

**Karina Chmielewska<sup>1</sup>, Helena Baran<sup>1</sup>, Stanisław Dąbrowski<sup>2</sup>,  
Bogusław Habrat<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

<sup>2</sup>Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

## **KONTYNUOWANIE TERAPII W PROGRAMIE SUBSTYTUCYJNEGO LECZENIA METADONEM PRZEZ PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD OPIATÓW**

### **Wstęp**

Dotychczasowe wyniki leczenia osób uzależnionych od opiatów są niezadowalające. Z badań ewaluacyjnych Godwod-Sikorskiej (8) wynika, że w Polsce dwuletnie programy rehabilitacyjne oparte na zasadzie całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych kończy zaledwie niecałe 2% osób uzależnionych. W związku z brakiem skuteczności tradycyjnych metod leczenia, w części ośrodków USA i w Europie Zachodniej podjęto próby kliniczne, a następnie wprowadzono na szeroką skalę programy oparte na odmiennych celach leczenia: zamiast nierealnej dla większości chorych całkowitej abstynencji od opiatów, celem stało się minimalizowanie szkód zdrowotnych i społecznych związanych z przyjmowaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych (6, 11, 14).

Liczne prace nad efektywnością tych programów wykazały związane z nimi korzyści zdrowotne i społeczne zarówno dla pacjenta (zmniejszenie ryzyka infekcji HIV (1, 2, 12, 19), wirusowego zapalenia wątroby, gruźlicy, chorób przenoszonych drogą płciową, możliwość systematycznego leczenia somatycznych i psychicznych powikłań uzależnienia (15, 19), poprawa funkcjonowania w różnych rolach społecznych), jak i społeczeństwa (zmniejszenie liczby zachowań sprzecznych z prawem, zmniejszenie kosztów le-

czenia AIDS i innych powikłań uzależnienia, zmniejszenie liczby samowolnych opuszczeń i przedwczesnych wypisów z ośrodków detoksykacyjnych i rehabilitacyjnych, lepsza socjalizacja pacjentów itp.) (16, 20). Gwoli ścisłości trzeba stwierdzić, że programy metadonowe spotykają się z krytyką najczęściej z pozycji pryncypialnych (5, 13), nie uwzględniających faktu, że decyzje o zakwalifikowaniu do substytucyjnego leczenia metadonem są podejmowane indywidualnie i powinny być zawsze efektem bilansowania korzyści i zagrożeń dla konkretnego pacjenta.

Pierwszy eksperymentalny program metadonowy w Polsce rozpoczął się w sierpniu 1992 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zakładano, że program będzie trwał przez 6 miesięcy niezbędnych do przeprowadzenia rehabilitacji, a następnie przez miesiąc pacjenci będą otrzymywali zmniejszające się do zera dawki metadonu (3, 9, 17). Ewaluacja tego 6-miesięcznego programu wykazała, że większość zakładanych celów została osiągnięta. Dotyczyło to głównie parametrów medycznych: utrzymywania abstynencji od substancji psychoaktywnych (mniejszą wagę przywiązywano do nikotyny, alkoholu, kofeiny), poprawy stanu psychicznego i somatycznego (3), a także lepszego funkcjonowania społecznego (3, 10). W badaniach tych stwierdzono również, że okres 6 miesięcy jest zbyt krótki do uzyskania większości zakładanych celów rehabilitacji społecznej, a także, iż próby zmniejszania dawek metadonu po 6-miesięcznym leczeniu substytucyjnym wiążą się ze znacznym ryzykiem powrotu do dożyłnego przyjmowania substancji psychoaktywnych i wszelkich zagrożeń z tym związanych. Ze względów medycznych i pod presją pacjentów oraz członków ich rodzin, (którzy zauważyli zarówno efektywność leczenia substytucyjnego, jak i niebezpieczeństwa związane z jego przerywaniem), zdecydowaliśmy się na kontynuowanie programu.

Niniejsza praca jest podsumowaniem niektórych obserwacji z 30-miesięcznego prowadzenia programu rehabilitacyjnego bazującego na substytucyjnym podawaniu metadonu. Celem tego programu było osiągnięcie poprawy stanu somatycznego i psychicznego, funkcjonowania społecznego oraz zapobieganie infekcjom HIV, a środkiem do tego celu: utrzymanie pacjentów w programie na okres niezbędny do realizacji tych celów.

### **Badana grupa i metody**

Większość pacjentów zakwalifikowanych do programu była uzależniona nie tylko od opiatów (10 osób), lecz także od innych substancji psychoaktywnych (101 osób) i spełniała kryteria ICD 9 (304.0 lub 304.7), a później ICD 10 (F.11). Do programu kwalifikowano komisyjnie tylko te osoby, które:

- były uzależnione od co najmniej 5 lat,
- były wielokrotnie leczone bez wyraźnego efektu,
- miały powyżej 25 lat,
- były mieszkańcami Warszawy lub jej bliskich okolic,
- chciały brać udział w programie i akceptowały jego regulamin.

Dokładny opis kryteriów kwalifikujących i zasad programu poza 6-miesięcznym ograniczeniem opisano w innych doniesieniach autorów (3, 9, 10, 17).

W okresie od 1 listopada 1993 r. do 30 kwietnia 1996 r. substytucyjnym leczeniem metadonowym objęto 111 osób; przy czym mężczyzn było prawie 3,5 raza więcej niż kobiet (86: 25).

Ponad połowa chorych (50,4%) była zainfekowana HIV, u 5,4% osób występował czynny proces gruźliczy, u 7,2% chorych stwierdzono antygenemiię w.z.w. typu B, C lub D, u 36,9% pacjentów występowały inne poważne choroby somatyczne wymagające intensywnego leczenia.

Pacjenci codziennie zgłaszali się po metadon (średnia dawka 70 mg/d) do specjalnego zorganizowanego w tym celu punktu w IPIŃ i zobowiązani byli do aktywnego uczestniczenia w grupach terapeutycznych (4). Zachowanie abstynencji od przyjmowania innych substancji psychoaktywnych było kontrolowane często i wrywkowo (co najmniej 1 x na 2 tyg.) przez badania moczu (18) i okresowe badania stanu psychicznego i somatycznego.

Ponieważ w programie uczestniczyły osoby o zróżnicowanej długości udziału w programie metadonowym, przy opracowaniu wyników podzieliliśmy je na następujące grupy:

– Grupę 1 stanowi 10 osób, które brały udział w programie przez całe 30 miesięcy i nadal kontynuują leczenie.

– Grupa 2 to 61 pacjentów, którzy przegrali leczenie. Składa się z 34 osób, które zaczęły leczenie od początku programu, oraz 27 osób przyjętych do programu w różnych terminach.

– Grupa 3 to pozostające w programie 50 osób, o bardzo zróżnicowanym stażu (10 osób uczestniczących w programie od początku i 40 osób leczących się od kilku tygodni do ponad 2 lat), a co za tym idzie: o bliżej nieokreślonym przebiegu.

Przedmiotem porównania były głównie grupy 1 i 2.

Wybrane parametry socjodemograficzne i dotyczące wybranych cech uzależnienia przedstawiono w tabeli 1.

**TABELA 1**

**Wiek osób w programie metadonowym, wiek inicjacji narkotykowej i występowanie seropozytywności HIV.**

| Płeć      | N   | Wiek w latach | Wiek inicjacji w latach | % HIV+ | Wiek w latach | Wiek inicjacji w latach | % HIV- | Wiek w latach | Wiek inicjacji w latach |
|-----------|-----|---------------|-------------------------|--------|---------------|-------------------------|--------|---------------|-------------------------|
| Mężczyźni | 86  | 34,44±4,75    | 17,89±3,68              | 50,0   | 33,53±4,95    | 17,53±3,04              | 50,0   | 35,49±4,23    | 18,25±4,20              |
| Kobiety   | 25  | 29,96±6,05    | 16,76±3,19              | 52,0   | 27,61±4,71    | 15,38±1,78              | 48,0   | 32,50±4,23    | 18,25±3,68              |
| Ogółem    | 111 | 33,49±5,53    | 17,64±3,61              | 50,4   | 32,16±5,50    | 17,03±2,94              | 49,6   | 34,83±4,92    | 18,25±4,09              |

Średni wiek badanych wynosił 33,5 roku, przy czym mężczyźni byli starsi od kobiet średnio o 4,5 roku ( $p < 0,01$ ). Połowa chorych (50,4%) była zainfekowana HIV i dotyczyło to w podobnym stopniu kobiet, jak i mężczyzn. Średni wiek inicjacji przyjmowania opiatów wynosił 17,64 roku i był zbliżony u obu płci.

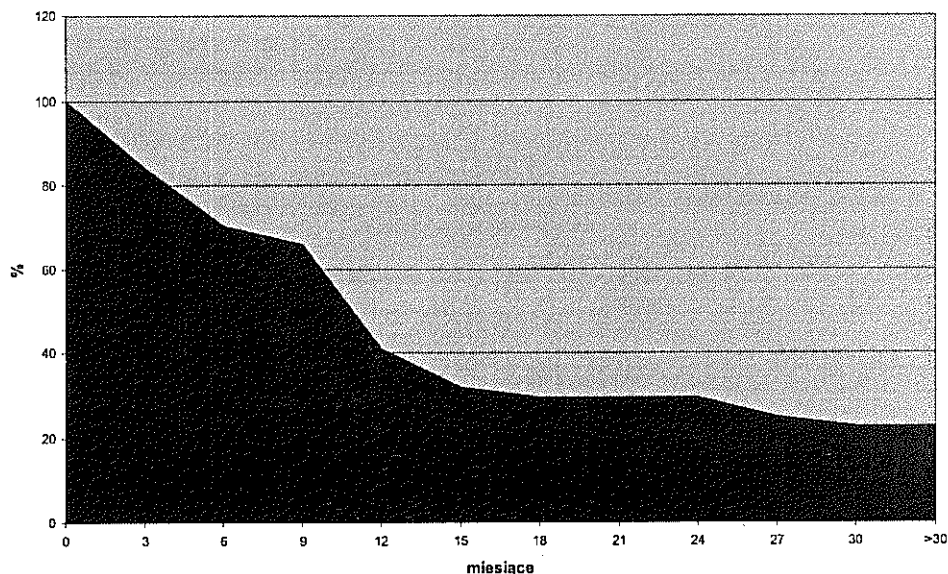
Wykształcenie podstawowe miało 26,1% badanych, zawodowe – 18,9%, średnie – 49,5%, a wyższe – 5,4%.

Wyniki analizowano za pomocą testów statystycznych  $\chi^2$ , t-Studenta i Cochra-Coxa.

### Wyniki i omówienie

Za podstawowy parametr efektywności leczenia uznaliśmy długość utrzymania się w programie metadonowym, gdyż w czasie substytucyjnego przyjmowania metadonu znacznie zmniejsza się ryzyko infekcji HIV (u żadnego z naszych pacjentów nie stwierdziliśmy pojawienia się seropozytywności) i innymi drobnoustrojami (w tym szczepami oportunistycznymi), a także powstaje możliwość systematycznego leczenia chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych towarzyszących uzależnieniu. Poza tym programy metadonowe umożliwiają systematyczne oddziaływania psychoterapeutyczne, resocjalizacyjne i interwencje środowiskowe. Wykazano też zmniejszenie liczby zachowań kryminalnych u osób otrzymujących substytucyjnie metadon.

Spośród 44 pacjentów rozpoczynających leczenie substytucyjne metadonem przez cały 30-miesięczny okres obserwacji w programie uczestniczyło 10 pacjentów, co stanowi 22,7%. Średni okres uczestniczenia w programie wszystkich 111 osób wynosi prawie rok (11,3 miesiąca), ale dane te są zaniżone przez udział pacjentów niedawno zakwalifikowanych do leczenia.



Ryc. 1. Procenty pacjentów pozostających w programie metadonowym

Brak jest danych dla porównania skuteczności tego programu z innymi programami rehabilitacyjnymi. Po 2 latach programu metadonowego korzystało z niego 29,5% badanych, co jest wartością wielokrotnie przekraczającą dane z pracy Godwod-Sikorskiej (8) dotyczącej odsetka osób utrzymujących się w programach rehabilitacyjnych opartych na zasadzie „drug-free”.

Analizując krzywą procentów osób pozostających w programie (Ryc. 1) można stwierdzić, że ma ona stosunkowo płaski charakter, świadczący o skuteczności programu. Największa liczba osób opuściła program między 10-tym a 12-tym miesiącem (15%), co może stanowić istotną wskazówkę praktyczną, że jest to kres zwiększonego ryzyka rezygnacji z programu.

Przyczyny przerwania udziału w programie przedstawia tabela 2. Uwzględniono w niej przyczyny wypisu wszystkich 61 osób, które nie dokończyły programu.

**Tabela 2**  
**Przyczyny przerwania uczestnictwa w programie metadonowym**

| Przyczyny wypisu                                       | Ogółem | HIV+ | HIV- | Mężczyźni | HIV+ | HIV- | Kobiety | HIV+ | HIV- |
|--|--------|------|------|-----------|------|------|---------|------|------|
| Łamanie zakazu przyjmowania substancji psychoaktywnych | 54     | 28   | 26   | 41        | 21   | 20   | 13      | 7    | 6    |
| Ukończenie programu w planowanym terminie              | 5      | 1    | 4    | 4         | 1    | 3    | 1       | 0    | 1    |
| Zgon   | 2      | 2    | 0    | 2         | 2    | 0    | 0       | 0    | 0    |
| Razem  | 61     | 31   | 30   | 47        | 24   | 23   | 14      | 7    | 7    |

Główną przyczyną wypisania z programu metadonowego było przyjmowanie, innych niż zalecane przez lekarza, substancji psychoaktywnych (88,5%). 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. Prawdopodobne zwiększenie spożycia alkoholu przez osoby przyjmujące metadon będzie przedmiotem innego opracowania. Nie stwierdzono zależności między łamaniem abstynencji a płcią lub seropozytywnością HIV. Pięć osób zakończyło program w zaplanowanym terminie, po stopniowej redukcji dawki metadonu, a dwaj mężczyźni zmarli z powodu AIDS.

Wyniki monitorowania obecności substancji psychoaktywnych w moczu przedstawia tabela 3.

Zaledwie u 27,9% osób biorących udział w programie metadonowym, w badaniach moczu nie stwierdzono przyjmowania innych substancji psychoaktywnych. Drugie tyle osób miało sporadycznie pozytywne wyniki badań, natomiast u 45% stwierdzano przynajmniej jeden dodatni test na substancje psychoaktywne w ciągu

TABELA 3

Przerwanie abstynencji od substancji psychoaktywnych w czasie programu metadonowego.

| Grupa             | Liczba osób               | Abstynencja | 1 wynik pozytywny na 6 mies. | 1 lub więcej wyników pozytywnych na 3 mies. | Liczba osób HIV+ | Abstynencja | 1 wynik pozytywny na 6 mies. | 1 lub więcej wyników pozytywnych na 3 mies. | Liczba osób HIV+ | Abstynencja | 1 wynik pozytywny na 6 mies. | 1 lub więcej wyników pozytywnych na 3 mies. |
|-------------------|---------------------------|-------------|------------------------------|---|------------------|-------------|------------------------------|---|------------------|-------------|------------------------------|---|
| 1                 | 10                        | 4           | 4                            | 2   | 3                | 0           | 2                            | 1   | 7                | 4           | 2                            | 1   |
| 2                 | 61                        | 5           | 18                           | 38  | 31               | 0           | 9                            | 22  | 30               | 5           | 9                            | 16  |
| 3                 | 50 (w tym 10 osób z gr.1) | 26          | 12                           | 12  | 25               | 11          | 5                            | 9   | 25               | 15          | 7                            | 3   |
| Wszyscy           | 111                       | 31          | 30                           | 50  | 56               | 11          | 14                           | 31  | 55               | 20          | 16                           | 19  |
| Wszyscy mężczyźni | 86                        | 25          | 24                           | 37  | 43               | 8           | 11                           | 24  | 43               | 17          | 13                           | 13  |
| Wszystkie kobiety | 25                        | 6           | 6                            | 13  | 13               | 3           | 3                            | 7   | 12               | 3           | 3                            | 6   |

Grupa 1 - osoby w programie przez 30 mies.

Grupa 2 - osoby, które nie ukończyły programu

Grupa 3 - osoby o różnej długości stażu w programie

3 miesięcy. Z grupy tej rekrutują się głównie pacjenci, którzy zostali wypisani ( $\chi^2=4,65, p<0,05$ ). W 10-osobowej grupie osób utrzymujących się w programie ani razu nie stwierdzono przyjmowania zabronionych substancji psychoaktywnych u 4 chorych, u 4 osób stwierdzono jeden wynik pozytywny w ciągu 6 miesięcy, a u dwóch częściej. Dotyczyło to głównie substancji przyjmowanych inną drogą niż dożylna. Po podjęciu interwencji pacjenci zaprzestali tych praktyk. Utrzymywanie abstynencji od przyjmowania substancji psychoaktywnych różniło tę grupę osób od tych, które nie ukończyły leczenia ( $\chi^2 = 5,24, p<0,05$ ).

W grupie osób wypisanych w związku z przyjmowaniem środków psychoaktywnych, mimo wcześniejszych interwencji zespołu leczącego, dochodziło do kontynuowania używania tych środków, a wypis następował po stwierdzeniu 3-5 pozytywnych wyników testów.

W całej badanej grupie nie stwierdzono różnic w zależności od płci dotyczących zarówno utrzymywania abstynencji, jak i częstego jej przerywania. Stwierdzono natomiast związek między seropozytywnością HIV a nieutrzymywaniem abstynencji ( $\chi^2 = 4,85, p<0,05$ ). Także u seropozytywnych osób, które przerwały leczenie, jego długość była średnio o 1,5 miesiąca krótsza niż u osób seronegatywnych (różnica jednak nie była znamienna statystycznie). Geneza tego zjawiska nie jest znana: można jedynie przypuszczać, że osoby seropoztywne HIV mają mniejszą motywację do powstrzymywania się od przyjmowania substancji psychoaktywnych, gdyż w ich przypadku zagrożenie zainfekowaniem się nie odgrywa już żadnej roli. Pewne światło na wyjaśnienie tego zjawiska mogłyby dostarczyć dane z posługiwania się skalami nasilenia uzależnienia, ale obecnie nie dysponujemy odpowiednimi narzędziami. Być może pewną rolę odrywają cechy osobowości, takie jak np. poszukiwanie stymulacji.

Pacjenci utrzymujący się w programie korzystali z niego przez co najmniej 30 miesięcy, natomiast osoby, które przerwały leczenie, pobierały metadon jedynie przez średnio  $7,25\pm 5,27$  miesiąca ( $p<0,01$ ). Dotyczy to obu płci. Wynik ten sugeruje znaczne zróżnicowanie osób uzależnionych pod względem skuteczności leczenia. Obok osób, które mogą utrzymać się w programie metadonowym stosunkowo długo, są pacjenci, którzy po krótkim okresie uczestnictwa nie są w stanie sprostać jego wymogom. Poza seropozytywnością, nie jesteśmy obecnie w stanie zidentyfikować innych czynników warunkujących efektywność programów z zastosowaniem substytucyjnego podawania metadonu.

Mężczyźni, którzy kontynuują program, są średnio ponad 10 lat starsi od kobiet ( $t=4,26, p<0,01$ ), choć nie jest to równoznaczne z dłuższym okresem przyjmowania substancji psychoaktywnych, gdyż kobiety wcześniej zaczynają eksperymentowanie z narkotykami (różnica nieznamienna). W grupie przerywających leczenie różnica wieku wynosi zaledwie 3 lata. Wyraźniejsza jest różnica wieku między mężczyznami, którzy pozostali w programie ( $38,37\pm 2,91$ ) a tymi, którzy przegrali go przed zakończeniem ( $33,98\pm 4,13$ ) ( $t=2,83, p<0,01$ ). Natomiast u kobiet obserwuje się odwrotne zjawisko, choć nie osiągające poziomu znamienności statystycznej.

Tabela 4

Długość leczenia w programie metadonowym a wiek, płeć, wiek inicjacji narkotykowej i seropozytywność HIV.

| Grupa   | Pł. | N   | Wiek w latach | Długość leczenia (miesiące) | Wiek inicjacji w latach | % HIV+ | Wiek w latach | Długość leczenia (miesiące) | Wiek inicjacji w latach | % HIV- | Wiek w latach | Długość leczenia (miesiące) | Wiek inicjacji w latach |
|---------|-----|-----|---------------|-----------------------------|-------------------------|--------|---------------|-----------------------------|-------------------------|--------|---------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1       | R   | 10  | 36,30±4,98    | 30,00±0,00                  | 18,70±3,92              | 30,0   | 32,33±4,92    | 30,00±0,00                  | 15,67±0,47              | 70,0   | 38,00±3,92    | 30,00±0,00                  | 20,00±4,03              |
|         | M   | 8   | 38,37±2,91    | 30,00±0,00                  | 19,37±4,09              | 25,0   | 35,50±2,50    | 30,00±0,00                  | 16,00±0,00              | 75,0   | 39,33±2,36    | 30,00±0,00                  | 20,50±4,15              |
|         | K   | 2   | 28,00±2,00    | 30,00±0,00                  | 16,00±1,00              | 50,0   | 26,00±0,00    | 30,00±0,00                  | 15,00±0,00              | 50,0   | 28,00±2,00    | 30,00±0,00                  | 17,00±0,00              |
| 2       | R   | 61  | 33,25±4,80    | 7,25±5,27                   | 16,95±2,26              | 50,8   | 32,93±4,87    | 6,32±3,79                   | 16,64±1,89              | 49,2   | 33,77±4,64    | 8,17±6,34                   | 17,27±2,55              |
|         | M   | 47  | 33,98±4,13    | 7,15±5,31                   | 17,17±2,41              | 51,1   | 34,13±4,20    | 6,37±3,82                   | 16,92±1,89              | 48,9   | 34,09±3,92    | 7,91±6,43                   | 17,43±2,83              |
|         | K   | 14  | 30,79±5,95    | 7,57±5,15                   | 16,21±1,47              | 50,0   | 28,86±4,82    | 6,14±3,68                   | 15,71±1,58              | 50,0   | 32,71±6,34    | 9,00±5,95                   | 16,71±1,16              |
| 3       | R   | 50  | 33,78±6,29    | 16,30±9,86                  | 18,48±4,63              | 50,0   | 31,20±6,05    | 13,92±9,34                  | 17,25±3,81              | 50,0   | 36,12±4,94    | 18,68±9,80                  | 19,44±5,15              |
|         | M   | 39  | 35,00±5,34    | 16,87±9,90                  | 18,77±4,64              | 48,7   | 32,79±5,68    | 13,84±9,55                  | 18,32±3,90              | 51,3   | 37,1±4,00     | 19,75±9,35                  | 19,20±5,21              |
|         | K   | 11  | 28,90±6,01    | 14,27±9,48                  | 17,45±4,42              | 54,5   | 26,17±4,14    | 14,17±8,63                  | 26,17±4,14              | 45,5   | 32,2±6,24     | 14,40±10,4                  | 20,40±4,76              |
| Wszyscy | R   | 111 | 33,49±5,53    | 11,32±8,91                  | 17,64±3,61              | 50,4   | 32,16±5,50    | 9,70±7,82                   | 17,03±2,94              | 49,6   | 34,83±4,92    | 12,94±9,64                  | 18,25±4,09              |
|         | M   | 86  | 34,44±4,75    | 11,56±9,12                  | 17,89±3,68              | 50,0   | 33,53±4,95    | 9,67±7,88                   | 17,53±3,04              | 50,0   | 35,49±4,23    | 13,41±9,88                  | 18,25±4,20              |
|         | K   | 25  | 29,96±6,05    | 10,52±8,09                  | 16,76±3,19              | 52,0   | 27,61±4,71    | 9,84±7,59                   | 15,38±1,78              | 48,0   | 32,50±6,30    | 11,25±8,53                  | 18,25±3,68              |

Grupa 1 - osoby w programie przez 30 mies.

Grupa 2 - osoby, które nie ukończyły programu

Grupa 3 - osoby o różnej długości stażu w programie

R - mężczyźni i kobiety

M - mężczyźni

K - kobiety



We wszystkich analizowanych grupach obserwowano zjawisko późniejszej inicjacji narkotykowej u osób utrzymujących się w leczeniu oraz u mężczyzn. W każdym z tych przypadków różnice nie osiągały jednak poziomu znamienności statystycznej.

### **Wnioski**

1. Trzydziestomiesięczny rehabilitacyjny program substytucyjnego podawania metadonu kontynuuje 22,7% pacjentów uzależnionych od opiatów, co umożliwia systematyczną opiekę medyczną nad nimi i oddziaływania rehabilitacyjne.

2. Uczestniczenie w programie metadonowym zmniejsza częstość przyjmowania substancji psychoaktywnych (szczególnie dożylnych), co w związku z możliwościami: infekcji HIV oraz innymi drobnoustrojami, a także przedawkowania narkotyku, ma istotne znaczenie profilaktyczne.

3. Z badanych przez nas czynników, istotną rolę w utrzymaniu się w programie i powstrzymaniu się od przyjmowaniu substancji psychoaktywnych odgrywa seronegatywność HIV. Zbliżoną rolę wydaje się odgrywać starszy wiek mężczyzn.

### **Streszczenie**

Badano kontynuowanie leczenia osób uzależnionych od opiatów, które wzięły udział w pierwszym polskim programie substytucyjnego leczenia metadonem. Z 44 osób, które zaczęły leczenie przed 30 miesiącami, w programie pozostało dziesięć (22,7%). Spośród 111 osób, które zostały zakwalifikowane do programu w różnym czasie, leczenie kontynuuje 50 osób. Umożliwia to systematyczną opiekę nad nimi oraz oddziaływania rehabilitacyjne. Uczestniczenie w programie metadonowym zmniejsza częstość przyjmowania substancji psychoaktywnych, szczególnie drogą dożylną. Główną przyczyną wypisania z programu (88,5% przypadków) było przyjmowanie narkotyków. Łamanie abstynencji od narkotyków nie stwierdzono tylko u 27,9% osób. Przyjmowanie niedozwolonych substancji jest częstsze u osób seropozytywnych HIV i młodszych.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie opiszowe / metadon / HIV

Karina Chmielewska, Helena Baran, Stanisław Dąbrowski,  
Bogusław Habrat

**Adherence to methadone substitution treatment program  
by opiate-dependent patients**

### **Summary**

Results of the first in Poland methadone substitution program were evaluated. Ten out of forty four patients (22,7%) who enlisted in the program 30 months ago are still continuing the treatment. The main reason for exclusion from the program was use of illicit drugs (88,5%). Participation in the methadone pro-

gram reduces drug taking, particularly by the intravenous route. Illicit drug taking is more frequent among HIV seropositive and younger persons.

**Key words:** methadone maintenance program / HIV / opiate addiction

### Piśmiennictwo

1. Ball J.C., Lange W.R., Myers C.P., Friedman S.R.: *Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment*. J. Health Soc. Behav. 1988, 29, 214-226.
2. Ball J.C., Ross A.: *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Patients, Programs, Services, and Outcome*. Springer, New York 1991.
3. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K.: *Terapia metadonem*. Alkoholizm i Narkomania. 1994, nr 1 (15), 45-64.
4. Bury L., Rokicka M.: *Psychoterapia grupowa w programie metadonowym*. Alkoholizm i Narkomania. 1994, nr 1 (15), 65-70.
5. Cekiera C.M.: *Metadon. Granice ryzyka*. Probl. Alkoholizmu. 1994, 41 nr 10 (463), 6-8.
6. Dall E.: *Harm reduction strategy in Denmark: past, present, and future*. W: Reisinger M. (red.): *AIDS and drug addiction in the European Community. Treatment and mistreatment*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Brussels 1993, 51-56.
7. Elk R., Grabowski J., Rhoades H., Spiga R., Schmitz J., Jennings W.: *Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients: behavioral interventions*. J. Subst. Abuse Treatment. 1993, 10, 371-382.
8. Godwod-Sikorska C.: *Rozpowszechnienie uzależnień lekowych w Polsce w latach 1989-1991*. Alkoholizm i Narkomania, 1993, wyd. specj. 103-129.
9. Godwod-Sikorska C.: *Ocena wdrażania terapii metadonem w zapobieganiu HIV/AIDS wśród narkomanów opiatowych*. Alkoholizm i Narkomania. 1994, nr 1 (15), 19-24.
10. Godwod-Sikorska C.: *Socjomedyczna charakterystyka pacjentów leczonych metadonem w Instytucie Psychiatrii i Neurologii*. Alkoholizm i Narkomania. 1994, nr 1 (15), 25-44.
11. Gossop H., Grant M.: *The content and structure of methadone treatment programs: A study in six countries*. WHO, Geneva 1990.
12. Huber-Sternich F., Haas H.: *Praevention der HIV-Infektion im Methadonprogramm. Studie des Drop-in Zurich, Schweiz*. Rundsch. Med. Praxis. 1990, 79, 1017-1021.
13. Karaczyńska B., Sękiewicz J.: *Przeciw metadonowi*. W: Zieliński A. (red.): *Konferencja Międzynarodowa: Program Metadonowy na Tle Innych Programów Rehabilitacyjnych Osób Uzależnionych w Profilaktyce HIV/AIDS*. Jadwisin, 12-14 września 1994. Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1995, 65-74.
14. Kreek M.J.: *Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence*. W: O'Brien C.P., Jaffe J.H. (red.): *Addictive States*. Raven Press, 1992, 205-230.
15. Nocvick D.M., Kreek M.J., Richman B.L., Friedman J.M., Fried C., Wilson J.P., Townley A.: *The medical status of methadone maintenance patients in treatment for 11-18 years*. Drug Alc. Depend. 1993, 33, 235-245.
16. Parrino M. W. (red.): *State Methadone Treatment Guidelines*. U.S. Dept. Health Human Services. PHS, SAMHSA, CSAT, Rockville 1993.

17. Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H.: *Pilotażowy program metadonowy. Zasady organizacyjne i cele*. W: Zieliński A. (red.): Konferencja Międzynarodowa Program Metadonowy na Tle Innych Programów Rehabilitacyjnych Osób Uzależnionych w Profilaktyce HIV/AIDS. Jadwisin, 12-14 września 1994. Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1995, 75-84.
18. Szukalski B., Taracha E.: *Laboratoryjna kontrola abstynencji narkomanów podczas długotrwałej terapii metadonem*. *Alkoholizm i Narkomania*. 1994, nr 1 (15) 71-80.
19. Wereżyńska-Bolińska T.: *Ewolucja programów metadonowych oraz ich rola w zapobieganiu i leczeniu infekcji oportunistycznych u seropozytywnych opiatowych narkomanów*. W: Zieliński A. (red.): Konferencja Międzynarodowa: Program Metadonowy na Tle Innych Programów Rehabilitacyjnych Osób Uzależnionych w Profilaktyce HIV/AIDS. Jadwisin, 12-14 września 1994. Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1995, 85-90.
20. Zweben J.E. (red.): *Readings on Methadone Maintenance Treatment*. T. Payte, 1992.