

3.1 Jak wygląda skuteczne leczenie substytucyjne

3.2. Kryteria diagnostyczne i plan leczenia substytucyjnego

3.3 Zagrożenia i ograniczenia terapii substytucyjnej

3.4 Metadon

3.5 Buprenorfina

3.6 Morfina o przedłużonym działaniu

3.7 Antagonisty: Naltrekson

3.1 Jak wygląda skuteczne leczenie substytucyjne

Aby leczenie substytucyjne (tak jak każde inne) przynosiło pożądane efekty, powinno:

- uwzględniać potrzeby osadzonych,
- być indywidualnie dobrane dla każdego pacjenta, jeżeli chodzi o czas trwania oraz ustalenie dawki leku,
- być prowadzone z zachowaniem ciągłości terapii, to znaczy po przyjęciu do jednostki penitencjarnej i po jej opuszczeniu.

Jak już wspomniano, skutecznie prowadzona terapia substytucyjna daje pacjentom wiele korzyści:

- pomaga im utrzymać się przy życiu,
- umożliwia przejście na abstynencję lub na ustabilizowany model przyjmowania środków zastępczych,
- normalizuje ich życie społeczne,
- przynosi poprawę stanu zdrowia fizycznego,

- zmniejsza ryzyko transmisji zakażeń krwiopochodnych (szczególnie HIV i HCV) oraz
- ogranicza podejmowanie aktywności o charakterze przestępczym.

Tego typu terapia okazuje się wartościowa także dla ogółu społeczeństwa przez:

- poprawę stanu zdrowia publicznego,
- redukcję nowych przypadków HIV i innych zakażeń,
- zmniejszenie kosztów, generowanych w ramach działalności pomocy społecznej oraz wymiaru sprawiedliwości.

Programy leczenia substytucyjnego różnią się od siebie czasem trwania, wysokością dawek stosowanych środków oraz wdrażanymi schematami. Pomimo wielu dowodów naukowych (Zickler, 1999), wskazujących na to, że leczenie substytucyjne, a szczególnie leczenie metadonowe, wykazuje zwiększoną skuteczność w przypadku aplikacji wyższych dawek podtrzymujących, duża liczba tego typu programów opiera się na krótkoterminowej

1

2

3

4

5

6

detoksykacji pacjenta, powiązanej ze stopniowym zmniejszaniem porcji leku. Poprzez stosowanie terapii substytucyjnej wyłącznie w formie detoksykacji, ogranicza się jej potencjał terapeutyczny. Leczenie podtrzymujące ma na celu przede wszystkim ustabilizowanie stanu zdrowia osoby uzależnionej i jej reintegrację społeczną. Jak pokazały wyniki badań (WHO, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości oraz UNAIDS, 2004), u większości osób uzależnionych od opiatów:

(...) poziom znaczącej poprawy osiąga się po około 90 dniach wdrażania leczenia, a kolejne miesiące przynoszą dalsze korzyści. Z uwagi na fakt, że pacjenci często decydują się na przedwczesne zakończenie leczenia (mimo, że decyzja ta wiąże się z wysokim ryzykiem powrotu do nałogu), programy metadonowe powinny zawierać strategie aktywizujące podopiecznych do utrzymania się w leczeniu przede wszystkim dlatego, że wielu z nich potrzebuje terapii rozłożonej na lata.

W 1990 roku Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (1990) zaproponowało standardowe schematy leczenia metadonem, dzieląc je na cztery kategorie:

- **detoksykacja krótkoterminowa:** podawanie metadonu w dawkach malejących przez okres do jednego miesiąca,
- **detoksykacja długoterminowa:** podawanie metadonu w dawkach malejących przez okres dłuższy niż jeden miesiąc,
- **krótkotrwałe leczenie podtrzymujące:** podawanie stałej dawki metadonu przez okres do 6 miesięcy,
- **długotrwałe leczenie podtrzymujące:** podawanie stałej dawki metadonu przez okres powyżej 6 miesięcy.

Istotne jest wprowadzenie rozróżnienia między programami niskoprogowymi a programami wysokoprogowymi, z zastrzeżeniem, że pojęcie „niskoprogowe” nie powinno być traktowane jako synonim „niskiej jakości”.

Programy niskoprogowe:

- są łatwo dostępne,
- są nastawione na redukcję szkód,
- ich głównym celem jest złagodzenie u pacjenta objawów zespołu abstynencyjnego i głodu opiatowego, a także poprawa jego jakości życia,
- oferują różne opcje terapeutyczne.

Programy wysokoprogowe:

- aby móc z nich korzystać, trzeba często spełniać pewne kryteria, dostęp do nich jest utrudniony,
- są zorientowane na abstynencję (również abstynencję od metadonu),
- nie dysponują elastycznymi opcjami terapeutycznymi,
- zakładają regularne kontrole (moczu),
- prowadzą sztywną politykę wydawania leków (zabronione jest stosowanie nielegalnych opiatów),
- obejmują obowiązkowe doradztwo i psychoterapię.

1

2

3

4

5

6

Ogólnie rzecz biorąc, programy niskoprogowe wykazują większą skuteczność redukcji szkód – zarówno w przypadku osób uzależnionych, jak i ogółu społeczeństwa – przez szybkie włączenie pacjentów do terapii i utrzymanie ich w niej. W przypadku osób o niestabilnym stylu życia, wynikającym z nałogu, tego typu programy przynoszą często lepsze efekty, spełniając tym samym cele leczenia substytucyjnego.

Substytucyjne leczenie podtrzymujące skuteczniejsze od innych form terapii

Pada wiele argumentów przeciwko prowadzeniu substytucyjnego leczenia podtrzymującego w warunkach izolacji na terenach jednostek penitencjarnych. Niektórzy uważają metadon za kolejny lek psychotropowy, którego podawanie opóźnia proces przemiany wewnętrznej osoby uzależnionej, tak, aby mogła ona wydostać się poza ograniczony nałogiem zakłęty krąg. Inni sprzeciwiają się wprowadzaniu terapii substytucyjnej ze względów moralnych. Argumentują, że działając w ten sposób, tylko wymienia się jedno uzależnienie na drugie. Jednak najnowsze badania naukowe

wykazały, że leczenie podtrzymujące jest bardziej efektywne od detoksykacji, jeżeli chodzi o:

- utrzymanie pacjenta w leczeniu,
- zmniejszenie liczby zgonów, związanych ze stosowaniem środków odurzających,
- przechodzenie na poziom abstynencji.

Wiele obaw dotyczy też wprowadzania leczenia substytucyjnego w jednostkach penitencjarnych, jednak praktyka pokazała, że trudności te można przezwyciężyć.

Ze względu na przewlekły charakter uzależnienia od opiatów funkcjonowanie terapii substytucyjnej można porównać do działania leków stosowanych w leczeniu poważnych chorób przewlekłych (takich jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, gdy chorzy muszą przyjmować leki codziennie, a przerwanie leczenia wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia u nich objawów niepożądanych). Uznaje się, że uzależnienie jest przewlekłym stanem nawracającym, nawet po długim okresie życia bez nałogu, a jego leczenie – aby było skuteczne – musi mieć charakter ciągły. Można powiedzieć, że leczenie uzależnień składa się zazwyczaj z wielu krótszych

lub dłuższych okresów zintensyfikowanej opieki nad pacjentem, a nie systematycznego wdrażania jednolitego schematu terapii, uzgodnionego między nim a klinicystą.

3.2 Kryteria diagnostyczne i plan leczenia

Kryteria diagnostyczne, dotyczące leczenia uzależnienia od środków odurzających zatwierdzono na łamach niżej wymienionych dokumentów międzynarodowych: Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) (WHO, 1992) oraz czwartego wydania Podręcznika Diagnostycznego i Statystycznego Zaburzeń Psychiczych (Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne, 1994). Opiatowa terapia podtrzymująca powinna być ograniczona do stosowania wobec tych osób, które spełniają kryteria kliniczne dotyczące uzależnienia. Jednak tak restrykcyjne przepisy, określające konkretne warunki dopuszczenia do włączenia do terapii podtrzymującej osób uzależnionych przynoszą efekt przeciwny do zamierzonego, jeżeli chodzi o dostęp do leczenia i zapobieganie zakażeniu HIV/wirusowemu zapaleniu wątroby. To lekarz klinicysta,

1

2

3

4

5

6

prowadzący pacjenta powinien określać – na podstawie indywidualnej oceny stanu zdrowia i kondycji każdego z pacjentów –maksymalną wysokość dawki leku lub maksymalną długość leczenia.

Teoretycznie każda osoba uzależniona od opiatów i potrzebująca leczenia, a przy tym wyrażająca pragnienie skorzystania z terapii substytucyjnej, może zostać do niej zakwalifikowana, o ile zostanie odpowiednio przebadana, przygotowana do wejścia do terapii, a następnie nią objęta. Zaleca się jednak, aby przy określaniu warunków przyjęcia do programu brać pod uwagę dostępność miejsc, wiek pacjenta, czas trwania uzależnienia, stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz motywację osobistą.

Niektóre populacje, jak na przykład kobiety w ciąży czy osoby żyjące z HIV lub cierpiące na inne choroby, powinny być traktowane w sposób priorytetowy. Nie powinno to jednak dla nich oznaczać obowiązkowego testowania w kierunku HIV.

Największą liczbę zgonów z powodu przedawkowania notuje się zaraz po wyjściu

byłych osadzonych na wolność (czyli po okresie abstynencji lub ograniczonym stosowaniu środków, przez co może się zmniejszyć stopień tolerancji na opiaty). Dlatego leczenie osadzonych na krótko przed zakończeniem odbywania przez nich kary pozbawienia wolności powinno być traktowane z najwyższą uwagą.

Indywidualny plan leczenia powinien zależeć od celów, ustalanych na podstawie dostępnych informacji, potrzeb oraz oczekiwań każdego z pacjentów, jak również opinii lekarza specjalisty. Kwestie do rozważenia przy opracowywaniu planu leczenia to:

- osobiste dążenia pacjenta,
- okoliczności bieżące,
- dostępne środki,
- dotychczasowa historia wyników leczenia,
- wiedza na temat bezpieczeństwa, skuteczności oraz szerokiego oddziaływania leczenia.

Uzależnienie od opiatów rodzi cały szereg problemów medycznych, prawnych i psychospołecznych. Pacjentów warto włączać do leczenia substytucyjnego, jeśli wiadomo,

że dzięki tego typu terapii możliwe będzie ograniczenie indywidualnych i społecznych szkód, związanych z ich uzależnieniem od opiatów. Z kolejno pojawiającymi się problemami należy mierzyć się na bieżąco, zarówno w ramach programu, jak i szukając pomocy w odpowiednich instytucjach.

3.3 Zagrożenia i ograniczenia

Największym zagrożeniem, związanym z podawaniem metadonu oraz innych agonistów opiatów, jest przedawkowanie, które może prowadzić do zgonu pacjenta. Badania (Verster & Buning, 2003) wykazują, że ryzyko przedawkowania jest najwyższe na samym początku leczenia substytucyjnego. Dlatego też w momencie rozpoczęcia terapii zaleca się podawanie pacjentom niskich dawek. Kiedy po około dwóch tygodniach osiągnie się poziom dawki stałej, stopień ryzyka śmierci z powodu przedawkowania znacznie maleje w porównaniu z ryzykiem sprzed rozpoczęcia leczenia.

Leczenie substytucyjne ma także swoje negatywne strony. Najpoważniejsza z nich to fakt, że w większości przypadków terapia ta musi być prowadzona przez długi czas. Aspekt

1

2

3

4

5

6

długofalowości rodzi negatywne konsekwencje dla sfery wydatków publicznych oraz dla samych beneficjentów. Osoba uzależniona staje się pacjentem długoterminowym, uzależnionym nie tylko od leków, lecz także od specjalisty, który je przepisuje. W niektórych przypadkach zależność ta może prowadzić do przyjęcia postawy bierności i przejścia ze stanu „wyuczony bezradności” do „roli chorego”. Ponadto uzależnienie od leków i towarzysząca temu stygmatyzacja mogą rodzić trudności w przypadku, gdy pacjent korzystający z terapii podejmie decyzję o zmianie swego miejsca pobytu (z powodów mieszkaniowych lub turystycznych), ale nadal będzie chciał brać leki.

Należy liczyć się z potencjalnie poważnymi i niepożądanymi efektami ubocznymi terapii, na które należy odpowiednio przygotować pacjenta (jeszcze przed rozpoczęciem leczenia), aby był ich świadomy i mógł na nie zawczasu wyrazić swą zgodę. Jednak pozytywne, wynikające z leczenia substytucyjnego, wyraźnie przewyższają negatywne, zarówno w przypadku pacjentów indywidualnych, jak i ogółu społeczeństwa.

Jednoczesne stosowanie substancji psychoaktywnych

W przypadku stosowania środków psychoaktywnych w placówkach penitencjarnych należy wdrożyć jednoznaczne i transparentne wytyczne oraz schematy postępowania, związane ze stosowaniem innych środków psychoaktywnych. W szczególności dotyczy to benzodiazepin, barbituranów oraz alkoholu, gdyż ich równoległe przyjmowanie stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta w przypadku podjęcia przez niego terapii. Dlatego ciągłość leczenia substytucyjnego powinna być szczegółowo dyskutowana z każdym, kto z niego korzysta. Najlepiej byłoby omawiać możliwe rozwiązania w ramach spotkania zespołu, reprezentowanego przez różnych specjalistów i – jeśli to możliwe – przy udziale doradców uzależnień od środków psychoaktywnych, pracujących w danej placówce. Wszelkie decyzje powinny być uzależnione od możliwości i oczekiwań samego osadzonego, po wcześniejszym ich przedyskutowaniu.

Jasno określona strategia

W celu ujednolicenia leczenia substytucyjnego w ramach systemu penitencjarnego, obowiązującego w danym kraju, niezwykle ważne jest dysponowanie porównywalnymi standardami leczenia w każdej jednostce karnej. Stanowi to istotną kwestię w przypadku zmian miejsca pobytu osadzonych. Bywa, że sposoby realizacji leczenia substytucyjnego w jednostkach penitencjarnych są bardziej ukierunkowane na interes i wymagania instytucji niż na potrzeby i dążenia pacjentów. Na przykład za nadmiernie czasochłonne uważa się około 5 minut, potrzebnych do nadzorowania przyjęcia buprenorfiny (w formie podjęzykowej), więc w zamian przepisuje się szybki do podania metadon. Użytkownicy narkotyków mogą być niezadowoleni z powodu zmiany leku substytucyjnego i dostrzegać podwójne standardy, jakie obowiązują w warunkach wolnościowych/izolacji. Dlatego też, gdy zaistnieje konieczność zastąpienia jednego leku substytucyjnego drugim, niezbędne jest przeprowadzenie z osadzonym szczerzej rozmowy wyjaśniającej.

1

2

3

4

5

6

Rozdział 3. Czym jest leczenie substytucyjne cz. II

Lek	Częstość podawania	Optymalna, zalecana dawka	Sposób podawania	Ryzyko przedawkowania	Głód narkotyczny	Uwagi
Metadon	Co 24 godziny	6–120 mg/dziennie	doustne (syrop, tabletki) iniekcyjne	+++	+++	Optymalny poziom ustalany indywidualnie: może to być <60 mg lub >120 mg.
Buprenorfina Buprenorfina + Nalokson (stosunek 4:1)	Co 24 lub 48 lub 72 godziny	8–24 mg/dziennie	podjęzykowo	+ (z dodatkowym i lekami)	+	Zacząć po upływie 6–8 godzin po ostatnim przyjęciu heroiny lub po wystąpieniu objawów zespołu odstawiennego. Jeśli osoba już wcześniej przyjmowała metadon, lek ten należy ograniczyć do 30 mg na dobę, zaś buprenorfinę można podawać po upływie 48 godzin od ostatniego podania metadonu lub po pojawieniu się objawów odstawienia.
Morfina o przedłużonym działaniu	Co 24 godziny	300–1200 mg/dziennie	doustnie (kapsułki)	+++	++(+)	Dostępna w niektórych jednostkach penitencjarnych w UE, w przypadku, gdy stosowanie metadonu lub buprenorfiny jest przeciwwskazane lub, gdy te substancje są źle tolerowane.
Diamorfina	2–3 razy co 24 godziny	400–700 mg/dziennie	dożylnie wziwnie	+++	+++	Dostępna tylko w programach klinicznych.
L-alfa-acetylmefadol (LAAM)	Co 48–72 godziny	70–120 mg 3 razy w tygodniu	doustnie	+++	+++	Niedostępny w UE; dodatkowo budzi obawy dotyczące bezpieczeństwa.
Lewometadon	Co 24 godziny	40–60 mg/dziennie	doustnie (syrop)	+++	+++	Dostępny jedynie w Niemczech.
Kodeina			doustne (syrop, tabletki)	++	+++	Dostępny tylko w Niemczech w leczeniu podtrzymującym.

1

2

3

4

5

6

3.4 Metadon

Metadon (chlorowodorek metadonu) jest najczęściej stosowanym lekiem substytucyjnym, zarówno w jednostkach penitencjarnych, jak i w warunkach wolnościowych. Jest to syntetyczny, opiatowy agonista o działaniu zbliżonym do morfiny. Metadon jest dobrze wchłaniany z przewodu pokarmowego, niezależnie od typu podawanego preparatu (syrup/tabletka). Substancja ta ma bardzo dobrą biodostępność na poziomie 80–95%. Szacowany okres połowicznego rozpadu metadonu to 24–36 godzin, przy znacznym zróżnicowaniu w zależności od pacjenta (od 10 do 80 godzin). Tego typu profil farmakologiczny leku powoduje, że metadon nadaje się do stosowania w opiatowej terapii substytucyjnej. Możliwe jest podawanie jednej dawki dziennie w formie doustnej, po pewnym czasie osiągając jej stały poziom w osoczu, jednak bez pojawienia się objawów zespołu odstawiennego.

U niektórych pacjentów nie da się uniknąć wystąpienia skutków ubocznych, m.in.:

zwiększonej potliwości, zaparc, zaburzeń snu i libido (popędu płciowego), osłabienia koncentracji uwagi, a także przyrostu masy ciała. Tego typu objawy na ogół pojawiają się na początku leczenia, ale z czasem zanikają. U niektórych pacjentów skutki uboczne utrzymują się dłużej, jednak zwykle nie powodują konsekwencji natury medycznej. Ogółem ich wystąpienie dotyczy mniej niż 20% pacjentów leczonych metadonem.

Metadon jest bezpiecznym lekiem, niepowodującym trwałych szkód dla zdrowia fizycznego czy fizjologicznego pacjenta. Wbrew częstej opinii nie ma bezpośredniego wpływu na uszkodzenia kości, zębów czy narządów wewnętrznych (opiaty ograniczają produkcję śliny, co z kolei może prowadzić do próchnicy). Jednak w przypadku niektórych pacjentów detoksykacja z metadonu może być bardzo trudna i długotrwała.

Metadon jest lekiem tanim, bez problemu można go wydać osadzonemu, a jego zażywanie łatwo

nadzorować. Pacjent powinien zostać zawsze poinformowany na temat przyjmowanego leku substytucyjnego.

Uwagi ogólne

Wdrażanie metadonu powinno się zlecać zgodnie z tymi samymi standardami zawodowymi i etycznymi, które stosuje się w przypadku wdrażania wszystkich innych świadczeń zdrowotnych (w takim zakresie, na jaki pozwalają umocowania prawne). Świadczeniodawcy winni zachęcać pacjentów do korzystania z szerokiej gamy proponowanych rozwiązań terapeutyczno-opiekuńczych oraz udzielać im pomocy, gdy zajdzie konieczność skierowania do placówki lub do jej zmiany. Ogromne doświadczenie zastosowania metadonu w leczeniu uzależnienia od opiatów powinno się wykorzystywać do maksimum. Wiedza na ten temat jest dostępna w literaturze specjalistycznej, na stronach internetowych. Można ją również uzyskać w czasie bezpośrednich konsultacji specjalistycznych. Terapia podtrzymująca – nawet prowadzona przez kilkadziesiąt lat – nie

1

2

3

4

5

6

wiąże się z niekorzystnym działaniem metadonu na organizm człowieka. Na początku leczenia tryb życia pacjenta jest zwykle nieuporządkowany, dlatego w tym czasie konieczne jest stosowanie wysokiego poziomu nadzoru. Jednakże wszelkie ograniczenia powinny być z pacjentem omawiane na bieżąco, a w miarę osiągania stabilizacji łagodzone lub eliminowane (np. można wprowadzić tryb przyjmowania leków w domu).

Dawkowanie

Ogólna zasada: startuj z niskiego pułapu, podążaj powoli, ale celuj wysoko

- Najważniejsze – nie szkodzić: kalkulacja stopnia uzależnienia oraz indywidualnej tolerancji na opiaty bywa niemiarodajna, dlatego nigdy nie powinna stanowić podstawy do rozpoczęcia podawania metadonu w dawkach, które, jeśli zostaną na wstępie błędnie oszacowane, mogłyby spowodować przedawkowanie.
- Nie istnieje coś takiego jak wartość moralna, związana z dawkami „wysokimi” lub „niskimi”.

- Podawanie/wstrzymywanie podawania metadonu nie powinno być traktowane w kategoriach nagrody lub kary.

Szczegóły

- Dawki metadonu winny być zwiększane i zmniejszane stopniowo. Dla bezpieczeństwa i wygody, gdy pacjent otrzymuje stosunkowo niskie ilości leku (poniżej 60 mg dziennie), powinno się je tylko nieznacznie ilościowo modyfikować (np. jednorazowo o 5 mg) w większych odstępach czasu (np. co 5 dni). W przypadku stosowania wyższych dawek ich modyfikacje ilościowe powinny być większe oraz skomasowane w czasie (np. 10 mg co 3 dni).
- Na ogół przy zastosowaniu wyższych dawek podtrzymujących uzyskuje się lepsze efekty terapeutyczne, optymalnie skuteczny zakres dla większości osób to 60–120 mg na dobę.
- W przypadku subiektywnej oceny pacjenta, że „metadon się nie trzyma”, warto rozważyć podzielenie (i zwiększenie) jego dziennej dawki – może to być szczególnie istotne w przypadku kobiet ciężarnych lub osób przyjmujących leki antyretrowirusowe.

Wsparcie pomocnicze

- Im szersza oferta świadczeń, tym lepiej, ale żadne z nich nie może być obowiązkowe.
- Jedną z największych przeszkód dla skuteczności leczenia metadonowego jest wszechobecna stygmatyzacja: związana z uzależnieniem od środków odurzających, osobami korzystającymi z terapii oraz z samym leczeniem. Osoby uzależnione od narkotyków należy wspierać w radzeniu sobie z nałogiem, a pracownicy służby zdrowia powinni na wszelkie sposoby edukować społeczeństwo (oraz, co może być najważniejsze, także swoich współpracowników).

Utrzymanie ciągłości opieki

- Należy kontynuować leczenie pacjentów metadonem w możliwie najszerszym zakresie w sytuacji, gdy przyjmowani są oni na teren instytucji typu: komisariat policji, szpital lub jednostka penitencjarna oraz gdy wracają na wolność do swojej społeczności.
- W przypadku, gdy nie ma się do wglądu jednoznacznej dokumentacji, dowodzącej

1

2

3

4

5

6

przyjmowania przez pacjenta wyższej dawki metadonu w poprzednim miejscu pobytu, zaleca się zastosowanie wytycznych dotyczących dawkowania tak jak w przypadku pacjenta rozpoczynającego leczenie.

Badanie toksykologiczne moczu i stężenie metadonu w surowicy

- Zasadność wykonania tych i innych badań laboratoryjnych należy rozważyć pod kątem kosztów finansowych oraz generowania przez nie potencjalnych korzyści związanych z usprawnieniem leczenia. Kliniczne zalecenia, obowiązujące w wielu krajach, wskazują na potrzebę wykonania testów na obecność narkotyków przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego.
- Obserwowanie przez osoby postronne aktu oddawania moczu przez pacjenta jest dla niego poniżające i zwykle nie przyczynia się do wypracowania optymalnej relacji lekarz – pacjent.

Cele terapeutyczne

Cele terapii mogą dotyczyć ograniczenia używania heroiny i innych substancji psychoaktywnych, eliminacji ryzykownych zachowań w kontekście HIV, rozwoju relacji osobistych, podjęcia zatrudnienia, znalezienia mieszkania, itp. Zawsze jednak powinny być one ustalane wspólnie przez lekarza i pacjenta, a nie z góry narzucone przez personel medyczny.

Wyrażenie świadomej zgody – uwagi w kontekście leczenia uzależnienia

- Na początku leczenia pacjent powinien zostać poinformowany o tym, że wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego (osoby uczestniczące w procesie terapii – psycholog, psychiatra, itp.) są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej. Osoby te w szczególnych przypadkach mogą być zwolnione z jej zachowania, np. przez sąd. Na ogół użytkownicy narkotyków nie wierzą, że tajemnica ich wypowiedzi będzie dotrzymana, a to nastawienie – uzasadnione lub nie – może mieć wpływ na powodzenie terapii.

- Należy poinformować użytkowników narkotyków nt. konkretnych sytuacji, jakie mogą zaistnieć i stanowić powód do wypisania ich z terapii, jak również ich możliwości odwoławczych od tego typu decyzji. Uzależnieni, rozpatrujący dobrowolne przerwanie leczenia, muszą zostać również poinformowani o prawdopodobieństwie nawrotu choroby. Pacjenci, którzy mimo to podjęli samodzielną decyzję o wyjściu z terapii substytucyjnej, powinni być zachęceni do zmniejszania dawek leku w porozumieniu z lekarzem, w miejsce stosowania się do z góry narzuconych im odstępów czasu.

Jak już wspomniano, wyniki prowadzonych badań konsekwentnie wykazują znaczne korzyści związane z leczeniem substytucyjnym. Zaleca się, aby wszystkie leki substytucyjne były podawane w warunkach kontrolowanych. Obecność lekarza lub innej osoby z personelu medycznego zmniejszy ryzyko przekazania środka leczniczego osobie niepowołanej.

1

2

3

4

5

6

3.5 Buprenorfina

Buprenorfina to lek na receptę, wykazujący słabszą aktywność agonistyczną, opiatową niż metadon. W leczeniu uzależnienia od opiatów zazwyczaj podaje się ją podjęzykowo z uwagi na fakt, że drogą doustną nie jest dobrze wchłaniana przez organizm. Wraz ze zwiększaniem dawek buprenorfiny jej efekt opiatowy stabilizuje się, a ryzyko przedawkowania maleje, nawet wtedy, gdy jest ona przyjmowana równoległe z innymi opiatami. Oznacza to, że w przypadku przyjmowania buprenorfiny istnieje mniejsze ryzyko przedawkowania opiatów niż w przypadku metadonu czy heroiny. Jeśli chodzi o zmniejszenie nielegalnego stosowania opiatów i poprawę funkcjonowania psychospołecznego pacjenta, skuteczność buprenorfiny jest podobna do metadonu podawanego w odpowiednich dawkach. Buprenorfina może być jednak łączona z niższym stopniem utrzymania pacjenta w leczeniu. Obecnie buprenorfina jest droższa od metadonu. Dopuszczona do aplikowania osobom uzależnionym od heroiny, daje niewielkie skutki uboczne oraz stosunkowo łagodny zespół

abstynencyjny. Stosowana w terapii substytucyjnej u ciężarnych, uzależnionych od opiatów wykazuje rzadsze występowanie noworodkowego zespołu abstynencyjnego u dzieci.

Głównym minusem terapii substytucyjnej z użyciem buprenorfiny, prowadzonej w warunkach ograniczonej wolności, jest ryzyko nieprzyjęcia przez pacjenta leku, po to, aby go później móc odsprzedać współosadzonym (proceder ten ułatwia fakt, że wchłanianie się tabletki buprenorfiny, podanej podjęzykowo, może trwać od pięciu do dziesięciu minut).

Doświadczenie pokazuje, że sam fakt przyjmowania tego leku może narażać osadzonego na szykany i przemoc ze strony innych skazanych, którzy chcą siłą wymusić oddanie im tabletki. W niektórych jednostkach penitencjarnych kruszy się ją więc przed podaniem, ponieważ nie udowodniono, żeby rozdrabnianie obniżało jej biodostępność. W wielu innych jednostkach przyjmowanie buprenorfiny odbywa się pod nadzorem. Stanowi to jednak rozwiązanie pracochłonne ze względu

na czas potrzebny na absorpcję leku podjęzykowo, dlatego też jako alternatywy zaleca się stosowanie naloksonu i buprenorfiny. W celu zapobiegania nadużyciom i przekazywaniu sobie leku między użytkownikami opracowano produkt łączony – zawierający buprenorfina z małą ilością naloksonu (stosunek 4:1). Nalokson jest słabo wchłaniany w jamie ustnej, co ogranicza jego działanie farmakologiczne. W razie, gdy tabletką zostanie rozdrobniona i podana dożylnie osobie uzależnionej od opiatów, nalokson staje się biodostępny, co może gwałtownie przyspieszyć objawy głodu narkotykowego i – w konsekwencji – potencjalnie zniechęcić do dalszego stosowania.

1

2

3

4

5

6

3.6 Morfina o przedłużonym działaniu

W takich krajach jak: Australia, Austria, Bułgaria, Holandia, Słowenia, Szwajcaria i Zjednoczone Królestwo morfinę o przedłużonym działaniu uznaje się za wartościowy składnik leczenia substytucyjnego. Wyniki niektórych badań pokazują, że doustne przyjmowanie morfiny o przedłużonym działaniu prowadzi do większej poprawy samopoczucia pacjentów, w porównaniu z tymi, którzy przyjmują metadon. Co najważniejsze, morfina jest łatwa w stosowaniu (jedna dawka dziennie), a jej użytkownicy zgłaszają poprawę koncentracji uwagi, przyływ energii oraz brak większych wahań nastroju i przyrostu masy ciała.

Zapewnienie zindywidualizowanej opieki nad pacjentem w warunkach izolacji może stanowić dla służby więziennej niebagatelne wyzwanie. Skoncentrowanie dużej liczby użytkowników środków odurzających w miejscu, w którym dostęp do narkotyków jest znacznie ograniczony, może sprawić, że wdrażane tam strategie leczenia substytucyjnego zostaną ukierunkowane na potrzeby i wymogi danej placówki, a nie na dobro osób korzystających z terapii. Jako przykład

można podać dozór nad pacjentem przyjmującym buprenorfiny w formie podjęzykowej, co zajmuje personelowi około 5 minut, więc jest i czasochłonne, i niebezpieczne, gdyż umożliwia przekazywanie sobie leków między osadzonymi. W związku z tym w jednostkach penitencjarnych w pierwszej kolejności przepisuje się pacjentom do stosowania metadon, co niektórzy z nich mogą postrzegać jako praktykę jakościowo gorszą od tej oferowanej w warunkach wolnościowych. Dlatego też informacja o zamianie jednego leku substytucyjnego na inny musi być przekazana osadzonym w jasny sposób.

3.7 Antagonisty: Naltrekson

Naltrekson jest czystym antagonistą opiatów i nie należy go traktować jako agonisty terapii substytucyjnej. Jednak ostatnio środek ten zyskał na znaczeniu w związku z zastosowaniem go w ultraszybkiej detoksykacji, prowadzonej w znieczuleniu ogólnym – zabiegu, który jednak nie pozostaje obojętny dla zdrowia pacjenta. Oprócz zastosowania naltreksonu jako szybkiego środka detoksykacyjnego od dziesięcioleci wykorzystywany jest on jako długoterminowy

bloker (całkowity antagonistą opiatowy) w leczeniu podtrzymującym.

Antagonista opioidowy, naltrekson może być stosowany jako element programów profilaktycznych, zapobiegający powrotom do nałogu. Pojedyncza dawka podtrzymująca naltreksonu wiąże się z receptorami opiatowymi w mózgu, blokując działanie jakiegokolwiek opioidu, przyjętego w ciągu następnych 24 godzin; można go też podawać w podwójnej/ potrójnej dawce trzy razy w tygodniu. Naltrekson nie wywołuje euforii, tolerancji farmakologicznej czy uzależnienia. Zwykle potrzeba 5–10 dni abstynencji przed wprowadzeniem naltreksonu (długość abstynencji zależy od długości okresu połowicznej eliminacji opiatu, stosowanego przed rozpoczęciem przyjmowania naltreksonu).

W dokumencie *Cochrane review*, dotyczącym skuteczności leczenia podtrzymującego naltreksonem (Kirchmayer et al., 2002; Minozzi et al., 2006) nie ma dowodu na jego efektywność. Zaobserwowano jednak tendencję do leczenia naltreksonem osób z niektórymi grup docelowych (szczególnie pacjentów silnie zmotywowanych).

1

2

3

4

5

6

Skuteczność terapii naltreksonem wyraźnie zależy od przestrzegania wytycznych dotyczących leczenia, aktywnego wsparcia psychospołecznego i motywacji do przyjmowania leków codziennie lub co drugi dzień. Podsumowując – takie leczenie w połączeniu z różnymi terapiami psychospołecznymi sprawdza się u osób silnie zmotywowanych.

Więcej szczegółowych informacji na temat wytycznych, dotyczących klinicznego leczenia farmakologicznego uzależnienia od opiatów (również w warunkach izolacji) jest dostępnych w publikacji WHO *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, 2009, na stronie:

http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/

Wspomniana publikacja zawiera wskazówki dla klinicystów, dotyczące m.in.:

- prowadzenia pacjenta,
- wyboru sposobu leczenia,
- dawkowania substancji,
- kryteriów rozpoczęcia i utrzymania w leczeniu.