

Ewa Dubiel

Uniwersytet Opolski

## Strategia redukcji szkód w pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków i alkoholu

**Abstrakt:** Polityka państw europejskich, Stanów Zjednoczonych, Ameryki Południowej i Australii od kilkunastu lat zmierza w kierunku restrukturyzacji systemu pomocy osobom uzależnionym wdrażając działania, których celem jest ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych. Wiele krajów oferuje dostęp do niskoprogowych programów, czyli takich, w których udział nie nakłada na uczestnika obowiązku utrzymywania abstynencji i stosowania się do wygórowanych zasad i obowiązków placówki odwykowej. Redukcja szkód jest filozofią opartą na pragmatycznych i realistycznych celach pracy z osobami uzależnionymi i użytkownikami. Zakłada, że każda, nawet najmniejsza zmiana jest ważna i należy ją wzmacniać. Programy redukcji szkód funkcjonują zazwyczaj w kilku sektorach oddziaływań społecznych – terapii, resocjalizacji, profilaktyki zachowań ryzykownych i pomocy społecznej. W Polsce poszerzenie oferty terapeutycznej o programy redukcji szkód jest zjawiskiem nadal marginalnym, a zmiany w systemie leczenia uzależnień nie nadążają za dynamicznymi zmianami wzorca używania substancji psychoaktywnych. Monolityczny system pomocy, oparty na abstynencji, jest niewystarczający i nie odpowiada na zmieniające się potrzeby w zakresie pomocy osobom tego potrzebującym.

**Słowa kluczowe:** redukcja szkód, uzależnienie, programy terapeutyczne, profilaktyka uzależnień.

### Wstęp

O życiowych konsekwencjach używania substancji psychoaktywnych, głównie alkoholu i narkotyków, wiemy bardzo dużo. Badania z zakresu medycyny, psychia-

trii, psychologii, pedagogiki czy socjologii dostarczają danych wskazujących na poważne straty zdrowotne, psychologiczne i społeczne wynikające z nadmiernego używania substancji psychoaktywnych. Człowiek zażywający narkotyki lub alkohol w stopniu szkodliwym lub będący osobą uzależnioną<sup>1</sup> ma ograniczone możliwości prawidłowego funkcjonowania społecznego, a powstałe w wyniku używania szkody, powodują cierpienie indywidualne i poważne straty społeczne. Istnieje grupa uzależnionych określanych w leczeniu odwykowym jako „wysoko funkcjonujący” alkoholicy lub narkomani, którzy, pomimo spełniania kryterium diagnostycznego, potrafią latami realizować zadania wynikające z pełnienia różnych ról społecznych, głównie w obszarze zawodowym. Jednak większość z nich doświadcza na tyle poważnych trudności emocjonalnych i społecznych, że również oni poszukują dla siebie pomocy, korzystając z różnorodnej oferty terapeutycznej lub rehabilitacyjnej.

Coraz częściej wskazuje się na zniekształcony obraz leczenia uzależnienia, który powstał głównie na podstawie badań prowadzonych wśród pacjentów placówek odwykowych, do których trafiają osoby z najpoważniejszym przebiegiem choroby. Wobec tej grupy pacjentów jedyną skuteczną strategią pomocy stał się, zapoczątkowany w latach 50. XX w., paradygmat całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych. Jak wskazują John Cunningham i Jim McCambridge obraz uzależnienia jako choroby przewlekłej i nieuleczalnej ulega zmianie, gdy zostaną uwzględnione szeroko zakrojone badania populacyjne, z których wynika, że jest wiele osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu, jednak ich objawy ustępują bez zastosowania specjalistycznych zabiegów terapeutycznych, a zmiana wzorca używania na bardziej przystosowawczy utrzymuje się w dłuższej, trzyletniej perspektywie czasowej (Cunningham, McCambridge 2012, s. 6–12; Klingemann 2013, s. 5–8).

Warto w tym miejscu przypomnieć również koncepcję samoleczenia Edwarda Khantziana, która zakłada, że uzależnienie powstaje jako wynik mechanizmu radzenia sobie z wewnętrznymi problemami, jest więc zjawiskiem wtórnym wobec pierwotnych problemów jednostki. Tendencja ta jest częstsza wśród kobiet niż mężczyzn, które poszukują panaceum na symptomy zaburzeń afektywnych i lękowych (Bukowska 2012, s. 133). Dla tej grupy pacjentów dychotomiczny model terapii opartej na całkowitej abstynencji, jako warunku uczestnictwa w dalszych etapach pomocy, okazuje się trudny lub wręcz niemożliwy do realizacji. W praktyce oznacza to, że pacjenci z tej grupy rezygnują z prób sięgnięcia po profesjonalną pomoc lub doświadczają porażki na samym starcie, utwierdzając się w przekona-

.....

<sup>1</sup> „Używanie szkodliwe” to termin medyczny zarezerwowany dla sposobu przyjmowania substancji psychoaktywnej, który powoduje szkody somatyczne lub psychiczne, „uzależnienie” to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji dominuje nad innymi zachowaniami, mającymi wcześniej większą wartość. Więcej: Puzyński, Wciórka 2007, s. 73.

niu, że używanie alkoholu lub narkotyków to kosztowna, ale jedyna możliwość radzenia sobie z indywidualnymi problemami.

Wyniki badań potwierdzają, że istnieje grupa osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, u których po zastosowaniu krótkich, czasami jednorazowych interwencji następują istotne, długotrwałe zmiany (Cebulska 2015, s. 11–13).

Takie czynniki jak wysoce zindywidualizowany obraz kliniczny i przebieg uzależnienia, wyniki badań potwierdzające, w wybranych przypadkach, możliwość stosowania innych niż długotrwała terapia i abstynencja metod pracy nad powrotem do satysfakcjonującego życia, a przede wszystkim filozofia pomagania zorientowana na poprawę jakości życia, a nie całkowite wyeliminowanie objawów, stały się przesłankami do wzbogacenia systemu pomocy osobom niedostosowanym, borykającym się z uzależnieniem od alkoholu lub/i narkotyków. Piętnastoletni okres poszerzania oferty terapeutycznej w Polsce o działania z zakresu redukcji szkód w Polsce daje możliwość podsumowania rezultatów.

## **Redukowanie szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych w ustawodawstwie polskim a sposoby realizacji w praktyce terapeutycznej**

Pierwsza połowa lat 80. ubiegłego wieku to okres, w którym używanie narkotyków przestało być tylko niepokojącym problemem społecznym. Pandemia wirusa HIV rozwijająca się wśród osób dożylnie stosujących narkotyki zmusiła ustawodawców Stanów Zjednoczonych, następnie Australii, Kanady i większości krajów Europy Zachodniej do szybkich interwencji ukierunkowanych na opanowanie epidemii. Cel tych działań nie był zorientowany na leczenie uzależnienia od narkotyków, a tym bardziej od alkoholu, lecz na redukcję szkód wynikających z dożylnych iniekcji (zakażenia wirusem HIV, HBV, HCV). W wymienionych krajach wykorzystano, realizowany wcześniej w USA, program wymiany igieł i strzykawek oraz program metadonowy związany z ideą zapobiegania przedawkowaniom wśród narkomanów opiatowych (Sempruch-Malinowska, Zygałło 2012, s. 253). Programy redukcji szkód (*harm reduction*) w ciągu trzydziestu lat rozwinęły się w potężny system pomocowy zawierający bogatą ofertę skierowaną nie tylko do narkomanów stosujących narkotyki drogą dożylną, ale również innych uzależnionych, w tym alkoholików.

W Europie Środkowej i Wschodniej programy redukcji szkód wprowadzono nieco później, w latach 90., lecz na dużo mniejszą skalę niż w innych krajach europejskich. Polska, jako jeden z pierwszych krajów Europy Zachodniej, rozpoczęła działania z zakresu redukcji szkód, jednak obecnie tempo tych zmian jest tak wolne, że tylko Białoruś realizuje mniej programów. Zaskakuje fakt, że w Polsce termin „redukcja szkód” użyto pierwszy raz blisko dwadzieścia lat temu w Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996–2005, w celu operacyjnym nru-

mer 5<sup>2</sup>. Zaskakuje dlatego, że redukcja szkód nadal, choć minęło tyle lat, wywołuje dużo kontrowersji wśród specjalistów terapii i psychoterapii uzależnień<sup>3</sup>, specjalistów z zakresu psychiatrii, zdrowia publicznego i profilaktyki zachowań ryzykownych. Bywa traktowana jako wspieranie uzależnienia a nie uzależnionego. Jak wskazują Katarzyna Sempruch-Malinowska i Marek Zygałdo wadą zapisu zawartego w Narodowym Programie Zdrowia jest wysoki poziom ogólności pojęcia „redukcja szkód”. Skutkuje to dezorientacją w środowisku, którego zadaniem jest niesienie pomocy i wsparcia osobom uzależnionym, a nie posługiwanie się tym terminem jako pustym sloganem, bez praktycznej realizacji, opartej na zasadach polityki redukcji szkód.

Redukcja szkód jest każdym działaniem podjętym w celu zmniejszenia szkód powodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych. Skierowana jest do osób używających tych substancji, ich rodzin i społeczności. Programy redukcji szkód zakładają zatrzymanie procesu pogłębiania się uzależnienia, podwyższenie jakości życia, zabezpieczenie, często najbardziej podstawowych, potrzeb życiowych. Programy tego typu realizowane są w warunkach terapii, pomocy społecznej, działalności organizacji pozarządowych. Zazwyczaj odbiorcami są osoby głęboko uzależnione, zmarginalizowane, wykluczone społecznie (Klingemann 2015, s. 3).

Polska Sieć Redukcji Szkód opierająca się na wykładni opracowanej przez *Harm Reduction Coalition*, definiując model redukcji szkód sformułowała następujące zasady (Sempruch-Malinowska, Zygałdo 2012, s. 253):

- *Zakłada się, że pomoc udzielana jest w każdej sytuacji, w jakiej dana osoba aktualnie funkcjonuje. Zasada ta ma kardynalne znaczenie ponieważ oznacza, że zadaniem pomagającego jest rezygnacja z własnego scenariusza działań. Najczęściej punktem wyjścia jest pomoc w rozwiązaniu pilnych, bieżących problemów, często natury socjalnej, tj. bezdomności, ubóstwa, chorób somatycznych. Jak zauważa Justyna Klingemann „uznaje się, że nie ma przypadków beznadziejnych, że nigdy nie jest za późno na zmianę, programy redukcji szkód są bezpiecznym miejscem do rozmowy o problemach, możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia, miejscem gdzie można wziąć prysznic, uprać sobie rzeczy, znaleźć informacje o pracy dorywczej, czy skorzystać z kuchni”* (Klingemann 2015, s. 4).

.....

<sup>2</sup> W jednym z punktów celu operacyjnego nr 5 Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005, dotyczącego postulowanych efektów, pojawił się następujący zapis gwarantujący „wprowadzenie ogólnie dostępnych programów redukcji szkód zdrowotnych u osób przyjmujących substancje psychoaktywne w sposób okazjonalny i u osób uzależnionych”. Więcej: *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*.

<sup>3</sup> W polskim leczeniu odwykowym istnieje formalny podział na sektor działań pomocowych skierowany do uzależnionych od narkotyków i uzależnionych od alkoholu. Specjaliści w obszarze pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu mają tytuł psychoterapeuty uzależnień, natomiast specjaliści pracujący z narkomanami tytuł terapeuty uzależnień. Oba tytuły są równorzędne i uzyskuje się je w odrębnych postępowaniach certyfikacyjnych.

- *Zakłada się, że osoby, które aktualnie przyjmują substancje psychoaktywne są w stanie podejmować decyzje, kierować swoim zachowaniem, a także je zmieniać.* Założenie to podważa powszechnie występujący stereotyp, obecny również wśród części terapeutów, że osoba uzależniona od narkotyków lub alkoholu nie jest w stanie odpowiedzialnie wpływać na własne życie. W wielu miejscach na świecie działają schroniska i noclegownie, w których zezwala się na spożywanie alkoholu. Zakres spożycia jest ustalany indywidualnie, co daje możliwość instytucjonalnej kontroli, nie przekreśla partnerskiej relacji pomiędzy kadrą a mieszkańcami oraz ogranicza proceder niekontrolowanego picia lub przyjmowania narkotyków. Przykład ten uzasadnia również kolejną zasadę opisaną poniżej.
- *Zakłada się, że uzyskanie całkowitej abstynencji nie zawsze jest najważniejszym i najbardziej korzystnym celem pomagania osobom przyjmującym substancje psychoaktywne.* Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych liczba osób uzależnionych od alkoholu to 2% populacji, z której jedynie około jedna szósta korzysta z leczenia odwykowego. Skuteczność programów terapii jest ograniczona, co oznacza, że tylko niewielka część tej grupy odniesie jakiegokolwiek korzyści (Jakubczyk, Wojnar 2012, s. 374). Głównym powodem rezygnacji z terapii i innych działań pomocowych jest wymóg abstynencji. Badania w Stanach Zjednoczonych organizowane przez SAMHSA, potwierdzone również w Europie, wskazały, że ze względu na wymóg abstynencji działaniom terapeutycznym nie poddało się blisko 90% osób poszukujących tego typu pomocy. Wiedza z zakresu przebiegu uzależnienia wskazuje, że łamanie abstynencji jest objawem tej choroby, więc oczekiwanie natychmiastowej i bezwzględnej trzeźwości jest nielogiczne i niespójne z wiedzą na jej temat (Sempruch-Malinowska, Zygałdo 2012, s. 256).
- *Zakłada się, że niektóre sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych są bezpieczniejsze niż inne.* Ujęcie uzależnienia jako choroby skłania często do porównywania jej do innych chorób, o podobnym, przewlekłym przebiegu. Dobrym przykładami są cukrzyca i otyłość. Lecząc wspomniane choroby, nie dąży się do całkowitej eliminacji z jadłospisu zagrażających produktów spożywczych. Diety opracowywane są w sposób wysoce zindywidualizowany, a pacjent sam decyduje z czego rezygnuje, a co stara się ograniczyć. W przypadku osób stosujących środki odurzające najgroźniejsza sytuacja powstaje w trakcie dożylnych iniekcji sprzętem wielokrotnego użytku. W odpowiedzi na zapotrzebowanie tej grupy klientów dąży się do zmiany sposobu przyjmowania narkotyków na mniej zagrażający lub do zastąpienia substancji potencjalnie bardziej szkodliwej, taką, która powoduje mniej szkód. Jak zauważają Sempruch-Malinowska i Zygałdo, „jeśli pacjent zażywa opiaty drogą iniekcji, to zastanówmy się jak i w czym możemy go

wesprzeć – w zmniejszaniu częstotliwości, zmianie sposobu przyjmowania substancji, zmianie samej substancji, w podjęciu leczenia substytucyjnego, a może kiedyś, w przyszłości – w dążeniu do celu, którym będzie abstynencja” (Sempruch-Malinowska, Zygałto 2012, s. 258).

- *Zakłada się włączenie osoby przyjmującej substancje psychoaktywne w tworzenie własnych strategii i sposobów pomocy.* Chyba żadna inna z wymienionych tu zasad nie wzbudziła takich dyskusji w środowisku leczenia uzależnionych. Medyczny model leczenia bazuje na jasnych procedurach postępowania w sytuacji wystąpienia określonych objawów. Zadaniem lekarza jest znajomość i wdrażanie procedury terapeutycznej, a pacjenta stosowanie się do tych dyrektyw. W takim modelu wejście w relację pomagania upoważnia do kontrolowania i narzucania własnych zasad przez osobę tę pomoc niosącą. Model redukcji szkód uwzględnia gotowość pacjenta do podjęcia zmiany w takim zakresie, jaki on uzna za możliwy. Idea ta uwzględnia wiedzę z obszaru procesów motywacyjnych człowieka. Najlepsze rozwiązania nie przyniosą oczekiwanych skutków, jeśli osoba mająca je wdrożyć nie rozumie ich, nie jest nimi zainteresowana lub postrzega je w kategoriach bolesnej straty lub wyzwania, któremu nie jest w stanie sprostać.
- *Zakłada się, że aby zapewnić skuteczność działań należy uwzględnić środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca substancje psychoaktywne.* Punkt ten podkreśla kardynalne znaczenie, jakie dla wprowadzenia pożądanych zmian mają uwarunkowania powstałej dysfunkcji oraz aktualne czynniki występujące w środowisku osoby uzależnionej. Podejmując działania pomocowe dąży się do zdiagnozowania czynników zagrażających a następnie wyeliminowania ich ze środowiska, w którym funkcjonuje osoba uzależniona. Takim czynnikiem może być współzależnienie partnera lub pozostawanie w środowisku, w którym uzależniony doświadcza przemocy lub jest jego sprawcą. Jedną ze strategii, jaką od dawna zresztą podejmuje się w leczeniu uzależnionych, jest czasowe lub trwałe dążenie do odizolowania osoby uzależnionej od zagrażającego środowiska.

Idea całkowitej eliminacji środków psychoaktywnych z życia społecznego wydaje się niemożliwa do zrealizowania. Opisywane pragmatyczne podejście zorientowane jest na ustalenie hierarchii krótkoterminowych, realnych do osiągnięcia celów. Dużą wagę przywiązuje się również do promowania wartości humanistycznych, w których nadrzędną wartością jest poszanowanie praw i godności człowieka. Wspomniany pragmatyzm oddaje pierwszeństwo działaniom, które po oszacowaniu zysków i strat, wydają się możliwe do realizacji. Stąd tendencja do preferowania działań krótkoterminowych, o jasno sprecyzowanych celach.

Efektywność programów redukcji szkód w dużej mierze zależy od polityki konkretnego państwa wobec narkomanii i narkotyków. Kraje promujące restrykcyjne i represyjne systemy polityki wobec osób używających substancji psychoaktywne

takie programy wprowadzają w bardzo ograniczonym zakresie. Permisywna polityka narkotykowa oraz system uwzględniający możliwość zastosowania środków leczniczych zamiast bezwzględnej kary daje dużą przestrzeń do realizacji działań z obszaru redukcji szkód.

W polityce państw UE, w tym Polski, obserwuje się tendencję do wycofywania represyjnych działań wobec zażywających narkotyki, przy jednoczesnym rozwijaniu obszaru działań profilaktycznych i leczniczych. Strategia antynarkotykowa UE na lata 2013–2020 w zakresie przeciwdziałania narkomanii zaleca dywersyfikację działań zmierzających do ograniczania popytu na narkotyki, uznając takie działanie za dużo skuteczniejsze niż ograniczanie podaży promowane w latach 90. ubiegłego wieku. Rezolucja ta stanowi fundament, na którym budowane są współczesne programy profilaktyki uzależnień. Należy podkreślić, że państwa członkowskie, zgodnie z zasadą subsydiarności, same decydują jakie mechanizmy regulacyjne użyją w obszarze popytu i podaży narkotyków (Sobeyko 2008, s. 119–131).

Programy redukcji szkód realizowane są w czterech podstawowych zakresach: edukacji, pracy w środowisku, terapii substytucyjnej oraz redukcji szkód w psychoterapii (Sempruch-Malinowska, Zygałło 2012, s. 253–264). Oto krótka charakterystyka każdego z nich.

## Edukacja o narkotykach (*drug education*)

W działaniach edukacyjnych przekazuje się rzeczowe, konkretne i aktualne informacje przydatne w sytuacji używania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. W *harm reduction* odchodzi się od straszenia konsekwencjami wynikającymi z zażywania narkotyków ze względu na niską skuteczność tych strategii. Promuje się przekazywanie informacji opartych na faktach, a nie mitach, takich, które w sytuacji kontaktu z narkotykami pomogą uniknąć zagrożeń związanych z zanieczyszczeniem środków obecnych na rynku, faktyczną siłą ich działania, możliwością przedawkowania. Charakterystykę tych działań prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Działania edukacyjne prowadzone w modelu redukcji szkód

Edukacja o narkotykach ( <i>drug education</i> )	Adresaci	Realizatorzy	Działania prowadzone w ramach programu
Programy z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej	osoby eksperymentujące z narkotykami lub używające ich w sposób szkodliwy	Przeszkoleni pedagodzy i psychologowie, specjaliści terapii uzależnień	Programy wczesnej interwencji, np. FredsGoNet, programy terapii krótkoterminowej, treningi kompetencji społecznych
Edukacja uliczna	osoby uzależnione, wykluczone, marginalizowane, poszukujące specjalistycznej pomocy	Przeszkoleni wolontariusze, terapeuci uliczni, specjaliści terapii uzależnień, pracownicy socjalni	Bezpośrednie dotarcie do osób, które używają narkotyków w ich środowisku, rozdawanie ulotek informacyjnych



Edukacja o narkotykach ( <i>drug education</i> )	Adresaci	Realizatorzy	Działania prowadzone w ramach programu
Chat-rooms, poradnie on-line	wszyscy zaintereso- wani	Specjaliści terapii uzależnień, psychia- try, lekarze pierw- szego kontaktu, prawnicy	Bogata oferta internetowa udo- stępniająca informacje z zakresu wiedzy o narkotykach, mecha- nizmach uzależnień, konsekwen- cjach zdrowotnych stosowania narkotyków, możliwości uzyska- nia anonimowej pomocy

Źródło: opracowanie własne.

## Praca w środowisku (*outreach work*)

Programy z zakresu redukcji szkód można podzielić na nisko- i wysokoprogowe. Programy niskoprogowe stawiają minimalne wymagania wobec adresatów, zazwyczaj dotyczące szczególnych zasad współżycia społecznego, tj. zakazu stosowania przemocy lub wnoszenia broni. Programy wysokoprogowe formułują przed uczestnikami wiele jasno określonych wymagań już na etapie naboru, jak również w czasie trwania programu. Przykładami programów niskoprogowych (tabela 2) są np. wymiana igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych narkomanów (*drop – in center*). Leczenie substytucyjne w Polsce, w większości przypadków, wpisuje się zasady funkcjonowania programów wysokoprogowych.

Tabela 2. Praca w środowisku życia osób uzależnionych w modelu redukcji szkód

Praca w środowisku ( <i>outreach work</i> )	Adresaci	Realizatorzy	Działania prowadzone w ramach programu
Punkty wymiany igieł i strzykawek	osoby stosujące narkotyki w for- mie dożylnych iniekcji	party- i street-workerzy, świetlice dla czynnych narkomanów ( <i>drop- in center</i> ), poradnie i punkty medyczne do tego upoważnione	w trakcie ustalonych, zazwyczaj sta- łych dyżurów terapeutów uliczni infor- mują, w jaki sposób zabezpieczyć zużyte igły i strzykawki zbierając je do specjalnych pojemników, rozdają ste- rylny sprzęt
Informacje o bez- piecznych iniekcjach	osoby stosujące narkotyki w for- mie dożylnych iniekcji	party- i street-workerzy, świetlice dla czynnych narkomanów ( <i>drop-in point</i> ), poradnie i punk- ty medyczne do tego upoważnione, specjaliści terapii uzależnień, leka- rze i personel medyczny	udzielanie informacji o zasadach bez- piecznych iniekcji (np. zasada „zostaw jedną żyłę dla lekarza”); pierwszy pro- jekt edukacyjny tego typu prowadził w Polsce pracownik krakowskiego Monaru G. Wodowski



Praca w środowisku (outreach work)	Adresaci	Realizatorzy	Działania prowadzone w ramach programu
Pokoje iniekcyjne	osoby stosujące narkotyki w formie dożylnych iniekcji	w Polsce jest to proceder nielegalny	dożylne przyjmowanie narkotyków w bezpiecznych i higienicznych warunkach przy współpracy z personelem medycznym; miejsca te oferują często możliwość testowania składu narkotyków, w celu wykrycia nieprawidłowości i zanieczyszczeń. W Danii, Holandii, Niemczech, Szwajcarii, Hiszpanii, Norwegii funkcjonują specjalne pomieszczenia do stosowania bezpiecznych iniekcji, obsługiwane przez personel medyczny, a przyjmowanie w nich narkotyków jest procedurą legalną
Profilaktyka przedawkowań	głównie osoby stosujące narkotyki w formie dożylnych iniekcji, ale również inni użytkownicy	party- i street-workerzy, świetlice dla czynnych narkomanów (drop-in center), poradnie i punkty medyczne do tego upoważnione, specjaliści terapii uzależnień, lekarze i personel medyczny	udzielanie informacji o zasadach bezpiecznego stosowania narkotyków dożylnych i innych (np. nie bierz w samotności, zaczynaj od małych dawek, obserwuj organizm po przyjęciu substancji, pamiętaj o zasadach pierwszej pomocy, wezwij pogotowie)

Źródło: opracowanie własne.

W wielu krajach w środowisku osób stosujących narkotyki realizowane są programy niskoprogowe. Zadaniem terapeutów ulicznych lub tzw. party-workerów jest dotarcie do czynnych narkomanów w miejscach, w których oni przebywają – na ulicach, dworcach, w klubach, dyskotekach. Ten typ działań najlepiej rozwinęty jest w Warszawie i Krakowie. W Krakowie terapeuci uliczni poruszają się na rowerach, posiadają także specjalny bus, który dociera również do innych miast (Malczewski i in. 2009, s. 7). Celem tych działań jest wymiana używanego sprzętu do iniekcji, udzielanie porad, informacji, wsparcia, a jeśli jest to możliwe motywowanie do udziału w innych formach pomocy mających poprawić jakość życia, np. w programach substytucyjnych. Prowadzone badania przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, monitorujące działanie programów niskoprogowych wskazały stopniowy spadek liczby programów wymiany igieł i strzykawek w ciągu ostatnich lat. W roku 2002 było 21 takich programów, a w 2008 już tylko 13. Programy niskoprogowe to obszar najslabiej w Polsce rozwinięty. W Stanach Zjednoczonych i wielu krajach Europy Zachodniej takie działania, jak: wymiana igieł i strzykawek, destylowanie wody i filtrów do oczyszczania narkotyków, rozdawanie środków dezynfekujących oraz szkolenia z zakresu bezpiecznych iniekcji, profilaktyki przedawkowań i po-

mocy przedmedycznej należą do podstawowych działań środowiskowych zapoczątkowanych już w latach 80. ubiegłego wieku (Sempruch-Malinowska, Zygałło 2012, s. 260).

## Leczenie substytucyjne (*substitution therapy*)

Leczenie substytucyjne (tab. 3), trzeci z wymienionych obszarów redukcji szkód, skierowane jest do osób uzależnionych od opiatów i polega na wykorzystaniu substancji medycznej posiadającej właściwości i działanie zbliżone do narkotyku przyjmowanego przez uzależnionego. Substancja ta, nazywana agonistą, nie mając działania euforyzującego, podawana doustnie, zapobiega występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego, redukuje głód psychiczny oraz ogranicza skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem (<http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106992>; dostęp: 3.01.2016).

Tabela 3. Leczenie zastępcze realizowane w modelu redukcji szkód

Leczenie substytucyjne (substitution therapy)	Adresaci	Realizatorzy	Działania prowadzone w ramach programu
Programy nisko- i wysokoprogowe	osoby uzależnione od opioidów, które ukończyły 18 lat i wyraziły zgodę na leczenie	publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki penitencjarne	forma opieki medycznej wykonywana przez lekarza, polegająca na podaniu substancji podobnej w działaniu do narkotyku, w celu zapobiegania pojawieniu się zespołu abstynencyjnego oraz ograniczenia skutków zdrowotnych i społecznych związanych z uzależnieniem
Terapia wspomagana heroiną	w Polsce nie jest realizowana; w wielu krajach Europy Zachodniej skierowana do osób, które bezskutecznie próbują utrzymać się w innych programach terapeutycznych, w tym substytucyjnych	punkty terapii substytucyjnej, ośrodki zdrowia	podawanie uzależnionym heroiny pod ścisłym nadzorem medycznym lub możliwość samodzielnego przyjmowania heroiny medycznej wykupionej w aptece na receptę lekarską

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych zamieszczonych na stronie Krajowego Biura ds. Zapobiegania Narkomanii w 2013 r. liczba problemowych użytkowników opioidów mieściła się w przedziale 10 444–19 794. Z leczenia substytucyjnego korzystało około 2 200 osób, co stanowi około 15% uzależnionych. Szczególnie niekorzystna sytu-

acja kształtuje się w województwie podkarpackim i podlaskim, w których w ogóle nie prowadzi się programów substytucyjnych, oraz w województwie śląskim, gdzie dostęp do nich jest bardzo ograniczony. Substytucja, jako metoda pracy z osobami uzależnionych od opiatów, jest obecnie dostępna we wszystkich krajach Unii Europejskiej, Stanach Zjednoczonych i Australii, rekomenduje ją Komisja Europejska, Światowa Organizacja Zdrowia i agendy ONZ. Celem leczenia substytucyjnego jest ograniczenie możliwości rozprzestrzeniania się wirusa HIV, HCV, HCB i innych krwiopochodnych zakażeń, poprawa stanu zdrowia somatycznego i psychicznego uzależnionego, redukcja zachowań ryzykownych i przestępczych. W aspekcie psychospołecznym celem jest poprawa funkcjonowania chorego i jego reintegracja społeczna dzięki łagodzeniu zespołów abstynencyjnych, zapobieganiu przedawkowaniu i rezygnacji z używania nielegalnych substancji.

Każdy pacjent uczestniczący w programie zostaje objęty indywidualnym planem leczenia, w którym lekarz wraz z osobą uzależnioną ustala dawkę leku właściwą ze względu na metaboliczne zapotrzebowania pacjenta. W leczeniu substytucyjnym przyjmuje się zasadę, że uzależniony może pozostawać w programie przez wiele lat, a nawet do końca życia, ponieważ uwarunkowania jego leczenia są podobne jak w przypadku chorób kardiologicznych lub cukrzycy.

Mając na uwadze fakt, że niewielu uzależnionych od opiatów, sięgających po pomoc pozostaje w długotrwałej abstynencji, leczenie substytucyjne jest propozycją poszerzającą dostępną ofertę leczniczą. Cel, jaki realizuje, nie jest idealistyczny lecz pragmatyczny i zorientowany na ograniczenie najpoważniejszych szkód indywidualnych i społecznych.

Warto również wspomnieć, że w niektórych krajach (Belgia, Dania, Niemcy, Holandia, Hiszpania, Luksemburg, Wielka Brytania i Szwajcaria) istnieją ośrodki podające oczyszczoną heroinę uzależnionym, którzy wykazują oporność na wszelkie inne formy terapii, również substytucyjnej. Cele leczenia medyczną heroiną ograniczone są do zmniejszenia ryzyka zakażeń HIV i ryzyka śmiertelnego przedawkowania (Sempruch-Malinowska, Zygałło 2012, s. 263).

## **Redukcja szkód w terapii** **(*harm reduction psychotherapy*)**

Czwarty obszar pracy, zgodny z zasadami redukcji szkód, dotyczy podejścia terapeutycznego niezorientowanego na cel, jakim jest abstynencja narkotykowa czy alkoholowa. Jest to, tak naprawdę, filozofia pracy z drugim człowiekiem, uwzględniająca holistyczne podejście do niego i kontekst socjokulturowy (Tatarsky, Kellogg 2012, s. 239).

Model redukcji szkód najlepiej wpisuje się w obraz psychoterapii integracyjnej, czyli takiej, która nie jest zakorzeniona tylko w jednej tradycji psychoterapii.

peutycznej, ale czerpie rozwiązania z wielu, indywidualnie dopasowując strategię do potrzeb klienta. Jako cele przyjmuje całościowe działania diagnostyczne zmierzające do identyfikacji psychologicznych, biologicznych i społecznych czynników, które przyczyniają się do procesu uzależnienia. Podejście to zakłada współpracę specjalistów różnych dziedzin i łączenie, jeśli to potrzebne, innych technik redukcji szkód, np. leczenia substytucyjnego. Istotna dla praktyki pedagogicznej i procesów resocjalizacyjnych jest możliwość dostosowania działań do umiejętności personelu o zróżnicowanym poziomie wykształcenia, kwalifikacjach zawodowych i wykonywanych działań. Osobą udzielającą pomocy może być pracownik ochrony, recepcjonista, terapeuta uliczny, pielęgniarka czy młodzieżowy trener (Tatarsky, Kellogg 2012, s. 239). Taka filozofia otwiera przestrzeń do dialogu pomiędzy różnymi specjalistami, którzy angażują się w proces pracy z osobami niedostosowanymi społecznie. Z moich obserwacji, jako specjalisty terapii uzależnień, wynika, że koordynacja działań pomiędzy terapeutą, wychowawcą, pedagogiem szkolnym i kuratorem przynosi bardzo dobre efekty pod warunkiem przyjęcia przez wszystkie wymienione osoby, podobnej, pragmatycznej wizji pomocy.

Tabela 4. Zadania terapeuty realizowane w psychoterapii osób uzależnionych oparte na modelu redukcji szkód Andrew Tatarsky'ego

Zadania realizowane w procesie pracy terapeutycznej z osobą uzależnioną od alkoholu lub/i narkotyków w psychoterapii integracyjnej opartej na modelu redukcji szkód (IHRP – Integrative Harm Reduction Psychotherapy)
Zarządzanie przymierzem terapeutycznym
Lecznicza rola relacji terapeutycznej
Wzmacnianie umiejętności samokontroli w procesie zmiany
Rozpoznanie potrzeb jako forma leczenia
Zrozumienie ambiwalencji
Wyznaczanie celów w ramach redukowania szkód
Strategie aktywnego wspierania pozytywnych zmian

Źródło: opracowanie własne na podstawie Tatarsky, Kellogg 2012, s. 239.

Paradygmat redukcji szkód zakłada, że pracę z osobą uzależnioną rozpoczyna się od tego, z czym klient zgłasza się po pomoc, a nie od tego, co osobie pomagającej wydaje się najważniejsze. Ta prosta, ale bardzo istotna zmiana nastawienia sprawia, że terapeuta i pacjent są równorzędnymi partnerami współpracującymi w procesie wprowadzania zmian. Andrew Tatarsky, uznany za pioniera redukcji szkód na polu terapii uzależnień, wyjaśnia, że strategia ta polega na podejmowaniu małych kroków w kierunku jak największego zmniejszenia szkody wynikającej z problemowego zachowania (Tatarsky 2007, s. 2). Autor sformułował siedem

podstawowych zadań (tab. 4), jakie ma do realizacji specjalista pomagający osobie uzależnionej<sup>4</sup>:

- **Zarządzanie przymierzem terapeutycznym**

Przymierze terapeutyczne rozumiane jest jako umiejętność konsekwentnej współpracy realizowanej na podstawie przyjętych celów i zadań w myśl dyrektywy *zaczynj tam gdzie znajduje się pacjent i pracuj nad jego celami*. Przymierze terapeutyczne nie jest konstruktem stałym, lecz ulega dynamicznym przekształceniom, co oznacza, że w odpowiedzi na zmianę postaw pacjenta, terapeuta też jest zobowiązany do zmiany swoich postaw, w taki sposób, aby wyjść naprzeciw potrzebom pacjenta. Podstawową dyspozycją powinna tu być gotowość do natychmiastowego reagowania na pojawiające się konflikty w relacji i chęć ich zrozumienia w celu naprawy przymierza.

Aby wzmocnić przymierze terapeuta bazuje na takich umiejętnościach, jak: aktywne słuchanie, wspólna eksploracja tematu, empatia, refleksja oraz kontrolowanie przeciwprzeniesienia<sup>5</sup>.

- **Lecnicza rola relacji terapeutycznej**

Czynnik ten przez przedstawicieli wszystkich terapii wymieniany jest jako priorytet (Czabała 2010, s. 213). Trudności w relacjach z innymi ludźmi leżą u podstaw nieadaptacyjnych zachowań, również tych związanych z używaniem narkotyków lub alkoholu. Relacja terapeutyczna jest przestrzenią, w której te problemy prawdopodobnie się ujawniają. Mocne przymierze terapeutyczne umożliwia omówienie trudności i eksperymentowanie z innymi, bardziej adaptacyjnymi zachowaniami. Takie doświadczenie stanowi czynnik leczący, ponieważ dostarcza pacjentowi informacji, że trudności w relacjach można przezwyciężyć oraz, że dla innych – w tym przypadku terapeuty – pacjent jest ważny, i warto dla niego podejmować wysiłek zmierzający do utrzymania relacji z nim.

- **Wzmacnianie umiejętności samokontroli w procesie zmiany**

Osoby uzależnione, tak jak większość nieprzystosowanych społecznie, mają deficyty w zakresie samokontroli swojego zachowania. Tatarsky stwierdza, że należy nawiązać kontakt z tą „częścią” pacjenta, która chce wprowadzać zmiany i dąży do poprawy samopoczucia. W procesie zmiany ważne więc jest wzmacnianie ciekawości, autorefleksji i tolerancji wobec nieprzyjemnych uczuć. Ciekawość natury własnego cierpienia zwiększa samoświadomość i wgląd, dzięki którym pacjent odkrywa związki pomiędzy wydarzeniami, myślami, uczuciami, impulsami i wyborami. Dzięki uruchomieniu tych dyspozycji możliwy jest wzrost tolerancji nieprzyjemnych uczuć i ich akceptacja. Pomocne w tym okazują się trening sa-

.....

<sup>4</sup> Opis zasad redukcji szkód w psychoterapii na podstawie: Jabłoński i in. (red.) 2012, s. 239–252.

<sup>5</sup> Przeciwprzeniesienie jest przez autora rozumiane jako każda osobista reakcja terapeuty w stosunku do pacjenta. Zadaniem pomagającego jest uświadomienie sobie podłoża własnych reakcji i nie podejmowanie działań pod ich wpływem.

moświadości umożliwiający dialog wewnętrzny oraz trening relaksacji pozwalający kontrolować reakcje cielesne.

- **Rozpoznanie problemów jako forma leczenia**

Aby oddziaływania wobec osoby nieprzystosowanej były skuteczne zmiana powinny ulec jej właściwości poznawcze – wniosek ten formułowany jest przez wszystkie szkoły psychoterapeutyczne (Czabała 2010, s. 227).

Pomoc osobie uzależnionej polega m.in. na zrozumieniu doświadczeń pacjenta, tego w jaki sposób zaważyły one na podejmowaniu decyzji życiowych. Proces rozpoznawania problemów pacjenta stymuluje go do wglądu we własną sytuację. Pogłębiona autodiagnoza własnych problemów jest punktem wyjścia do formułowania strategii zmniejszania cierpienia i redukowania szkód powstałych w związku z podejmowaniem zachowań ryzykownych, w tym nałogowych. Umiejętność określenia zachowań problemowych pomaga, jak podkreśla Tatarsky, uzyskać czytelny obraz swojego zachowania oraz tego, jaki ma ono wpływ na inne sfery życia, w jaki sposób przeszkadza w realizacji ważnych dla pacjenta wartości i celów życiowych. Rozpoznanie własnych problemów jest więc czynnikiem, który wzmacnia poczucie kontroli własnego życia, tak często upośledzone w związku rozwijającym się uzależnieniem.

- **Zrozumienie ambiwalencji**

Używanie substancji psychaktywnych niesie ze sobą konsekwencje dwojakiego rodzaju: negatywne, które są powodem cierpienia, ale też pozytywne, jak chwilowe zniesienie dyskomfortu emocjonalnego lub funkcjonowanie w sposób nieosiągalny w stanie bez użycia narkotyków lub alkoholu. Ambiwalencja jest więc konsekwencją doświadczania strat, ale również zysków. Wypracowanie przekonania, że istnieją inne, alternatywne sposoby radzenia sobie z trudnościami zajmuje dużo czasu, stąd w trakcie pracy z osobą uzależnioną należy rozwijać temat pojawiającej się ambiwalencji, aby pacjent miał okazję rozważyć możliwe rozwiązania. W klasycznej terapii odwykowej opartej na priorytetowym celu jakim jest abstynencja, istnieje tendencja do minimalizowania czasu poświęcanego na analizowanie zysków wynikających z zażywania narkotyków lub picia alkoholu. Model redukcji szkód podkreśla kluczowe znaczenie, jakie dla budowania przymierza terapeutycznego, ma empatia wobec obu postaw pacjenta. Tatarsky podkreśla, że „jeśli terapeuta nastawia się na głos tylko jednej strony pacjenta i tylko tę stronę wzmacnia (zwykle tę, która chce przestać brać lub robić to bezpieczniej), istnieje ryzyko, że tylko z tą częścią zawrze przymierze, co może być skierowane przeciwko drugiej stronie. W efekcie ta część, która chce się zmienić może zobowiązać się do wielu rzeczy i zaplanować wiele działań, podczas gdy część pacjenta, która chce wciąż brać [...], kontynuuje używanie bez żadnych zmian. Wyrażenie empatii wobec obydwu aspektów ambiwalencji sprawia, że konflikt pozostaje w pacjencie. Obie strony uczestniczą w terapii i mają szansę wyrazić swoje zdanie, obie również brane są pod uwagę w planowaniu nowych celów” (Tatarsky, Kellogg 2012, s. 244).

- **Wyznaczanie celów w zakresie redukcji szkód**

Podjęcie redukcji szkód w psychoterapii oparte jest na stopniowej zmianie zachowań ryzykownych pacjenta na jak najmniej szkodliwe, przy wykorzystaniu wielu metod, zarówno z dziedziny redukcji szkód, jak i tych opartych na abstynencji. Wymiernym skutkiem podejmowanych zabiegów jest skonstruowanie, wspólnie z pacjentem, Idealnego Planu Używania (*Ideal Use Plan*), dzięki któremu pacjent jest w stanie: ocenić problemowe obszary używania substancji psychoaktywnych, wzmocnić motywację do pozytywnych zmian, wyznaczyć cele w zakresie redukcji szkód, zaplanować strategie osiągnięcia nowych celów. Opisywany plan ma zawierać informacje o rodzaju substancji, drogach jej przyjmowania, dawkach, częstotliwości oraz okolicznościach używania. Tak skonstruowany plan, traktowany jest jak eksperyment, co oznacza, że wszystko, co wydarzy się w trakcie jego realizacji podlega ocenie skuteczności. Dzięki takiemu podejściu pacjent ma możliwość aktywnego kreowania rozwiązań i modyfikowanie planu, w taki sposób, by odpowiadał jego potrzebom.

- **Strategie aktywnego wspierania pozytywnych zmian**

Ostatnim elementem, który może być zrealizowany po opracowaniu Idealnego Planu Używania, jest wybór strategii do jego realizacji. Autorzy tego modelu zdecydowali się na zaadoptowanie strategii behawioralno-poznawczych o potwierdzonej skuteczności naukowej. W tej strategii realizuje się m.in. działania z następujących obszarów: edukacji, analizy pragnień, identyfikacji myśli, uczuć i przekonań, bilansu decyzyjnego i dialogu wewnętrznego, identyfikacji czynników wyzwalających, kontroli lub przeciwdziałania tym czynnikom, działań alternatywnych<sup>6</sup>.

Siedem wymienionych zaleceń do pracy z osobą uzależnioną w modelu redukcji szkód jest propozycją działań angażujących pacjenta, wspierających budowę solidnego przymierza z pomagającym i za sprawą niewielkich, stopniowych zmian prowadzącą do lepszego funkcjonowania uzależnionego w obszarze osobistym i społecznym.

Dokonując przeglądu strategii redukcji szkód wyraźnie widać, że jest ona tradycyjnie dedykowana zażywającym narkotyki. To dla nich rozbudowano sieć wsparcia, która w związku z przyjętymi celami dostosowana jest do potrzeb indywidualnych, ale też społecznych. Głośno jest również o zmianach polityki narkotykowej w Polsce, o promowaniu w celach strategicznych Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 ograniczania używania narkotyków i związanych z tym problemów zdrowotnych i społecznych<sup>7</sup>.

.....

<sup>6</sup> Więcej na ten temat: Beck i in. 2007; Tatarsky, Kellogg 2012; Tatarsky 2007.

<sup>7</sup> Więcej na ten temat: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016, Dz.U. Nr 78, poz. 428.



Nieco inaczej sprawa wygląda w lecznictwie odwykowym oferowanym osobom uzależnionym od alkoholu. Wprawdzie w tym środowisku, nie ma potrzeby wymiany sprzętu iniekcyjnego, rozważań na temat zalegalizowania różnych rodzajów alkoholu – ponieważ proceder picia alkoholu jest legalny – czy tworzenia specjalnych punktów, gdzie osoba uzależniona może bezpiecznie go spożywać, jednak również w sektorze terapii uzależnienia od alkoholu pojawiają się zmiany wpisujące się w model redukcji szkód. Nowością jest wdrażanie programów ograniczania picia (POP)<sup>8</sup>, których celem jest wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnie z ustalonym wcześniej planem. Skierowany on jest do osób nieakceptujących modelu całkowitej abstynencji, a ich uzależnienie jest w początkowej fazie, w której doświadczane konsekwencje nie są jeszcze tak dotkliwe. Wyniki badań amerykańskich (Fudała 2014, s. 9–15), potwierdzone przez polskie zespoły realizujące program POP wskazują, że odbiorcami tych działań są osoby młodsze, z dużym wsparciem społecznym, dobrze funkcjonujące zawodowo, mające rodzinę oraz takie, które nie są w stanie utrzymać abstynencji i pomimo podejmowanych prób przeżywają wielokrotne nawroty.

W 2015 roku zespół doradców ds. leczenia Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, który tworzą m.in. Bohdan Woronowicz, Marcin Wojnar, Jadwiga Fudała, Barbara Bętkowska-Korpała, Tomasz Głowik, Justyna Klingemann opracował zalecenia dla placówek rozszerzających swoją ofertę o programy ograniczaniego picia. Zalecenia są zbiorem praktycznych wskazówek i wytycznych zawierających wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania, możliwe cele do realizacji, plan wprowadzanych zmian, schemat monitorowania sytuacji związanych z piciem i zapobiegania powrotom do destrukcyjnego wzorca, wzory kwestionariuszy diagnostycznych, materiały edukacyjne i do pracy własnej pacjenta. Zalecenia opatrzone są również wykładnią filozofii pomagania oraz wykazem badań naukowych potwierdzających skuteczność stosowania obu typów programów w lecznictwie odwykowym – opartych na abstynencji i redukcji szkód<sup>9</sup>.

## Podsumowanie

Podstawową strategią pracy z osobami uzależnionymi, o potwierdzonej skuteczności zarówno wśród narkomanów, jak i alkoholików, jest nadal model abstynencyjny. Jednak dzięki wprowadzaniu programów redukcji szkód otwiera się możliwość pomocy większej liczbie osób cierpiących z powodu uzależnienia, które ze wzglę-

.....

<sup>8</sup> Opis realizacji przykładowego programu znajduje się w: Cebulska 2015, s. 11–13.

<sup>9</sup> Wszystkie zalecenia i pełna treść załączników dostępne na: <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe> oraz w: *Zalecenia do tworzenia i realizacji programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5, 2015, s. 32–34.

du na wymóg abstynencji nie korzystają z podstawowej oferty leczniczej. Programy redukcji szkód wychodzą również na przeciw oczekiwaniom społecznym, związanym z ograniczaniem przestępczości i marginalizacji społecznej.

Jedną z charakterystycznych cech uzależnienia jest upośledzona umiejętność podejmowania realnych decyzji opartych na wnioskowaniu przyczynowo-skutkowym. Uzależniony, rozpoczynając leczenie, często decyduje się na udział w nim bez faktycznej gotowości realizacji celu, jakim jest abstynencja. Brak przekonania i motywacji do przyjęcia odpowiedzialności za podejmowaną zmianę często skutkuje powrotem do destrukcyjnego używania substancji psychoaktywnej. Model redukcji szkód uwzględnia ten aspekt i umożliwia podjęcie realnych działań pomocowych wobec osób, które zgłosiły się na terapię ulegając presji rodziny, pracodawcy lub spełniając warunki ustanowione przez sąd. Doświadczenia pracy w tym modelu wskazują, że istnieje duża grupa osób, które w początkowej fazie leczenia stawiają sobie za cel ograniczanie stosowania substancji, po kilku nieudanych próbach jego realizacji, decydują się same na abstynencję (Ligus 2006, s. 321–326).

Dyskusja dotycząca skuteczności wprowadzania działań z zakresu redukcji szkód odbywa się w zakresie przyjętej polityki narkotykowej i alkoholowej w danym kraju. Polska, jako członek Unii Europejskiej, ma obowiązek dostosować się do Minimalnych Standardów UE w Leczeniu i Redukcji Szkód<sup>10</sup>, a te zakładają konieczność wprowadzania interwencji dla wszystkich potrzebujących, wykorzystując dostępny aktualny dorobek i najnowsze dowody naukowe. Dużą przeszkodą we wprowadzaniu najnowszych osiągnięć w obszarze pracy z osobami uzależnionymi jest prawo, które traktuje użytkowników narkotyków jak przestępców. Podejście to mocno ogranicza działania z zakresu redukcji szkód, nie likwidując jednocześnie problemu używania narkotyków w społeczeństwie. Represyjna polityka narkotykowa sprawia, że proceder produkcji i konsumpcji narkotyków odbywa się za pośrednictwem „czarnego rynku” lub w ramach prawa, jak w przypadku tzw. dopalaczy – substancji w wielu przypadkach legalnych, co nie oznacza bezpiecznych, łagodnych i nieszkodliwych. Ostatnie zmiany w polityce narkotykowej, w stronę podejścia permissywnego, Nowej Zelandii, Urugwaju i Stanów Zjednoczonych oraz Czech zwracają uwagę na konieczność wprowadzenia zmian systemowych również w Polsce. Kierunek tych zmian to rozbudowana profilaktyka zachowań ryzykownych, realna oferta terapeutyczna dla różnego typu odbiorców oraz działania w środowisku w celu ograniczania szkód społecznych wynikających z używania różnych, legalnych i nielegalnych, substancji psychoaktywnych.

.....

<sup>10</sup> Minimalne standardy zostały wydane jako konkluzja Rady Europejskiej 14 września 2015 r. Więcej: Malczewski 2015, s. 29–32.

## Abstract: The Strategy of Harm Reduction in Work with People Addicted to Drugs and Alcohol

The policy of EU Member States, the USA, South America and Australia is heading towards the restructuring of the system helping addicted people by implementing actions meant to limit the health and social damages resulted from using psychoactive substances. Many countries offer the access to low-threshold programs whereby the participant is not imposed to maintain abstinence or submit to excessive rules of the rehabilitation centre. The harm reduction is a philosophy based on pragmatic and realistic goals of working with addicted people and users. It assumes that each change, even the smallest one, is important and should be supported. The harm reduction programs usually function in few sectors of social assistance – therapy, rehabilitation, dangerous behavior prevention and social services. The widening of the scope of therapeutic offer by the harm reduction programs is still marginal in Poland. The changes in the system of treating addiction do not keep up with the dynamic changes in the pattern of using psychoactive substances. The monolithic system of help is based on abstinence, is not sufficient and does not respond to the changing needs of addicted people.

**Key words:** harm reduction, addiction, therapeutic programs, addiction prevention.

## Bibliografia

- [1] Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., 2007, *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [2] Bukowska B., 2012, *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli*, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Łódź.
- [3] Cebulska J., 2015, *Program ograniczania picia realizowany w poradni w Toruniu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5.
- [4] Cunningham J.A., McCambridge J., 2012, *Is Alcohol Dependence Best Viewed as a Chronic Relapsing Disorder?*, „Addiction”, 107(1).
- [5] Czabała Cz., 2010, *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa.
- [6] Fudała J., 2014, *Redukcja szkód jako cel leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Świat Problemów”, nr 5.
- [7] Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. (red.), 2012, *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Łódź.
- [8] Jakubczyk A., Wojnar M., 2012, *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria Polska”, t. XLVI, nr 3.
- [9] Klingemann J., 2013, *Samowyleczenie – proces przezwycięzania uzależnienia od alkoholu bez pomocy terapeutycznej*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5.
- [10] Klingemann J., 2015, *Redukcja szkód a programy ograniczania picia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5.
- [11] Ligus S., 2006, *Powrót do kontrolowanego spożywania alkoholu*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, (red.) Badora S., Mudrecka I., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.

- [12] Malczewski A., 2015, *Leczenie i redukcja szkód w Europie*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5.
- [13] Malczewski A., Struzik M., Jaśkiewicz A., 2009, *Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski*, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- [14] Pużyński S., Wciórka J., 2007, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.
- [15] Sempruch-Malinowska K., Zygałto M., 2012, *Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych*, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Łódź.
- [16] Sobeyko J., 2008, *Problematyka redukcji szkód w polskim ustawodawstwie dotyczącym narkomanii na tle porównawczym*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, 54, 2.
- [17] Tatarsky A., 2007, *Redukcja szkód w psychoterapii: nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- [18] Tatarsky A., Kellog S., 2012, *Psychoterapia Integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód. Studium przypadku używania substancji psychoaktywnych, wielokrotnej traumy i skłonności samobójczych*, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Łódź.
- [19] *Zalecenia do tworzenia i realizacji programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2015, nr 5.

## Akty prawne

- [20] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016, Dz.U. Nr 78, poz. 428.
- [21] *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*, 1996, Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa.

## Źródła internetowe

- [22] <http://www.kbpn.gov.pl/porta1?id=106992> [dostęp: 3.01.2016].
- [23] <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe> [dostęp: 9.01.2016].