

Tabletka nie nauczy uzależnionego, jak ma żyć i cieszyć się życiem bez alkoholu. Proponowanie wszystkim leków to po prostu serwowanie im kolejnej chemii, za którą nie idzie żadna istotna zmiana – mówi dr n. med. Bohdan Woronowicz, kierownik Ośrodka Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, placówki, która jako pierwsza w tej części Europy, jeszcze w latach siedemdziesiątych, w leczeniu alkoholików zastąpiła leki psychoterapią

LEKI NIE DLA WSZYSTKICH

Rozmowa z dr n.med. Bohdanem Woronowiczem, kierownikiem Ośrodka Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

TERAPIA – Zalecenia Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami oraz Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące farmakoterapii osób uzależnionych od alkoholu wzbudziły bardzo duże kontrowersje wśród osób zajmujących się terapią uzależnień. Jakie są Pana pierwsze odczucia po zapoznaniu się z nimi?



Bohdan Woronowicz – Wbrew tym zaleceniom wciąż pozostaję na stanowisku, że stosowanie leków w terapii uzależnienia od alkoholu to tylko działanie pomocnicze. Oczywiście nie jestem przeciwko podawaniu leków wtedy, kiedy jest potrzeba, ale na pewno nie w taki sposób, jak usiłują to przeforsować twórcy tych zaleceń. Nie może być tak, że pacjent, który zgłosił się do mnie z powodu przyjmowania substancji chemicznej, już na wstępie dostaje inną substancję chemiczną, jaką jest lek.

W odróżnieniu od twórców tych zaleceń jestem praktykującym psychoterapeutą uzależnień i miałem w swoim życiu kontakt z tysiącami pacjentów uza-

leżnionych od alkoholu. Mniej więcej znam ich sposób myślenia, ich funkcjonowanie na początku terapii i mam głębokie przekonanie, że leki proponowane przez twórców założeń niewiele pomogą, tu potrzebna jest na początku przede wszystkim edukacja i intensywna psychoterapia.

Czy leki w ogóle nie są w stanie pomóc pacjentom?

– Z mojego doświadczenia wynika, że te leki mogą pomóc części pacjentów, którzy uczestniczą w psychoterapii uzależnienia, ale tylko po ustaleniu wyraźnych wskazań.

Drugą grupą osób, które mogłyby skorzystać na farmakoterapii, są pacjenci, którzy nie poddają się terapii, nie potrafią od wielu lat przeprowadzić w swoim życiu zmiany i chodzi tylko o wydłużenie ich życia. Leki ograniczające spożycie alkoholu w tym przypadku mogłyby pomóc, podobnie jak podawanie metadonu osobom od wielu lat uzależnionym od opiatów – wciąż przy bardzo silnym wsparciu psychoterapeutycznym.

Myślę też, że można byłoby podawać leki osobom, które piją szkodliwie, ryzykownie, po to, żeby mogły zapanować nad picciem, biorąc doraźnie nalmefen albo disulfiram, żeby nie pić ze strachu. Jednak nie można od leków zaczynać terapii uzależnienia! Ja z całą pewnością nie będę tego robił.

Nie obawia się Pan Doktor? W zaleceniach znalazł się przecież zapis, że lekarz powinien przepisać lek wszystkim, którzy mają problem z alkoholem, a jeżeli tego nie robi, powinien pisemnie uzasadnić decyzję o niezastosowaniu farmakoterapii...

– To nic innego, jak zmuszanie lekarzy do stosowania leków! Bo jak inaczej interpretować zalecenie, że „każdy pa-

cient uzależniony od alkoholu jest potencjalnym kandydatem przewlekłej farmakoterapii, a odstąpienie od prób wdrożenia farmakoterapii wymaga uzasadnienia”?

Może jeszcze za chwilę znajdzie się odpowiedni paragraf na tych, którzy leków jednak nie chcą zapisywać? To wydaje się prostą konsekwencją tego zalecenia... Cóż, najwyżej pójdę siedzieć.

Dla jasności chciałbym jeszcze raz powtórzyć – nie twierdzę, że stosowanie farmakoterapii w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu czy od narkotyków jest niewłaściwe. Uważam nawet, że w pewnych przypadkach należy je stosować (szczególnie w ograniczaniu szkód), jednak najpierw należy bardzo jasno określić kryteria ich stosowania (wskazania i przeciwwskazania). Powinien je opracować zespół złożony z praktyków reprezentujących obie orientacje: farmakologiczną i psychoterapeutyczną. Próby zmuszania do stosowania określonych leków w leczeniu osób uzależnionych uważam za niedopuszczalne.

Twórcy zaleceń przekonują, że alkoholizm to choroba jak każda inna, więc skoro na przykład w leczeniu zawału czy udaru lekarz ma obowiązek przepisać określony lek, to tak powinno być i w leczeniu alkoholizmu...

– Porównywanie alkoholizmu do stanu po udarze czy zawale to czysta demagogia. Podobnie jak postulat, żeby osoby uzależnione od alkoholu uczyć ograniczania picia i że to ma być akceptowalny cel terapeutyczny. Na podobnej zasadzie należałoby zalecić obowiązkowe podawanie tabletek antykoncepcyjnych wszystkim kobietom, które nie są przygotowane do macierzyństwa. To się na dłuższą metę nie może udać, dla terapeutów mających kontakt z uza-

leżnionymi pacjentami jest to całkowiec jasne. W leczeniu osób uzależnionych nie chodzi przecież o ograniczanie picia, ale o to, żeby człowiek nauczył się żyć inaczej, nie sięgał po substancję chemiczną w trudnych dla siebie sytuacjach. A czym jest tykanie tabletki zamiast picia? Dokładnie takim samym sposobem patologicznego załatwiania problemów jak napięcie się.

Czy zestaw leków zaproponowany przez twórców zaleceń może też wzbudzać wątpliwości?

– Tak. Kiedy czytałem fragment poświęcony zaleceniom odnośnie wyboru leków, gdzie m.in. stwierdzono, że u osób z alkoholową chorobą wątroby można rozważyć stosowanie baklofenu, pomyślałem sobie, że cofamy się chyba do osiemnastego i dziewiętnastego wieku, kiedy to leczono alkoholików przy pomocy laudanum, czyli dziesięcioprocentowej nalewki z opium. Powodowało to oczywiście uzależnienie od opium, które z kolei było leczone morfiną.

Kiedy stwierdzono, że morfina również uzależnia, zaczęto podawać morfinistom kokainę. Wkrótce stwierdzono, że kokaina również uzależnia i zaczęto leczyć kokainistów heroiną. W ten sposób kółko się zamknęło.

Nie trzeba mieć tytułu profesora, żeby przeglądając literaturę na temat stosowania baklofenu, znaleźć liczne ostrzeżenia dotyczące jego uzależniającego właściwości, o których autorzy powinni wiedzieć także.

Czym grozi stosowanie baklofenu?

– O możliwości wystąpienia powikłań po nagłym odstawieniu baklofenu pisano już w latach dziewięćdziesiątych, a w 2002 roku FDA (U.S. Food and Drug Administration) oficjalnie ostrzegło, że nagłe odstawienie baklofenu grozi poważnymi powikłaniami. Dodatkowo warto wiedzieć, że jako agonista receptorów GABA, baklofen działa podobnie do silnie uzależniającego leku nasennych takich jak zolpidem (m.in. Stilnox, Nasen, Polsen) i zopiklon (m.in. Imovan, Zimovan). Z kolei o uzależnieniu od tych leków wiedzą zapewne wszyscy autorzy zaleceń, a szczególnie dr med. Bogusław Habrat, współautor opublikowanego w AiN, jeszcze w 2009 roku, artykułu pt. „Uzależnienie od niebenzodiazepinowych leków nasennych: opis 10 przypadków”.

Jestem niezwykle ostrożny od czasu, kiedy przed laty, firmy farmaceutyczne

przekonywały nas, że leki nasenne z tej grupy są całkowiec bezpieczne. Dzisiaj wiemy, że to była nieprawda, musimy wyciągnąć wnioski z tej lekcji i z dużą rezerwą podchodzić do tego, co nam usiłują „wciskać” firmy farmaceutyczne. Podobnych przykładów można znaleźć więcej.

Czy nie ma żadnych badań potwierdzających skuteczność leczenia alkoholizmu baklofenem?

– Jeżeli nawet spotkamy badania mówiące o stosowaniu baklofenu w leczeniu uzależnienia od alkoholu, to uważam, że związane z tym ryzyko jest zbyt duże, żeby sugerować czy, jak to jest ujęte w zaleceniach, rozważyć jego stosowanie.

Tak, przy okazji chciałem dodać, że ostatnio miałem pacjentkę, która przyjmowała sto tabletek Stilnoxu na dobę, a tabletki kupowała kilogramami w internecie.

Sądzi Pan, że podobne przypadki uzależnienia od baklofenu mogą się zdarzać po wprowadzeniu zaleceń w życie?

– Oczywiście. Nie rozumiem, dlaczego autorzy zaleceń, którzy jednocześnie są niekwestionowanymi autorytetami w dziedzinie psychiatrii, psychofarmakoterapii i psychofarmakologii, sugerują w swoich zaleceniach rozważenie stosowania tak niebezpiecznego leku jak baklofen, który na domiar wszystkiego nie jest w Polsce zarejestrowany do leczenia uzależnienia od alkoholu. Nie mieści mi się w głowie, że panowie, którzy dla wielu specjalistów są autorytetami, mogą sugerować podejmowanie nielegalnych działań.

Ten fakt niestety podważa, zarówno w moich, jak i w oczach wielu terapeutów, wiarygodność tych zaleceń, a cała związana z nimi kampania daje dużo do myślenia. Osobom, którym nie wystarczają moje argumenty, proponuję zajrzeć do artykułu opublikowanego w 2005 roku przez badaczy z Uniwersytetu Stanowego w Buffalo (Leo, R. J., Baer, D. (Nov-Dec 2005): „Delirium associated with baclofen withdrawal: a review of common presentations and management strategies”. Psychosomatics 46 (6): 503–7).

Jaka, Pana zdaniem, będzie reakcja innych lekarzy psychiatrów na te zalecenia?

– W tej całej kampanii pocieszające jest wyłącznie to, że autorzy postawili

sobie jako podstawowy cel dostarczenie lekarzom wskazówek praktycznych odnośnie przewlekłego leczenia farmakologicznego uzależnienia od alkoholu. Moje, ponad czterdziestoletnie, doświadczenie z pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu mówi bowiem, że znakomita większość lekarzy, łącznie z psychiatrami, do których trafiają osoby uzależnione od alkoholu, ma mizerne pojęcie na temat uzależnienia od alkoholu oraz jego leczenia i między innymi dlatego nie proponuje swoim pacjentom niczego więcej poza receptą na jakiś lek. Najczęściej to pochodne benzodiazepin, a niestety nie wszyscy lekarze znają treść wykładu jednego z autorów zaleceń – prof. Marka Jaremy pt. „Ryzyko uzależnienia od pochodnych benzodwiazepiny – profilaktyka i rozpoznawanie” (<http://www.mp.pl/poz/psychiatria/ekspert/wywiady/show.html?id=90653>) i stąd nie są świadomi ich ogromnego potencjału uzależniającego.

Przepisywane są też leki przeciwdepresyjne, najczęściej z grupy SSRI, disulfiram (najczęściej w formie implantu), a ostatnio baklofen.

Ponieważ nie należy spodziewać się, że w najbliższym czasie wiedza lekarzy na temat specyfiki uzależnienia od alkoholu i jego leczenia istotnie poprawi się, lepiej będzie, jeżeli zastosują się do zaleceń i zaczną wydawać recepty na akamprosat, naltrekson czy nalmefen. Tym samym będą mniej szkodzić, a może nawet komuś pomogą, kierując jednocześnie na psychoterapię.

Natomiast my, psychoterapeuci uzależnień, zarówno lekarze jak i psychologowie, którzy w odróżnieniu od większości autorów zaleceń, mamy osobisty, codzienny kontakt z pacjentami uzależnionymi od alkoholu, będziemy zapewne stosowali dotychczasowe metody leczenia i nadal ulepszali programy psychoterapii uzależnień.

Jakie mogłyby być skutki wprowadzenia tych zaleceń w życie? Co zmieniłoby się w psychoterapii uzależnień?

– Po pierwsze, wiele osób uzależnionych od alkoholu wybierze prawdopodobnie lek, bo tykanie tabletek wymaga dużo mniej wysiłku niż wielomiesięczne, systematyczne uczestniczenie w psychoterapii i dokonywanie zmiany osobistej, która pozwoli na zmienianie swojego życia. Tym samym leki odsuną, u wielu osób, decyzję o podjęciu właściwego le-

czenia. Niektóre z tych osób nie zdają zapewne właściwego leczenia podjąć. Jedno jest natomiast pewne – wzrosną zyski firm farmaceutycznych... Zarobią bardzo dużo pieniędzy i dlatego nie dziwię się, że na różne sposoby starają się te leki promować.

Jednak naszą rolą jest krytyczne przyjrzenie się ich ofercie i wybranie tego, co pomoże pacjentowi. Czterdzieści lat temu zlecałem „na dzień dobry” doustny disulfiram, tego ode mnie wymagano a ja nie wiedziałem, że można inaczej. Dzisiaj wiem nieco więcej i nie będę cofał się do tamtych czasów.

Martwi mnie jednak co innego. Tak jak spodziewałem się, że po zarejestrowaniu w Polsce nalmefenu może rozpocząć się kampania na rzecz jego szerokiego rozpowszechnienia, tak zupełnie nie podejrzewałem, że zwolennikami „przymusowego” stosowania leków w leczeniu uzależnienia od alkoholu będą niektórzy spośród autorów zaleceń. Mam nadzieję, że szybko zauważą, że się nieco zapędzili albo „dali się wpuścić w maliny”...

Czy tylko w leczeniu uzależnienia od alkoholu jest taki nagły zwrot ku stosowaniu farmakoterapii?

– Nie tylko. Nie tak dawno pojawiła się grupa osób (Stowarzyszenie Substytucyjnego Leczenia Uzależnień „Mar”) zainteresowanych szerszym rozpowszechnieniem metadonu, a przy okazji likwidacją ośrodków stosujących metody psycho- i socjoterapeutyczne w leczeniu narkomanii. Warto sprawdzić, czy w obu kampaniach nie powtarzają się te same nazwiska.

Dlaczego tak nagle forsuje się farmakoterapię, przekonując, że powinna mieć ona taki sam, jeśli nie większy, udział w leczeniu jak psychoterapia? Czy osoby przekonujące o skuteczności leków mogą mieć jakieś ukryte motywy?

– Zastanawiam się nad udziałem w tym wszystkim firm farmaceutycznych...

Czyżby przeszły one do ofensywy i będą starały się przejść od NFZ środków, które były dotychczas przeznaczone na opłacanie świadczeń psychoterapeutycznych i psychokorekcyjnych stosowanych wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych?

Myślę, że wkrótce się o tym przekonamy. Poważną wadą zaleceń jest niewątpliwie brak (np. na końcu tekstu) tzw. deklaracji konfliktu interesów.

rozm. KB

Prowadzenie terapii depresji u pacjentów uzależnionych powinno być oparte na empatycznej, bezpiecznej i akceptującej relacji...

Ewa Miturska

Terapia poznawczo-behawioralna depresji u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi a nadużywaniem substancji psychoaktywnych istnieje dodatnia korelacja. Z tzw. podwójną diagnozą mamy do czynienia wówczas, gdy uzależnieniu lub nadużywaniu substancji psychoaktywnych towarzyszy występowanie zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te mogą mieć zarówno charakter pierwotny, poprzedzając nadużywanie substancji psychoaktywnych, gdzie najczęściej alkohol lub narkotyki są zażywane przez pacjenta w celu „leczenia” doświadczanego dyskomfortu psychicznego oraz charakter wtórny, gdy są konsekwencjami zdrowotnymi długotrwałego nadużywania substancji psychoaktywnych. Współwystępowanie uzależnienia oraz zaburzeń zdrowia psychicznego ma wieloczynnikową genezę, uwarunkowania te mają głównie charakter biologiczny, psychologiczny i społeczny.

Badania empiryczne, prowadzone w tym obszarze, stwierdzają występowanie silnego związku pomiędzy nadużywaniem alkoholu a depresją. Wyniki te potwierdzone zostały także wśród osób używających narkotyków, szczególnie w odniesieniu do wzorca konsumpcji heroiny i amfetaminy. Szacunkowe wskaźniki współwystępowania depresji i uzależnienia wynoszą około 14 do 15% w przypadku pacjentów uzależnionych od alkoholu oraz około 25% w sytuacji, gdy pacjent zażywa narkotyki (Beck, 2007; Moskalewicz i inni, 2012).

Pacjenci z podwójną diagnozą stanowią wyzwanie dla personelu lecznictwa odwykowego, bowiem prawidłowe rozpoznanie, czy u osoby uzależnionej współwystępują zaburzenia depresyjne, jest ważne w aspekcie planowania późniejszej pracy terapeutycznej.

Depresja mocno pogarsza funkcjonowanie psychiczne i społeczne pacjenta, a ponadto zwiększa ryzyko wystąpienia nawrotu w zakresie konsumpcji alkoholu lub narkotyków, co oczywiście pogarsza dalsze rokowania w procesie leczenia pacjenta (Chodkiewicz, 2012; Garfield S., Bergin A., 1990; Rakowska J.M., 2005).

W wielu przypadkach klinicznych nie jest możliwe jednoznaczne postawienie diagnozy depresji, szczególnie zanim nie upłynie minimum kilka miesięcy od momentu detoksykacji pacjenta, ponieważ konsumpcja alkoholu lub narkotyków bądź pierwszy okres po odstawieniu tych substancji może dawać obraz kliniczny podobny do zaburzeń afektywnych. W leczeniu pacjentów z podwójną diagnozą, nadużywających substancji psychoaktywnych i przejawiających zaburzenia nastroju, utajone objawy psychopatologiczne pojawiają się dopiero w końcowej fazie detoksykacji.

Na tym etapie konieczne jest już podjęcie decyzji w zakresie trybu dalszego leczenia oraz zaplanowanie właściwego programu terapii dla danego pacjenta. Program ten powinien uwzględniać przede wszystkim dotychczasową motywację pacjenta do pracy nad sobą, jego wgląd w siebie, wiedzę i krytycyzm wobec nałogu oraz funkcjonowanie psychospołeczne i umiejętności psychospołeczne, jakimi on dysponuje. Istotne znaczenie dla planowania procesu leczenia pacjenta z podwójną diagnozą ma szczególnie rodzaj zażywanej substancji psychoaktywnej i jej wpływ na daną jednostkę, a także cechy osobowości, temperament, poziom kompetencji społecznych i specyfika zaburzenia psychicznego (Beck A.T., Freeman A., Davis D.D., 2005).