

Z Warsztatów Badawczych i Doświadczeń Klinicznych

Celina Godwod-Sikorska

Ocena wdrażania terapii metadonem w zapobieganiu HIV/AIDS wśród narkomanów opiatowych

1. Wprowadzenie

W Polsce uzależnieni od opiatów stanowią około 80% wszystkich narkomanów. W porównaniu z innymi krajami wskaźnik ten jest wysoki. Od końca lat osiemdziesiątych notuje się narastające w szybkim tempie rozpowszechnienie zakażeń HIV wśród tej grupy osób. Według danych PZH, w 1991 roku narkomani stanowili 74,1% wszystkich nosicieli HIV w kraju. Zakażeniom HIV najczęściej ulegają uzależnieni od opiatów w związku ze stosowaniem dożylnym środka odurzającego (wyciąg ze słomy makowej, tzw. „kompot” produkowany domowym sposobem), przeważnie bez zachowywania podstawowych wymogów higieny.

Wśród uzależnionych od opiatów, podejmujących leczenie odwykowe w warunkach stacjonarnych w 1990 r. udział zakażonych HIV wynosił 10,1%, a w 1991 r. wzrósł do 14,4%. Rozpowszechnienie zakażenia HIV pod względem terytorialnym nie jest równomierne. W Warszawie udział zakażonych HIV wśród opiatowców wynosił w 1991 r. 35,7% i był najwyższy ze wszystkich województw [12].

W związku ze wzrostem rozpowszechnienia uzależnień opiatowych w Polsce w okresie ostatnich 3 lat, należy się spodziewać również dalszego wzrostu rozpowszechnienia zakażeń HIV.

Zapobieganie HIV wśród narkomanów wymaga przeorientowania dotychczasowych strategii działania. Prewencja i leczenie skierowane głównie na abstynencję uzupełniane być muszą strategią minimalizacji szkód (harm reduction) [11]. Polega ona na zmianie postaw i zachowań osób, które z różnych względów odrzucają abstynencję lub nie są w stanie w niej wytrwać. Drogą do ograniczania zakażeń HIV w tej grupie powinna być:

- zmiana wzorów przyjmowania środków odurzających (odejście od iniekcji, stosowanie sterylnych igieł i strzykawek),
- zmiana zachowań seksualnych (ograniczenie liczby partnerów, stosowanie prezerwatyw).

Metody leczenia uzależnień lekowych w Polsce jako zasadę uznają dążenie do osiągnięcia całkowitej abstynencji od środków odurzających. Osiągnięcie takich rezultatów nie jest możliwe u wszystkich pacjentów. Dla tej dość znacznej grupy nie było dotychczas modelu leczenia alternatywnego. Ogólny schemat leczenia osób uzależnionych od środków odurzających w warunkach polskich polega na całkowitym odstawieniu środków

uzależniających i krótkim leczeniu odtruwającym (przy pomocy środków uspokajających lub klonidyny), a następnie rehabilitacji w specjalistycznym ośrodku, trwającej od roku do dwóch lat. Wielu pacjentów nie mieści się w takich programach, przerywa leczenie i wraca do nałogu.

Z analizy danych statystycznych z lecznictwa uzależnień lekowych wynika, że wśród pacjentów przyjętych do placówek leczniczych z powodu uzależnienia od środków odurzających, opuszcza te placówki 66,1% w ciągu pierwszych 2 tygodni pobytu, z czego 3/4 już w pierwszych dniach pobytu, przerywając leczenie. Tylko 15% przyjętych pacjentów pozostaje w placówkach leczniczych ponad rok [9].

Wielu pacjentów podejmuje leczenie kilkakrotnie w roku, przerywa je i wraca do nałogu.

Dla tego typu chorych od wielu lat w krajach zachodnich alternatywnym modelem leczenia jest stosowanie metadonu, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. Ma on zastosowanie w leczeniu odtruwającym, jak również w rehabilitacji. Podawany regularnie w małych dawkach doustnie pod kontrolą laboratoryjną powstrzymuje pacjentów od stosowania innych opiatów dożylnie, umożliwiając poprawę funkcjonowania społecznego i zmniejszając zagrożenie zakażeniem HIV [8].

Z uwagi na to, że metadon jest narkotycznym lekiem przeciwbólowym o typie morfiny (o przedłużonym, ale słabszym działaniu uzależniającym niż morfina), kwestia stosowania go w terapii jest nadal kontrowersyjna. Debata na ten temat do niedawna sprowadzała się często do sporów, czy metadon jest dobry czy zły w kategoriach moralnych par excellence.

W związku z dramatycznym narastaniem zakażeń HIV na świecie, zwłaszcza wśród narkomanów, problem stosowania metadonu coraz bardziej sprowadza się do wyboru na zasadzie mniejszego zła.

Obok takich krajów, jak Holandia, gdzie blisko 70% [5] uzależnionych od opiatów otrzymuje metadon, w większości krajów europejskich jego stosowanie jest raczej ograniczone.

Z doniesień wynika, że w krajach, gdzie szerzej stosowano metadon, udział zakażonych HIV wśród narkomanów jest niższy w porównaniu z krajami o ograniczonym stosowaniu leczenia metadonem (przykład Holandii i Francji) [3].

W ramach niniejszego programu skupiono uwagę na ocenie przydatności terapii metadonowej w warunkach polskich. Jest to pierwsza próba zastosowania leczenia metadonem w tej części Europy.

I. Stosowanie metadonu

Metadon jest syntetycznym opiatem (opiod) o działaniu przeciwbólowym i lekko euforyzującym, przy dłuższym stosowaniu powoduje uzależnienie, może być używany dożylnie i doustnie. W porównaniu do heroiny, charakteryzuje się dłuższym okresem aktywności, średnia dawka utrzymuje się w organizmie do 24 godzin.

Metadon jest szeroko stosowany w niektórych krajach w leczeniu podtrzymującym u osób uzależnionych od heroiny, a także w leczeniu odtruwającym od opiatów, powoduje szybkie cofanie się bardzo przykrych objawów abstynencyjnych.

Pierwsze próby ambulatoryjnego stosowania metadonu w dawkach podtrzymujących u pacjentów uzależnionych od heroiny podjęli w 1964 r. V. Dole i M. Nyswander w N. Jorku [1,10]. W latach siedemdziesiątych nastąpił w USA szybki rozwój placówek ambulatoryjnych stosujących tę metodę leczenia. W 1982 r. w USA 41% (71 tys.) wszystkich leczonych z powodu uzależnienia od heroiny było objętych programami leczenia podtrzymującego przy użyciu metadonu [1].

Obecnie metadon jest stosowany również od szeregu lat w krajach Europy Zachodniej, zarówno w odtruciu, jak i kuracjach podtrzymujących. Wzrost rozpowszechnienia zakażeń HIV i AIDS przyczyniły się niewątpliwie do coraz szerszego używania metadonu w lecznictwie uzależnień opiatowych, m.in. ze względu na możliwość przyjmowania go doustnie. Do krajów szeroko stosujących metadon należą, poza Ameryką Pn., Anglia, Holandia, Włochy.

Programy podtrzymujące leczenie uzależnionych od opiatów bazują głównie na następujących założeniach: [2]

- leczenie podtrzymujące daje szansę tym uzależnionym, którzy nie są w stanie żyć bez środków odurzających;
- uzależnieni, którzy otrzymują pod kontrolą dawki opiatów, są w stanie funkcjonować dobrze nie cierpiąc z powodu konsekwencji fizycznych i psychicznych wynikających z niedoboru (braku) środka odurzającego;
- uzależnieni, którzy otrzymują odpowiednią (właściwą dla siebie) dawkę opiatów z placówki leczniczej, nie są zmuszeni do działań kryminogennych celem zdobycia opiatów i stają się wolni od środowiska patologicznego (zmieniają styl życia);
- używanie doustne opiatów umożliwia zapobieganie HIV/AIDS i innym komplikacjom wynikającym ze stosowania dożylnego środków odurzających;
- otrzymywanie określonej dawki kwalifikowanych opiatów daje możliwości ochrony przed zatruciem, przedawkowaniem środkami odurzającymi kupowanymi na ulicy o niewiadomej zawartości opiatów i substancji toksycznych.

Niewątpliwie metadon jest użyteczny dla niektórych uzależnionych i może pomóc w osiągnięciu socjalnej stabilizacji i tzw. normalnego poziomu funkcjonowania (dekryminalizacja, podjęcie pracy, funkcjonowanie w rodzinie itp.). Należy jednak pamiętać, że leczenie przy zastosowaniu metadonu jest tylko jedną z form leczenia uzależnień opiatowych i musi być powiązane z całym szeregiem oddziaływań psychospołecznych (psychoterapia, rehabilitacja), aby mogło dać dobre rezultaty, których miarą powinno być osiągnięcie przez pacjenta całkowitej abstynencji od opiatów i innych substancji uzależniających. Leczenie metadonem wymaga stałej kontroli laboratoryjnej pacjentów, która powinna powstrzymać ich przed stosowaniem innych opiatów w trakcie otrzymywania metadonu.

Poważnym problemem jest także ustalenie terminu zakończenia podawania metadonu, przed którym zwykle pacjent się broni. Zależy to w znacznym stopniu od odpowiedniej współpracy z pacjentem, ale także od jego cech indywidualnych i sytuacji rodzinnej i środowiskowej.

Stosowanie metadonu w lecznictwie uzależnień opiatowych ma też przeciwników, którzy oceniają zjawisko w kategoriach moralnych (podawanie substancji uzależniającej, opiatowej, osobie uzależnionej od opiatów jest sprzeczne z celem leczenia, może powo-

dować pogłębienie się uzależnienia i nie jest drogą do osiągnięcia abstynencji od środków odurzających). Jednak, jak to wynika z coraz bogatszych doświadczeń dotyczących leczenia uzależnień opiatowych, osiągnięcie pełnej abstynencji w tej grupie pacjentów jest bardzo trudne, dla wielu niemożliwe [1,2]. Ci ostatni stanowią szczególne zagrożenie dla siebie i otoczenia. Pozostaje alternatywa: zostawić te osoby bez pomocy, lub próbować pomóc przez włączenie do programów metadonowych, minimalizując szkody wynikłe z niekontrolowanego przyjmowania opiatów, szkody dla uzależnionych i otoczenia. Ostatnio wydaje się, że coraz częściej przeważa ta druga alternatywa. Badania wskazują na pewne pomyślne efekty leczenia metadonem. W krajach, gdzie metadon był szerzej stosowany, zanotowano niższe wskaźniki rozpowszechnienia zakażeń HIV, a nawet pewną w tym zakresie stabilizację, np. Holandia [4], Anglia, w porównaniu z krajami, gdzie leczenie metadonem jest bardzo ograniczone np. Francja, Tajlandia [2,3].

W Polsce podjęto próbę leczenia metadonem w związku z szybkim rozpowszechnieniem zakażeń HIV [12] oraz koniecznością reorganizacji leczenia uzależnień w kierunku rozwoju placówek typu ambulatoryjnego [9]. Metadon mógłby być tu jedną z ofert leczenia.

W wielu krajach stosowane są różne modele leczenia metadonem. Wyróżniono [WHO 1990-2,3] cztery podstawowe:

1. krótkoterminowa detoksykacja: podawanie metadonu w dawkach malejących przez okres 1 miesiąc lub krócej.
2. długoterminowa detoksykacja: podawanie metadonu w dawkach malejących dłużej niż 1 miesiąc.
3. krótkotrwałe leczenie podtrzymujące: podawanie dawki stabilnej metadonu przez okres do 6 miesięcy.
4. długotrwałe leczenie podtrzymujące: podawanie dawki stabilnej metadonu przez okres powyżej 6 miesięcy.

Wybrano do eksperymentu w Polsce model pierwszy – krótkoterminową detoksykację i model trzeci – krótkoterminowe leczenie podtrzymujące.

II. Opis przedsięwzięcia badawczego

Zaplanowano zastosowanie 6-miesięcznej terapii metadonem, najpierw w warunkach stacjonarnych w oddziale detoksykacyjnym, potem w warunkach ambulatoryjnych na terenie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wobec 100 pacjentów uzależnionych od opiatów. Grupę kontrolną stanowią pacjenci z oddziałów prowadzących tradycyjną terapię zorientowaną na całkowitą abstynencję. Poza badaniami o charakterze eksperymentalnym planowano badania nad stylami życia narkomanów, ze szczególnym uwzględnieniem wzorów przyjmowania środków odurzających oraz ocenę istniejących przedsięwzięć prewencyjnych (edukacja, wydawanie igieł i strzykawek oraz przerwy).

Celem badań było rozstrzygnięcie następujących kwestii:

1. Na ile w polskich warunkach podawanie metadonu ograniczy rozpowszechnienie dożylnego stosowania opiatów i w konsekwencji przyczyni się do ograniczenia rozpowszechnienia zakażenia HIV?
2. W jakim stopniu będzie możliwa kontrola laboratoryjna abstynencji od „kompotu” – mieszaniny alkaloidów pochodnych opium, wśród leczonych metadonem?

3. Czy stosowanie metadonu poprawia funkcjonowanie społeczne osób uzależnionych w takich wymiarach, jak praca, życie rodzinne, stopień akceptacji społecznej?
4. Jakie elementy stylu życia narkomanów wpływają na ryzyko zakażeń HIV?
5. Jaki jest zasięg oddziaływania realizowanych obecnie programów prewencji HIV wśród narkomanów?

Realizację programu zaplanowano na okres od maja 1992 do grudnia 1993 r. Fundacja Nauki Polskiej przyznała środki finansowe na realizację programu w okresie czerwiec – grudzień 1992 r.

W 1992 r. program zrealizowano częściowo (odtruto 61 osób i rozpoczęto leczenie ambulatoryjne). Przyznanie następnych funduszy w 1993 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej umożliwiło zakończenie programu terapeutycznego zgodnie z planem.

III. Realizacja programu

Wykonano następujące prace:

1. Opracowano narzędzia badawcze, przeszkolono personel, adaptowano pomieszczenia do podawania metadonu w warunkach ambulatoryjnych.
2. Zakwalifikowano do leczenia zgodnie z założeniami 120 pacjentów.
3. Przeprowadzono leczenie przy użyciu metadonu w warunkach szpitalnych (detoksykacja) u 119 pacjentów i w warunkach ambulatoryjnych u 115 z nich (leczenie podtrzymujące).
4. W trakcie leczenia metadonem część pacjentów wzięła udział w cyklu systematycznych spotkań w ramach oddziaływań psychospołecznych z elementami psychoterapii grupowej.
5. Wśród pacjentów przeprowadzono badania przy pomocy kwestionariusza na temat stanu zdrowia, dotychczasowego leczenia, wzorów używania środków odurzających, stylu życia, wiedzy i zachowań odnośnie zapobiegania HIV i po zakończeniu leczenia opracowano wyniki.

Kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia

Opracowano następujące kryteria kwalifikacyjne pacjentów do leczenia w programie:

1. mieszkańcy Warszawy,
2. wiek 25-40 lat,
3. osoby uzależnione od opiatów co najmniej od 6 lat,
4. osoby wielokrotnie podejmujące leczenie odwykowe (detoksykacja, rehabilitacja) bez efektów, tj. brak okresów abstynencji lub okresy bardzo krótkie – kilka dni do kilku tygodni,
5. bez zaburzeń psychotycznych,
6. bez zaburzeń psychoorganicznych,
7. osoby wyrażające zgodę na zastosowanie metadonu i uczestnictwo w całym procesie terapeutycznym (z uwzględnieniem określonych warunków na piśmie),
8. do programu nie były w zasadzie przyjmowane kobiety ciężarne oraz osoby ze znacznymi zaburzeniami adaptacyjnymi i skłonnością do zachowań agresywnych.

Wszyscy pacjenci zakwalifikowani do leczenia po zapoznaniu się z programem i jego wymogami, podpisali zgodę na uczestnictwo w programie.

Kwalifikacja pacjentów według wyżej wymienionych kryteriów odbywała się w Poradni Przyklinicznej IPN.

Plan leczenie metadonem

Leczenie metadonem zaplanowano w 3 fazach:

- a) odrzucenie i ustalenie dawki stabilnej metadonu – pobyt w oddziale detoksykacyjnym w IPN – ok. 2 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące – przy użyciu dawki stabilnej metadonu w warunkach ambulatoryjnych – okres 6 miesięcy;
- c) odrzucenie po zakończeniu (lub przerwaniu) leczenia metadonem w warunkach ambulatoryjnych, tj. zmniejszanie dawek metadonu do zera w okresie 10-14 dni w poradni lub na oddziale detoksykacyjnym.

Piśmiennictwo

1. R. L. Hubbard i inni: Drug Abuse Treatment (National Study of Effectiveness) 1989 The University of North Carolina Press, USA.
2. M. Gossop, M. Grant: Preventing and Controlling Drug Abuse. WHO, Geneva, 1990.
3. M. Gossop, M. Grant: Programme on Substance Abuse (The content and structure of methadone treatment programmes a study in six countries). WHO (PSA) 1990.
4. M. Uitzinger: The Amsterdam Drug Policy. Press, Information and Public Relations Department City of Amsterdam, 1992.
5. Ch. Rasmussen: Multi-Modality Programming in the Treatment of Drug Addiction. Fyns Amts Behandlingscenter Denmark.
6. AIDS Among Drug Abusers in Europe, WHO, Regional Office for Europe, EUR/ICP/GPA 049(B), 1991.
7. C. Godwod-Sikorska i wsp.: Trendy epidemiologiczne zjawiska uzależnień lekowych w Polsce w latach osiemdziesiątych na tle zmian legislacyjnych, Alkoholizm i Narkomania, Wiosna 1991.
8. A. H. Ghodse: Psychiatry of Addictive Behaviour, Handbook St. George's Medical School and Hospital, London, 1989.
9. C. Godwod-Sikorska: Rozpowszechnienie uzależnień lekowych w Polsce. W: Alkoholizm i Narkomania, 1993, Zeszyt specjalny.
10. J. E. Nelson i inni: Research Issue 26. Guide to Drug Abuse Research Terminology. National Institute on Drug Abuse, 1982, USA.
11. E. C. Bunnig (1988): Stemming the Epidemic Among Intravenous Drug Users in Amsterdam. W: Living with AIDS Towards the Year 2000. Report of the Third National AIDS Conference. Australia, Canberra.
12. C. Godwod-Sikorska: Zakażeni HIV wśród uzależnionych leczonych w placówkach stacjonarnych w 1991 roku. W: Alkoholizm i Narkomania, 1993, zeszyt specjalny.