

**Wojciech Kosmowski**  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej w Bydgoszczy

## **ALKOHOLIZM I NARKOMANIA W INTERNECIE**

Niniejsze opracowanie jest drugą częścią dotyczącą strony internetowej Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Uzależnień (ASAM), w której będą poruszone następujące tematy: udział ASAM w edukacji zdrowotnej w USA, w tworzeniu standardów terapii uzależnień oraz inne mniej obszerne zagadnienia (<http://207.201.181.5>).

ASAM podejmuje liczne działania na rzecz kształtowania polityki zdrowotnej państwa w dziedzinie uzależnień. Dowodem tego może być na przykład akcja przeprowadzona jako odpowiedź na projekt „Addiction Free Treatment Act of 1999”. Ten projekt senacki został złożony przez senatora J. McCain. I gdyby został przyjęty mógłby mieć negatywne skutki dla prowadzenia terapii uzależnień, ponieważ ogranicza on okres dopuszczalności terapii metadonowej do 6 miesięcy od chwili włączenia pacjenta do programu leczenia. „Addiction Free Treatment Act of 1999” ponadto niekonsekwentnie i niezgodnie z praktyką kliniczną używa terminów „uzależnienie” i „nadużywanie” substancji psychoaktywnych i stanowi, iż leczenie uzależnienia opiatowego metadonem prowadzi do zastąpienia jednej zależności inną oraz zawiera konkluzję, że Rząd Federalny powinien zastosować zasadę „zero-tolerance” wobec farmakologicznego leczenia pacjentów uzależnionych, aby uniknąć niebezpieczeństwa rozwinięcia się uzależnienia od leków. Taka polityka, jak nietrudno się domyślić, mogłaby doprowadzić do tego, iż używanie jakichkolwiek metod farmakoterapeutycznych w terapii uzależnień byłoby zakazane przez prawo.

Członkowie ASAM przygotowali wzorcowy list do senatorów (zwłaszcza z Senackiej Komisji Finansów), by wyjaśnić im, na czym polegają niebezpieczeństwa przygotowywanego aktu prawnego i nakłaniające do głosowania przeciwko jego przyjęciu. Porównano tu stosowanie metadonu u pacjentów uzależnionych do stosowania

insuliny u chorych z cukrzycą. Tak jak jeden pacjent „jest zależny” od metadonu tak drugi od insuliny. Przyjmowanie tych substancji nie prowadzi jednak do rozwoju uzależnienia rozumianego jako powtarzające się używanie środków psychoaktywnych pomimo negatywnych skutków zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Stosowanie metadonu pozwala polepszyć zdrowie chorych, ich funkcjonowanie społeczne, zmniejszyć przestępczość i obniżyć koszty medyczne i społeczne.

Na stronie internetowej ASAM znajdowała się także lista senatorów pracujących w powyższej komisji oraz podstawowe dane adresowe senatu.

Senat pozwolił na stosowanie metadonu zwracając uwagę na trend do wzrostu liczby uzależnionych od opiatów w USA. W okresie pomiędzy 1992 do 1996 odsetek heroinistów wśród uczniów szkół średnich wzrósł o 10%. Około 810.000 osób jest w USA uzależnionych od opiatów, przy czym 115.000 spośród nich już uczestniczy w programach metadonowych.

Ponadto Senat sformułował pewne ograniczenia w stosowaniu metadonu, m.in. zalecił wykonywanie w losowo dobranych grupach pacjentów testów przesiewowych na obecność narkotyków. W przypadku pozytywnych wyników tych testów zalecono wykluczenie pacjenta z uczestnictwa w tym programie. Podawanie metadonu nie może być dłuższe niż 6 miesięcy od czasu włączenia do programu. Będą też prowadzone prace badawcze na temat niefarmakologicznych metod leczenia chorych uzależnionych od opiatów oraz na temat skuteczności programów metadonowych.

ASAM wydała wiele dokumentów, w których zawarła swoje stanowisko w sprawie różnych szczegółowych kwestii polityki zdrowotnej, np. o dokumentowaniu epizodów używania substancji psychoaktywnych przy zbieraniu danych medycznych, o badaniach przesiewowych w kierunku uzależnień w podstawowej opiece zdrowotnej, o zasadach stosowania opiatów w terapii bólu, o stosowaniu plastrów nikotynowych, o dyskryminacji na podstawie orientacji seksualnej, o związku pomiędzy urazowością i nadużywaniem oraz uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, o powrocie do pracy osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zasady etyki medycznej i wiele innych. Jak widać dotyczą one nie tylko działań ściśle medycznych czy administracyjnych, ale także psychologicznych, socjologicznych i etycznych. Wszystkie są zawarte na stronie internetowej w pełnej wersji. Są one posegregowane według czasu ich wydania.

ASAM współuczestniczy także w organizowaniu ogólnokrajowej dyskusji, której celem jest poprawa skuteczności terapii uzależnień. Narodowy Plan Polepszenia Metod Terapii Uzależnień ma być sformułowany nie tylko przez ekspertów czy Rząd Federalny ale w jego tworzeniu mogą uczestniczyć wszystkie zainteresowane osoby. Specjalne agendy Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration mają za zadanie gromadzenie informacji z pięciu dziedzin:

1. Niedoskonałości stosowanego leczenia. W jakim stopniu zależą one od populacji, od systemu opieki zdrowotnej, od rodzaju ubezpieczeń, np. Medicaid i Medicare?

2. Możliwości zmniejszenia stygmatyzacji osób uzależnionych w społeczeństwie.

3. Placówki terapeutyczne. Jak wzmocnić organizacje i instytucje zajmujące się leczeniem, jak polepszyć współdziałanie pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a terapią uzależnień?

4. Współdziałanie teoretyków i praktyków. W jaki sposób można połączyć wysiłki klinicystów i praktyków.

5. Metody kształcenia osób zajmujących się terapią uzależnień.

Informacje mają być zbierane drogą pocztową, poprzez stronę internetową National Treatment Plan (<http://www.natxplan.org>) albo podczas czterech tzw. dyskusji publicznych. Do 1 grudnia 1999 r. odbędą się one w Hartford, Chicago, Portland, Tampa/St. Petersburg. Ich celem jest podsumowanie najnowszych danych na temat metod leczenia, systemów wsparcia, praktycznych zastosowań, metod propagowania, organizacji i finansowania placówek, które prowadzi leczenie.

Strona internetowa ASAM zawiera szczegółowy opis postępowania terapeutycznego w przypadku wystąpienia zespołów abstynencyjnych w przebiegu uzależnień.

Po przypomnieniu zasad ogólnych następują przykładowe instrukcje przeprowadzenia detoksykacji w zespołach abstynencyjnych wywołanych przez różne substancje psychoaktywne. Do zasad ogólnych należą stwierdzenia, że np.: każdy program terapeutyczny musi być zindywidualizowany, uwzględniający osobniczą wrażliwość na stosowane leki, objawy zespołu abstynencyjnego zazwyczaj są odwrotne w stosunku do działania stosowanego leku, detoksykacja nie jest substytutem leczenia, ale raczej częścią kompleksowego postępowania medycznego z chorym uzależnionym, objawy zespołu abstynencyjnego mogą być przedłużone w czasie.

Sporo uwagi autorzy strony ASAM poświęcają na ukazanie kryterium kwalifikacji pacjentów do zastosowania określonej formy terapii (ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition – ASAM PPC-2). Wyróżniono tu pięć „poziomów” terapii. W przypadku leczenia zespołów abstynencyjnych są to: I-D detoksykacja ambulatoryjna, bez rozszerzonego monitorowania czynności życiowych, II-D detoksykacja w warunkach ambulatoryjnych z rozszerzonym monitorowaniem czynności życiowych, III.2 D – detoksykacja w warunkach klinicznych, III.7 D – detoksykacja w warunkach szpitalnych, IV D – intensywna detoksykacja w warunkach szpitalnych.

Każdy z tych rodzajów opieki jest dokładnie opisany pod względem miejsca, w którym może czy powinno odbywać się świadczenie (np. I-D praktyka lekarza ogólnego, IV-D – szpital psychiatryczny), kwalifikacji i rodzaju personelu (a także dostępnością konsultacji specjalistycznych), rodzaju i intensywności oddziaływań terapeutycznych (psychoterapia indywidualna i grupowa, socjoterapia i farmakoterapia). Pacjent kwalifikowany do detoksykacji musi – co oczywiste – spełniać kryteria uzależnienia wg DSM-IV albo wg innych uznanych systemów klasyfikacyjnych. Ponadto każdy z zespołów abstynencyjnych występujący w przebiegu uzależnienia od poszczególnych grup środków psychoaktywnych ma osobne kryteria przydziału do danego rodzaju opieki. W przypadku alkoholowych zespołów abstynencyjnych zaleca się przeprowadzanie oceny stanu pacjenta przy pomocy kwestionariusza CIWA-Ar. W przypadku innych zespołów

abstynencyjnych ocenę przeprowadza się w oparciu o styl używania substancji psychoaktywnych w okresie poprzedzającym przyjęcie oraz o współistniejące objawy kliniczne.

W części poświęconej uzależnieniu od nikotyny ASAM przytacza dane na temat epidemiologii i charakterystyki tego zjawiska w USA. Około 4 miliony osób w wieku 12-17 lat regularnie pali papierosy, uzależnionych od nikotyny przybywa w tej grupie 3000 osób dziennie, z czego 1/3 umrze z powodu chorób wywołanych paleniem tytoniu. W 1989 r. z tego powodu zmarło w USA 400.000 osób, a na świecie 3.000.000. ASAM wystosowała list do prezydenta Clintona w sprawie nikotyny, w którym podnosiła rolę profilaktyki i wzywała do podjęcia działań zmierzających do regulacji przemysłu nikotynowego w USA.

ASAM podaje także zasady rozpoznawania i leczenia zespołu abstynencyjnego w przebiegu nikotynizmu. Objawami odstawienia nikotyny są: lęk, wzrost apetytu lub zwiększenie masy ciała, uczucie głodu nikotyny, drażliwość, bradykardia, trudności z koncentracją uwagi.

Terapia farmakologiczna może być trojaka: leczenie substytucyjne – podawanie środków agonistycznych, podawanie środków działających antagonistycznie i leczenie objawowe. Pierwszy rodzaj terapii uważany jest za bezpieczniejszy, łatwiejszy do przeprowadzenia. Amerykańska Agencja FDA zaaprobowала stosowanie w tym celu plastrów i gumy do żucia zawierających nikotynę. Środki te mogą być stosowane także u palaczy, co pozwala zmniejszyć ich ekspozycję na produkty powstające w wyniku palenia papierosów. Stosowane dawki to 2 i 4 mg. Nieprzyjemny smak gumy do żucia jest konieczny w celu zredukowania możliwości użycia jej przez dzieci (można go zminimalizować np. przez spożycie soków czy cukierków). Sposób ten nie może być stosowany przez wszystkich pacjentów. Przeciwwskazaniem do stosowania tej formy terapii jest obecność schorzeń, w których zaburzenia rytmu serca lub skurcz naczyń krwionośnych mogą być wywołane lub zaostrzone przez użycie nikotyny – świeży zawał serca, niestabilna dusznicza bolesna, groźne dla życia zaburzenia rytmu serca. Drugi sposób terapii polega na blokowaniu działania nikotyny. Do antagonistów nikotyny należą: mekamylamina i chlorsondamina (działanie centralne i obwodowe), heksametonium (działanie obwodowe), przy czym tylko te pierwsze można skutecznie zastosować w leczeniu ludzi. Działanie centralne antagonistów prowadzi do braku efektu nagrody po użyciu nikotyny. W badaniach nad mekamylaminą wykazano, że osoby używające dotychczas papierosów o niskiej i średniej zawartości nikotyny, po przyjęciu tej substancji zaczęły używać papierosów o wysokiej zawartości nikotyny, co świadczy o zmniejszeniu efektu działania nikotyny.

Oddziaływania, których celem jest niwelowanie poszczególnych objawów zespołu odstawienia, mogą być przeprowadzone przy użyciu metod farmakologicznych i niefarmakologicznych. Do tych pierwszych należy stosowanie leków anksjolitycznych (buspiron, benzodiazepiny), do drugich – metody relaksacyjne.

Leczenie nikotynowego zespołu abstynencyjnego zawsze może być przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych.

Mimo iż w USA leczenie uzależnień nie jest osobną specjalnością medyczną (choć takie są dążenia ASAM) to jednak ASAM przeprowadza egzaminy, które prowadzą do uzyskania certyfikatu w zakresie medycyny uzależnień.

Na stronach internetowych ASAM znajdują się kryteria egzaminacyjne, przykładowe pytania, zalecana literatura i lista osób, które uzyskały certyfikat w latach poprzednich.

W dobie formułowania standardów medycznych w Polsce warto podkreślić fakt, że kryteria i zasady uzyskiwania certyfikatów w zakresie medycyny uzależnień są podane z dużym wyprzedzeniem, są przejrzyste i jasne. Dotyczy to zarówno zakresu materiału, jak i terminów zdawanych egzaminów.

Egzaminy odbywają się co dwa lata, składają się wyłącznie z części testowej, która zawiera 400 pytań. A oto przykład pytania:

Która z poniższych chorób jest często błędnie diagnozowana jako ostry rzut schizofrenii paranoidalnej:

1. Majaczenie po użyciu amfetaminy.
2. Choroba afektywna dwubiegunowa.
3. Majaczenie po zatruciu bromianami.
4. Nadczynność tarczycy.

5. Zespół abstynencyjny w przebiegu uzależnienia od leków nasennych i uspokajających.

Kandydatami mogą być absolwenci wyższych szkół medycznych w USA i Kanadzie oraz te osoby spośród absolwentów innych szkół medycznych na świecie, które mają certyfikat Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG), albo zdadzą egzamin nostryfikujący dyplom. Ponadto osoby te muszą mieć prawo do wykonywania zawodu lekarskiego w USA lub w Kanadzie, przedstawić trzy listy rekomendujące kandydata oraz wypełnić program rezydentury w jakiegokolwiek specjalności medycznej, akredytowany przez jedną z następujących organizacji: Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME); the Postdoctoral Training Committee of the American Osteopathic Association (AOA) (USA), Professional Corporation of Physicians of Quebec; College of Family Physicians of Canada; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Kanada). Dopuszczone są też osoby, które odbywały rezydenturę według wybranych programów w Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii i Irlandii oraz RPA. Wymagany jest ponadto roczny staż pracy (lub jego ekwiwalent) z chorymi uzależnionymi od alkoholu lub narkotyków. Przy najmniej połowa tego czasu musi być poświęcona na leczenie. Pozostałą część mogą stanowić badania naukowe, edukacja, zadania administracyjne. Ostatnie wymaganie stanowi odbycie 50 godzin szkoleń według zasad Category I Continuing Medical Education (CME) organizowanych przez American Medical Association.