczbę badań na temat zgonów skorelowanych z narkotykami oraz niezakończonych zejściami śmiertelnymi przypadków przedawkowania narkotyków, co do których stwierdzono użycie więcej niż jednej substancji aktywnej (Capplehorn i Drummer, 2002). W tym kontekście raport EMCDDA za rok 2002 wskazuje na pewne typowe kombinacje narkotyków mogące wywołać ryzyko zdrowotne dla ich użytkowników. Są to kombinacje benzodiazepin z opiatami i/lub alkoholem, *ecstasy* (MDMA) i alkoholu, kokainy i alkoholu oraz kombinacje różnych stymulantów. Podkreślenia wymaga więc fakt, że w przypadkach przedawkowań narkotyków zwykle mamy do czynienia z przyjęciem więcej niż jednej substancji. I tak badania w Wielkiej Brytanii ujawniły, że 73% osób z grupy 153 użytkowników substancji psychoaktywnych, którzy doświadczyli niezakończonego zejściem śmiertelnym epizodu przedawkowania, skonsumowało więcej niż jeden narkotyk w tym samym czasie. W sytuacji przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym był użyty dodatkowo co najmniej drugi narkotyk lub alkohol – w Anglii w 50% przypadków, w Irlandii w 90%. Benzodiazepiny, alkohol, metadon i kokaina są substancjami najczęściej konsumowanymi razem z opiatami (Ives i Ghelanie, 2003, s. 2).

Osoby uzależnione od opioidów, które zwykle przyjmują narkotyk o nieznanym im sile i jakości w zastrzykach oraz zażywają go w połączeniu z innymi substancjami, często doświadczają konsekwencji przedawkowania i zagrożone są zejściem śmiertelnym. Prowadzone od wielu lat badania longitudinalne, najbardziej przydatne dla ukazania zdrowotnych następstw politoksykomanii, sugerują, że co roku około 2–3% opisanej wyżej populacji umiera. Skala zagrożenia zgonem jest dla osób uzależnio-

nych od heroiny od 6 do 20 razy większa, niż dla osób z populacji generalnej w tym samym wieku i tej samej płci (WHO, UNODC i UNAIDS, 2004).

Zgony skorelowane z używaniem kokainy, amfetaminy oraz MDMA (*ecstasy*) bez współkonsumpcji opiatów lub barbituranów, odnotowywane są stosunkowo rzadko (EMCDDA, 2002). Upowszechniająca się moda na różnorodne, tzw. „klubowe dragi” utrudnia jednak ocenę niebezpieczeństw, wynikających z używania różnych substancji. Dostępne „półlegalne” (oraz zupełnie nielegalne) substancje mogą być kupowane przez Internet wraz z „biodragami”, takimi jak np. grzyby halucynogenne (*magic mushrooms*) lub psylocyбина (Stohler, 2003).

Dobrze udokumentowane poprzez badania są związki pomiędzy politoksykomanią a częstszym występowaniem zachowań ryzykownych, na przykład zagrożenia ekspozycją na HIV, dzielenia się sprzętem do iniekcji oraz prowadzenie pojazdów samochodowych pod wpływem narkotyków (Neale, 2001).

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest uznawane za czynnik ryzyka sprzyjający rozwojowi pewnych typów zaburzeń mentalnych, w szczególności u osób o wcześniej istniejącej podatności lub o pewnych cechach psychopatologicznych; z drugiej jednak strony pewne cechy psychopatologiczne mogą same w sobie stać się czynnikiem ryzyka dla rozwoju uzależnienia lub być modyfikatorem zaburzeń związanych z uzależnieniem (Maremmanni, Canoniero, Pacini, Lazzeri i Placidi, 2000).

Zjawisko problemowego użytkowania wielu narkotyków jest rozpoznawane i łączone z częstszymi i głębszymi objawami psychopatologii występującej u osób zaangażowanych w ten typ narkomanii, co wyraża się częstszym stawianiem podwójnych diagnoz¹ psychiatrycznych u tych pacjentów – *dual diagnosis patients* (Skinstad i Swain, 2001).

W badaniu, w którym szczegółowo przeanalizowano, na podstawie wielu źródeł, poziom wykorzystania klinicznych testów neuropsychologicznych, stwierdzono, że obiektywna ocena upośledzenia funkcji neuropsychologicznych, powodowanego przez większość narkotyków, jest odnotowywana na umiarkowanym poziomie. W trendzie tym wskazano jednakże jeden wyjątek, za który uznano nadużywanie wielu substancji. Pacjenci – politoksykomani – demonstrowali znacznie bardziej przekonujące symptomy upośledzenia funkcji neuropsychologicznych, niż pacjenci używający pojedynczych substancji (Rounsaville, Tims, Horton i Sowder, 1996).

Analizując powyższą problematykę należy wskazać na interesujący i potencjalnie niebezpieczny wymiar politoksykomanii, opisywany w Raporcie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Lizbonie. Wskazuje się tam na następujący problem: pewne grupy użytkowników narkotyków mogą być nieświadome bycia politoksykomanami, ponieważ konsumowane przez nich np. tabletki *ecstasy* w rzeczywistości są mieszaniną różnych narkotyków. We Francji stwierdzono, że dwie trzecie próbek testowanych tabletek *ecstasy* zawierało MDMA skombinowane z innymi substancjami aktywnymi, najczęściej lekami (medykamentami) (EMCDDA, 2002).

Na identyczne zagrożenie środkami „udającymi” *ecstasy* wskazują Cole i współpracownicy (Cole, Bayley, Sumnal, Wagstaff i King, 1992) upatrując w nich poten-

1 Patrz rozdział w tym tomie Wojnar, Bisaga „Leczenie osób z podwójną diagnozą”.

cialne źródło problemów dla osób używających wielu substancji. Czasami dodatki (do narkotyków) wykazują synergiczne działanie z substancją aktywną, powodując, że efekt jej działania jest silniejszy i groźniejszy od spodziewanego. W Szwecji pojawiła się amfetamina, która spowodowała zgon kilkunastu osób. Śmiertelne próbki zawierały fentanyl – substancję o bardzo silnym działaniu przeciwbólowym, która już przy niewielkich ilościach powoduje zgon (Krawczyk, 2005).

Dodatkowy wymiar szkodliwych zagrożeń o charakterze krótkoterminowym powodowany jest przez interakcje pomiędzy alkoholem i innymi substancjami chemicznymi, przyjmowanymi w tej samej sekwencji czasowej. Pewne grupy narkotyków blokują działanie innych substancji. Inne powodują spowolnienie metabolizmu i w efekcie skutkują dłuższym czasem zalegania substancji w organizmie, co może sprzyjać przedawkowaniu danego środka. Przykładem może tu być regularne używanie barbituranów, które skutkuje wzmoczoną aktywnością enzymów wątroby. Przyspieszające przyswajanie substancji działanie enzymów prowadzi do wzrostu tolerancji i zmusza użytkownika barbituranów do zwiększenia przyjmowanej dawki w celu osiągnięcia takiego samego efektu. Przy zażywaniu w celach leczniczych innych medykamentów, np. antybiotyków, które są metabolizowane przez te same enzymy, organizm prawdopodobnie nie otrzymuje dostatecznej dawki potrzebnego mu leku (Denning, Little i Glickman, 2004). Inne niebezpieczne interakcje mogą powstawać w przypadku równoczesnego zażywania amfetaminy i innych narkotyków lub leków, zwłaszcza znieczulających (nieregularna praca serca), przeciwdepresyjnych (niemiarowość serca, podwyższone ciśnienie krwi), tabletek obniżających ciśnienie krwi (amfetamina niweluje ich działanie) i leków blokujących β -receptory (podwyższenie ciśnienia krwi) (Robson, 1997).

Zagadnienie leczenia osób uzależnionych od wielu substancji jest problemem wielowymiarowym i trudnym do jednoznacznych konceptualizacji. Trzy cechy odnoszące się do terapii uzależnień są wskazywane za szczególnie ważne dla rozwoju zainteresowania leczeniem narkomanii i dla pogłębienia wiedzy na ten temat. Pierwszą z nich jest konstatacja podkreślająca, iż dana metoda leczenia uzależnienia może nie być skuteczna w stosunku do wszystkich odbiorców oraz że prawidłowa informacja o tym wymiarze może przekładać się na podniesienie skuteczności leczenia. Drugą, że inkulturacja używania narkotyków przynosi rozszerzenie spektrum osób trafiających do leczenia, charakteryzujących się różnorodnością problemów towarzyszących używaniu narkotyków. Trzecią zaś wniosek, że rozprzestrzenianie się używania narkotyków, wcześniejszy wiek inicjacji oraz wielka różnorodność używanych substancji wiąże się ze wzrostem problemów psychiatrycznych, psychospołecznych, rozwojowych oraz fizycznych (Jainchill, 1994).

W najszerszym znaczeniu uzależnienie to proces, podczas którego substancja uzależniająca coraz bardziej przejmuje kontrolę nad naszym życiem (Miller i Munoz, 2006). Podkreślenia wymaga również fakt, że każde uzależnienie jest chorobą postępującą (Habrata, 2001), wymagającą odpowiedniej reakcji diagnostycznej, medycznej i terapeutycznej. Jednakże powszechność opinii o uzależnieniu jako chorobie poddającej się terapii konfrontowana jest ze skalą dostępności świadczeń leczniczych o dowiedzionej, opartej na faktach skuteczności. Przytaczany uprzednio Richard Ives uważa, iż dowody potwierdzające istotność i wielkość problemów, jakich doświad-

czają politoksykomani, podejmujący próby zaprzestania używania, implikują wniosek, że znacznie więcej środków powinno być kierowanych na udzielanie pomocy tej właśnie grupie osób. Jest to zgodne z opinią uznającą za ewidentną sugestię, że klienci obecnie kierowani do terapii są trudniejsi do leczenia niż ci sprzed 10 czy 20 lat. Cechę tę wiąże się ze zmianą aktualnej sceny narkotykowej i znacznie powszechniejszym występowaniem wzoru uzależnienia, opartego na konsumpcji wielu substancji. Zjawisko to uznano za wspólne dla każdego typu terapii (Pickens i Fletcher, 1991).

Politoksykomania jest konsekwentnie uznawana za negatywny prognostyk (wskaźnik) sukcesu leczniczego w przypadku używania kokainy (Bovasso i Cacciola, 2003; Gossop, Mardsen, Steward i Kidd, 2003), benzodiazepin (Bleich, Gelkopf i Schmid, 1999) i nadmiernego spożywania alkoholu (Rittmannsberger, Silberbauer, Lehner i Ruscham, 2000). W innych badaniach wskazuje się, iż benzodiazepiny, nadużywanie alkoholu i wzór odurzania się wieloma substancjami wydają się mieć szkodliwy wpływ na decyzję o uczestnictwie w terapii i na utrzymywanie abstynencji, z czego wyprowadza się wniosek o potrzebie większego skupienia się przez instytucje lecznicze na powyższych zagadnieniach (Nunes i inni, 1997). W praktyce leczniczej wskazuje się również na trudności, jakie politoksykomania niesie w procesie detoksykacji osób uzależnionych, w sytuacji, w której w celu zwiększenia dostępności i obniżenia kosztów, coraz częściej dopuszczane są formy odtruwania w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Dla pacjentów fizycznie uzależnionych od alkoholu jako kryterium wykluczające z powyższych form detoksykacji wskazywane jest poważne nasilenie nadużywania wielu substancji. Wśród przyczyn przedawkowania wskazuje się również mieszanie narkotyków, szczególnie powiązanych z dożylnym przyjmowaniem barbituranów, kokainy i/lub alkoholu (Department of Health Scottish Office, Department of Health Welsh Office, Department of Health and Social Services, Northern Ireland, 1999).

Badania kliniczne wykazały, że politoksykomani gorzej, niż użytkownicy pojedynczych substancji, wypadają w testach oceniających możliwości neuropsychiczne (*neurocognitive performance*). Pacjenci z uszkodzeniem sfery poznawczej (*cognitive impairments*) stają się wyzwaniem dla dostawców usług leczniczych, gdyż mogą manifestować symptomy, które są głębsze niż u innych grup chorych, przewlekłe i odporne w swojej naturze na zmianę. Jako prawidłowość określane jest współwystępowanie zaburzeń psychicznych (*mental disorders*) i chorób somatycznych w znacznej części populacji politoksykomanów, używających substancji w sposób problemowy. Rezultatem tego stanu rzeczy jest częstsze korzystanie z serwisów leczniczych, przez co zwiększają się koszty opieki nad tą grupą pacjentów.

Problematyka leczenia osób używających narkotyków w trybie „rekreacyjnym” powinna być widziana raczej w przebiegu długoterminowym. Pewne doniesienia badawcze mówią o perspektywie, w której „coś, co się wydaje być nieszkodliwym narkotykiem przyjmowanym w weekend w klubie, zawiera w sobie potencjał do przekształcenia się w duży problem dla zdrowia publicznego w latach nadchodzących” (Koesters, Rogers i Rajasingham, 2002).

Leczenie populacji politoksykomanów wymaga tych samych kwalifikacji, które są potrzebne do leczenia pacjentów uzależnionych z tzw. podwójną diagnozą psy-

chiatryczną. Model leczenia pacjentów z dodatkową diagnozą musi uwzględniać „zarówno problem zażywania środków psychoaktywnych, jak i problem zaburzeń psychiatrycznych, w zależności od indywidualnych cech osobowości”². „Leczenie pacjentów z podwójną diagnozą stwarza wiele problemów. Terapia powinna być wielokierunkowa. Nacisk powinien być położony na oddziaływanie środowiskowe. Terapia powinna też być elastyczna, zmienna zależnie od aktualnych potrzeb chorego. Pacjent powinien być przekonany o konieczności długoterminowego leczenia uzależnień, poprawy umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów a także poprawy radzenia sobie ze stresem i objawami negatywnymi. (...) Leczenie powinno być prowadzone przez jednego terapeutę lub w ramach jednego programu” (Cio-smak, 2004).

Znaczenie terapii długoterminowej znajduje również potwierdzenie w materiałach EMCDDA. Zgodnie z nimi literatura naukowa zajmująca się terapią politoksykomanii generalnie skupia się na prowadzeniu leczenia jednej substancji problemowej, w małym stopniu nawiązując do kwestii związanych z używaniem wielu substancji. Jednakże istnieją doniesienia naukowe pokazujące, że pacjenci, w większości tzw. problemowi użytkownicy heroiny, korzystający ze stacjonarnych programów leczniczych lub klienci metadonowych ambulatoryjnych programów terapii podtrzymującej, znacząco redukowali używanie wielu substancji, włączając w to heroinę, *crack*, kokainę, metadon (niezalecany im przez lekarza w toku terapii) i benzodiazepiny. Znacząca liczba pacjentów pozostawała w abstynencji w odniesieniu do powyższych substancji przez co najmniej trzy miesiące przed badaniem ewaluacyjnym: dotyczyło to ponad jednej trzeciej pacjentów z programów stacjonarnych i około jednej czwartej pacjentów uczestniczących w metadonowej terapii zastępczej (EMCDDA, 2009).

W wielu publikacjach można znaleźć potwierdzenie tezy o niskiej skuteczności terapii stosowanej wobec osób prezentujących ciężkie zaburzenia psychiatryczne, wynikające z używania substancji psychoaktywnych, dlatego też optymalizacja terapii zaburzeń psychiatrycznych stanowi podstawę poprawy wyników leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji (Dilbaz, 2006).

Jedną z dostępnych możliwości terapeutycznych, rekomendowanych jako skuteczna forma pracy z osobami używającymi wielu substancji, jest metoda zapobiegania nawrotom (*Relapse Prevention* – RP). Przegląd 26 programów, w których uczestniczyło 9.504 pacjentów, dostarczył wiedzy na temat charakterystyki terapii skoncentrowanej na używaniu alkoholu, tytoniu, konsumpcji kokainy, a także – politoksykomanii. Metoda RP okazała się skuteczną w kontekście redukcji konsumpcji narkotyków i poprawy dostosowania psychospołecznego. W szczególności jej efektywność dotyczyła alkoholizmu i politoksykomanii, przy zastrzeżeniu, że w przypadku kokainizmu dysponowano ograniczonymi danymi badawczymi. Zapobieganie nawrotom, jako metoda, okazało się w świetle badania tak samo skuteczne w kontekście wykorzystywania w różnych formach terapii, włączając w to terapię indywidualną, grupową oraz terapię małżeństw/związków, choć wszystkie te podejścia okazały się być najskuteczniejszymi przy leczeniu alkoholowym (Witkiewicz i Marlatt, 2007).

2 Podwójna diagnoza – definicja. Centrum Psychoprofilaktyki i Psychoedukacji www.cpp.info.pl

Terapia uzależnienia uznawana jest za jedno z najtrudniejszych wyzwań dla systemu pomocy osobom uzależnionym. W latach 90. ubiegłego wieku Higgins i współpracownicy (Higgins, Budney, Bickel i Foerg, 1994), poszukując skutecznych form oddziaływań korygujących zachowania osób uzależnionych, wypracowali koncepcję 24-tygodniowego leczenia, opartego na teorii behawioralnej, wykorzystującego w procesie dochodzenia do abstynencji kokainowej vouchery – bonusy, dodatki motywacyjne. Interwencje wykorzystujące system voucherów zaplanowane zostały jako programy wzmacniania motywacji do zachowania abstynencji od kokainy i utrzymania się w terapii (*retention*). Klienci dostarczali próbki moczu trzykrotnie w tygodniu i otrzymywali gratyfikacje w postaci vouchera za każdy negatywny wynik testu kontrolnego. Początkowa wartość finansowa bonusu wynosiła 2,5\$, a w ciągu 12 tygodni terapii klient mógł „zarobić” ok. 1000\$. Vouchery mogły być wymieniane na dobra różnego rodzaju, z wyłączeniem gotówki. „Zakupy” dokonywane były za pośrednictwem personelu programu i tylko po zatwierdzeniu ich charakteru przez terapeutów, jako zgodnych z celami leczenia. Po „wpadce”, takiej jak wynik pozytywny testu sprawdzającego (tj. potwierdzający przyjęcie substancji zakazanej) lub niedostarczenie próbki, klient miał szansę powrotu do programu, jeśli pięć kolejnych badań potwierdzało utrzymywanie abstynencji od kokainy. Skuteczność tej formy terapii została potwierdzona w trzech badaniach ewaluacyjnych.

Pozytywne efekty terapii kokainistów, zaproponowanej przez Higginsa, przyspieszyły prace nad próbami adaptacji tej formy oddziaływań do leczenia innych uzależnień. W przypadku stosowania voucherów, jako motywacji do podtrzymywania abstynencji, pozytywne rezultaty uzyskano, gdy koncentrowano się na zastopowaniu używania tylko jednej substancji, np. kokainy i powtarzano tę procedurę motywacyjną dla drugiej, np. marihuany. Podobne, skromne, ale istotne pozytywne rezultaty uzyskano przy oddziaływaniach na pacjentów programów metadonowych, sięgających po nielegalne opiaty i kokainę. Terapia oparta na motywacji voucherami zawiódła jednakże przy próbach jednoczesnego zahamowania odurzania się wieloma substancjami. Większość uczestników programu nie była w stanie uzyskać choćby jednego korzystnego wyniku badania moczu. Cel oddziaływań – pełna abstynencja – okazał się zbyt trudny do osiągnięcia lub też poziom motywacji był zbyt niski, aby skłonić pacjentów do powstrzymania się od przyjmowania wszystkich substancji odurzających. Wynik ten potwierdził złożoność problemu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych.

W świetle analizy rezultatów różnych programów pomocowych uzasadnione jest stwierdzenie, że abstynencja to zbyt trudny cel leczenia dla większości politoksykomanów. Programy terapeutyczne dla tej populacji powinny składać się z sekwencji oddziaływań rozpoczynających się od progresywnego ustalania listy celów leczniczych – poczynając od celów najtrudniejszych i dostarczania szczególnie mocnych zachęt do osiągnięcia tych elementów programu, jak też uzupełniania terapii o farmakoterapię, krótkoterminowe hospitalizacje oraz intensywne doradztwo.

Efektywne strategie zogniskowane na używaniu wielu substancji wydają się być bardziej zależne od rozważnych i skoncentrowanych wysiłków leczniczych, niż od daleko sięgających celów uzyskania w jednym czasie abstynencji od wszystkich używanych substancji psychoaktywnych (Budney, Sigmon i Higgins, 2003).

O skali trudności terapii uzależnień, powodowanej m.in. przez siłę „przyciągania” środków odurzających, może świadczyć doświadczenie realizatorów programów metadonowych, w których główną przyczyną nieplanowanego wypisania pacjentów z programu było przyjmowanie innych niż zalecane przez lekarza substancji psychoaktywnych (85,5%). Dotyczyło to głównie opiatów, amfetaminy, barbituranów i benzodiazepin, których występowanie sprawdzano w kontrolnych badaniach moczu, natomiast w mniejszym stopniu zwracano uwagę na picie alkoholu i kawy oraz palenie papierosów (Chmielewska, Baran, Dąbrowski i Habrat, 1998). Osoby uzależnione od wielu substancji stanowią obecnie największą grupę pacjentów zgłaszających się do placówek leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w Polsce.

Opisany powyżej trend, w którym obserwujemy zastępowanie – dominującego do niedawna wzoru odurzania się opiatami – innymi substancjami i substancjami mieszanymi, ma od końca lat 90. charakter trwałej tendencji. Dotyczy on pacjentów po raz pierwszy zgłaszających się do leczenia, a także osób ponawiających próby przezwyciężenia uzależnienia. Zmiana charakterystyki pacjentów w obszarze preferowanych substancji psychoaktywnych winna spotkać się z reakcją w postaci dostosowania form instytucjonalnej i profesjonalnej oferty leczniczej do potrzeb i oczekiwań osób uzależnionych i używających narkotyków w sposób szkodliwy. Zignorowanie zaobserwowanych zmian w obrazie trendów epidemiologicznych i społecznych może sprawić, że podejmowane wysiłki terapeutyczne będą nieproduktywne – zarówno z punktu widzenia zdrowia publicznego, jak i potrzeb osób korzystających z terapii i rehabilitacji.

BIBLIOGRAFIA

- Ball, S. A. i Schottenfeld, R. S.** (1997). A five-factor model of personality and addiction, psychiatric AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers. *Substance Abuse and Misuse*, 1(1), 32, 25-41.
- Bleich, A., Gelkopf, M. i Schmid, V.** (1999). Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction*, 94, 1533-1540.
- Bovasso, G. i Cacciola, J.** (2003). The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30, 290-303.
- Budney, A. J., Sigmon, S. C. i Higgins, S. T.** (2003). Contingency management in the substance abuse treatment clinic. W: F. Rotgers, J. Morgenstein i S. T. Walter (red.), *Treating substance abuse: Theory and Technique* (2nd edition, s. 248-278). New York: Guilford Press.
- Byqvist, S.** (1999). Polydrug misuse patterns in Sweden: gender differences. *Journal of Substance Use and Misuse*, 34, 2, 195-216.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M. A. Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P., Zavatti, P.** (1999). *Risk and control in the recreational drug culture*. SONAR/European Commission, Palma de Mallorca: Irefrea Books.

- Caplehorn, J. R. i Drummer, O. H.** (2002). Fatal methadone toxicity: signs and circumstances and the role of benzodiazepines. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(4), 358-362.
- Chmielewska, K., Baran, H., Dąbrowski, S. i Habrat, B.** (1998). Kontynuowanie terapii w programie substytucyjnego leczenia metadonem przez pacjentów uzależnionych od opiatów. *Alkoholizm i Narkomania*, 32(3), 313-317.
- Ciosmak, M.** (2004). *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne pacjentów z podwójną diagnozą*. Strona internetowa: http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/5055_problemy_diagnostyczne_terapeutyczne.html
- Cohen, J. i Levy, S. J.** (1998). *Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Cole, J. S., Bayley, M., Sumnal, H. R., Wagstaff, G. F. i King, L. A.** (1992). The content of ecstasy tablets: implication for the study of their long-term effects. *Addiction*, 97, 1531-1536.
- Collins, R. L., Ellickson, P. L. i Bell, R. M.** (1999). Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors. *Journal of Substance Abuse*, 10, 233-253.
- Colman, A. M.** (2006). *Oxford Dictionary of Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Denning, P., Little, J. i Glickman, A.** (2004). *Over the influence. The harm reduction guide for managing drugs and alcohol*. New York: Guilford Press.
- Department of Health Scottish Office, Department of Health Welsh Office, Department of Health and Social Services, Northern Ireland.** (1999). *Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management*. London: Stationery Office. Strona internetowa: http://www.drugsandalcohol.ie/5019/1/Drug_Misuse_and_Dependence.pdf
- Dilbaz, N.** (2006). Comorbidity of substance abuse: diagnosis and treatment implications in adolescents. W: Council of Europe Pompidou Group, *Young People and Drugs. Care and Treatment* (s. 167-190). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Encyclopedia of mental disorders.** (brak daty). Zaczepnięte 22 lutego 2011. Strona internetowa: <http://www.minddisorder.com/ob.-ps/polysubstance-dependence.html>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA.** (2002). *Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Publications of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA.** (2004). *Sprawozdanie roczne 2004. Stan problemu narkotykowego w Unii Europejskiej i Norwegii*. Luxembourg: Office for Publications of the European Union.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.** (2009). *Sprawozdanie roczne 2009. Stan problemu narkotykowego w Europie*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
- Gossop, M.** (2001). A web of dependence. *Addiction*, 96, 5, 677-678.
- Gossop, M., Marsden, J., Steward, D. i Kidd, T.** (2003). The national treatment outcome research study. *Addiction*, 98, 291-303.
- Habrat, B.** (2001). *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*. Warszawa: Springer PWN.
- Habrat, B., Steinbarth-Chmielewska, K. i Baran-Furga, H.** (2002). Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski i J. Wciórka (red.), *Psychiatria* (t. 2, s. 169-212). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner.
- Hartnoll, R.** (2004). *Drugs and drug dependence: linking research, policy and practice*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K. i Foerg, F.** (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
- Ives, R. i Ghelanie, P.** (2003). *Technical file. Poly-drug use – the use of drugs in combination. Discussion paper*. Strasbourg: Pompidou Group.
- Ives, R. i Tasker, T.** (1999). *Volatile substance abuse: report on survey evidence*. London: Health Education Authority.
- Jainchill, N.** (1994). Co-morbidity and therapeutic community treatment. W: F. M. Tims, G. De Leon i N. Jainchill (red.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application. NIDA Research Monograph 144* (s. 214-238). Rockville, MD: NIDA.
- Koesters, S. C., Rogers, P. D. i Rajasingham, C. R.** (2002). MDMA (ecstasy) and other “club drugs”. The new epidemic. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 415-433.
- Krawczyk, W.** (2005). Domieszki do narkotyków – Amfetamina. *Monar na bajzlu, Wiosna 2005*, 4-5.
- Leri, F., Bruneau, J. i Steward, J.** (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-22.
- Maisto, S. A., Galizio, M. i Connors, G. J.** (2000). *Narkotyki: Zażywanie i Nadużywanie*. Warszawa: Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom „Karan”.
- Maremmi, I., Canoniero, S., Pacini, M., Lazzeri, M. i Placidi, G. F.** (2000). Opioid and cannabinoids abuse among bipolar patients. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 2(2), 35-42.
- Maremmi, I. i Shinderman, M.** (1999). Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadon. Polyabuse or undermedication. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 1(2), 5-10.
- Miller, W. R. i Munoz, R. F.** (2006). *Picie kontrolowane*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
- Neale, J.** (2001). Driving on recreational drugs: a qualitative investigation of experience from behind the wheel. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 8(4), 315-325.
- Nunes, E. V., Coyne, T. H., Young, S., Hoffman, M., Woytek, R., Bertinol, L., Kroger, J. i Amann, K.** (1997). Group psychotherapy for treatment refractory methadone maintenance patients: A clinical experience. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(1), 103-113.
- Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.** (2002). *Drugs and dependence indicators and trends in 2002*. Paris: Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.
- Olszewski, D. i Griffiths, P.** (2003). *Technical file. Patterns of poly-drug use in Europe – an overview of the policy issues arising from the concurrent use psychoactive substances. Discussion paper*. Strasbourg: Pompidou Group.
- Pickens, R. W. i Fletcher, B. W.** (1991). Overview of treatment issues. W: R. W. Pickens, C. G. Leukefeld i C. R. Schuster (red.), *Improving drug abuse treatment. Research monograph 106* (s. 1-19).
- Ramsey, M., Baker, P., Goulden, Ch., Sharp, C. i Sondhi, A.** (2001). *Drug misuse declared in 2000: results from the British Crime Survey*. London: UK Home Office Research.
- Rittmannsherger, H., Silberbauer, C., Lehner, R. i Ruscham, M.** (2000). Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 6, 2-7.
- Robson, F.** (1997). *Narkotyki*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Rogała-Oblękowska, J.** (1999). *Młodzież i narkotyki*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, ISNS.

- Rounsaville, B. J., Tims, F. M., Horton, A. M. i Sowder, B. J. (1996). *Diagnostic source book on drug abuse research and treatment*. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Schuckit, M.A. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 669-676.
- Sierosławski, J. (1996). Wzory używania narkotyków wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(4), 487-498.
- Skinstad, A. i Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Staines, G. L., Magura, S. i Foote, J. (2001). Polysubstance use among alcoholics. *Journal of addictive diseases*, 20, 4, 53-68.
- Stohler, R. (2003). *Technical File. Treatment and care issues related to poly-drug use*. Strasbourg: Pompidou Group.
- The ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Second Edition.** (1992). Geneva: WHO.
- Wciórka, J. (red.). (1997). *ICD-10. Inwentarz objawów zaburzeń psychicznych wersja 1.1. Słownik objawów zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- WHO. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drugs Terms*. Geneva: WHO.
- WHO, UNODC i UNAIDS. (2004). *Position Paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva: WHO.
- Witkiewicz, K. i Marlatt, G. A. (2007). *Therapist Guide to Evidence-based Relapse Prevention*. London: Academic Press, Elsevier.

Rozdział 26

Zdrowie seksualne osób używających substancji psychoaktywnych

Zbigniew Izdebski

Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Pedagogiki,
Socjologii i Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Warszawski, Wydział Pedagogiczny

Jednym z podstawowych składników zdrowia, pojmowanego nie tylko jako całkowity brak choroby czy kalectwa, ale jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia), jest zdrowie reprodukcyjne i seksualne. Nie można więc mówić o zdrowiu człowieka, nie odwołując się do jego seksualności. Według definicji, wypracowanej przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie reprodukcyjne pojmowane jest jako stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu we wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcji. Zdrowie reprodukcyjne oznacza, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, płodzić dzieci oraz w sposób swobodny decydować czy, kiedy i ile chcą ich mieć. Nerozerwalnie z pojęciem zdrowia reprodukcyjnego związane jest zdrowie seksualne, czyli według definicji Światowej Organizacji Zdrowia – integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Jeśli którykolwiek z tych elementów nie funkcjonuje prawidłowo, cierpią na tym pozostałe. Jest to więc stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrostanu związanego z seksualnością. To nie tylko brak choroby, dysfunkcji czy niemocy. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności i relacji seksualnych, a także do możliwości czerpania przyjemności i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy. Brak zdrowia seksualnego zwykle prowadzi do różnorodnych zaburzeń, kompleksów i obniżonej samooceny. Mogą wówczas występować zaburzenia zdrowia psychicznego (np. psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe), poczucie niskiej wartości, konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, drażliwość w kontaktach międzyludzkich. Warunkiem wystąpienia stanu zdrowia seksualnego jest respektowanie, ochrona i egzekwowanie praw seksualnych wszystkich osób. Także osób uzależnionych od narkotyków. Prawa seksualne należą do uniwersalnych praw każdego człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich. Do podstawowych praw, wynikających z Deklaracji Praw Seksualnych WHO z sierpnia 2002 roku, należą: prawo do wolności seksualnej, prawo do odrębności seksualnej, integralności oraz bezpieczeństwa seksualnego ciała, prawo do prywatności seksualnej, do równości seksualnej, do przyjemności seksualnej, prawo do emocjonalnego wyrażania seksualności, do swobodnych kontaktów seksualnych, do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących

posiadania potomstwa, prawo do informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych, do rzetelnej edukacji seksualnej oraz prawo do seksualnej opieki zdrowotnej. Powyższe prawa seksualne stanowią fundamentalne i uniwersalne prawa każdego człowieka.

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE A SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA

Szeroko pojęta seksualność człowieka, a więc nie tylko fizyczna sprawność seksualna, ale wszelkie sposoby doświadczania i wyrażania siebie jako istoty płciowej, jest niezwykle istotną sferą każdej jednostki, niezależnie od wieku, od tego czy jest ona aktywna seksualnie, czy ma fantazje erotyczne czy nie. Odgrywa ważną rolę na przestrzeni całego życia każdego człowieka, także osoby uzależnionej. Seksualność to sposób, w jaki człowiek, z perspektywy swojej płciowości, doświadcza i wyraża siebie jako istotę ludzką. Częścią seksualności człowieka, w takim jej rozumieniu jest więc: świadomość samego siebie w aspekcie biologicznym (jako kobiety lub mężczyzny) i psychicznym (jakość bycia kobietą lub mężczyzną), świadomość własnych reakcji na bodźce seksualne oraz doświadczenia o charakterze seksualnym, erotycznym. W seksualności istnieje związek trzech głównych czynników: biologicznego jako warunku reprodukcji, subiektywnego jako warunku indywidualnego przeżywania rozkoszy i zaspokojenia oraz społecznego (lub międzyludzkiego) jako warunku jedynej w swoim rodzaju komunikacji między partnerami, która umożliwia wzajemne uszczęśliwianie się, a tym samym stabilizację układu partnerskiego (Aresin i Starke, 1998).

Działanie substancji psychoaktywnych w aspekcie ludzkiego seksualizmu można rozpatrywać na dwóch płaszczyznach:

1. Przyjmowanie substancji toksycznych a sprawność fizyczna i przebieg procesów fizjologicznych związanych z aktywnością seksualną.
2. Działanie narkotyków na sferę emocjonalną, osobowość i ich wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących wyboru partnera oraz na przebieg kontaktów partnerskich (Izdebski i Walendzik, 2000).

Wpływ narkotyków na osoby je zażywające zależy od takich czynników jak: długość i częstotliwość ich używania, ich rodzaj, stopień uzależnienia oraz cechy osobnicze. Efekty działania narkotyków w kontekście aktywności seksualnej, jak wykazały moje obserwacje w pracy z pacjentami oraz przeprowadzone badania, mogą być różnie interpretowane przez osoby opisujące swoje doświadczenia z tymi substancjami. Wielu z uczestników terapii dotyczącej zdrowia seksualnego w opisie swoich przeżyć odwołuje się do własnych doświadczeń z **haszyszem i marihuaną**. Odczucia najczęściej podkreślane to zwiększające się podniecenie i większa wrażliwość na bodźce erotyczne. Pochodne konopi indyjskich wspomagają wyobraźnię i fantazję – istotne elementy funkcjonowania człowieka w sferze seksualnej. Ważnym faktem wydaje się postrzeganie marihuany i haszyszu jako środków, z jednej strony pełniących rolę afrodyzjaków, a z drugiej – substancji o wiele „bezpieczniejszych” niż np. alkohol (m.in. w kontekście ryzyka infekcji HIV). Nie ma wciąż pełnej wiedzy na temat działania aktywnego składnika marihuany, tetrahydrokanabinolu (THC), występującego w wielu odmianach mogących różnie oddziaływać na sferę seksualną człowieka. Badania wykazują jednak, że dłuższe używanie haszyszu lub marihuany może wpływać

na zmniejszenie pożądania seksualnego oraz zaburzyć zdolność do erekcji (Rodgers, 1995). Pod wpływem THC zmniejsza się także poziom testosteronu – męskiego hormonu płciowego. Częste palenie marihuany może zmniejszyć ilość i jakość spermy oraz osłabić zdolność plemników do poruszania się. Nadużywanie pochodnych konopi indyjskich może powodować uszkodzenia chromosomów odpowiedzialnych za przekazywanie kodu genetycznego, a zażywanie marihuany lub haszyszu w ciąży działa negatywnie na układ nerwowy i może doprowadzić do obumarcia płodu (Rodgers, 1995).

Nadużywanie **opiatów** powoduje znaczne obniżenie wydolności seksualnej. U mężczyzn występują problemy z wytryskiem (przedwczesny lub opóźniony) i z brakiem erekcji – tzw. „impotencja opiumowa”. U kobiet zażywających heroinę pojawia się suchość pochwy oraz zakłócenia cyklu miesiączki aż do całkowitego jej zaniku. Wraz z długo trwającym nadużywaniem narkotyków, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn obniża się popęd seksualny i związane z tym natężenie i jakość aktywności seksualnej. Istotną zmianą dotyczącą sfery seksualności, podkreślaną także mocno przez samych narkomanów (Izdebski, Zygałło, Capiga, 2008), jest oddziaływanie opiatów na znaczne stłumienie sfery przeżyć emocjonalnych związanych z seksem. Akt seksualny i przyjemność z niego płynąca u osób uzależnionych od opiatów zastępowane są odczuciem po zażyciu narkotyku. Przeżycie to porównywane jest często przez narkomanów do niezwykłego orgazmu (Izdebski, Zygałło i Capiga, 2008).

Kokaina jako środek pobudzający, szczególnie w początkowym okresie uzależnienia, zwiększa pożądanie seksualne. Dzieje się tak pod wpływem działania noradrenaliny, która pobudza genitalia i zwiększa ich wrażliwość. Kokaina pośrednio poprzez aktywność dopaminy – substancji regulującej pracę serca, mięśni i ciśnienia krwi – wpływa na zwiększenie ilości produkowanej serotoniny, która stymuluje aktywność i reakcje seksualne. Wraz z dłuższym i częstszym zażywaniem kokainy mężczyźni zaczynają mieć problemy ze wzwozem i jego utrzymaniem (Käll, 1995). U kobiet pojawiają się częste problemy z osiąganiem orgazmu oraz zaburzenia produkcji śluzu szyjkowego i pochwowego. Substancje chemiczne zawarte w kokainie powodują przewlekłe infekcje pochwy i uszkodzenia narządów rodnych u kobiet. Badacze przedmiotu zwracają także uwagę na współwystępujące wraz z zażywaniem kokainy niebezpieczeństwo zawału oraz pojawiające się agresywne zachowania na tle seksualnym (Cekiera, 1985).

Inny środek pobudzający, **amfetamina** działa podobnie w sferze seksualności, jak kokaina. Nadużywanie jej zmniejsza potencję u mężczyzn, zwiększając jednocześnie pożądanie. U kobiet prowadzi do zahamowania owulacji i miesiączki. Zażywanie amfetaminy przez dłuższy czas powoduje często zmniejszenie zainteresowania seksem. Przyjmowana dożylnie sprawia, że – przy dużym pobudzeniu seksualnym – ejakulacja i orgazm są trudne lub niemożliwe do osiągnięcia. Stosunki seksualne mogą trwać, według relacji osób uzależnionych, nawet do kilku godzin (Izdebski, Zygałło i Capiga, 2008). Niebezpieczeństwo związane z nadużywaniem amfetaminy wynika także z faktu, iż pod jej wpływem wzmocnieniu ulegają, wcześniej występujące w mniejszym stopniu, zachowania dewiacyjne (pedofilia, masochizm). Badani narkomani, używający różnych środków odurzających, podkreślają chęć użycia amfetaminy, metaamfetaminy lub kokainy w celu stymulacji doznań seksualnych. Prowadzi

to jednak u tych osób do niekontrolowanych zachowań (nieużywanie prezerwatywy, zachowania dewiacyjne, prostytutcja) (Izdebski, Zygadło i Capiga, 2008).

Środki halucynogenne, między innymi LSD, w opinii wielu osób zwiększają odczuwanie przyjemności seksualnej, wydłużają orgazm i sprawiają, że jest on bardziej intensywny. Jednocześnie osoby będące pod wpływem tego rodzaju środków z reguły odczuwają niewielką potrzebę podejmowania aktywności seksualnej. Zaburzenia siły percepcji dotyku, wzroku i słuchu – a dokładniej jej wzmożone odczuwanie – mogą utrudniać wchodzenie w bliskie kontakty fizyczne (Abel, 1985; Rodgers, 1995).

Podsumowując kwestię wpływu narkotyków na seksualność człowieka, w literaturze przedmiotu stwierdza się co następuje:

- Ludzie zażywający narkotyki dla przyjemności i ci, którzy są od nich uzależnieni miewają kontakty seksualne, gdy są pod wpływem narkotyków. Mogą wtedy doświadczać różnych przemian w swoim funkcjonowaniu seksualnym. Tu jednak wpływ narkotyku jest marginalny, tak jak działanie uboczne leków. Efekt bywa postrzegany jako negatywny lub pozytywny. Jeśli jest pozytywny, może doprowadzić do stosowania narkotyku jako afrodyzjaku.
- Narkotyki mogą być używane w celu zwiększenia przeżyć seksualnych lub ułatwienia inicjacji kontaktu seksualnego. Podane partnerowi mają na celu spowodowanie, że będzie bardziej chętny do kontaktu seksualnego. Próbuując podsumować te wnioski, można pokusić się o twierdzenie, iż jest to próba używania narkotyków jako afrodyzjaków. Może to być robione w sekrecie przed partnerem przez osobę, która odkryła, jakie działanie ma na nią narkotyk. Może to być działanie bardziej otwarte, wręcz publiczne, gdzie efekty wywołane przez narkotyk są powszechne, popularne i znane w społeczeństwie lub subkulturze. Ta kultura może traktować (lub nie) zachowania seksualne jako jej składnik.
- Długotrwałe używanie dużych ilości narkotyków może powodować komplikacje organiczne i psychiczne, narażając na szwank funkcjonowanie seksualne. Na przykład nadużywanie alkoholu może doprowadzić do wtórnej impotencji u mężczyzn (Käll, 1995).

ZDROWIE SEKSUALNE I REPRODUKCYJNE OSÓB ZAŻYWAJĄCYCH DOŻYLNIE NARKOTYKI

W ramach projektu realizowanego dla Open Society Institute, zespół pod moim kierownictwem przeprowadził w 2007 i 2008 roku badania jakościowe wśród osób zażywających narkotyki drogą dożylną. Badania były realizowane w trzech ośrodkach: we Wrocławiu, Warszawie i Krakowie, a ich celem – zdobycie informacji na temat zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego osób uzależnionych od narkotyków i ich odczuć z tym związanych. W interesującym nas obszarze rozpoznano, oprócz szczególnych potrzeb wynikających z zażywania środków uzależniających, także i takie, które można przypisać ogółowi osób. Nie mają one bezpośredniego związku z używaniem narkotyków, ale możliwości ich realizacji są często podporządkowane potrzebie zdobycia i zażycia narkotyku. Narkomani zwracali uwagę na **znaczne zmniejszenie, a nawet brak potrzeb seksualnych w wyniku działania substancji uzależniających**. Podkreślali, że zażywanie narkotyków drogą dożylną wywołuje istotne, łatwo

obserwowalne zmiany potrzeb w obszarze zdrowia seksualnego, przede wszystkim stwierdzali obniżenie popędu seksualnego, a co za tym idzie – zmniejszenie własnej aktywności seksualnej. Kolejnym obserwowanym zjawiskiem była **zmienność potrzeb seksualnych w zależności od „etapu” zażywania – od tego, czy jest się „w ciągu” czy „na głodzie”**. Większość badanych twierdziła, że w ciągu narkotycznym potrzeba aktywności seksualnej znacznie maleje lub zanika zupełnie. Natomiast „na głodzie” pojawia się nagle potrzeba podjęcia aktywności seksualnej. Chęć jej zaspokojenia często prowadzi, zdaniem badanych, do przypadkowych, ryzykownych kontaktów seksualnych. **Aktywność seksualna zależy, w opinii badanych, od rodzaju substancji i intensywności jej przyjmowania**. Heroina hamuje potrzeby seksualne, amfetamina działa pobudzająco. Zażywanie dużych dawek albo częste przyjmowanie całkowicie redukuje potrzeby seksualne (tabela 1).

Tabela 1. Popęd i aktywność seksualna w cyklu zażywania narkotyków drogą dożylną

Substancja psychoaktywna	Działanie środka uzależniającego		Głód narkotykowy, detoks	
	Popęd	Aktywność seksualna	Popęd	Aktywność seksualna
Heroina	Spadek popędu /niski popęd	Mała aktywność seksualna Mężczyźni wzdów długotrwały, brak wytrysku Kobiety znaczne osłabienie doznań	Wzrost potrzeb seksualnych	Wzmożona aktywność seksualna
Amfetamina	Oslabienie popędu lub jego wzrost w początkowym okresie	Duża aktywność seksualna w początkowym okresie zażywania Mężczyźni impotencja po kilku latach stosowania środka	Obniżenie potrzeb seksualnych lub ich wzrost	Wzmożona aktywność seksualna – zastępowanie doznań związanych z działaniem środka poprzez masturbację
Politoksykomania	Spadek popędu	Mała aktywność seksualna Mężczyźni problemy z erekcją i wytryskiem Kobiety „bierny seks”	Obniżenie potrzeb seksualnych	Wzrost aktywności seksualnej

Działanie substancji psychoaktywnej, według badanych, **znacznie osłabia lub redukuje intensywność doznań seksualnych**. Za ilustrację tego istotnego z punktu widzenia seksualności człowieka problemu może posłużyć wypowiedź jednego z badanych:

Jeszcze wtedy nie brałem, to wiadomo. Pierwsze kontakty seksualne z wybranką serca (...) to było coś fantastycznego, nie do opisanie w ogóle. Na trzeźwo. Jak zaczęliśmy brać to już nie było to, cholera (...). Moim zdaniem, seks na trzeźwo jest o wiele lepszy niż seks pod wpływem narkotyków. Bo już później człowiek nie jest taki sprawny.

W swoich narracjach badani opisali także sytuacje, w których **zastępowali doznania seksualne narkotykiem lub zastępowali narkotyk doznaniem wynikającym z aktywności seksualnej**. Reakcja organizmu po wzięciu heroiny porównywana jest przez niektórych badanych do orgazmu. Stwierdzają oni występowanie również fizjologicznych reakcji, np. wzdęcia u mężczyzn. Na głodzie heroinowym natomiast, oczekiwane doznania wywołane działaniem substancji uzależniającej, zastępowane są orgazmem osiąganym najczęściej w wyniku masturbacji. Ilustruje to wypowiedź badanego:

Na niedobrze narkotyku to czasami wręcz pobudzam się, żeby mieć orgazm i chociaż na moment jakby zastąpić brak heroiny w organizmie orgazmem.

Cechą charakterystyczną wyznaczającą cały bieg życia narkomanów jest ciągła potrzeba zdobywania kolejnych dawek substancji psychoaktywnej. **Koncentracja na zdobyciu narkotyku i zaspokajaniu głodu narkotykowego wpływa znacznie na aktywność seksualną** – zarówno na częstotliwość, jak i sam fakt podejmowania kontaktów seksualnych. Wiąże się z tym też **ograniczenie potrzeby rozmawiania o aktywności seksualnej**. Pomimo deklarowanej świadomości znaczenia zagadnień związanych ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym dla zdrowia człowieka, badani sporadycznie podejmowali rozmowy na ten temat. Stwierdzali, że potrzeba ta może występować (lub występuje) szczególnie u osób aktywnych seksualnie, np. będących w związkach lub świadczących usługi seksualne. Większość badanych uważała, że w przypadku osoby biorącej narkotyki potrzeby prowadzenia rozmów i aktywności seksualnej schodzą na dalszy plan. Jednym z powodów takiej sytuacji jest zmiana celów życiowych i hierarchii potrzeb osoby uzależnionej. Podstawowy temat rozmów to możliwość zdobycia narkotyku. Mimo bardzo krytycznej oceny związków zawieranych przez narkomanów, wyrażanej w wielu rozmowach, zwracano jednak uwagę na niespełnioną ze względu na chorobę potrzebę bliskości, niezwiązaną, co podkreślano, z potrzebą aktywności seksualnej. Osoby badane mówiły o pojawianiu się potrzeby posiadania potomstwa, często w celu uzyskania motywacji do podjęcia leczenia. Niektórzy, mimo choroby, trybu życia i świadomości zagrożeń, decydują się na dzieci. Przede wszystkim można jednak zaobserwować niechęć do posiadania potomstwa lub odracanie tej decyzji do czasu unormowania sytuacji życiowej. Osoby badane zdawały sobie przy tym sprawę, że na takie podejście do kwestii prokreacji ma wpływ długotrwałe nadużywanie narkotyków i uzależnienie.

Używanie narkotyków drogą dożylną, wpływając na zmiany potrzeb w obszarze zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, implikuje także liczne problemy w tym zakresie. Problemy te są następstwem nie tylko bezpośredniego działania substancji psychoaktywnej (np. zaburzenia popędu seksualnego, zmniejszenie intensywności

doznań), ale i pośrednich konsekwencji jej zażywania, takich jak ryzyko zakażenia HIV czy HCV przez krew czy drogą kontaktów płciowych. Na podstawie badań przeprowadzonych przez nasz zespół (Izdebski, 2006), zidentyfikowano następujące problemy w obszarze zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego osób uzależnionych od środków odurzających zażywanych dożylnie:

Problem z osiągnięciem satysfakcji z seksu. Jest on głównie konsekwencją trudności z osiągnięciem orgazmu przez mężczyzn, ale dotyczy także ich partnerek, ponieważ sytuacja długotrwałego stosunku nierzadko łączy się z odczuwaniem bólu i poczuciem niezaspokajania potrzeb partnera.

Problem ograniczonej aktywności seksualnej. Zmniejszenie częstotliwości podejmowania aktywności seksualnej wynika z obniżenia popędu seksualnego lub jego zaniku i jest identyfikowane przez badanych jako poważna sytuacja problemowa.

Problem ukrywania zakażenia lub braku wiedzy na temat swojego statusu serologicznego. Osobom biorącym narkotyki trudno jest często stwierdzić, którą drogą (iniekcyjną czy kontaktu seksualnego) doszło u nich do zakażenia HIV. W związkach osób dożylnie zażywających narkotyki wzajemne informowanie się partnerów o swoim statusie serologicznym często występuje dopiero po jakimś czasie od podjęcia współżycia. Badani zwracali także uwagę na intencjonalne zatajanie informacji o zakażeniu, np. w celu uzyskania większej ceny za świadczoną usługę seksualną. Problem ukrywania zakażenia ma znaczenie w przypadku wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową. Powoduje to bowiem negatywne, często nieodwracalne, skutki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, np. niepodjęcie leczenia prowadzi z czasem do trwałej niepłodności.

Problem zakażenia partnerów seksualnych. Zakażenie stanowi poważny problem w sytuacji przypadkowych kontaktów, ale przede wszystkim w związkach, w których jeden z partnerów jest zakażony, a seks uprawiany jest bez zabezpieczenia.

Problem braku motywacji do stosowania antykoncepcji. Wiele z osób świadomych swojego pozytywnego statusu serologicznego i konsekwencji zachowań ryzykownych nie stosuje prezerwatyw. Powodem takiej decyzji jest albo sporadyczność aktywności seksualnej, albo też bycie w stałym związku.

Problem przypadkowości kontaktów seksualnych. Niektórzy badani sprowadzają seks do sytuacji okazjonalnej z przypadkowo poznanym partnerem, z którym ten kontakt bardzo często jest jednorazowy i odbywa się pod wpływem działania środka, albo na głodzie narkotykowym. Nie sprzyja to myśleniu o stosowaniu praktyk bezpiecznego seksu lub środków antykoncepcyjnych.

Problem braku dbałości o zdrowie reprodukcyjne. Sytuacja uzależnienia nie sprzyja refleksji i dbałości o zdrowie reprodukcyjne. Świadczy między innymi o tym przypadkowość kontaktów seksualnych, która zwiększa możliwość nieplanowanej ciąży i zagrożenie jej przebiegu.

Trudniejsza aktywność seksualna ze względu na warunki socjalne. Często, oprócz innych trudności wpływających na dyskomfort życia seksualnego, badani borykają się z problemem braku stałego miejsca pobytu i miejsca sprzyjającego sytuacjom intymnym (przebywają w noclegowniach, w przypadkowych miejscach – u kogoś, na kłatkach schodowych).

ZWIĄZKI OSÓB ZAŻYWAJĄCYCH NARKOTYKI DOŻYLNIE

Związki narkomanów, także w opinii ich samych, różnią się od związków osób wolnych od nałogu narkotykowego, przede wszystkim rodzajem więzi, znaczeniem partnera, aktywnością seksualną i motywami bycia w związku. Głównym czynnikiem mającym znaczenie dla specyfiki tych związków jest problem uzależnienia, wpływający na zmianę aktywności życiowej oraz zmiany organiczne i psychiczne, uwarunkowane działaniem środka uzależniającego. Według narkomanów ich związki charakteryzuje przede wszystkim zmiana priorytetów – środek uzależniający jest ważniejszy niż partner i dzieci (jeśli są w związku). Cała aktywność życiowa regulowana jest cyklem zażywania środka uzależniającego i co za tym idzie – zorganizowana wokół zdobycia narkotyku. W konsekwencji narkomani albo nie zawierają związków, albo zawierają związki, które zorientowane są przede wszystkim na jeden cel, jakim jest narkotyk.

Mimo że można mówić o trwałości (długoterminowości) związków, łączących osoby zażywające narkotyki drogą dożylną (związki te trwają czasami kilka lat), należy jednak podkreślić, że trwałość ich jest względna, ponieważ wyznacza ją przede wszystkim umiejętność zdobycia środka przez partnera i stan uzależnienia (ciągi). Nie bez znaczenia dla trwałości związku są pośrednie konsekwencje uzależnienia. Narkomani chociaż wiedzą o groźbie zakażenia, to najczęściej w sytuacji posiadania stałego partnera nie stosują prezerwatyw. Prowadzi to do zakażenia partnera i nierzadko staje się powodem trwania w związku. Czynnikiem najbardziej różnicującymi związki osób uzależnionych od narkotyków (także w ich własnej opinii) jest czas trwania związku i cel bycia razem, uwarunkowany przez rodzaj potrzeb i określający tym samym motywację do trwania w związku. Przyjęcie tych kryteriów pozwoliło rozróżnić kilka typów związków.

Związki długoterminowe (formalne lub nieformalne) charakteryzuje długi okres trwania (względna trwałość) i zawierane są w celu zaspokajania potrzeb występujących stale. Ze względu na relacje z partnerem i motywację bycia w związku można rozróżnić dwa podtypy:

Związki długoterminowe symetryczne, tzw. „układy”, w których oboje partnerzy są uzależnieni od narkotyków. Aktywność partnerów nastawiona jest przede wszystkim na zdobycie środka uzależniającego. Więzy emocjonalna jest tu dosyć słaba, a motywacja do bycia razem to zaspokojenie potrzeby bycia z drugim człowiekiem, poczucie bycia rozumianym (czemu sprzyja bycie z partnerem uzależnionym), a głównie ułatwienia w obszarze życia codziennego. Związki tego typu są negatywnie oceniane przez samych narkomanów, jako pozbawione uczuć, interesowne, oparte na przyzwyczajeniu. Świadczyć o tym może wypowiedź jednej z narkomanek:

Jak już dwie osoby ćpają, to jest taki zwykły układ, nawet jak na początku jest uczucie, to potem umiera (...). Wtedy się tylko towar liczy, są też takie pary, które nawet nie pomagają sobie, tylko kurde przekręcają siebie nawzajem. Są ze sobą, bo są, bo się do siebie przyzwyczaili. Ja jak ćpałam, to z nikim nie byłam, bo wiedziałam, że to jest układ, nie chciałam układu.

Zdobywanie pieniędzy na utrzymanie, a przede wszystkim na środki uzależniające, jest nierzadko dzielone między oboje partnerów: oboje kradną, albo kradnie jeden z partnerów – najczęściej mężczyzna, a kobieta się prostytuuje (czasowo lub stale).

Związki długoterminowe niesymetryczne – tylko jeden z partnerów jest uzależniony, partner wolny od nałogu to najczęściej kobieta, osoba spoza środowiska narkomanów. W związkach tych występuje często współuzależnienie. Aktywność partnerów zorganizowana jest przede wszystkim wokół walki z nałogiem, często zakończonej niepowodzeniem i rozpadem związku. Czasem bycie w takim związku motywuje osobę uzależnioną do ograniczenia brania środka czy podjęcia leczenia. Więzy emocjonalna jest tu dosyć silna, a przeświadczenie nieuzależnionego partnera o możliwości pomocy stanowi motywację do bycia razem. Związki te cechuje jednak brak szczerości między partnerami z powodu ukrywania zażywania narkotyku przez uzależnionego partnera oraz związane z tym konflikty i nieporozumienia.

Związki krótkoterminowe (nieformalne) charakteryzuje krótki czas trwania i są zawierane w celu zaspokojenia potrzeb pojawiających się okazjonalnie lub dominujących w pewnych okresach. Mogą być to potrzeby związane z popędem seksualnym. Ze względu na relację z partnerem i cel bycia w związku można wyróżnić dwa podtypy:

Związki krótkoterminowe nieintencjonalne zawierane są z przygodnie poznaną osobą i zorientowane na zaspokojenie aktualnie dominującej potrzeby – najczęściej potrzeb seksualnych i emocjonalnych. Oboje partnerzy są narkomanami. Trwałość związku określa zwykle stan zaspokojenia pojawiającej się potrzeby. Charakteryzuje je także przedmiotowe traktowanie partnera.

Związki krótkoterminowe intencjonalne zawierane są z celowo wybranym partnerem i zorientowane przede wszystkim na zaspokojenie potrzeb ekonomicznych. Jeden z partnerów uzależniony, najczęściej kobieta, i jest to układ typu handlarz i narkomanka, narkomanka i sponsor. Mają charakter nietrwały, a decyzję o ich zakończeniu podejmuje zwykle osoba wolna od nałogu.

PODSUMOWANIE

Seksualność osób zażywających narkotyki często bywa rozpatrywana przez pryzmat infekcji HIV i zjawiska prostytucji. W moim przekonaniu to zdecydowane uproszczenie zagadnienia (niestety, podtrzymywane przez osoby pracujące z tą grupą), szkodliwe dla pacjentów, jak i dla przebiegu całego procesu ich rehabilitacji. Już od wielu lat podkreślam potrzebę szerszego spojrzenia na seksualność osób używających i uzależnionych od środków odurzających. Olaf Mejer zaproponował w odniesieniu do grupy narkomanów dożylnych, interesujące rozróżnienie zachowań seksualnych na:

- seks jako potrzebę i jednocześnie wyraz potrzeby miłości, oraz
- seks traktowany instrumentalnie stanowiący jeden ze sposobów na zdobycie narkotyków (Mejer, 1992).

Niespełniona potrzeba miłości i akceptacji, jedna ze składowych prawidłowo rozwijającej się sfery seksualnej człowieka, leży często u podstaw sięgania przez dzieci i młodzież po narkotyki. Ciągłe obniżanie się wieku, w którym następują pierwsze kontakty z narkotykami ma wpływ na zaburzenie naturalnego, rozwojowego procesu uczenia się prawidłowych sposobów zaspokajania podstawowych potrzeb. W tym potrzeby miłości i bezpieczeństwa. Wiąże się z tym odpowiednio przebiegająca w rozwoju jednostki identyfikacja płciowa. Proces ten przypada na wiek, w którym

następują często intensywne kontakty młodych ludzi z narkotykami. Niejednokrotnie dorastają oni w środowiskach, gdzie prawidłowe relacje bywają zaburzone, a często są patologiczne. Zjawiskiem niezmiernie istotnym dla rozwoju każdego człowieka, szczególnie w wieku młodzieńczym, jest prawidłowy rozwój jego sfery seksualnej. Fakt, że problemy często dotyczą intymnej sfery seksualności, uniemożliwia w naszym społeczeństwie prawidłowe ich rozwiązanie, oparte na zrozumieniu i wsparciu rodziny i bliskiego otoczenia oraz na właściwej pomocy terapeutycznej i medycznej.

W pracy z pacjentami coraz częściej obserwuję iż młodzież, we współczesnym społeczeństwie nastawionym na konkurencję, nie radzi sobie z lękami przed niespełnieniem oczekiwań partnerów. Perspektywa niespełnienia tych rzeczywistych lub wyolbrzymionych oczekiwań minimalizowana jest niejednokrotnie przez działanie alkoholu lub narkotyków. Biorąc pod uwagę specyfikę działania niektórych środków odurzających (podobną do działania afrodyzjaków) wizja niebezpieczeństwa uzależnienia się od nich zostaje zniwelowana poprzez pozornie „pozytywne” efekty narkotyku.

Zjawiskiem, o którym należy wspomnieć w kontekście przyczyn uzależnienia od środków odurzających, jest przemoc na tle seksualnym, w tym także gwałty. Osoby, które doświadczyły w dzieciństwie lub młodości przemocy seksualnej w jakiegokolwiek postaci, niejednokrotnie pozostają bez właściwej opieki terapeutycznej, z poczuciem winy i poniżenia. Środki odurzające i alkohol są powszechnie dostępnym sposobem czasowego i pozornego przykrycia przykrych uczuć i wspomnień. Brak zrozumienia sytuacji ofiary przez bliskich potęguje chęć znalezienia jakiegokolwiek ucieczki, na przykład poprzez narkotyki.

Także osoby homoseksualne zgłaszające się do mnie ze swoimi problemami, zwracają uwagę na ciągły brak wsparcia ze strony rodziny i najbliższego otoczenia w prawidłowym przebiegu ich procesu identyfikacji płciowej. Brak zrozumienia i pomocy, a także nieumiejętność korzystania z takiej pomocy przez samych pacjentów, przy dużej dostępności środków odurzających, powodują wzrost zjawiska sięgania po narkotyki jako po „środek znieczulający”. Niejednokrotnie dla tych osób jest to jedyny dostępny sposób radzenia sobie z problemami ujawnienia się własnej identyfikacji płciowej, który wykorzystywali dotychczas, nie zwracając uwagi na pojawiające się uzależnienie i jego konsekwencje.

Zjawiskiem, które rzadko sygnalizowane jest w kontekście uzależnienia od środków odurzających jest transseksualizm – zaburzenie identyfikacji płciowej. Polega ono na rozbieżności pomiędzy budową ciała a płcią psychiczną, czyli poczuciem przynależności do danej płci. Inaczej mówiąc, osoby transseksualne fizycznie będące kobietami czują się mężczyznami (typ K/M), a osoby o biologicznych cechach płci męskiej czują się kobietami (typ M/K). Sytuacja ta często prowadzi do znacznego dyskomfortu psychicznego, stanów depresyjnych, samookaleczeń, nawet samobójstw. Próby leczenia seksuologicznego i psychiatrycznego, mające na celu „dostosowanie” płci psychicznej transseksualisty do jego ciała, nie dają efektów. Jedynym skutecznym leczeniem w tym przypadku jest postępowanie odwrotne, czyli dostosowanie ciała do płci przeżywanej psychicznie. Kuracja obejmuje długotrwałe badania (seksuologiczne, psychologiczne, psychiatryczne, endokrynologiczne, itd.) w celu potwierdzenia diagnozy wstępnej, wykluczenia innych zaburzeń zdrowotnych, przeprowadzenia

kuracji hormonalnej i licznych zabiegów operacyjnych. Często, niestety, zdarza się, iż w wyniku źle przeprowadzonych zabiegów chirurgicznych lub niedostatecznej opieki, pacjent pozostaje sam bądź to z ogromem problemów natury biologicznej, bądź z odrzuceniem i brakiem akceptacji. Ucieczką od tego stanu bywają narkotyki. W moim przekonaniu, samo leczenie uzależnienia nie daje satysfakcjonujących rezultatów. Terapeuci powinni kierować pacjentów do doświadczonych w tym zakresie specjalistów i wspomagać ich w dalszym leczeniu zaburzenia pierwotnego, jakim jest transseksualizm.

Młode osoby eksperymentujące z narkotykami jako z „lekarstwem” na swoje problemy, zaczynają fascynować się subkulturami związanymi z narkotykami, w których zachowania homo- i biseksualne wynikają często ze wspomnianego wyżej instrumentalnego traktowania sfery seksualnej, a nie z właściwej, dojrzałej identyfikacji płciowej. W takich środowiskach młody człowiek styka się z relacjami opartymi na „układach”, nietrwałości, oszustwie i braku poczucia bezpieczeństwa. W związkach takich realizowane są postawy egoistyczne. Jeśli takie postawy staną się jedynymi wzorcami relacji międzyludzkich dla jednostki, będzie to stanowiło znaczne utrudnienie w ewentualnym procesie jej rehabilitacji.

Zdaję sobie sprawę, czemu dawałem wyraz w wielu opracowaniach, iż praca z pacjentem uzależnionym od środków odurzających jest działaniem trudnym, a jej efekty nie zawsze są zauważalne. Jednakże, doceniając oczywiście zaangażowanie terapeutów w proces doskonalenia własnego warsztatu pracy, zauważam od wielu lat, że zbyt mało uwagi poświęca się różnym aspektom zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego osób żyjących i uzależnionych od środków odurzających. Fakt bycia osobą uzależnioną, jak to zostało wykazane w powyższym tekście, powoduje wiele konsekwencji zdrowotnych. Zarówno bezpośrednio związanych zżywaniem środków odurzających, jak i pośrednio wynikających ze stylu życia narkomanów. Istotnymi dla ogólnego stanu zdrowia pacjenta uzależnionego od narkotyków są, w moim przekonaniu, zaburzenia dotyczące jego zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Terapeuci uzależnień chcąc skutecznie działać, powinni podejmować w rozmowach ze swoimi uzależnionymi pacjentami tematy ich seksualności, które mogą stanowić istotną przyczynę sięgania po środki odurzające. Jeśli terapeuta nie zapyta lub nie podejmie rozmowy o tym istotnym obszarze zdrowia człowieka, to efektywność terapii może być znacznie obniżona. Zetknąłem się także z przypadkami powrotu do uzależnienia osób, których problemy związane z seksualnością nie zostały poddane należytej terapii. Powrót do funkcjonowania bez narkotyków, po okresie rehabilitacji w ośrodku terapeutycznym, spowodował ponowne pojawienie się wcześniej nierozwiązanych problemów. Nieumiejętność poradzenia sobie z problemami własnej seksualności skłoniła pacjentów do ponownego wejścia na jedyną znaną drogę ich rozwiązania, jaką są narkotyki.

Pacjenci korzystający z różnych form terapii dla osób uzależnionych zwracają także uwagę, iż niejednokrotnie inicjowali tematy własnej seksualności w czasie sesji terapeutycznych, otrzymując odpowiedzi wymijające lub bagatelizujące zasygnalizowaną problematykę. Takie zachowania terapeutów wynikają, być może, z ich nieumiejętności zajmowania się intymną sferą seksualności swoich pacjentów, co powoduje lęk przed podejmowaniem jakichkolwiek wątków dotyczących tego obszaru

w pracy z pacjentami uzależnionymi. Moje doświadczenia wskazują, iż uwzględnienie różnych aspektów seksualności pacjentów uzależnionych w ich terapii, może mieć istotny wpływ na przebieg i powodzenie całego procesu rehabilitacji. W trakcie terapii zwracamy uwagę na takie sfery życia związane z seksualnością, jak ogólne zadowolenie z życia seksualnego i jego wpływ na inne obszary funkcjonowania. Nie tylko chodzi tutaj o częstotliwość i intensywność kontaktów seksualnych, ale także o realizację potrzeby czułości, bliskości i intymnych relacji z drugim człowiekiem.

Mam przekonanie, że w sytuacji osób, które przed rozwojem uzależnienia doświadczały przyjemności związanej ze sferą swoich potrzeb seksualnych, te pozytywne przeżycia mogą stanowić istotną bazę podejmowanych działań terapeutycznych. Chęć powrotu do wspomnianych przyjemnych przeżyć, dających poczucie bliskości, bezpieczeństwa i intymności, może być istotnym czynnikiem powstrzymującym pacjentów przed powrotem do używania narkotyków. W literaturze przedmiotu podkreśla się problem „pustki”, w którą trafiają osoby stające się trzeźwymi narkomanami. Pojawia się wzrost popędu seksualnego, przy jednoczesnym pragnieniu oparcia się na nowym lepszym związku. Często pacjenci po detoksykacji angażują się na powrót w patologiczne relacje, które mogą negatywnie wpłynąć na ich proces terapii. Innym sposobem rozwiązania nasilającej się potrzeby bycia w jakimś związku jest tendencja do przenoszenia swoich emocji i uczuć na personel terapeutyczny. Terapeuci kojarzeni są przez narkomanów jako osoby silne, dające możliwość nawiązania trwałej, dającej poczucie bezpieczeństwa więzi (Mejer, 1992).

Po odstawieniu środków odurzających, jeszcze w ośrodku terapeutycznym ujawniają się inne istotne dla pacjentów sfery życia nie bezpośrednio związane z uzależnieniem. Pacjentki zaczynają z powrotem dostrzegać w sobie cechy kobiece, mieć poczucie kobiecości. Po okresie zażywania, w którym dbałość o atrakcyjność została odsunięta na daleki plan, pojawia się znana sprzed uzależnienia chęć podobania się, bycia zauważonym przez osoby odmiennej płci. Anna Bujak w pracy magisterskiej pod tytułem: „Postrzeganie własnej kobiecości przez trzeźwe narkomanki”, zwraca uwagę na istotny, z punktu widzenia długoterminowych efektów terapii, fakt iż istotne problemy, które towarzyszyły życiu młodych dziewcząt przed uzależnieniem (atrakcyjność, pierwsze związki, identyfikacja płciowa, rozwój poczucia kobiecości) stają się bardzo ważne w przeżyciach kobiet po odstawieniu środków odurzających. Problemy te uzupełniają lukę po zniknięciu potrzeby poświęcenia całego czasu i zaangażowania na zdobycie środka odurzającego. Jednym z atrybutów powracającego poczucia kobiecości jest dla trzeźwych narkomanek chęć posiadania dzieci. Dlatego w procesie leczenia ważna jest konsultacja z lekarzem ginekologiem, mającym doświadczenie w pracy z takimi pacjentkami (Niemiec, 2001). Celem konsultacji jest ustalenie odpowiednich procedur prowadzenia ciąży i porodu (szczególnie przy zakażeniu HIV). Jednocześnie autorka podkreśla, że problem poczucia kobiecości i zdrowia seksualnego, tak bardzo istotny w opinii badanych, nie znajduje należytego odzwierciedlenia w działaniach terapeutów (Bujak, 2005).

Na uwagę w sferze poprawy jakości zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego zasługują realizowane w Polsce ciągle w stopniu dalece niewystarczającym, programy redukcji szkód. Leczenie substytucyjne powoduje istotną dla zdrowia narkomana zmianę jego stylu życia. W większości przypadków osoby uzależnione nie muszą

zdobywać już środków odurzających, np. drogą prostytucji. Zaletą programów substytucyjnych jest ograniczenie możliwości zakażeń związanych z iniekcyjną drogą przyjmowania narkotyków. Osoby uzależnione mają więcej czasu i także fizycznych możliwości zajęcia się innymi sferami swego zdrowia, nie bezpośrednio związanymi z zażywaniem środków odurzających. Pacjenci programów metadonowych pozostają w ściślejszym kontakcie z personelem medycznym i terapeutycznym, co stwarza duże możliwości zajęcia się ich innymi potrzebami (Malinowska-Sempruch i Gallagher, 2004; Malinowska-Sempruch i Wolfe, 2004).

Jak już wykazano wcześniej, każdy człowiek ma prawo do opieki nad jego zdrowiem, w najszerszym tego słowa znaczeniu. Obowiązkiem personelu medycznego i terapeutycznego jest uwzględnienie jak największego spektrum problemów, związanych z całością zdrowia człowieka, w tym osób uzależnionych. Podporządkowane takiemu założeniu, holistyczne podejście do procesu leczenia osób uzależnionych musi uwzględniać różnorodne aspekty zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Wśród osób zajmujących się pracą z uzależnionymi, od wielu lat istnieje, w mojej opinii błędne, założenie, iż sferą seksualności człowieka powinni zajmować się tylko specjaliści seksuolodzy. W większości krajów rozwiniętych leczeniem zaburzeń seksualnych zajmują się specjaliści innych dziedzin, uzyskując certyfikaty akredytowanych ośrodków lub organizacji naukowych. W krajach skandynawskich, na przykład, terapią dotyczącą zdrowia seksualnego zajmują się odpowiednio przygotowani lekarze innych specjalności, psychoterapeuci, dyplomowane pielęgniarki oraz pracownicy socjalni. Specjalizacje medyczne zakończone egzaminem państwowym istnieją tylko w Polsce, Czechach i na Słowacji (Lew-Starowicz, 2006). W procesie leczenia osób uzależnionych terapeuta nie zawsze musi, w sytuacji pojawiania się problemów związanych ze zdrowiem seksualnym, odsyłać pacjenta do specjalisty seksuologa. Takie wizyty, z różnych względów, nie dochodzą do skutku. Pierwszym krokiem w pracy nad problemem seksualności każdej osoby, także narkomana, jest dostrzeżenie tego zjawiska jako elementu nierozzerwalnie związanego z jakością życia. Oczywiście, uzasadniona wydaje się być obawa terapeutów dotycząca ich kompetencji w zakresie problematyki seksuologicznej, ale mam przekonanie, że wiedzę tę można już teraz zdobyć lub poszerzyć poprzez różne formy kształcenia, rozwijając także swój warsztat umiejętności terapeutycznych. Podstawą takiego podejścia jest zrozumienie istoty normy i patologii życia seksualnego człowieka.

BIBLIOGRAFIA

- Abel, E. L. (1985). *Psychoactive Drugs & Sex*. New York: Plenum Press.
- Aresin, L. i Starke, K. (1998). *Leksykon erotyki*. Katowice: Wydawnictwo Książnica.
- Bujak, A. (2005). *Postrzeganie własnej kobiecości przez trzeźwe narkomanki*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra.
- Cekiera, C. (1985). *Toksykomania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Izdebski, Z.** (2006). *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego
- Izdebski, Z. i Walendzik, A.** (2000). Zachowania seksualne osób uzależnionych od środków odurzających W: Z. Izdebski (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyźni homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków* (s. 110-139). Zielona Góra: Wydawnictwo Organon.
- Izdebski, Z., Zygadło, A. i Capiga, M.** (2008). *Sexual and reproductive health of injecting drug users*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Käll, K.** (1995). *Sexual behaviour of incarcerated intravenous drug users in relation to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis B Virus (HBV) transmission*. Stockholm: St. Goran's Hospital.
- Lew-Starowicz, Z.** (2006). Seksuologia XXI wieku. W: Z. Izdebski (red.), *Seksualność człowieka. Obszary zainteresowań teoretyków i praktyków. Rocznik Lubuski*, 32, 2, 13-18.
- Malinowska-Sempruch, K. i Wolfe, D.** (2004) *Illicit drug policies and the global HIV epidemic. Effects of UN and National Government approaches*. New York: Open Society Institute.
- Malinowska-Sempruch, K. i Gallagher, S.** (red.). (2004). *War on drugs, HIV/AIDS and Human Rights*. New York, Amsterdam, Brussels: The International Debate Education Association. [polska wersja: Malinowska-Sempruch, K. (red.). (2005). *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*. New York: The International Debate Education Association. <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/polityka-narkotykowa.pdf>]
- Mejer, O.** (1992). Psychologiczne aspekty zachowań seksualnych narkomanów. W: Z. Izdebski (red.), *Wychowawcze, etyczne i społeczne problemy zachowań seksualnych młodzieży* (s. 229-231). Zielona Góra: TRR.
- Niemiec, T.** (red.). (2001). *Kliniczne i psychospołeczne aspekty zakażenia HIV u kobiet*. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS.
- Rodgers, J.** (1995). *Narkotyki i seks*. Warszawa: Profi.

LITERATURA POLECANA

- Bilikiewicz, A., Pużyński, S., Rybakowski, J., Wciórka, J.** (red.). (2002). *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Cekiera, C.** (1993). *Profilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin: TN KUL.
- Cierpiałkowska, L.** (red.). (2006). *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Curtis, M.** (red.). (2006). *Delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice*. New York: Open Society Institute.
- Dillon, S., Benson, M.** (2004). *Kobieta i poczucie własnej wartości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Fields, R.** (2007). *Drugs in perspective. A personalized look at substance use and abuse*. New York: McGraw Hill.

- Izdebski, Z.** (red.). (1992). *Wychowawcze, etyczne i społeczne problemy zachowań seksualnych młodzieży*. Zielona Góra: TRR.
- Izdebski, Z.** (2000). *Wiedza i przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo Organom.
- Izdebski, Z.** (2006). *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Izdebski, Z.** (red.). (2006). *Seksualność człowieka. Obszary zainteresowań teoretyków i praktyków*. Rocznik Lubuski, tom 32, część 2, Zielona Góra: Lubuskie Towarzystwo Naukowe.
- Izdebski, Z.** (2009). Poradnictwo seksualne – ważny obszar pomocy. W: Kargulowa A. (red.), *Poradownictwo – kontynuacja dyskursu: podręcznik akademicki* (s. 243-264). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- King, B., M.** (2005). *Human Sexuality Today*. New Jersey: Prentice Hall.
- Krajewski, K.** (2001). *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*. Kraków: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Lew-Starowicz, Z.** (1987). *Barwy seksu*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Lew-Starowicz, Z.** (2004). *Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej*. Poznań: Termedia.
- Rosental, D., Hillier, L., Narrison, L., Dempsey, D., Matthews, L.** (1998). *Druggies, junkies and sex: Towards an understanding of the contradictions in young people's practices and narratives of sex and drugs*. Abstract 23539, 12th World AIDS Conference, Geneva.

Część VI

PRAWNE I ETYCZNE
ASPEKTY PRACY
Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI

Rozdział 27

Przepisy prawne a terapia

Krzysztof Krajewski

Uniwersytet Jagielloński, Katedra Kryminologii

ZAGADNIENIA WSTĘPNE

1. Podstawowe formy prawnej regulacji terapii osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych

Przepisy prawne mogą przewidywać dwie zasadnicze formy podejmowania terapii przez osoby uzależnione od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Pierwszą z nich stanowi leczenie o całkowicie dobrowolnym charakterze, a więc podejmowane wyłącznie na podstawie decyzji osoby, której to leczenie ma dotyczyć, bez żadnych szczególnych form ingerencji ze strony organów państwa w proces podejmowania tej decyzji. Z terapeutycznego punktu widzenia taka sytuacja jest najbardziej pożądana, albowiem wola poddania się terapii oraz ściśle z tym związana gotowość do współdziałania w procesie terapeutycznym stanowią istotną przesłankę skuteczności terapii uzależnień. Z prawnego punktu widzenia dobrowolne formy leczenia osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych nie wymagają w zasadzie szczególnej regulacji i stwarzania szczególnych podstaw prawnych. Zagadnienia te, jeśli są przedmiotem regulacji prawnej, dotyczą raczej kwestii prawa do terapii oraz ewentualnego zagwarantowania dostępu do niej, w tym niezwykle ważnej kwestii kosztów.

Inaczej sprawa przedstawia się w przypadku niedobrowolnych form terapii osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Wszelkiego rodzaju leczenie ma z prawnego punktu widzenia w zasadzie charakter uprawnienia, a nie obowiązku. Niekiedy jednak, w sytuacji na przykład chorób zakaźnych, a także psychicznych, poddanie się stosownemu leczeniu może być obowiązkowe i egzekwowane przez państwo środkami przymusu. Niedobrowolne formy terapii stanowią zawsze ingerencję w sferę wolności i praw obywatelskich, wiążąc się z ograniczeniem, a w skrajnych wypadkach – nawet z pozbawieniem jednostki wolności. I dlatego z prawnego punktu widzenia (niezależnie od sposobu rozstrzygnięcia sporu merytorycznego o dobrowolność i przymus terapii), wszelkie rozwiązania dotyczące niedobrowolnych form terapii wymagają zawsze jasnych uregulowań w przepisach prawa, stwarzających podstawę do takiej formy ingerencji.

2. Terapia osób uzależnionych (użytkowników) niebędących sprawcami przestępstw: prawne aspekty dobrowolności i przymusu leczenia

Zagadnienie dobrowolności i przymusu w leczeniu osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych wymaga dodatkowo zwrócenia uwagi na dwie różne sytuacje, jakie mogą w tym obszarze występować. Pierwsza dotyczy leczenia, które można określić mianem „samoistnego”, a więc związanego z samym faktem uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych,

niezależnie od wszelkich innych okoliczności. U jego podłoża leżą tylko i wyłącznie przesłanki o charakterze terapeutycznym wskazujące na to, że dana osoba wymaga leczenia. Takie formy leczenia, z punktu widzenia prawa, mają najczęściej dobrowolny charakter. Ale i tutaj może pojawić się zagadnienie leczenia przymusowego, uzasadnionego przesłankami medycznymi lub społecznymi, a więc koniecznością ochrony osoby uzależnionej przed konsekwencjami uzależnienia dla jej życia i zdrowia czy też ochrony jej otoczenia, a nawet społeczeństwa, przed konsekwencjami jej uzależnienia.

3. Terapia osób uzależnionych (użytkowników) dopuszczających się przestępstw: systemy represyjne a systemy nastawione na leczenie

Druga ze wspomnianych sytuacji związana jest z tym, że osoby uzależnione od środków odurzających lub substancji psychotropowych (a szerzej, osoby używające tych substancji w innych formach) powszechnie dopuszczają się różnego rodzaju przestępstw (Muszyńska, 2004; Krajewski, 2009). Po pierwsze, mogą to być tzw. przestępstwa pospolite, takie jak np. kradzieże, włamania, rozboje, fałszerstwa dokumentów (np. recept), których popełnianie jest wynikiem uzależnienia i dążenia do zdobycia substancji psychoaktywnych lub uzyskania środków finansowych na ich zakup. Po drugie, mogą to być przestępstwa spowodowane traktowaniem środków odurzających i substancji psychotropowych jako substancji nielegalnych. Podejmowanie wobec nich wszelkich czynności, które nie są uzasadnione uznanymi oficjalnie celami medycznymi lub naukowymi, stanowi przestępstwo. W konsekwencji osoby uzależnione od tych substancji są często skazywane przez sądy za powyższe przestępstwa. Sam fakt skazania i ukarania nie rozwiązuje jednak zasadniczego problemu tych osób, jakim jest uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także – ujmując to szerzej – ich używanie w sposób szkodliwy. W przypadku tej kategorii osób powstaje kwestia relacji represje–terapia.

4. Nastawienie na leczenie i zasada „leczyć zamiast karać” jako wzorce postępowania z użytkownikami środków odurzających i substancji psychotropowych dopuszczających się przestępstw

Można wyróżnić dwa zasadnicze podejścia prawa karnego do osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych. Pierwsze z nich to **podejście represyjne** – sprawcy przestępstw będący osobami uzależnionymi są traktowani tak samo, jak wszyscy inni sprawcy przestępstw, to znaczy są po prostu przedmiotem oddziaływań represyjnych (co nie zawsze musi oznaczać izolację w zakładzie karnym). Jest to więc podejście pozbawione jakichkolwiek elementów terapeutycznych wobec osób uzależnionych.

Drugie ze wspomnianych podejść – **podejście nastawione na leczenie** – opiera się na założeniu, że czysta represja wobec użytkowników środków odurzających lub substancji psychotropowych, a w szczególności wobec osób od nich uzależnionych, mija się z celem. Problemu medycznego i socjalnego, jakim jest uzależnienie czy używanie problemowe tych substancji, nie można bowiem rozwiązać środkami czysto represyjnymi. Wychodzi się z założenia, że właściwym sposobem traktowania przez prawo karne i wymiar sprawiedliwości tych osób jest połączenie oddziaływań

represyjnych z oddziaływaniami o charakterze leczniczym. W takiej sytuacji pojawia się jednak najczęściej kwestia leczenia i terapii o charakterze przymusowym, czy też szerzej to ujmując – niedobrowolnym.

Przejawem podejścia nastawionego na leczenie we współczesnym prawie karnym jest tzw. **zasada leczyć zamiast karać**. Jest ona wyrazem preferencji dla stosowania wobec sprawców przestępstw, będących osobami uzależnionymi, środków alternatywnych wobec kary, które mają charakter leczniczy i terapeutyczny. Kara, a szczególnie kara pozbawienia wolności, traktowana jest jako ostateczność. Środki te stosowane są obok lub zamiast kary. Mogą polegać na bezpośrednim przymusie terapii, ale także na wywieraniu instrumentami prawnymi nacisku na sprawcę, aby poddał się terapii z własnego wyboru. Inaczej mówiąc, stawia się go przed alternatywą: albo podda się terapii i będzie mógł korzystać z określonych ulg w odpowiedzialności karnej, albo zostanie wobec niego zastosowana normalna represja. Leczenie podjęte w takich okolicznościach nie ma, oczywiście, charakteru całkowicie dobrowolnego. Nie jest jednak także wynikiem bezpośredniego przymusu. Przepisy w różnej postaci realizujące zasadę „leczyć zamiast karać” są dzisiaj standardowymi rozwiązaniami w większości krajów europejskich (Krajewski, 2001; Krajewski, 2006).

REGULACJE USTAWODAWSTWA POLSKIEGO

1. Ogólne zasady leczenia, rehabilitacji i readaptacji osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych w świetle ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 r.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. (Dz. U. nr 179, poz. 1485 z późniejszymi zmianami; dalej powoływana jako u.o.p.n.), w art. 25 podtrzymała rozwiązanie przyjęte przez wcześniejsze ustawy, przewidując, iż poddanie się leczeniu, rehabilitacji i readaptacji jest dobrowolne, chyba że ustawa przewiduje w tym zakresie wyjątki. Przewiduje równocześnie (art. 16 ust. 4 u.o.p.n.), iż za świadczenia udzielane osobie uzależnionej nie pobiera się opłat. Leczenie przymusowe osób, które nie dopuściły się żadnych przestępstw może być więc w warunkach polskich stosowane jedynie wyjątkowo, w sytuacjach wyraźnie wskazanych przez stosowne przepisy rangi ustawowej (Srogosz, 2006; Łucarz i Muszyńska, 2008).

W samej u.o.p.n. wyjątek od powyższej zasady wprowadza art. 30. Zgodnie z treścią tego przepisu stosowanie bezpośredniego przymusu leczenia jest dopuszczalne w stosunku do osób małoletnich, a więc takich, które nie ukończyły 18 roku życia. Decyzja w tej sprawie może zapaść po złożeniu przez uprawnione do tego podmioty (przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwo, opiekuna faktycznego) stosownego wniosku albo z własnej inicjatywy sądu rodzinnego. Zapada ona po przeprowadzeniu postępowania przed sądem rodzinnym, który jest jedynym podmiotem władnym do podejmowania decyzji w tej kwestii. Ustawa mówi w tym wypadku o skierowaniu przez sąd na przymusowe leczenie i rehabilitację, a nie o umieszczeniu w zakładzie zamkniętym. Teoretycznie oznacza to, że przymusowe leczenie, o którym mowa w tym przepisie, może być realizowane również w formie ambulatoryjnej. Jest kwestią osobną, w jakim zakresie leczenie o charakterze niedobrowolnym może być realizowane w formach niestacjonarnych.

Przepisy określają w sposób jednoznaczny maksymalny dopuszczalny okres trwania takiego leczenia. Bez względu na wyniki, okres ten nie może być dłuższy niż 2 lata. Ustawa określa również, iż obowiązek leczenia trwa do jego zakończenia albo do uzyskania przez leczonego pełnoletności, kiedy to ustaje on z mocy samego prawa. Sądy rodzinne mają w takich wypadkach możliwość przedłużania przymusu leczenia, nie może on jednak łącznie przekroczyć okresu 2 lat.

2. Prawna problematyka leczenia substytucyjnego

Przepisy u.o.p.n. stwierdzają wyraźnie, iż osoba uzależniona może być leczona nie tylko w programie o charakterze abstynencyjnym, ale także przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego (art. 28 u.o.p.n.). Samo pojęcie leczenia substytucyjnego zdefiniowane jest w art. 4 pkt 7 u.o.p.n. i oznacza „stosowanie w ramach programu leczenia uzależnienia produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy”. Jak wynika z tej definicji środkami substytucyjnymi mogą być także środki inne niż metadon.

Poza ogólnym określeniem dopuszczalności stosowania substytucji, przepis art. 28 określa jedynie formalne wymogi dotyczące takiego leczenia. Może ono być prowadzone przez podmioty posiadające status zakładu opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia właściwego wojewody, wydanego po otrzymaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Przepisy dopuszczają także jednoznacznie prowadzenie programów leczenia substytucyjnego w zakładach karnych i aresztach śledczych (art. 28 ust. 3 u.o.p.n.). Nie ma natomiast w Polsce w zasadzie możliwości wystawiania recept na środki substytucyjne przez lekarzy prowadzących indywidualne, prywatne praktyki.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii reguluje kwestie dotyczące leczenia substytucyjnego jedynie w ogólny sposób. Szczegóły tej formy leczenia reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. Nr 205, poz. 1493), wydane w oparciu o delegację art. 29 ust. 7 u.o.p.n. Rozporządzenie w § 2 ust. 1 określa warunki, jakie musi spełniać osoba, aby zostać zakwalifikowaną do udziału w programie leczenia substytucyjnego. Należą do nich uzależnienie od opioidów (a nie, jak we wcześniejszym rozporządzeniu – trzyletni okres uzależnienia od opioidów) i ukończenie 18 lat. Brak jest obecnie przesłanki w postaci nieskuteczności podejmowanych wcześniej prób leczenia konwencjonalnymi metodami, jaka występowała w stosownym rozporządzeniu z roku 1999. Pacjent musi ponadto wyrazić zgodę na leczenie w tej formie i przestrzegać jego wymogów. Ważne, że możliwe jest także wyjątkowo dopuszczenie do leczenia substytucyjnego osób, które nie ukończyły 18 roku życia (jeśli np. przemawiają za tym względy zdrowotne).

Programy leczenia substytucyjnego w Polsce mają charakter wysokoprogowy. Oznacza to, że uczestnictwo w nich związane jest z koniecznością utrzymania abstynencji w stosunku do środków innych niż środek substytucyjny, a przestrzeganie tej reguły jest kontrolowane poprzez regularne badanie próbek moczu lub innych płynów ustrojowych. Wymóg taki wynika z treści § 6 rozporządzenia, który stanowi, iż „pacjent przyjmujący środek substytucyjny jest badany co najmniej raz w miesiącu na występowanie w moczu lub innych płynach ustrojowych środków odurzających

i substancji psychotropowych innych niż stosowane w ramach programu”. W konsekwencji, zgodnie z § 2 ust. 3 rozporządzenia kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz, wykonujący zadania w programie, może wyłączyć z programu pacjenta, jeśli „trzykrotne kolejne lub pięciokrotne w ciągu 6 miesięcy wykonane w odstępach minimum 4-dniowych badanie płynów ustrojowych, w szczególności moczu, potwierdza przyjmowanie, innych niż stosowane w leczeniu, środków odurzających lub substancji psychotropowych”, a także jeśli „pacjent odmawia poddania się badaniu, o którym mowa w § 6”. Decyzja o wyłączeniu z programu osoby naruszającej wymóg abstynencji zależy więc od uznania kierownika programu, który decyzję taką powinien podejmować, kierując się względami lekarskimi. Prawo pozostawia mu w tym zakresie właściwie całkowitą swobodę. Pacjent może być jednak także usunięty z programu ze względu na kwestie bezpieczeństwa i dyscypliny, a mianowicie, jeśli „stosuje przemoc psychiczną lub fizyczną wobec innych pacjentów lub personelu” lub „udziela innym osobom środek substytucyjny”.

Zgodnie z treścią § 5 ust. 1 rozporządzenia środek substytucyjny jest podawany pacjentowi przez lekarza, pielęgniarkę lub wydawany przez farmaceutę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności. Wymóg taki podyktowany jest przede wszystkim dążeniem do zabezpieczenia środków substytucyjnych przed „wyciekaniem” poza programy lecznicze, co może jednak rodzić komplikacje natury terapeutycznej. Dlatego nie jest to jednak wymóg bezwzględny i rozporządzenie przewiduje w tym zakresie szczegółowo określone wyjątki. Zgodnie z pkt 2 powyższego przepisu środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta poza zakładem opieki zdrowotnej i bez obecności lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty w przypadku wystąpienia przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do zakładu prowadzącego program, a w szczególności, gdy zachodzi konieczność pozostania pacjenta w miejscu jego zamieszkania ze względu na wskazania zdrowotne lub losowe, a także z innych uzasadnionych przyczyn. W tym ostatnim wypadku muszą być jednak łącznie spełnione trzy przesłanki: pacjent musi uczestniczyć w programie co najmniej 6 miesięcy, zachowywać całkowitą abstynencję od środków odurzających i substancji psychotropowych niezleconych przez lekarza oraz regularnie uczestniczyć w przewidzianych programem zajęciach terapeutycznych. W przypadkach takich środek substytucyjny może być wydany pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 7 dni. Decyzję o wydaniu pacjentowi środka substytucyjnego do osobistego stosowania podejmuje zawsze wyłącznie kierownik programu.

Przyjmowanie przez pacjenta środka substytucyjnego poza zakładem bez obecności lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty jest dopuszczalne także, pomimo niespełniania przez pacjenta warunków, o których wspomniano wcześniej, jeśli jest to uzasadnione stanem psychicznym, somatycznym lub sytuacją życiową pacjenta oraz właściwościami farmakologicznymi podawanego mu środka substytucyjnego (§ 5 ust. 2a rozporządzenia).

W pewnych okolicznościach środek substytucyjny może być wydany pacjentowi nawet na okres wystarczający na 14 dni. Jest to możliwe przede wszystkim, gdy czas trwania przeszkody, uniemożliwiającej osobiste przybycie pacjenta do zakładu, jest dłuższy niż 7 dni (§ 5 ust 4 rozporządzenia). Co więcej, zgodnie z § 5 ust. 4a tego

samego rozporządzenia, w przypadku pacjentów nieprzerwanie leczonych substytucyjnie przez co najmniej dwa lata, środek substytucyjny może być niejako „regularnie” wydawany na okres do 14 dni, jeśli pozwala na to stan psychofizyczny pacjenta, a w szczególności, gdy taki tryb wydawania środka będzie pomocny w realizacji celu leczenia, jakim jest właściwa reintegracja pacjenta.

Wreszcie wspomnieć należy, że rozporządzenie przewiduje także możliwość odbierania środka substytucyjnego przez osobę inną niż leczony. Zgodnie z § 5 ust. 4c jest to dopuszczalne w przypadku wystąpienia udokumentowanej przeszkody o charakterze zdrowotnym, uniemożliwiającej osobiste przybycie pacjenta do zakładu wydającego środek. W takim wypadku pacjent musi jednak wcześniej, w obecności kierownika programu lub upoważnionego przez niego lekarza, podpisać upoważnienie do odbioru środka substytucyjnego, zawierające imię i nazwisko oraz rodzaj, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość upoważnianej osoby, a upoważnienie należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Środki o charakterze leczniczym i terapeutycznym stosowane wobec osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych dopuszczających się przestępstw

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii zawiera także szereg przepisów mających zastosowanie do osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, które dopuściły się przestępstwa i toczy się wobec nich postępowanie karne lub zostały skazane przez sąd. Środki o charakterze leczniczym i terapeutycznym przewidziane przez obowiązującą ustawę można podzielić na trzy grupy: środki stosowane przez prokuratora w postępowaniu przygotowawczym lub sąd w trakcie rozprawy (Krajewski, 2000), środki stosowane przez sąd w trakcie wyrokowania po zakończeniu rozprawy oraz środki stosowane w postępowaniu wykonawczym (Krajewski, 2004).

4. Środki stosowane przez prokuratora w fazie postępowania przygotowawczego oraz przez sąd w postępowaniu sądowym do momentu zakończenia przewodu sądowego

4.1. Zawieszenie postępowania przygotowawczego przez prokuratora wobec podejrzanego uzależnionego lub wobec podejrzanego używającego substancji psychoaktywnych szkodliwie (art. 72 ust. 1 u.o.p.n)

Przepis art. 72 ust. 1 u.o.p.n. umożliwia zawieszenie przez prokuratora postępowania przygotowawczego celem podjęcia przez podejrzanego stosownego leczenia. Zawieszenie takie może być stosowane wobec dwóch kategorii osób, a mianowicie uzależnionych oraz używających substancji psychoaktywnych szkodliwie. W pierwszym wypadku warunkiem zawieszenia postępowania jest poddanie się odpowiedniemu leczeniu i rehabilitacji, w drugim – udział w odpowiednim programie profilaktyczno-leczniczym. Rozróżnienie tych dwóch kategorii osób jest wynikiem tego, iż nie wszyscy sprawcy przestępstw używający środków odurzających lub substancji psychotropowych są od nich uzależnieni, co znajduje wyraz

w rozróżnieniu przez samą ustawę (art. 4 pkt 29 oraz 30 u.o.p.n.) pojęć „uzależnienie” i „używanie szkodliwe”.

Możliwość skorzystania z przepisu art. 72 u.o.p.n. dotyczy przestępstw zagrożonych karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Poddanie się w takim wypadku przez sprawcę leczeniu lub odpowiedniemu oddziaływaniu profilaktyczno-leczniczemu, nie ma charakteru przymusowego, aczkolwiek nie jest także całkowicie dobrowolne. Sprawca użytkownik narkotyków powinien być w związku z tym poinformowany przez prokuratora o treści art. 72, tak aby mógł podjąć decyzję: albo podda się leczeniu lub innemu oddziaływaniu albo zostanie pociągnięty do odpowiedzialności karnej. Groźba sankcji karnej stanowi tu więc czynnik motywujący do podjęcia pożądanej decyzji.

Istotną kwestią związaną z omawianym przepisem jest interpretacja pojęcia „poddanie się leczeniu lub rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym”, które stanowi przesłankę jego stosowania. Przyjąć należy, iż nie wystarczy tu sama deklaracja chęci leczenia. Osoba uzależniona musi podjąć pewne czynności wskazujące na to, iż rzeczywiście ma zamiar to zrobić (poddać się takiemu leczeniu). Z drugiej strony, wydaje się, że wymaganie zawsze faktycznego rozpoczęcia leczenia szłoby zbyt daleko. Może wystarczyć np. zaświadczenie z zakładu opieki zdrowotnej, iż dana osoba ma zagwarantowane miejsce leczenia i czeka na jego zwolnienie. Problematyczna w praktyce może być również interpretacja sformułowania „do czasu zakończenia leczenia”. Jest rzeczą oczywistą, iż o pozytywnym lub negatywnym zakończeniu leczenia decydować będą przede wszystkim lekarze i terapeuci. Problemy mogą pojawić się jednak wówczas, gdy leczenie przez długi czas nie daje jednoznacznie pozytywnych wyników. Wydaje się, że przez analogię do art. 30 u.o.p.n., kontynuowanie zawieszenia przez ponad 2 lata byłoby niezasadne.

Po zakończeniu leczenia prokurator albo prowadzi postępowanie dalej i wnosi do sądu akt oskarżenia (gdy leczenie nie dało pozytywnych efektów), albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania (gdy efekty leczenia są pozytywne). Z zastosowaniem tego ostatniego środka wiąże się wyznaczenie okresu próby (do 2 lat) i możliwość oddania sprawy pod dozór kuratora. Warunkowe umorzenie postępowania nie jest równoznaczne ze skazaniem. Po pomyślnym upływie okresu próby osoba, wobec której zastosowano tę instytucję nie jest uważana za osobę karaną.

Poważnym dotychczas ograniczeniem możliwości stosowania art. 72 u.o.p.n. było utrzymywanie w stosunku do sprawców przestępstw będących użytkownikami narkotyków, wynikającego z Kodeksu karnego wymogu, aby osoba, wobec której stosuje się warunkowe umorzenie postępowania nie była wcześniej karana za przestępstwo umyślne. Ponieważ użytkownicy narkotyków, a w szczególności osoby uzależnione, mają bardzo często na swym koncie wcześniejsze skazania za różne przestępstwa, rozwiązanie takie drastycznie ograniczało możliwość stosowania art. 72 u.o.p.n. Sytuacja ta uległa zmianie w związku z najnowszą nowelizacją u.o.p.n. przyjętą przez Sejm w kwietniu 2011 r. (ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. nr 117, poz. 678). Ustawa ta wprowadziła do art. 72 ust. 4 u.o.p.n. wyraźne stwierdzenie, iż „zastosowaniu warunkowego umorzenia postępowania nie stoi na przeszkodzie uprzednia

karalność sprawcy”. Przepis ten powinien przyczynić się do częstszego korzystania z omawianych przepisów, albowiem to, czy sprawca zasługuje na specjalne potraktowanie zależy obecnie od oceny przez prokuratora całokształtu okoliczności danego przypadku i nie doznaje apriorycznych ograniczeń formalnej natury.

Inną niezwykle ważną nowością wprowadzoną przez wspomnianą wyżej nowelizację u.o.p.n. jest nowy przepis art. 70a. Jest on wynikiem oceny dotychczasowej praktyki funkcjonowania alternatywnych środków leczniczych, a raczej tego, że przepisy art. 72 i 73 u.o.p.n. pozostawały w praktyce całkowicie martwe. Przyczyną tego, poza wspomnianymi ograniczeniami natury formalnej, było także to, że w większości przypadków prokuratorzy i sądy nie dysponowali żadną oceną specjalistyczną stanu uzależnienia podejrzanego lub oskarżonego. Taka zaś ocena jest konieczna dla zastosowania tych przepisów, ani prokurator ani sąd nie mają bowiem możliwości samodzielnego stwierdzenia, czy dana osoba jest osobą uzależnioną czy też używającą narkotyków szkodliwie (a jest to przesłanka stosowania powyższych przepisów). W poprzednim stanie prawnym ustalenie takie mogło być dokonane właściwie tylko i wyłącznie poprzez powołanie biegłych z zakresu psychiatrii, którzy musieli wydać formalną opinię w tym zakresie. Jest to sposób postępowania czasochłonny i drogi, a w dodatku niepotrzebny w większości takich spraw. Biorąc pod uwagę to, że wiele spraw osób uzależnionych toczy się w różnych formach postępowań uproszczonych (szczególnie sprawy o posiadanie narkotyków), prokuratorzy i sądy nie powoływali biegłych, aby uniknąć przedłużania postępowania. Na skutek tego nie było jednak możliwości stosowania środków alternatywnych. Nowy art. 70a u.o.p.n. przewiduje w związku z tym uproszczony tryb oceny używania przez oskarżonego środków odurzających lub substancji psychotropowych. Zgodnie z treścią tego przepisu „jeśli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą substancje psychoaktywne szkodliwie sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie przez osoby, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty terapii uzależnień, informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych”.

Szczegółowy tryb postępowania przy zbieraniu powyższych informacji reguluje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 5 stycznia 2012 r. (Dz. U. nr 8, poz. 38), wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 70a ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zgodnie z tym rozporządzeniem Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii tworzy, według określonych w nim zasad i kryteriów, wykaz specjalistów terapii uzależnień uprawnionych do zbierania informacji w trybie art. 70a u.o.p.n., który dostępny jest na stronach internetowych Ministerstwa Sprawiedliwości. Sąd lub prokurator – zarządzając zebranie informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – wyznacza specjalistę uprawnionego do zebrania informacji z aktualnej ewidencji, ze względu na właściwość miejscową przeprowadzenia wywiadu oraz określa termin i sposób przekazania informacji. Zbieranie informacji dokonywane jest według specjalnego wzoru formularza stanowiącego załącznik do rozporządzenia. Rozporządzenie to reguluje także inne kwestie związane z gromadzeniem takich informacji, w tym wynagrodzenie osób tego dokonujących.

4.2. Zawieszenie postępowania w oparciu o art. 73 u.o.p.n. w trakcie postępowania sądowego

Zgodnie z treścią art. 73 u.o.p.n. zawieszenie postępowania celem poddania się przez sprawcę leczeniu lub oddziaływaniu profilaktyczno-leczniczemu może być stosowane także przez sąd w trakcie rozprawy. Może to mieć miejsce, jeśli wcześniej, w trakcie postępowania przygotowawczego nie zrobił tego prokurator, a zachodzą przesłanki przemawiające za zastosowaniem tej instytucji (np. oskarżony dopiero przed sądem wyraził chęć podjęcia leczenia).

5. Środki stosowane przez sąd w fazie wyrokowania

Różne formy oddziaływania terapeutycznego mogą być stosowane przez sąd wraz z karami i środkami karnymi orzeczonymi za przestępstwa. W takim wypadku środki lecznicze o mniej lub bardziej niedobrowolnym charakterze stosowane są obok kar i środków karnych, a nie zamiast nich, jak ma to miejsce w przypadku instytucji, o których mowa w art. 72 i 73 u.o.p.n.

5.1. Środki stosowane wobec sprawcy skazanego na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania (art. 71 ust. 1–2 u.o.p.n.)

Zakres stosowania środków, o jakich mowa w art. 71 u.o.p.n. zależy od tego czy sąd skazuje daną osobę na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, czy też na karę bezwzględnie pozbawienia wolności. Podkreślić przy tym należy, że ich stosowanie związane jest jedynie z karą pozbawienia wolności. Ustawa milczy o ich stosowaniu obok kary grzywny lub ograniczenia wolności.

W przypadku skazania osoby uzależnionej za przestępstwo, pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, zobowiązanie skazanego do podjęcia leczenia jest obligatoryjne, tj. sąd musi nałożyć taki obowiązek (art. 71 ust. 1 u.o.p.n.). Przepis ten stanowi regulację odmienną w stosunku do art. 72 Kodeksu karnego, zgodnie z którym nakładanie obowiązków, towarzyszących warunkowemu zawieszeniu wykonania kary, w tym obowiązku poddania się leczeniu, ma zawsze charakter fakultatywny. (tj. sąd może, ale nie musi nałożyć taki obowiązek). Z faktu, że art. 71 ust. 1 u.o.p.n. jest przepisem szczególnym w stosunku do przepisów Kodeksu karnego wynika, iż nie stosuje się w tym wypadku generalna zasada art. 74 § 1 Kodeksu karnego o wymaganii zgody skazanego na nałożenie nań obowiązku leczenia.

Obowiązek poddania się leczeniu orzeczony na podstawie art. 71 u.o.p.n nie musi oznaczać umieszczenia w ośrodku zamkniętym, a więc skazany może realizować ten obowiązek także ambulatoryjnie. Forma leczenia pozostawiona jest przede wszystkim do decyzji terapeutów, a w pewnym zakresie także samego skazanego. Uchylenie się od obowiązku nałożonego w myśl art. 71 u.o.p.n. może pociągnąć za sobą zarządzenie przez sąd wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności (art. 75 § 2 Kodeksu karnego).

5.2. Środki stosowane wobec sprawcy skazanego na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania (art. 71 ust. 3–5 u.o.p.n.)

W przypadku skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę bezwzględnego pozbawienia wolności (art. 71 ust. 3 u.o.p.n.) istnieje możliwość umieszczenia jej przed odbyciem kary w zakładzie leczniczym. Jeśli sąd nie skorzysta z tej możliwości jedyną szansą na leczenie jest podjęcie przez skazanego terapii w zakładzie karnym w oparciu o przepisy Kodeksu karnego wykonawczego (o czym dokładniej dalej). Leczenie podjęte w oparciu o przepis art. 71 ust. 3 u.o.p.n. jest leczeniem przymusowym w ośrodku zamkniętym, ale odbywanym poza zakładem karnym. Pomyślny wynik leczenia może oznaczać nawet całkowite uniknięcie kontaktu skazanego z zakładem karnym. Sąd po zakończeniu leczenia decyduje bowiem o tym, czy orzeczona kara będzie w ogóle wykonana lub ewentualnie w jakim zakresie. Taka możliwość redukcji odpowiedzialności karnej może stanowić dla osoby uzależnionej motywację do współpracy w procesie leczenia i zwiększać szanse jego powodzenia. Czynnika tego, że względu na zasadniczo przymusowy charakter tej formy leczenia, nie należy jednak przeceniać.

6. Możliwości leczenia i rehabilitacji skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych w fazie postępowania wykonawczego

Osoby uzależnione od środków odurzających lub substancji psychotropowych odbywające karę pozbawienia wolności mają również możliwość, a nawet obowiązek poddania się leczeniu i terapii. Kwestie te uregulowane są w art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego. Z przepisu tego wynika, iż osoby odbywające karę pozbawienia wolności poddawane są w zasadzie terapii o dobrowolnym charakterze. W razie odmowy ze strony skazanego, powstaje obowiązek poddania się terapii. O powstaniu takiego obowiązku, a więc *de facto* terapii przymusowej, decyduje jednak sąd penitencjarny, a nie administracja zakładu karnego.

Przez szereg lat ustawodawstwo polskie nie przewidywało, znanej niektórym innym systemom prawnym w Europie, instytucji udzielenia przerwy w wykonaniu kary w celu poddania się przez skazanego terapii na wolności, poza zakładem karnym. Ten stan rzeczy był przedmiotem krytyki, m.in. dlatego, że w systemie więziennictwa brak jest dostatecznej liczby miejsc terapii, co powoduje, że okres oczekiwania na takie miejsce przekracza często długość orzeczonej kary pozbawienia wolności. Zmieniła to wspomniana wcześniej nowelizacja u.o.p.n. z kwietnia 2011 r. Stosowne regulacje w tym zakresie zawiera przepis art. 73a ustawy. Zgodnie z tym przepisem, jeśli przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze, skazanemu uzależnionemu od środków odurzających lub substancji psychotropowych, odbywającemu karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych, można udzielić przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, o jakiej mowa w art. 153 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego, w celu podjęcia leczenia lub rehabilitacji. Warunkiem udzielenia przerwy jest wykazanie przez skazanego, że ma zagwarantowane miejsce leczenia lub rehabili-

tacji w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, odpowiadającym jego potrzebom terapeutycznym. Warunek powyższy ma zabezpieczyć „realność” podjęcia przez skazanego leczenia po opuszczeniu zakładu. Sąd penitencjarny może jednocześnie odmówić udzielenia takiej przerwy, jeżeli skazany wcześniej nie wyraził zgody na objęcie go stosownym leczeniem lub rehabilitacją, o jakich mowa w art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego. Powyższe postanowienie ma zabezpieczyć z kolei przed manipulacjami ze strony skazanych, zmierzającymi do wymuszenia udzielenia przerwy w wykonaniu kary. Udzielenie przerwy dopuszczalne jest, jeśli skazanemu do końca odbywania kary pozbawienia wolności pozostało nie więcej niż 2 lata tej kary. Po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji i uwzględniając ich wyniki, sąd penitencjarny zarządza dalsze wykonywanie kary pozbawienia wolności albo warunkowo zwalnia skazanego z odbycia reszty kary pozbawienia wolności, niezależnie od tego, czy spełnione są przesłanki, o jakich mowa w art. 78 Kodeksu karnego. Pierwsze ma miejsce wówczas, gdy wyniki leczenia uznać należy za negatywne. Drugie – natomiast w przypadku pozytywnego wyniku leczenia, a uzyskanie wcześniejszego warunkowego przedterminowego zwolnienia stanowić ma premię za pozytywną postawę w procesie terapeutycznym (która to możliwość powinna dodatkowo stwarzać motywację do odpowiedniego zachowania).

Analogiczne do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przepisy dotyczące leczenia i terapii osób nieletnich, które dopuściły się czynów zabronionych przez prawo karne, zawiera ustawa z 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. Przewiduje ona dopuszczalność leczenia o charakterze przymusowym osób nieletnich (tj. takich, które nie ukończyły w chwili popełnienia czynu zabronionego 17 roku życia), niezależnie od możliwości stwarzanych w tym zakresie przez przepisy u.o.p.n.

BIBLIOGRAFIA

- Krajewski, K.** (2000). Zawieszenie postępowania wobec osoby uzależnionej od środków odurzających lub substancji psychotropowych w świetle przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r. W: J. Czapska, A. Gaberle, A. Światłowski i A. Zoll (red.), *Zasady procesu karnego wobec wyzwań współczesności. Księga ku czci profesora Stanisława Waltosia* (s. 532-543). Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze PWN.
- Krajewski, K.** (2001). *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Krajewski, K.** (2004). *Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim*. Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju.
- Krajewski, K.** (2006). Niemieckie ustawodawstwo dotyczące narkomanii na tle rozwiązań polskich. W: B. Bukowska, P. Jabłoński i J. Sierosławski (red.), *Zapobieganie narkomanii. Doświadczenia współpracy bliźniaczej Polski i Niemiec* (s. 47-65). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Krajewski, K.** (2009). Używanie narkotyków i uzależnienie od nich a przestępczość: implikacje dla prawa karnego. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 64-65, 71-93.

- Łucarz, K. i Muszyńska, A.** (2008). *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Muszyńska, A.** (2004). *Narkomani – sprawcy czynów karalnych*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Srogosz, T.** (2006). *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Rozdział 28

Moralne powinności terapeuty uzależnień

Katarzyna Sawicka

Uniwersytet Warszawski, Instytut Profilaktyki Społecznej
i Resocjalizacji

AKSJOLOGICZNE PODSTAWY TERAPII

Działania terapeutyczne, jak niemal każda forma aktywności na rzecz ludzi i z ludźmi, podlega ocenom moralnym. Dokonywane są one zwykle z perspektywy norm etycznych, obowiązujących członków danego społeczeństwa oraz przyjętych w nim wzorów postępowania. W tym kontekście zasadne wydaje się pytanie, czy terapia ze swej istoty zasługuje na pozytywną moralnie waloryzację? Czy jest to działanie dobre moralnie? W czym tkwi moralna wartość terapii? (Sawicka, 2007)

Współcześnie daje się zaobserwować wzmożone zainteresowanie zagadnieniami etycznymi w różnorodnych sferach działalności człowieka. Obok oczywistej obecności etyki w medycynie czy edukacji, coraz częściej dyskurs etyczny, zwłaszcza w obszarze deontologii zawodowej, absorbuje środowisko biznesu, handlu czy techniki. O ile jednak ożywienie refleksji etycznej w środowiskach dalekich od służby społecznej można potraktować jako przejaw swoistej mody, o tyle w działalności wyraźnie ukierunkowanej na dobro człowieka i pozostającej w jego służbie jest nieodłącznym elementem zarówno refleksji teoretycznej, jak i codziennej praktyki. Oczywiście więc, że zagadnienia etyczne mieszczą się w obszarze zainteresowań terapii uzależnień, tym bardziej, iż jest to stosunkowo nowy obszar lecznictwa, a terapeuta uzależnień jest jeszcze kształtującym się zawodem zaufania publicznego. Z istoty rzeczy, refleksja etyczna nad leczeniem odwykowym czerpie inspirację z etyki lekarskiej i psychoterapeutycznej. W myśleniu przez analogię, leczenie uzależnień nie wymaga szczególnych uzasadnień etycznych, bowiem sam proces leczenia jest neutralny aksjologicznie – nie ingeruje w świat wartości i przekonań moralnych człowieka korzystającego z pomocy. Nieliczne tylko nurty w psychoterapii wprost nawiązują do systemu wartości człowieka cierpiącego. I tak na przykład logoterapia Frankla, upatrująca źródła cierpienia psychicznego pacjenta w utracie sensu życia, polega na analizie jego własnych wartości i celów życiowych tak, by pomóc mu odnaleźć indywidualny sens życia (Grzesiuk, 1994).

Terapia z reguły nie jest tak zaangażowanym aksjologicznie działaniem jak wychowanie czy edukacja. Wychowanie bowiem zawiera w sobie konieczność udzielenia odpowiedzi na pytanie, jaki człowiek ma być? Jakiego człowieka chcemy wychować? Są to pytania z obszaru aksjologii wychowania. Tej rangi problemy aksjologiczne nie występują w terapii. Celem terapii nie jest kształtowanie człowieka, lecz uwolnienie od cierpienia, które bądź określa istotę zaburzenia, bądź jest jego skutkiem. Terapia w przeciwieństwie do edukacji czy wychowania nie odwołuje się zatem do ideału osobowości, do kształtowania postaw, w tym postaw moralnych, czy charakteru pa-

cjenta, do urzeczywistniania jakiegoś wzoru osobowego. I w tym oto sensie pozostaje neutralna aksjologicznie. Z tej neutralności wynika powszechnie znane zalecenie, zgodnie z którym terapeuta nie może formułować ocen moralnych dotyczących stylu życia pacjenta ani jego przekonań moralnych, ani też kierować się jakąkolwiek ideologią w swojej praktyce terapeutycznej.

Chociaż według prawie wszystkich kierunków terapeutycznych interwencja pomocowa zachowuje neutralność aksjologiczną, to jednak – na co warto zwrócić uwagę – zachodzące pod wpływem terapii zmiany obejmują także sferę wartości i przekonań moralnych człowieka. Ponadto terapeuta do sytuacji pomocy wnosi samego siebie i swój system wartości, co już czyni postępowanie psychokorekcyjne zjawiskiem moralnym, podlegającym refleksji etycznej. Zapewne postawa moralna terapeuty, jego świat wartości są jednymi z czynników o charakterze psychologicznym, które wpływają na skuteczność leczenia. Jeśli są one zgodne z aksjologicznymi podstawami terapii, tym większe prawdopodobieństwo, że oferowana pomoc będzie się przyczyniać do realizacji dobra wszystkich osób w niej uczestniczących.

Mimo że terapia nie jest działaniem ukierunkowanym na kształtowanie charakteru człowieka, to sam proces, jak i świadome postępowanie lecznicze, mieści się w określonych ramach etycznych wyprowadzonych z wartości, do jakich się odwołuje. Wyznacza je etyczny kodeks terapeuty oraz sama „filozofia” terapii. Z założenia jesteśmy skłonni uznać, iż terapia jest działaniem dobrym moralnie. Owey moralnej wartości możemy doszukiwać się w intencjonalnej warstwie tego praktycznego działania. Terapia wyrasta bowiem z idei pomocy człowiekowi borykającemu się z problemami emocjonalnymi, społecznymi czy somatycznymi. To właśnie ze względu na intencję czynienia dobra, bez względu na rzeczywisty efekt, zwykle się sądzić, że terapia jest działaniem dobrym moralnie. Udzielanie pomocy drugiemu człowiekowi traktuje się zawsze jako dobry uczynek i dobre postępowanie.

Terapia jest formą pomocy ocenianą pozytywnie z moralnego punktu widzenia również ze względu na cel – ratowanie czyjegoś zdrowia i podnoszenie jakości życia. W samej definicji leczenia zawarte są takie oczywiste dobra moralne czy wartości, jak zdrowie, życie i szczęście. Leczenie to działanie za pomocą określonych środków medycznych, psychologicznych lub społecznych, zmierzające do przywrócenia stanu zdrowia somatycznego, psychicznego lub społecznego. Leczenie uzależnienia ma na celu odzyskanie przez osobę uzależnioną lub współuzależnioną spokoju psychicznego i społecznego oraz zminimalizowanie szkód spowodowanych przez uzależnienie. Ponadto bardziej szczegółowe cele terapeutyczne, zwykle określane w języku psychologicznym, zazwyczaj mają swoje odpowiedniki w języku etycznym. Człowiek, który upora się podczas terapii z własnym bólem psychicznym i uwolni od przykrych przeżyć, odbudowuje szacunek do samego siebie i do innych ludzi, co traktuje się jako psychologiczny warunek godziwego i moralnego życia, a może nawet sprzyjający dążeniu człowieka do realizacji pełniejszego człowieczeństwa. W języku etycznym odzyskiwanie kontroli emocjonalnej, kontroli nad własnym zachowaniem czy odzyskiwanie poczucia wpływu zawiera się w takich cnotach osobistych, jak np. panowanie nad sobą, kontrolowanie wybuchów złości czy gniewu, nieuleganie pokusom, postępowanie zgodnie z własną wolą. Z kolei syntonia, jako termin psychologiczny, to dyspozycja psychiczna do czynienia dobra w codziennym życiu.

Moralna ocena terapii z perspektywy intencji i celów, choć obecna w myśleniu codziennym oraz w koncepcjach etycznych, tzw. motywistycznych, nie wyczerpuje refleksji etycznej nad tą formą pomocy psychologicznej i społecznej. Powszechnie wiadomo, że działanie podjęte z dobrą intencją i z dobrych motywów niekoniecznie sprzyja realizacji dobra, co wyraża choćby powiedzenie „dobrymi intencjami jest piekło wybrukowane”. Na przykład amerykański były psychoterapeuta Masson podważa moralny charakter psychoterapii. Już we wstępie do swojej książki „Przeciw terapii” pisze: „moim głównym celem jest wykazanie, że sama idea psychoterapii jest zła. Struktura psychoterapii jest taka, że niezależnie od tego, jak miły jest człowiek, gdy zostaje on terapeutą, angażuje się w działania, których celem jest pomniejszanie godności, autonomii i wolności osoby, która przychodzi po pomoc” (Masson, 2004, s. 25). Przedstawione przez niego przykłady praktyki psychoterapeutycznej wskazują, że niektóre procedury lecznicze – choć podjęte w dobrej intencji, jaką jest niesienie ulgi w cierpieniu psychicznym – nie zasługują na miano postępowania moralnie wartościowego. Korzystając z subtelnych różnicowań pojęciowych etyki, niektóre praktyki terapeutyczne (np. Freuda) ze względu na intencję pomocy człowiekowi cierpiącemu można uznać za moralnie dobre, ale nie zawsze – za moralnie słuszne i tym samym – moralnie wartościowe, ponieważ procedura postępowania leczniczego pozostawała w sprzeczności z normami moralnymi. Za wyznaczniki dobra uznaje się w literaturze etycznej intencje czynu, jego słuszność oraz okoliczności. I tak ze względu na intencje (respektowanie dóbr oczywistych) udzielanie pomocy jest czynem moralnie dobrym, lecz niekoniecznie, i nie zawsze moralnie zasadnym czy moralnie wartościowym. Etyka intencji bowiem nie wyczerpuje oceny moralnej terapii i w terapii. Korzystając z tezy Hołówki o ograniczonym zaufaniu do poszczególnych systemów etycznych, można także odwołać się do innego kryterium oceny moralnej, jakim są istniejące normy moralne (Hołówka, 2001). Wówczas to o moralnej zasadności terapii decydować będzie zgodność postępowania pomocowego w aspekcie treści tej pomocy oraz okoliczności jej udzielenia z normami moralnymi. Łącząc wymienione dwa aspekty, terapię można uznać za działanie moralnie wartościowe wtedy, gdy przyświecać jej będą dobre intencje i jednocześnie, gdy sama procedura oraz okoliczności jej zastosowania będą zgodne z normami moralnymi.

I właśnie procedurze terapii poświęcono wiele uwagi, bacząc na wcześniejsze doświadczenia, tak krytykowane przez Massona (2004). Chodzi bowiem o to, by nie tylko cel postępowania był dobry, ale także by forma postępowania była dobra i dozwolona. O tym, co jest dozwolone i dobre mówią między innymi wypracowane zasady, określające sposób prowadzenia terapii. Zostały one wyprowadzone z naczelnej wartości w terapii, jaką jest godność osoby ludzkiej, dla której szacunek oraz której ochrona stają się fundamentalnym nakazem moralnym każdego, a szczególnie profesjonalistów zajmujących się pomocą.

Reasumując, terapia to działanie, które mieści się w określonych ramach etycznych, wyprowadzonych z wartości, do jakich się odwołuje. Etyczny kodeks terapeuty dotyczy i normalizuje jego postępowanie. Z kolei działanie terapeutyczne jest ukierunkowane na dobro dorosłego lub małego pacjenta, na respektowanie jego osoby, na poszanowanie jego godności osobistej, autonomii i prawa do rozwoju, bez względu na sytuację materialną, zachowanie, status społeczny czy charakter zaburzenia. Tym

samym terapia staje się realizacją określonych wartości. Jej ramy zakresła etyka aksjologiczna (etyka wartości), pozostająca w nurcie personalistycznym, który wydaje się dominować w myśleniu o istocie terapii. Wartości ogólne i szczegółowe są obecne w założeniach procedur terapeutycznych, celach i metodach oraz zasadach postępowania. Ponieważ istotę terapii można sprowadzić do kontaktu i bycia z drugim człowiekiem, to oczywiste staje się lokowanie działań pomocowych nie tylko w perspektywie psychologicznej czy społecznej, lecz także aksjologicznej.

ZASADY ETYCZNE TERAPII UZALEŻNIEŃ

Respektowanie zasad terapii nadaje tej aktywności szczególną wartość moralną, bowiem czyni ją nie tylko dobrą, ale i moralnie wartościową. Wymienia się dwie podstawowe drogi postępowania moralnego. Pierwsza określa dobro pacjenta jako naczelną wartość, druga to poszanowanie jego godności osobistej.

Zasady postępowania wywodzą się z głównej dyrektywy moralnej działania leczniczego, jaką jest dobro człowieka. Pojęcie „dobra” jest trudne do zdefiniowania, a zdaniem Tatarkiewicza jako takie należy do pojęć pierwotnych, niewymagających szczególnych uzasadnień. W „Kodeksie etycznym terapeuty uzależnień” (2007) zapisano dobro drugiego człowieka jako naczelną wartość profesjonalistów, zajmujących się pomocą osobom uzależnionym i współuzależnionym. W praktyce ów zapis oznacza tyle, że terapeuta zawsze powinien się kierować dobrem pacjenta lub grupy terapeutycznej, z którą pracuje. **Dobro pacjenta** może być przesłanką rozwiązywania konfliktów między klientem a instytucją, pacjentem a terapeutą czy też – a może przede wszystkim – podstawą doboru strategii i procedury postępowania leczniczego.

Kolejną ważną dyrektywą postępowania terapeutycznego jest **poszanowanie godności pacjenta**. I tu też mamy do czynienia z pojęciem wieloznacznym, ale obecnym w doświadczeniu każdego człowieka. Zwykło się przyjmować godność za immanentną właściwość człowieka – niezależną od warunków historycznych, ekonomicznych, społecznych i geograficznych. W rozdziale „Kodeksu etycznego terapeuty uzależnień” (2007), zatytułowanym „Zasady ogólne” znalazł się zapis: „terapeuta uzależnień wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem praw człowieka bez względu na rasę, płeć, wiek, stan zdrowia, wykształcenie, orientację seksualną, narodowość, status materialny i społeczny oraz poglądy religijne i polityczne, etc.” oraz drugi: „terapeuta uzależnień uczciwie i rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi standardami zawodowymi, wykonuje swoją pracę z szacunkiem wobec osób pozostających w terapii oraz wobec osób trzecich”. Przedstawione tu kodeksowe rekomendacje moralne zawierają w sobie trojaki rozumienie pojęcia godności osobistej występujące w etyce (Szewczyk, 1998). Chodzi tu więc nie tylko o godność ludzką, czyli osobową, przysługującą każdemu ze względu na to, że jest człowiekiem, ale także o godność osobistą jednostki będącej w terapii. Godność osobista człowieka wyraża się bowiem przez uznawane przez niego wartości. Brak szacunku dla tak rozumianej godności osobistej polega na nakłanianiu człowieka – bez uwzględnienia jego woli – do postępowania niezgodnego z uznawanymi wartościami, na krytykowaniu lub atakowaniu jego świata wartości, na działaniach ukierunkowanych na zmianę systemu wartości. W kodeksie zawodowym zobowiązuje się terapeutę do nienarzucania pacjentowi

swoich poglądów w procesie terapii, do respektowania jego systemu wartości i prawa do podejmowania własnych decyzji, do nieoceniania go pod względem moralnym.

Poza godnością osobową i osobistą, pojęcie „godności” odnosi się także do takiego obszaru tożsamości społecznej, jaką jest zawód. Człowiek może utracić swoją godność zawodową wtedy, gdy jego zachowanie, jako przedstawiciela określonej profesji, będzie niezgodne czy wręcz sprzeczne z jej wymaganiami. Toteż kodeks zawodowy terapeuty określa podstawowe ramy tego zawodu i zobowiązuje profesjonalistów do postępowania zgodnie ze standardami.

Choć w obszar moralnej refleksji nad terapią wchodzi zagadnienie godności osób ją realizujących, to jednak poszanowanie godności pacjenta – tej osobowej, osobistej i tej zawodowej staje się centralną kategorią powinnościową.

Szacunek dla godności człowieka wyraża się między innymi w podmiotowym go traktowaniu. **Podmiotowość pacjenta** to podstawowa wartość we współczesnych nurtach terapeutycznych. To pojęcie obecne jest przede wszystkim w psychologii humanistycznej i w filozofii. Przedstawia wizję człowieka jako istoty obdarzonej rozumem i wolną wolą, zdolnej do aktywnego wpływania na swój los, mającej prawo do samodzielności i samostanowienia. Zgodnie z tym ujęciem pacjent aktywnie uczestniczy w procesie terapii psychologicznej i społecznej, jest jednocześnie podmiotem i obiektem zmiany, a nie przedmiotem biernie poddającym się zabiegom terapeuty. A zatem zgodnie z zasadą podmiotowości, terapeuta nie jest sprawcą zmiany, lecz tylko jednym z jej uczestników, osobą pomagającą, wspierającą pacjenta w jego trudnej pracy nad sobą, zachęcającą do podjęcia tego wysiłku. W leczeniu uzależnień terapeuta bywa też ratownikiem i doradcą. Powiązanie podmiotowości ze świadomością nakazuje chwilę refleksji nad terapią osób uzależnionych od środków, pod wpływem których zawężają się możliwości oddziaływania na samego siebie i na własny los. Stan ten nie pozbawia ich godności oraz prawa do szacunku i samostanowienia, a zasada podmiotowości nakazuje dostosowanie działania do wyjściowego poziomu sprawności. **Zasadę akceptacji** można wyprowadzić z tezy, że życie osoby uzależnionej nie jest złem moralnym, uzależnienie bowiem jako stan choroby nie podlega ocenom moralnym. Nakazuje ona zatem odróżnienie osoby i jej stanu od zachowania. I o ile osoba pacjenta wymaga szacunku i afirmacji, o tyle nie wszystkie zachowania muszą się spotykać ze zgodą i akceptacją. Jednak w tym przypadku zasada akceptacji pacjenta eliminuje z postępowania te metody (krytykę, groźby, rozkazy), które odbierają mu lub naruszają poczucie wolności i możliwość dokonywania wyboru.

Zasada partnerstwa stawia na równi dwa podmioty uczestniczące w zmianie, tj. terapeutę i pacjenta. W swej treści nawiązuje do otwartości na siebie i otwartości na innych jako podstawowej wartości regulującej kontakty interpersonalne. „Otwartość w kontaktach z innymi” domaga się bliższego określenia (np. mówienie o autentycznej otwartości oznacza, że może być fałszywa) i można stwierdzić, że wiąże się ona z innymi wartościami, takimi jak autentyzm, życzliwość, dobro własne, dobro innego. Z pojęciem otwartości koresponduje więc norma prawdomówności. Zawiera ona zobowiązanie do uczciwości w kontaktach z pacjentem, do mówienia prawdy nawet wtedy, gdy doraźne dobro wydaje się być zagrożone.

Wyżej przedstawione zasady znajdują odzwierciedlenie w niektórych nakazach zawartych w kodeksie terapeuty. Gwarantują one współudział pacjenta w określaniu

metod pracy terapeutycznej, miejsca i czasu jej trwania. Terapeuta powinien także informować pacjenta, a za jego zgodą, osoby trzecie o celach terapii i jej przebiegu, o wszystkich możliwych skutkach i konsekwencjach, o stosowanych technikach terapeutycznych. Te reguły stanowią o istocie kontaktu terapeutycznego. Przyjmują postać zasad, co oznacza, że ich treść bezwzględnie wyznacza ramy postępowania na każdym etapie, a zwłaszcza w fazie doboru metod i procedur. W zgodzie z nimi pozostaje, na przykład, zawieranie kontraktu z pacjentem, która to metoda jest wyrazem respektu dla jego godności i podmiotowości. Z kolei informacje zwrotne, wraz ze swoimi regułami, zapewniają szczerłość i uczciwość w relacjach z innymi.

Reasumując, cała „filozofia” terapii zawiera się w celach i zasadach postępowania określających jej specyfikę, które to urzeczywistniają podstawowe dla terapii wartości. Ponadto warto zwrócić uwagę, iż te cele i zasady chronią terapeutów przed pychą i zarozumiałością. Na przykład pacjent, jako partner i podmiot zmiany, ogranicza monopol profesjonalistów na prawdę, mądrość i jedynie słuszną wizję dobra drugiego człowieka. Większość procedur terapeutycznych w istocie rzeczy zabezpiecza profesjonalistów przed pokusą manipulacji, stosowania przymusu – co w „Kodeksie etycznym terapeuty uzależnień” (2007) jest zakazane – czy innych form naruszenia praw człowieka.

TERAPEUTA UZALEŻNIEŃ – ZAWÓD ZAUFANIA PUBLICZNEGO I JEGO DEONTOLOGIA

Terapeuta uzależnień to stosunkowo nowa profesja w lecznictwie, w sferze pomocy psychologicznej. Tworzą się więc jej podstawy merytoryczne i standardy moralne, które z jednej strony nawiązują do doświadczeń zawodowych lekarzy, psychoterapeutów, psychologów czy pracowników socjalnych, z drugiej zaś – do specyfiki problemów spotykanych w pracy z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi. Każdy z tych zawodów to szczególnie profesja ze względu na udzielanie pomocy w warunkach kontaktu opartego na zaufaniu oraz konieczności zadbania o dobra osobiste osoby z tej pomocy korzystającej. Tym bardziej, iż jest to zwykle człowiek cierpiący i w istocie rzeczy słabszy od pomagającego – fizycznie, psychicznie lub społecznie. Właśnie dlatego pacjent powinien mieć gwarancję, że podjęty kontakt nie przyczyni się do zagrożenia lub minimalizacji jego dobra, że terapeuta zapewni mu poczucie bezpieczeństwa i zbuduje relację nie tylko ważną psychologicznie, ale i moralnie wartościową. Jedną z zasad kontaktu opartego na zaufaniu jest reguła poufności. Zgodnie z nią informacje o życiu osobistym pacjenta (choroba, warunki życia, postawy, przekonania, relacje z innymi, ważne wydarzenia życiowe, wzloty i upadki, myśli i uczucia) pozostają pod szczególną ochroną, co oznacza, że nie mogą być przekazane osobom trzecim lub instytucjom. „Kodeks etyczny terapeuty uzależnień” (2007) przewiduje możliwość odstąpienia od tajemnicy zawodowej w określonych przypadkach. Z zachowania dyskrecji może zwolnić go sam pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Tajemnica zawodowa ulega również zawieszeniu wtedy, gdy jej utrzymanie może przyczynić się do zagrożenia życia pacjenta lub innych osób. Wzmocnieniu tajemnicy zawodowej, która stanowi atrybut zawodu zaufania publicznego, służą także przepisy ustawy o ochronie danych osobowych. Do ich przestrzegania zobowiązany jest

terapeuta wtedy, gdy prowadzi terapię, gdy uprawia działalność dydaktyczną i wtedy, gdy prowadzi badania naukowe i publikuje ich wyniki. Zasada poufności obowiązuje także terapeutę w sytuacjach konsultacji lub superwizji. Choć profesjonaliści dopuszczają ujawnianie pewnych informacji, to jednak tylko tych, które są niezbędne do realizacji celu konsultacji czy superwizji (Huflejt-Łukasik, 1998, s. 145).

Utrzymanie tajemnicy zawodowej służy w zasadzie terapii i samemu pacjentowi. Należy również brać pod uwagę terapeutę, na którego mogą być wywierane naciski dla pozyskania określonych informacji o pacjencie, a zatem powinność związana z dyskrecją w wielu sytuacjach chroni także terapeutę.

Zawody zaufania publicznego ze względu na właściwy im brak podległości, samodzielnosc i niezależność w podejmowaniu decyzji, dbają o swój prestiż i wysoką jakośc oferowanej pomocy poprzez tworzenie standardów zawodowych. Tak też dzieje się w przypadku specjalistów leczenia uzależnień. Dbalosc o systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych i własną kondycję psychiczną to obowiązek specjalisty i instruktora terapii uzależnień. Zapewne chodzi tu nie tylko o zdobywanie licencji i certyfikatów, upoważniających do podejmowania odpowiednich zadań, ale także o doskonalenie umiejętności, o systematyczne zdobywanie i uzupełnianie wiedzy fachowej. Służy temu literatura przedmiotu, udział w kursach i szkoleniach specjalistycznych lub ogólnorozwojowych oraz korzystanie z konsultacji i superwizji u innych specjalistów. Spotkania superwizyjne lub konsultacyjne są niezwykle cenne w procesie zdobywania i doskonalenia umiejętności profesjonalnych. W ich trakcie można bowiem przedyskutować i prześledzić podejmowane działania terapeutyczne, rozwiązywać pojawiające się podczas terapii trudności, pogłębiać wgląd w doświadczenie siebie podczas realizacji zadań zawodowych. Choć kodeks zawodowy nie zobowiązuje terapeuty uzależnień do udziału w psychoterapii własnej w ramach przygotowania profesjonalnego, to jednak warto rozważyć taką sugestię. Wiadomo, że własne problemy, trudne wydarzenia w życiu osobistym mogą zakłócać prowadzenie skutecznej terapii.

Od terapeuty oczekuje się, że będzie świadomy nie tylko własnych kompetencji, ale także ograniczeń i możliwości. Z tego wynika dyrektywa moralna nakazująca dostosowywanie form świadczonej pomocy do własnych umiejętności zawodowych oraz osobistych możliwości. Na przykład można odmówić terapii pacjentowi, gdy jego oczekiwania nie są zgodne ze standardami zawodowymi lub pozostają w oczywistej sprzeczności z systemem wartości terapeuty. Dyrektywa ta dopuszcza również powstrzymanie się od udzielenia pomocy, jeśli w ocenie terapeuty, stan pacjenta wymaga formy pomocy psychologicznej czy społecznej, wykraczającej poza jego kompetencje i umiejętności. Z prawem odmowy udzielenia pomocy koresponduje obowiązek wskazania innych miejsc, w których pacjent może ją otrzymać (Huflejt-Łukasik, 1998).

Istotę zawodów zaufania publicznego oddaje także specyfika więzi powstającej między pomagającym a pacjentem. Kontakt terapeutyczny zostaje uznany za jeden z podstawowych czynników leczących (Czabała, 1997). Dlatego właśnie wymaga szczególnej uwagi i troski oraz przestrzegania określonych reguł, zwykle formułowanych w kodeksach zawodowych profesjonalistów w zakresie pomocy. W trakcie kontaktu profesjonalista uzyskuje wiele informacji o życiu prywatnym klienta, które ob-

jęte są tajemnicą zawodową. Ważne jest jednak, by unikał nadmiernej ingerencji lub wnikania w prywatność pacjenta, zwłaszcza w celu zaspokojenia własnej ciekawości czy z innych motywów osobistych. Ponadto w kodeksach rekomenduje się dbałość o to, by nie przenosić relacji z pacjentem poza obszar terapii.

Kontakt terapeutyczny nie powinien być zakłócony relacjami towarzyskimi i biznesowymi. Oczywista jest zatem dyrektywa moralna nakazująca powstrzymanie się od wchodzenia z pacjentem w więzi osobiste, koleżeńskie lub w przedsięwzięcia gospodarcze. Zakazem objęto również utrzymywanie osobistych stosunków z jego rodziną czy bliskimi osobami. Można przypuszczać, iż analogicznie jak w kodeksie psychologa, nie zaleca się terapeutę prowadzenia terapii osób sobie bliskich, które są uzależnione lub współzależnione, istniejące więzi emocjonalne mogą bowiem wyraźnie utrudniać budowanie i utrzymanie kontaktu terapeutycznego (Huflejt-Łukasik, 1998).

Relacje z kolegami po fachu to kolejna ważna sfera refleksji moralnej, zwłaszcza w przypadku jeszcze nie w pełni ukształtowanego zawodu zaufania publicznego. Integracja środowiska zawodowego to zadanie dla jego przedstawicieli, co jest zarazem jedną z form dbania o profesję i jej prestiż. Integracji środowiska i normie lojalności wobec kolegów nie służy ocenianie, komentowanie prowadzonej przez nich terapii, szczególnie w obecności byłych lub aktualnych pacjentów. Na nieetyczność tej sytuacji zwracają uwagę deontologie wielu zawodów związanych z pomocą. Uznaje się bowiem, że spotkania zespołu terapeutycznego lub kontakt w cztery oczy to właściwe forum wymiany poglądów i ocen na temat prowadzonej przez kolegę terapii. Ponadto terapeuta nie powinien oferować swojej pomocy osobie będącej w terapii u kolegi po fachu, jeśli ten nie wyrazi na to zgody.

Uogólniając, można wskazać na kilka zasad etycznych obowiązujących terapeutę uzależnień (Muszyńska-Kutner, 1999):

- Zasada świadomości siebie – chodzi tu o świadomość własnych poglądów, wartości, przekonań, potrzeb, ograniczeń i możliwości.
- Zasada szacunku dla pacjenta zakazuje dyskryminacji człowieka z jakiegokolwiek powodu.
- Zasada kompetencji i rozwoju zawodowego terapeuty mówi o tym, że terapeuta powinien postępować zgodnie ze standardami, pracować w takich obszarach pomocy i z zastosowaniem takich metod, do których ma wymagane kompetencje, uczestniczyć w różnych formach doskonalenia, korzystać z superwizji i konsultacji.
- Zasada zachowania tajemnicy zawodowej.
- Zasada profesjonalnej relacji z pacjentem wyklucza prowadzenie terapii z osobami, z którymi terapeuta pozostaje w relacji osobistej lub wchodzenie z pacjentem w prywatne kontakty.
- Zasada rozsądnej lojalności środowiskowej obejmuje dyrektywę szczególnej ostrożności w formułowaniu ocen dotyczących zarówno kierunków czy szkół terapii, jak i działalności zawodowej kolegów profesjonalistów. Zaleca ona również reagowanie na zachowania kolegów, naruszające wypracowane przez środowisko standardy moralne.

Przedstawione wyżej zasady wynikają z zawartych w „Kodeksie etycznym terapeuty uzależnień” (2007) standardów postępowania oraz interpretacji tych zapisów.

Korzystając z typologii Marii Ossowskiej (1985), można powiedzieć, że są to nade wszystko normy, które stoją na straży godności, niezależności i prywatności pacjenta oraz służą potrzebie zaufania w kontakcie terapeuta–pacjent. Normy w obronie biologicznego istnienia czy sprawiedliwości mają tu mniejsze zastosowanie niż na przykład w etyce nauczyciela, pracownika socjalnego, kuratora sądowego, lekarza. Jak się wydaje, etyka terapeuty uzależnień to raczej etyka szacunku dla człowieka uzależnionego oraz odpowiedzialności, a nie etyka dobroczynności, współczucia czy poświęcenia.

Podsumowując, terapeuta uzależnień to dopiero kształtująca się profesja, której atrybuty pozwalają zaliczyć ją do zawodów zaufania publicznego (Wojtczak, 1999, s. 55–76).

Terapeuci wykonują bowiem swoje zadania w toku bezpośrednich kontaktów z pacjentem i dysponują ważnymi dla niego informacjami osobistymi. Są więc zobowiązani do szczególnej ochrony tych informacji i do zapewnienia bezpieczeństwa osobom, które z racji choroby znajdują się w gorszej sytuacji psychologicznej i społecznej, co oznacza, że ich dobro osobiste, zdrowie, godność, dobre imię mogą być zagrożone. Realizacji zadań zawodowych towarzyszy znaczna samodzielność w doborze strategii i procedury pomocy oraz w podejmowaniu decyzji. Niezależności zawodowej, choćby ze względu na brak instytucjonalnej czy administracyjnej kontroli, z istoty rzeczy musi towarzyszyć osobista odpowiedzialność za podjęte działania. W tej sytuacji funkcje kontrolne i dbałość o wysoki poziom pomocy przejmuje samo środowisko zawodowe i organizacja korporacyjna. Określają wymagane kwalifikacje oraz wysokie standardy moralne, właśnie ze względu na owe atrybuty zawodu zaufania publicznego. Tak powstają kodeksy zawodowe. Zawarte tam przepisy przede wszystkim służą ochronie osób korzystających z pomocy terapeutycznej przed oszustwem, nieuczciwością, a nawet przemocą. Deontologia zawodowa wspomaga także samych profesjonalistów w zakresie leczenia uzależnień. Jej przepisy bowiem pełnią funkcję drogowskazu czy przewodnika moralnego. Informują, jakie postępowanie profesjonalistów jest dobre moralnie, jakie zasady decydują o etyczności praktyki terapeutycznej. Nadto, na co zwraca uwagę Kaczyńska (1998), zabezpieczają profesjonalistów przed atakami innych, zwłaszcza w sytuacji nacisków zewnętrznych czy konfliktu między terapeutą a klientem, terapeutą a instytucją lub innymi osobami, z którymi pozostaje w zależności formalnej. W takich okolicznościach zawsze może się powołać na odpowiednie przepisy swojego kodeksu zawodowego.

Warto zwrócić uwagę na to, że skatalogowany zbiór norm moralnych, dotyczących postępowania terapeutycznego, wspomaga również proces kształtowania się i utrzymywania poczucia przynależności do danego środowiska lub korporacji zawodowej, budowanie etosu terapeuty uzależnień oraz kreowanie pożądaných powinności moralnych tegoż środowiska. Wszystko razem zaś służy przedstawicielom tego zawodu do określania godności zawodowej i jej poszanowania przez siebie samego oraz inne osoby. Utrata godności zawodowej, zdaniem Szewczyka, następuje wtedy, gdy zachowanie profesjonalisty znacznie odbiega od wzorca określonego w deontologii terapeuty uzależnień (Szewczyk, 1998). Z naruszeniem godności zawodowej mamy więc do czynienia, gdy naciski zewnętrzne (np. ze strony klienta czy przełożonego) lub wewnętrzne (własny system wartości i norm) idą w kierunku odstąpienia od zachowania zawartego we wzorcu.

CNOTY OSOBISTE TERAPEUTY UZALEŻNIENI

Sądzi się, że wiedza o tym, co jest nakazane i co jest zakazane skłania terapeutów do postępowania moralnego. Choć pogląd ten ma swoje podstawy w systemie etycznym Sokratesa, to jednak nie wytrzymuje próby czasu. Postępowanie moralne profesjonalisty zależy zapewne nie tylko od jego wiedzy moralnej i merytorycznej, lecz także od jego systemu wartości i sumienia, od jego cnót osobistych. Warto w tym miejscu podkreślić, iż o etosie każdej grupy społecznej, w tym i zawodowej, decydują preferowane przez nią cnoty osobiste jej członków. Etyka cnót osobistych, inaczej zwana etyką dobrego charakteru, dopiero w latach 60. powraca do literatury etycznej (Jaśtał, 2004). Etyka cnót utraciła swoje miejsce, zwłaszcza w deontologii profesji medycznych i paramedycznych, jednak ostatnio obserwuje się jej renesans. Natomiast ciągle zaznacza swoją obecność w naukach pedagogicznych – wtedy, gdy refleksja dotyczy wychowania dzieci i młodzieży, i wtedy, gdy mówi się o nauczycielach, pedagogach, wychowawcach. Dla nich to właśnie ważne jest pytanie nie tylko o powinności moralne nauczyciela, ale także (a może przede wszystkim) o to, jakie dyspozycje moralne powinien mieć nauczyciel, by wychowywać młodzież. I tak na przykład, nauczyciel powinien cechować się prawdomównością, odpowiedzialnością, sprawiedliwością, godnością osobistą, własną i zawodową, poszanowaniem dla godności ucznia, lojalnością wobec ucznia i współpracowników oraz tolerancją i wyrozumiałością (Szewczyk, 1998). Z kolei sędziom i kuratorom sądowym stawia się wymóg nieskazitelności charakteru.

A jaki zatem powinien być terapeuta uzależnień? Jakie powinien posiadać dyspozycje moralne? Pytania niezwykle ważne, zwłaszcza wtedy, gdy przyjmie się założenie, że dobry człowiek podejmuje działania moralnie wartościowe. Należy zatem się zastanowić, czy dobrym terapeutą lub dobrym lekarzem może być zły człowiek? Czy człowiek zawistny i egoistyczny może zbudować kontakt terapeutyczny? Czy nie trzeba być dobrym człowiekiem, by być dobrym terapeutą? Czy istotnie jest tak, że dobrym terapeutą może być tylko dobry człowiek?

Skoro cnoty osobiste to dyspozycje do działania moralnie wartościowego, to warto przyjrzeć się, na jakie właściwości terapeuty się wskazuje. W literaturze przedmiotu i obszarze pomocy społecznej najbardziej znany jest model spolegliwego opiekuna Kotarbińskiego. Kotarbiński pisał, iż takim opiekunem może być tylko człowiek „usposobiony życzliwe względem podopiecznych”, „człowiek dobry, o dobrym sercu, wrażliwy na cudze potrzeby i skłonny do pomagania” (Kotarbiński, 1985, s. 59). Czy te same cnoty moralne można odnieść do profesjonalisty w zakresie leczenia uzależnień? Może do osoby terapeuty lepiej pasuje przedstawiony wyżej katalog dyspozycji moralnych nauczycieli?

Proponowane zestawy powinności moralnych terapeuty uzależnień, choć nie nawiązują do etyki cnót, to jednak na ich podstawie daje się zrekonstruować oczekiwane właściwości. Kodeks terapeuty uzależnień z 2007 roku mówi o uczciwości i rzetelności, a zatem terapeuta powinien być uczciwy i rzetelny w swojej pracy, w kontakcie z pacjentem i kolegami. Uczciwy, czyli mówić prawdę, przyznawać się do swojej pomyłki, niewiedzy czy innych ograniczeń. Rzetelność z kolei kojarzy się z odpowiedzialnością, właściwością postulowaną przez większość kodeksów zawo-

dów, mieszczących się w obszarze pomocy. Odpowiedzialność to pojęcie etyczne i filozoficzne, którego analiza przedstawiona przez Łuczyńską (1998) doprowadziła do scharakteryzowania tej dyspozycji moralnej. I tak człowiek odpowiedzialny, to człowiek świadomy swoich motywów postępowania i własnych obowiązków, posiadający system wartości i zgodnie z nim wiodący codzienne życie, wazący skutki własnego postępowania, zdający sobie sprawę ze swoich ograniczeń i możliwości (Łuczyńska, 1998, s. 83). Odpowiedzialny terapeuta wypełnia jak najlepiej swoje obowiązki i postępuje zgodnie z ogólnie uznawanymi normami oraz zasadami etyki zawodowej. Odpowiedzialny terapeuta bierze także pod uwagę i przewiduje skutki własnego postępowania i podjętych decyzji, co w istocie oznacza przejmowanie odpowiedzialności za negatywne i pozytywne konsekwencje swoich działań. Odpowiedzialny profesjonalista dąży do realizacji uzgodnionych, zasadnych i moralnie właściwych działań oraz jest gotów poddać je osądowi innych, np. klientów, kolegów, superwizorów, konsultantów.

Zatem terapeuta powinien być osobą odpowiedzialną, co oznacza, że można mu zaufać, bowiem znajdując się w różnych sytuacjach i podejmując różne decyzje zachowywał się – i prawdopodobnie zachowa się – moralnie. Ponadto jest świadomy tego, że jeśli zobowiązuje się wykonać określone zadania, to bierze na siebie odpowiedzialność. Odpowiedzialny terapeuta to także człowiek, który ma świadomość, że ponosi odpowiedzialność, czyli rezultaty jego działania są rozliczane zarówno przez niego samego, jak i przez pacjenta oraz kolegów po fachu. Ogólnie chodzi o poczucie odpowiedzialności za pacjenta, wobec pacjenta i przed pacjentem.

Uogólniając, dobry terapeuta to człowiek odpowiedzialny, rzetelny i uczciwy. Cechy te wydają się jednak niewystarczające, by realizować misję pomocy terapeutycznej. W obliczu komercjalizacji i urynkowania usług pomocowych wskazane jest dysponowanie taką właściwością jak umiarkowanie (to jedna z 4 cnót kardynalnych – mądrość, sprawiedliwość, męstwo, umiarkowanie) czy też bezinteresowność. Chodzi więc w tym wypadku o to, by nadmiernie nie „fiskalizować” swojej pomocy, a nade wszystko nie uzależniać jakości swojej pracy od wysokości wynagrodzenia czy innych korzyści materialnych i pozamaterialnych.

W pracy terapeutycznej niezbędna wydaje się być także roztropność, mądrość jako dyspozycja do dokonywania właściwych decyzji i wyborów. Terapeuta roztropny będzie wiedział, co jest ważne w procesie pomocy, w kontakcie z klientem i kolegami, kiedy się zatrzymać, by pomyśleć, a kiedy iść dalej czy kiedy się przeciwstawić, będzie poszukiwał rozsądnych rozwiązań w trudnej sytuacji. Innymi słowy, wie co robić dzięki temu, że odwołuje się do wiedzy oraz doświadczenia życiowego i zawodowego.

Terapeuta, moim zdaniem, powinien być także cierpliwy. Nie może się spodziewać szybkich, natychmiastowych efektów swojej pracy, zadowalać się doraźnymi skutkami, traktując je jako ostateczne. Cierpliwość bowiem to czekanie na zamierzony skutek i systematyczne dążenie do jego uzyskania.

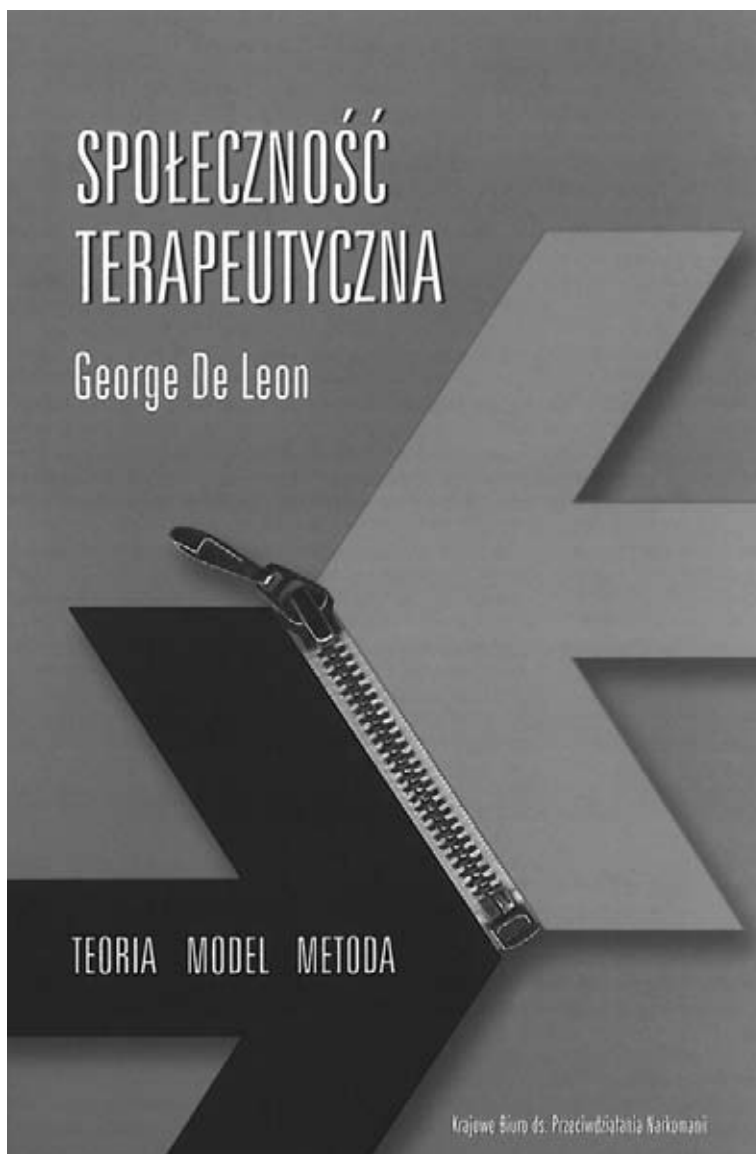
Z dotychczasowych rozważań wyłania się następujący katalog dyspozycji moralnych terapeuty: roztropność, uczciwość, rzetelność, obowiązkowość, cierpliwość oraz bezinteresowność. Czy jest on wystarczający? Czy etyka cech powinna znaleźć swoje miejsce w refleksji etycznej nad terapią? Czy terapeuta powinien doskonalić tylko swoje umiejętności zawodowe czy też być i ciągle stawać się dobrym człowie-

kiem, czyli dbać o swoje dyspozycje moralne oraz nie tracić z pola widzenia takich wad, jak pycha, egoizm, poządlliwość czy zawiść, które stanowią przeszkodę w realizacji dobra?

Przedstawiona tu perspektywa poznawcza niewątpliwie wskazuje, że o terapii moralnie wartościowej decyduje także kondycja moralna osoby pomagającej. Terapeuta podejmując wiele decyzji i ostatecznych postanowień, odwołuje się nie tylko do wiedzy zawartej w kodeksie etycznym, ale także do własnego poczucia moralnego. To jego sumienie – obok wiedzy profesjonalnej, doświadczenia życiowego oraz rozpoznania sytuacji – staje się często instancją rozstrzygającą, zwłaszcza dylematy moralne. Postawa moralna terapeuty i jego świat wartości, jeśli są zgodne z wartościami preferowanymi w terapii, czynią ten proces wartościowym moralnie.

BIBLIOGRAFIA

- Czabała, J.** (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
- Grzebiuk, L.** (red.). (1994). *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hołowska, J.** (2001). *Etyka w działaniu*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Huflejt-Łukasik, M.** (1998). Zasady etyczne w psychoterapii. W: W. Kaczyńska (red.), *O etyce służb społecznych* (s. 143-146). Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji.
- Jaśtał, J.** (2004). Etyka cnót, etyka charakteru. W: J. Jaśtał (red.), *Etyka i charakter* (s. 7-42). Kraków: Aureus.
- Kaczyńska, W.** (red.). (1998). *O etyce służb społecznych*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji.
- Kodeks etyczny terapeuty uzależnień.** (2007). Zarządzenie nr 8/2007 Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień oraz Regulaminu Pracy Komisji ds. Etyki. Strona internetowa: <http://www.kbpn.gov.pl>
- Kotarbiński, T.** (1985). *Medytacje o życiu godziwym*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Łuczynska, M.** (1998). O odpowiedzialności etycznej pracownika socjalnego. W: W. Kaczyńska (red.), *O etyce służb społecznych* (s. 77-97). Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji.
- Masson, J.** (2004). *Przeciw terapii*. Kraków: Impuls.
- Muszyńska-Kutner, A.** (1999). Etyka w psychoterapii uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 22-24.
- Ossowska, M.** (1985). *Normy moralne. Próba systematyzacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sawicka, K.** (2007). Etyczne aspekty terapii i innych form pomocy. *Remedium*, 12(178), 30-31.
- Szewczyk, K.** (1998). *Wychować człowieka mądrego. Zarys etyki nauczycielskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojtczak, K.** (1999). *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*. Poznań: Przedsiębiorstwo Wydawnicze „Ars boni et aequi”.





Martien Kooyman

Spółeczność terapeutyczna
dla uzależnionych

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Redukcja szkód w psychoterapii

Nowe podejście w leczeniu uzależnień
od narkotyków i alkoholu

Redakcja
Andrew Tatarsky

(...) książka jest udanym, zespołowym przedsięwzięciem podjętym na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i gotowym do publikacji w czasie, w którym istnieje pilne zapotrzebowanie na publikację o takiej tematyce i takim charakterze. (...)

Podręcznik został opracowany w sposób gwarantujący przekazanie podstawowych treści niezbędnych terapeutom w pracy z uzależnieniami, a zarazem rozbudzający ich zainteresowanie i zachęcający do dalszych poszukiwań.. (...) wyraźną intencją jej Redaktorów jest dbałość o to, aby złożone i wielowymiarowe zjawiska zarówno narkomanii, jak i jej przeciwdziałania za pomocą terapii i rehabilitacji, ograniczania szkód oraz readaptacji społecznej przedstawić w ujęciu interdyscyplinarnym. Mamy tu zatem udane połączenie perspektywy neurobiologicznej z psychologiczną, socjologiczną, prawną, etyczną, choć łatwo zauważyć, że medyczno-terapeutyczny punkt widzenia zdecydowanie dominuje. Takie interdyscyplinarne podejście zaprezentowane w prezentowanej książce – jestem o tym głęboko przekonana – okaże się wielce przydatne w refleksji terapeutów nad ich zawodowymi kompetencjami i postawami, nad rozumieniem ich roli zawodowej, nad specyfiką terapeutycznej „kuracji” i rehabilitacji ich podopiecznych, których charakter znacznie wykracza poza ściśle medyczny paradygmat.

■ *doc. dr Joanna Zamecka*

Katedra Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej

Institut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji

Uniwersytet Warszawski

(...) książka stanowi obszerne i wartościowe studium w zakresie problematyki związanej z terapią uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Celem publikacji – jak wskazano we wstępie – jest poszerzenie wiedzy w wyżej wymienionym zakresie u praktyków zainteresowanych tą problematyką. Szczególnym odbiorcą publikacji są osoby przygotowujące się do wykonania zawodu w zakresie specjalisty lub instruktora terapii uzależnienia od narkotyków.

■ *dr hab. Iwona Niewiadomska, prof. KUL*

Institut Psychologii

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II