

# Ogólne zasady leczenia uzależnionych od opiatów.

Dr. Jan Chrostek-Maj

Antropologia zawiera w sobie wiele dziedzin wiedzy zajmującej się uzależnieniami począwszy od socjologii, psychologii poprzez prawo i medycynę. Nauki te zawierają elementy składowe zapożyczone z fenomenologii, behawioryzmu, oraz dietetyki i farmakologii. Nas interesują zachowania człowieka po spożyciu środków wywołujących zmiany w jego zachowaniu. W zależności od specjalizacji autorów używane są różne terminy na określenie środków zwanych substancjami uzależniającymi /SU/, które dzielimy na psychotropowe czyli działające na psychikę, do nich zaliczamy m.in. leki, wśród nich są także substancje psychoaktywne/SP/ określane jako odurzające, psychostymulujące, wśród nich niektóre są opisane jako narkotyki .Ponieważ narcoticus tj.środek powodujący sen a gdy mówimy o substancjach działających depresyjnie na CSN człowieka to te określenie jest odpowiednie ale nie pasuje do substancji halucynogennych i psychostymulantów, itp. Dlatego będę posługiwać się następującym ogólnym określeniem: substancje psychoaktywne, bez zbędnych przymiotników. Poglądy o szkodliwości używania środków psychoaktywnych są uzależnione kulturowo i historycznie a także regulowane prawnie w każdym kraju inaczej. Jednak główne założenia prawne są regulowane przez ONZ i zmierzają przynajmniej do ograniczenia ich stosowania i likwidacji handlu tym produktami. W Polsce od szeregu lat wydawano akty prawne mające zapobiegać nadużywaniu środków psychoaktywnych, przy czym jedno z nich są określane jako legalne, np. tytoń i alkohol, inne jako nielegalne i są powszechnie opisywane jako narkotyki bez związku z ich rzeczywistym działaniem, pozostałe zaś mają nieuregulowany status prawny jak tzw. dopalacze. Tym określeniem posługujemy się do nazwania niejednorodnej grupy substancji o różnorodnej budowie chemicznej i działaniu przeważnie stymulującym centralny system nerwowy oraz główne układy ustroju decydujące o naszym życiu tj. układ krążenia i oddechowy.

Generalnie dopalacze nie zawierają substancji bardzo toksycznych, jednak w okolicznościach niesprzyjających dla organizmu powodują nagłą śmierć. Zestaw tych substancji jest tak szeroki i zmienny, że instytucje oceniające nasze bezpieczeństwo chemiczne w poszczególnych krajach nie nadają z wpisywaniem poszczególnych preparatów na tzw. listy narkotykowe.

Niestety z praktyki wiemy, że żadne restrykcje prawne nie nadążają za nowymi pomysłami świata przestępczego dążącego do omijania prawa. Natomiast nikt nie chce popadać w konflikt z prawem a tym bardziej z powodów prawnych pogarszać swój stan zdrowia: Przyczyn uzależnienia możemy szukać w czynnikach: socjalnych, psychologicznych i biologicznych.

**Uzależnienie możemy określić ogólnie jako powtarzający się ciąg zdarzeń zaburzających socjo, psycho biologiczną równowagę człowieka.**

Przyczyny socjalne są czynnikiem decydującym o pierwszych kontaktach z substancjami psychoaktywnymi a tym samym w rozwinięciu się uzależnienia w około 60% , o ile ten udział jest policzalny. Charakter tych czynników ilustrują słowa- "zły przykład". Nadzieja działaczy społeczno/politycznych polega na tym, że wierzą oni , iż stosunki społeczne podlegają takiej korekcie prawnej, że przyczyny socjalne nie będą więcej powodem popadania młodych ludzi w uzależnienie. Zaburzenia zachowania społecznego związane z używaniem substancji psychoaktywnych polegają na zafałszowaniu w wymianie informacji i interakcji jednostki z szeroko rozumianym środowiskiem społecznym, zjawiska te podlegają społecznej ocenie etycznej i prawnej. Są one związane z nieprawidłowościami okresu socjalizacji młodych ludzi. Również udział przyczyn psychologicznych w powstawaniu uzależnienia jest bardzo duży i praktycznie dominujący, gdyż trudno je odróżnić od przyczyn socjologicznych.

Jest to dziedzina, w której terapeuci pokładają nadzieję, że podlega ona skutecznej korekcji. Objawy uzależnienia o podłożu psychologicznym są wywołane zaburzeniami w wymianie informacji i interakcji personalnych w systemie obiektów blisko znaczących dla „probanta/klienta/pacjenta“ takich jak rodzina, i inni bliscy przyjaciele. Nieporozumienia, czyli komplikacje w przesyłaniu sygnałów intrapsychicznych między nimi mają też istotne znaczenie. Na przyczyny biologiczne uzależnienia pozostaje nam około 15 – 20 %, oczywiście suma przyczyn nie zawsze się pokryje i da dokładnie 100%. To nie jest czysta matematyka. Ale czynniki biologiczne są stałe i niestety dotąd nie mieliśmy na nie wielkiego wpływu. Niewątpliwie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu zachodzi konieczność używania hedonizatorów /„uszcześliwiaczy”/, czyli czynników, które wywołują uczucie przyjemności i hamują aktywność organizmu wprowadzając go w fazę spoczynkową. Ponieważ przyczyny biologiczne obejmują czynniki genetyczne, toksykologiczne, wpływ innych czynników szkodliwych np. fizycznych, epidemiologicznych, neurobiologicznych, hormonalnych itd. oraz dotyczą całego wachlarza działających na człowieka środków psychoaktywnych nie znaleziono do tej pory satysfakcjonujących sposobów leczenia, usuwających przyczynę tej choroby.

Profesor neurobiologii Jerzy Vetulani w Neurobiologii 2000 pisze tak: „Zachowanie ssaków.... jest wypadkową działania trzech wielkich układów funkcjonalnych mózgu: **Pobudzenia – arousal, Nagrody - brain reward system, Poznawczego - cognition**“. Okazuje się, że wszyscy jesteśmy „producentami narkotyków” a co gorsze jesteśmy ich całodobowymi użytkownikami. Otóż nasz organizm funkcjonuje wg schematu: stan spoczynku, bodziec, potrzeba, pobudzenie, realizacja, satysfakcja, stan spoczynku i tak w kółko. Prawidłowe zachowanie tego rytmu zapewnia współdziałanie hormonów znanych jako endogenne **peptydy opioidowe zwane endomorfina**mi i substancji działających głównie w OUN zwanych neuroprzebieżnikami. Najbardziej na samopoczucie organizmu wpływają trzy z nich: **dopamina, serotonina i noradrenalina** głównie działające w układzie nagrody a endorfiny działają m.in. na receptory opioidowe w mózgu. Aktualnie znane powszechnie **receptory opioidowe to: Mi , delta, kappa, ORL 1- orphan./sierocy/**. Z każdym rokiem są odkrywane nowe odmiany tych receptorów. Układ nagrody mózgu/brain reward system/

będący siedliskiem ww. receptorów, jest zlokalizowany głównie w okolicy podwzgórzowo limbicznej. Układ nagrody mózgu jest zaangażowany we wszystkie zasadnicze zachowania ssaków: Pobieranie pokarmu, wody, aktywność seksualną, agresję i jest stymulowany działaniem neuroprzekaźników, a modulujące działanie wywierają endomorfiny. System nagrody mózgu opiera się na odczuwaniu przyjemności i kary, co powoduje, że działając sprawnie nie przeszkadza w naturalnej adaptacji organizmu do środowiska. Dopiero uzależnienie od środków psychoaktywnych trzeba traktować jako chorobę układu nagrody. Dla problemu uzależnień szczególnie jest istotny układ pobudzenia ukierunkowanego. Dostarcza on naszym odpowiedziom korowym jakości emocjonalnych takich jak: lęk, ciekawość, gniew, przyjemność, wstręt itp. Jego podłożem anatomicznym jest układ limbiczny, który jest także miejscem lokalizacji układu nagrody. Układy te są ściśle powiązane ze sobą i są zaangażowane w wytworzeniu zależności od środków psychoaktywnych i zachowań poszukiwawczych mających na celu zdobycie substancji uzależniającej. Działanie uzależniającej można badać w doświadczeniach na zwierzętach, ponieważ mechanizmy uzależnień są uniwersalne. Został skonstruowany neurobiologiczny algorytm samopodawania substancji przez zwierzę, który uznano jako doświadczalny model choroby uzależnieniowej. //

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

Uzależnienie lekowe jest przewlekłym i nawracającym zespołem o złożonym charakterze. Obejmuje zróżnicowane zaburzenia poznawcze, psychiczne, somatyczne i wegetatywne. Zasadniczą cechą uzależnień szeroko rozumianych jest utrata kontroli nad zachowaniem. Dotyczy to także uzależnień od nagrań „naturalnych”, np. pokarm zawierający cukier, alkohol/, oraz tym bardziej uzależnień od legalnych leków i innych substancji psychoaktywnych. /leki uspokajające, nasenne, opiaty, przetwory konopi, inne psychostymulanty i środki halucynogenne/. Zachowanie to polega na kompulsywnym, przymusowym poszukiwaniu kontaktu ze środkiem uzależniającym /drug seeking/ i jego pobieraniu /drug taking/. Kompulsje stanowią formę nawracania natrętnych zachowań impulsywnych, które pojawiają się często bez woli osoby dotkniętej tym zaburzeniem. Utrata kontroli prowadzi do szkodliwych, niejednokrotnie groźnych następstw, nie tylko w sferze socjopsychologicznej, lecz także somatycznej, co wynika z toksyczności długotrwałe przyjmowanych substancji psychoaktywnych. Dla wielu uzależnionych proces chorobowy staje się przewlekły, z nawrotami występującymi nawet po długich okresach abstynencji.

**Zespół odstawienny /abstynencyjny jest to zespół zmian zachodzących w organizmie tj. zaburzeń poznawczych, behawioralnych, psychicznych, psychotycznych, zaburzeń**

**wegetatywnych, i innych układowych - występujących po nagłym zmniejszeniu dawki lub odstawieniu długotrwanie przyjmowanej substancji. Skutki zespołu odstawiennego prowadzą do okresowego lub stałego ponawiania przyjmowania substancji psychoaktywnej i przez to utrwalają uzależnienie.**

Z uwagi na nawrotowy charakter choroby i brak zadowalających rezultatów w dotychczasowym leczeniu trwały intensywne prace poszukiwawcze. Teoria receptorowego działania leków okazała się pomocna w rozwiązaniu problemu, która tak dobrze sprawdziła się w działaniu leków p/depresyjnych. Okazuje się, że każdy z preparatów p/ depresyjnych ma inne właściwości. Na ślad przeciwdepresyjnych cech substancji chemicznych natrafiono przy stosowaniu leków p/gruźliczych. W podobnej sytuacji uczeni doszli do wniosku, że tzw. narkotyki też powinny być różne w swoim działaniu. Toteż **dzięki pracom Van Dole V.P. i Nyswander M.E. (z lat 60 ubiegłego wieku!) zmodyfikowane leki opioidowe o specjalnych własnościach działania znalazły zastosowanie w substytucyjnej terapii uzależnienia opiatowego**, w trakcie którego występujące, biologicznie uwarunkowane, objawy somatyczne nie mogły być do tej pory zostać trwale usunięte za pomocą aktualnie dostępnych procedur.// To prawda, że zastosowany przez uczonych **Metadon** również wywołuje uzależnienie, ale z uwagi na to, substancja ta **mocniej wiąże się z receptorami "mi" niż heroina powoduje zjawisko konkurencji z nielegalnym narkotykiem**. Podanie heroiny podczas leczenia metadonem nie powoduje rozpadnięcia się połączenia metadonu z receptorem "mi". **W tym czasie heroina jako krótko działający narkotyk jest eliminowana**. Silne wiązanie i powolne działanie **metadonu** powoduje minimalną tolerancję i łagodzi pragnienie przyjęcia **innego narkotyku** oraz przymus jego używania. Ponadto terapia metadonowa normalizuje zaburzenia hormonalne występujące u osób uzależnionych od opiatów, m.in. łagodzi nadmierną reakcję sekrecji kortyzolu będącą odpowiedzią kory nadnerczy na stres, który zwiększa prawdopodobieństwo recydywy niekontrolowanego uzależnienia.

Następujące cechy leku były decydujące dla jego zastosowania w substytucji: Po pierwsze wielokrotnie dłuższy czas działania metadonu po podaniu doustnym niż heroiny i jego specyficzne działanie na receptory, które objawia się brakiem działania euforyzującego. Po drugie jego specyficzne powinowactwo do receptora mi, w wyniku czego metadon jest wielokrotnie słabszym hedonizatorem jako substancja niż heroina oraz osłabia działanie hedonizujące heroiny lub morfiny. Przeważnie po podaniu metadonu obserwujemy bardzo powolne narastanie tolerancji, a tzw. uzależnienie od metadonu jest niepomernie słabsze od objawów choroby opiatowej.

**Dlatego nie znajduję medycznych podstaw do odmowy pacjentowi zastosowania procedury leczniczej, która w istotny sposób poprawia jego jakość życia. Substytucję trzeba zastosować zawsze po stwierdzeniu głębokiego, długotrwałego uzależnienia od dożylnego podawania opiatów/opioidów i po uzyskaniu zgody pacjenta. Najbezpieczniejszym rozpoczęciem kuracji jest powolne ustalenie dawki leku w warunkach szpitalnych, ale takie postępowanie nie jest obligatoryjne. Czyli możemy prowadzić substytucyjne leczenie ambulatoryjnie od początku kuracji!. Z naukowych danych wynikają wskazania i zasady w stosowaniu terapii substytucyjnej, która musi**

**być bezwarunkowo ciągła i nie można jej odmówić pacjentowi na żadnym etapie jego życia:**

**a/ w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych uzależnionego od opiatów pacjenta z powodu wszystkich!, nie tylko ciężkich chorób. Należy wtedy postępować tak, aby jego szeroko rozumiany stan psychiczny nie był przeszkodą w stosowaniu zasadniczych procedur leczniczych.**

**b/ podczas bezpiecznego przeprowadzenia ciąży i porodu u kobiet uzależnionych od opiatów, z zastosowaniem procedur w celu uniknięcia powikłań wynikających z istoty uzależnienia.**

**c/ podczas leczenia uzależnień i ich powikłań, przy zastosowaniu adekwatnej farmakologii, należy prowadzić empatyczną psychoterapię i udzielać skutecznej pomocy socjalnej tak, aby poprawić jakość życia pacjentów. Jest to podstawą leczenia psychiatrycznego i substytucja p/opiadowa stanowi tylko! istotną składową tego postępowania. Generalnie u osób nadużywających środki psychoaktywne stosuje się także leki p/depresyjne lub stabilizujące nastrój oraz udziela im się wszelkiej wielospecjalistycznej pomocy.**

**Leczenie substytucyjne metadonem zostało uznane w Polsce jako równorzędna metoda lecznicza na równi z innymi, jednakowoż musi ono być zorganizowane na specjalnych warunkach. /Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. i następne w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. Ograniczenie dostępności leczenia substytucyjnego jest jawnym pogwałceniem praw konstytucyjnych pacjentów do równego dostępu do leczenia. Oczywiście najlepszym sposobem terapii byłoby, gdyby u podstawy postępowania był przeszkolony osobisty lekarz rodzinny/ lub psychiatra, który byłby upoważniony do przepisywania środków stosowanych w substytucji np. metadonu i buprenorfiny, sąsiednia apteka wydawałaby lek, psycholog prowadziłby skuteczną psychoterapię, a lokalna pomoc społeczna udzielałaby wsparcia socjalnego.**

Dlatego abstrahując od aktualnych i mam nadzieję zmiennych sytuacji prawnych nakreślę optymalne postępowanie w leczeniu uzależnienia opiatowego:

**Substytucja – czyli podstawianie /zastępowanie, jest to podawanie istocie żywej takiej substancji, która jest prawie równoważna pod względem działania i zastępuje brakujący, ale niezbędny do życia produkt.**

W sytuacji uzależnionego ten brak został wywołany przez dwa czynniki: endogenną niedomogę układu neurohormonalnego i powtarzające się niekorzystne zjawiska podawania egzogennych psychoaktywnych substancji. Ale w wyniku działania tych czynników zaistniał obiektywny neurohormonalny układ, który wywołuje powstawanie objawów odstawiennych. Biologiczna konieczność podania jakiegoś środka łagodzącego jest tak oczywista, że właśnie tak się dzieje prawie zawsze w przypadku prowadzenia detoksykacji.

Jeżeli określimy substytucję stosowaną w uzależnieniu od opiatowych jako kontrolowane, mianowane, czyli ściśle określone co do ilości, podawanie środka leczniczego w celu

usunięcia lub zapobieżenia objawów choroby, a nie wywołujących istotnych objawów uzależnienia, to twierdzenie, że substytucja jest to nowe uzależnienie jest grubą przesadą. Otóż substytucja opiatowa, mimo, że jest zbliżona w mechanizmie działania, to zasadniczo różni się od choroby uzależnieniowej.

**Leczenie substytucyjne spełnia wszelkie wymogi leczenia paliatywnego.** Oczywiście sprawą jest stosowanie szeregu leków objawowych w trakcie detoksykacji - na ten temat można znaleźć dane w wielu publikacjach. Terapeuci i ich pacjenci są zainteresowani w uzyskaniu dobrego samopoczucia niezależnie od prowadzonego przez nich sposobu leczenia. Dla bezpieczeństwa pacjenta zawsze należy zacząć od zmniejszenia stężenia środka psychoaktywnego w jego organizmie.

**Leczenie uzależnień jest zawsze dwuetapowe: składa się z detoksykacji i leczenia odwykowego. Detoksykacja i leczenie odwykowe na każdym etapie winno składać się ze następujących elementów: Adekwatnej farmakoterapii; Empatycznej psychoterapii; Skutecznej interwencji socjalnej.**

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

Strategia leczenia uzależnień polega na powolnym zmniejszaniu dawek psychoaktywnego środka i stosowanych leków. Zamianę na podobnie działającą substancję, ale różniącą się czasem działania lub drogą podania służy przedłużona detoksykacja i substytucja. Podobnie ma działać leczniczo wpływ na neurometabolizm narkotyku użycie tzw. substancji blokujących lub zmieniających wrażliwość receptorów. Działanie awersyjne jedynie odstrasza, nie zawsze skutecznie, od używania szkodliwych substancji. Stosowanie tzw. nieuzależniających leków o podobnym działaniu do narkotyku łagodzi objawy choroby, ale może być źródłem nowego uzależnienia.

Rozróżniamy następujące rodzaje detoksykacji i leczenia uzależnień:

1. Bez użycia leków- „na sucho”/ wolny od leków-formuła drug free/
2. Z użyciem anxiolityków i neuroleptyków
3. **Z Użyciem substytutów**
  - .Z użyciem Klonidyny i innych leków
  5. Z użyciem tzw. Blokerów receptorów opiatowych /naloxon, naltrexon
  6. Z użyciem antagonistów receptora opiatowego i anestetyków.

W/w. rodzaje detoksykacji polegają na:

ad.1. Bez użycia leków- „na sucho” po odstawieniu leków uzależniających intensywnie jest stosowana psychoterapia i oddziaływanie środowiska terapeutycznego. Czyli całkowicie procedura wolna od leków od fazy początkowej detoksykacji i przez cały okres leczenia choroby pozostawanie w formule „Drug free”. **Zalecana jest w początkowej fazie uzależnienia i przy zależności od substancji, przy leczeniu których nie znamy substytutów.**

ad.2. Leczenie z użyciem klasycznych leków psychiatrycznych p/lękowych anxiolityków i neuroleptyków. Taka detoksykację możemy przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych w zależności od stopnia nasilenia zespołów odstawiennych.

ad.3 Detoksykacja i leczenie uzależnienia **Z użyciem substytutów: metadonu, buprenorfiny, LAAM, heroiny farmakologicznej, morfiny i kodeiny o przedłużonym działaniu, itd.** Jest stosowana przeważnie w szpitalu. Substytuty takie jak Metadon, a także Buprenorfinę stosuje się w dawkach malejących, przez kilka tygodni przy szybkiej detoksykacji, a jeżeli to działanie nie daje powodzenia stosujemy **tzw. przedłużoną detoksykację do 2 lat. Podejmujemy decyzję z pacjentem, że w ciągu 2 lat zmniejszymy ilość środka zastępczego do zera. Gdy przedłużona detoksykacja również nie daje rezultatów i następują nawroty choroby, leczenie wchodzi w fazę substytucji. Okres ten może być dożywotni i musi trwać w zależności od ustaleń dokonanych wspólnie z pacjentem.**

ad.4.Niekiedy do detoksykacji w szpitalu używamy Klonidyny i innych środków wpływających na przebieg opiatowego i alkoholowego zespołu odstawiennego /Beta-blokerów, blokerów kanału wapniowego, lub innych leków wpływających na metabolizm narkotyku.

ad.5. Środków wpływających na metabolizm mózgu, tzw. blokerów receptorów opiatowych /naloxon, naltrexon, używa się aby zapobiec nawrotom choroby. Również antagoniści receptora NMDA, wpływają prawdopodobnie całościowo na stan układu nagrody. Innych substancji – np. pochodnych ibogainy, do leczenia jeszcze nie wprowadzono, a kiedyś w niedalekiej przyszłości spotkamy się z zastosowaniem szczepionek w tej dziedzinie.

ad.6. Postępowanie z użyciem anestetyków i blokerów receptorów opiatowych w celu wywołania szybkiej precypitacji silnego zespołu odstawiennego służy **tzw. ultraszybka detoksykacja /UROD/, którą można stosować jedynie w wybranych sytuacjach w warunkach oddziału intensywnej terapii.** Ten niebezpieczny okres dla zdrowia i życia pacjent przechodzi w znieczuleniu a po wybudzeniu nie ma już objawów zespołu odstawiennego i może podjąć dalsze leczenie.

Każdy ośrodek operujący lekami substytucyjnymi musi mieć:

- a. możliwości współpracy z oddziałem wewnętrznym lub psychiatrycznym posiadającymi oddział intensywnej terapii,
- b. dostęp do usług transportu sanitarnego,
- c. możliwości obserwacji chorego i udzielania mu pierwszej pomocy ogólnomedycznej,
- d. możliwości pobrania materiału biologicznego na obecność substancji psychoaktywnych,
- e. możliwości współpracy z psychologiem oraz lokalną instytucją pomocy społecznej
- f. współpracę z lokalną apteką w zakresie gospodarki lekami wg. obowiązujących przepisów.

Po przebadaniu chorego i postawieniu rozpoznania z uwzględnieniem fazy choroby decydujemy się na rodzaj detoksykacji. Detoksykacja przeprowadzana w ambulatorium winna

opierać się o prognozowanie ciężkości przebiegu zespołu odstawiennego, przewidywaną współpracę z pacjentem, możliwości zapewnienia kompleksowego leczenia, oraz jego kontroli. Wprowadzenie leku substytucyjnego można dokonać w ciągu 1 dniowej usługi szpitalnej lub ambulatoryjnej. Podstawową zasadą jest stosowanie najmniejszej ilości leku substytucyjnego dawkowanego jednorazowo i powtarzanie tego podawania aż do uzyskania obiektywnej poprawy stanu chorego.

W przypadku metadonu jest to przeważnie dawka 5 ml/lub mg/ stosowana doustnie, lub może być podane 10 mg leku jednorazowo i zaleca się prowadzenie kilkugodzinnej obserwacji. Początkowa dawka metadonu może osiągnąć 40 mg, jest to pierwsza dawka działająca neurobiologicznie. Potem w warunkach polskich dochodzimy do dawek 120 - 160 mg metadonu w dawkach podzielonych lub jednorazowo. Podobny stopień działania ma odpowiednio: 50 mg metadonu i 4 mg buprenorfiny. W przypadku użycia buprenorfiny do przedłużonej detoksykacji w Polsce stosujemy podjęzykowo przeważnie od 3 – 6 tabletek a 0,4 mg przez dzień. Potem te dawki wahają się od 4 do 16 tabletek dziennie. Ilość ta nie jest dużą dawką, albowiem preparaty zagraniczne do substytucji zawierają od 2 do 8 mg buprenorfiny w jednej tablecie. Początkowo obserwacje pacjenta trzeba prowadzić codziennie, następnie w miarę poprawy jego stanu zdrowia i poprawy funkcjonowania psychospołecznego decydujemy się na zaliczkowe wydawanie dawek przeznaczonych na wiele dni od 7 do 14 a nawet 30 dni. Kolejne obserwacje chorego polegające na dokładnym badaniu lekarskim, ocenie jego stanu psychosocjalnego, i jego statusu społecznego poinformują nas o prawidłowości obranego postępowania. W wyniku naszego leczenia dochodzimy do tak dobrego stanu pacjenta , że nie poznajemy go ani na ulicy, ani w eleganckim supermarkecie ponieważ nie różni się on/ona niczym od pozostałych przechodniów.

Piśmiennictwo u autora.

Jan Chrostek-Maj,  
dr. medycyny, lekarz specjalista medycyny pracy i psychiatra, publicysta w zakresie chemicznych uzależnień i substytucji. Członek Komisji KBPN d/s programów substytucyjnych w Polsce. Konsultant psychiatrii Oddziału Toksykologii i Detoksykacji Specjalistycznego Szpitala im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. Były kierownik programu metadonowego i b. adiunkt Kliniki Toksykologii UJ w Krakowie.