

# Poradnia, czy Ośrodek?

Robert Rutkowski

## 1. Długoterminowe leczenie 12-24 miesięcy. Dlaczego tyle?

Uzależnienie od opiatów, a w szczególności od heroiny cechuje się bardzo silnym uzależnieniem fizycznym, psychicznym oraz środowiskowym. Problem uzależnienia fizycznego, czyli tzw. zespołu abstynencyjnego rozwiązuje się w formie cyklu detoksykacyjnego i trwać może maksymalnie do dwóch tygodni. Leczenie uzależnienia psychicznego zajmuje już dużo więcej czasu, bo nawet do 24 m-cy i najskuteczniejszym środkiem zaradczym jest terapia. Uzależnienie środowiskowe to kwestia rozwiązywana w tzw. readaptacji, która powinna się odbywać w miejscu funkcjonowania pacjenta. Każdy człowiek produkuje w swoim mózgu tzw. hormony szczęścia, czyli endorfiny. Są to neuroprzekaźniki, których obecność w krwioobiegu dostarcza nam wiele przyjemności, a nawet rozkoszy. Konstrukcja chemiczna endorfin jest bardzo podobna do składu heroiny. Osoba przyjmująca opiaty wywołuje reakcję polegającą na tym, że mózg wykrywając w organizmie obecność heroiny, przestaje produkować endorfiny. Przez cały okres bycia uzależnionym od opiatów mózg pauzuje, nie wytwarzając hormonów szczęścia. Największy problem w uzależnieniu od heroiny polega na tym, że w chwili ostawienia narkotyku, mózg wykazuje się pewną bezwładnością polegającą na tym, że ponownie zaczyna produkować odpowiednią ilość endorfin – ich brak objawia się rozdrażnieniem, labilnością emocjonalną, brakiem motywacji do działania, symptomami depresji - dopiero po kilkunastu lub nawet kilkudziesięciu miesiącach. To jeden w głównych czynników decydujących o tym, że terapia w ośrodkach długoterminowych w latach 80-90 trwała nawet do 24 miesięcy.

## 2. „Drug free” - opcja często zbyt radykalna.

Formuła leczenia długiego, drogiego i w wielu przypadkach nieskutecznego przetrwała do chwili obecnej, mimo, że w ośrodkach pacjentów typowo heroinowych jest niewielu, a przetrzymywanie ich tam przez całe lata, więcej przynosi strat niż korzyści. Pomocnym

lekiem ułatwiającym heroinistom przetrwanie najtrudniejszych chwil w okresie powrotu do stabilności emocjonalnej może być antagonistą opiatów Naltrexon lub łagodne antydepresanty. Jest to skuteczne jeśli wraz z ich przyjmowaniem prowadzona jest intensywna terapia. Niestety wielu pacjentów ogranicza się tylko do farmakoterapii nie korzystając z możliwości uczestniczenia w terapii. Warto pamiętać, że naltrexon jest lekiem używanym np. w USA do leczenia uzależnienia od alkoholu, co w przypadku pacjentów heroinowych jest o tyle istotne, że duża ich część po odstawieniu opiatów kompensuje sobie brak narkotyku właśnie alkoholem. Ortodoksyjna formuła leczenia narkomanów zwana „drug free” w wielu przypadkach jest wręcz niehumanitarna. Odstawienie wszystkiego nie dając w zamian nic, przy bardzo źle funkcjonującej biochemii mózgu, bardzo często powoduje, że pacjenci przerywają leczenie. Potępiane przez niektórych terapeutów podawanie pacjentom np. leków przeciwbólowych lub antydepresyjnych ma niewiele wspólnego z etyką zawodową, a więcej ma związku z nie omówionymi w terapii własnej problemami samego specjalisty. Są pacjenci, którym w początkowym okresie leczenia wręcz należy zaordynować farmakoterapię.

### **3. Zmiany wśród konsumentów narkotyków.**

W ostatnich latach obserwuje się znaczną zmianę w rodzajach i sposobach konsumowania środków odurzających. Osoby uzależnione od alkoholu, dopalaczy i innych narkotyków oraz eksperymentujące z różnymi innymi substancjami zmieniającymi świadomość potrafią obecnie o wiele łatwiej to ukrywać. Zmiana na scenie narkotykowej widoczna jest po stronie oferty substancji, jak również u osób ich używających. Narkotyki są coraz bardziej doskonałe w działaniu, lecz jednocześnie przez to bardziej niebezpieczne dla zdrowia psychicznego osób ich używających, którymi coraz częściej, co wynika z raportów badawczych, są osoby dorosłe o stabilnej sytuacji rodzinnej i ekonomicznej. Najnowsze statystyki pokazują, że ilość osób uzależnionych jedynie od opiatów stale maleje, natomiast rośnie problem tzw. politoksykomanii i związanych z tym zaburzeń psychicznych wymagających często leczenia psychiatrycznego. Stwarza to nowe wyzwania i niebezpieczeństwa, szczególnie, gdy takie osoby są czynne zawodowo i wykonują różne odpowiedzialne zawody, gdzie w grę może wchodzić ryzykowanie życiem swoim lub innych. Wzrostowi tych zagrożeń sprzyja brak dostatecznej wiedzy na temat tego problemu.

#### **4. Turystyka ośrodkowa:**

Dużym problemem jest tzw. turystyka ośrodkowa, polegająca na krążeniu tych samych pacjentów po placówkach długoterminowych na terenie całej Polski. Nikt nie prowadzi ewidencji i monitoringu leczenia takich osób. Wyznaczenie limitów leczenia w ośrodkach oraz ograniczenie ilości cykli detoksykacyjnych mogłoby stać się czynnikiem zwiększającym motywację do skuteczniejszego leczenia u takich pacjentów. Nieudane próby podejmowania terapii powinny się kończyć kierowaniem pacjenta na leczenie substytucyjne. Znana i często stosowana latach 80-90 formuła: „Latem ćpanie, zimą leczenie” jest nadal praktykowana przez wielu pacjentów.

Przypadki hospitalizowania młodzieży w placówkach detoksykacyjnych z powodu nadużywania alkoholu i marihuany zdarzają się. Pragnienie wykonania kontraktu z NFZ bywa bardzo silnym czynnikiem motywującym do przyjmowania na detoksy lub do ośrodków osób, które nigdy tam nie powinny trafić. Dobro pacjenta, które powinno być wartością nadrzędną, staje się kwestią wtórną.

#### **5. Szkolenia certyfikacyjne specjalistów terapii uzależnień:**

Zaradzić temu miała całkowita reforma systemu leczenia osób uzależnionych od środków odurzających innych niż alkohol wprowadzona w roku 2004 przez KBdsPN. Zmiana polegała na wprowadzeniu certyfikacji osób prowadzących terapię uzależnień. Miało to podnieść poziom świadczonych usług przez znaczące podwyższenie kompetencji osób pracujących w terapii. Sytuacja na chwilę obecną jest taka, że mamy świetnie wykształconą kadre, która niespecjalnie ma gdzie wykazywać się swoimi kwalifikacjami, które na tle Europy są na bardzo wysokim poziomie. Ponadto Ci świetnie wykształceni, stale superwizowani specjaliści, funkcjonują w modelu terapii uzależnień rodem z lat 80, czyli takim, gdzie jak okazywało się, że jeśli pacjent ma kłopoty z narkotykami, to na pewno należy go za karę zesłać na dwa lata do ośrodka jak najdalej od miejsca zamieszkania. Ten model ma się nadal dobrze. Oderwanie pacjentów na wiele miesięcy ze struktury społecznej, w której na co dzień funkcjonują, jest czasami niewykonalne, choćby dlatego, że często osoby mające problemy z narkotykami to wykwalifikowani pracownicy mający na utrzymaniu rodziny nie mogący zniknąć na wiele miesięcy z życia i zamknąć się w ośrodku z dala od pracy i domu.

#### **6. Wnioski:**

Czas na dogłębną, strukturalną reformę modelu leczenia na poziomie systemowym. Niezbędna jest zmiana w świadomości społecznej, a co za tym idzie również wśród administracji publicznej np. NFZ, że osoby mające problemy ze środkami psychoaktywnymi innymi niż alkohol, czy leki można z powodzeniem leczyć w systemie ambulatoryjnym, jak to się dzieje przy leczeniu osób uzależnionych od alkoholu. Zadziwiająca jest w Polsce dysproporcja w ilości ośrodków stacjonarnych dla uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Świecące pustkami oddziały detoksykacyjne, mające problemy z zapewnieniem pełnej obsady pacjentami ośrodki długoterminowe, to terazniejszość będąca odzwierciedleniem aktualnej sceny narkotykowej. Zdecydowana większość osób mających problemy z przyjmowaniem środków odurzających nie kwalifikuje się do leczenia metodą społeczności terapeutycznej. W zupełności wystarczającą może być terapia ambulatoryjna w formie sesji indywidualnych i grupowych. Modelowanie form relacji z domem rodzinnym, środowiskiem znajomych i przyjaciół, miejscem pracy i szkołą lub uczelnią jest niezbędnym elementem do monitorowania w trakcie trwania działań terapeutycznych. Pacjent funkcjonuje oraz leczy się w swoim naturalnym środowisku, w którym zamierza żyć i pracować po skończeniu leczenia. W przypadku konieczności zwiększenia intensywności działań terapeutycznych można zastosować leczenie w ośrodkach dziennych.

Przygotowywanie do życia w hermetycznych warunkach, choćby najlepszych ośrodków długoterminowych obarczone jest niebezpieczeństwem, które amerykańanie nazywają „pułapką drzwi obrotowych”. Powrót do naturalnego środowiska, choćby po dwóch latach świetnego funkcjonowania w ciepłarnianych warunkach, w większości przypadków kończy się powrotem do znanych i lubianych zachowań z przeszłości.

W interesie pacjentów należy dostosować model pomagania osobom mającym problemy wynikające z faktu przyjmowania środków odurzających do aktualnych ich oczekiwań. Pacjent powinien współtworzyć proces swojego leczenia przy pomocy specjalisty, a nie jak bywało przed laty, gdy wszechwiedzący mędrzec terapeuta, często sam nie do końca doleczony neofita, ustalał jak ma żyć jego podopieczny.

Wprowadzając w Polsce system kształcenia kadry terapeutycznej należało się spodziewać, że zwiększenie wiedzy i świadomości absolwentów procesów certyfikacyjnych, zaowocuje pojawieniem chęci wprowadzania zmian, w celu podniesienia jakości świadczonych usług i zmniejszenia ich kosztów.

**Warszawa, 20 kwietnia 2011**

**Robert Rutkowski,**

pedagog, certyfikowany specjalista terapii uzależnień, edukator profilaktyki uzależnień, przewodniczący Mazowieckiego Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych, założyciel Grupy Medycznej Vertimed.