System pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE



SYSTEM POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Informator dla pacjentów i osób wspierających

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

Redakcja merytoryczna:
Grzegorz Wodowski

Autorzy tekstów:
Filip Duski
Judyta Put
Grzegorz Wodowski
Paweł Zieliński

Korekta językowa: Aleksandra Poznańska

Projekt okładki, grafika i łamanie tekstu: Jonna Weck

Część ilustracji wykorzystanych w publikacji powstała przy wsparciu narzędzi sztucznej inteligencji (AI). Ilustracje pełnią funkcję poglądową i edukacyjną.

Druk: Drukarnia INTROMAX www.intromax.com.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Kraków 2026

ISBN 978-83-956070-7-3

Egzemplarz bezpłatny

wersja online: www.monar.krakow.pl/pub

Wydawca:
Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie
ul. św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków tel.: 12 430-61-35
e-mail: biuro@monar.krakow.pl



Projekt zrealizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



WSTĘP	5
UZALEŻNIENIE	6
DIAGNOZA UZALEŻNIENIA	8
PORADNIA: AMBULATORYJNE LECZENIE UZALEŻNIEŃ	10
PROGRAM CANDIS	18
ODDZIAŁY DZIENNE	20
PODWÓJNA DIAGNOZA	23
NURTY I PODEJŚCIA W TERAPII UZALEŻNIEŃ	28
DETOKSYKACJA	32
OŚRODKI STACJONARNE (SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA)	36
POSTREHABILITACJA I READAPTACJA SPOŁECZNA	40
NAWROTY W UZALEŻNIENIACH	43
REDUKCJA SZKÓD	46
LECZENIE SUBSTYTUCYJNE	53
SZCZEPIONKI PRZECIW NARKOTYKOM	56
POMOC UZALEŻNIONYM W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI	57
LECZYĆ ZAMIAST KARAĆ	62
WYKRYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	65
WSPÓLNOTA ANONIMOWYCH NARKOMANÓW	68
PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ	71
PROGRAM FRED GOES NET	73



WSTĘP

System pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych jest obecnie znacznie bardziej rozbudowany i zróżnicowany niż jeszcze kilkanaście temu. Obok tradycyjnych ośrodków stacjonarnych funkcjonują specjalistyczne poradnie, oddziały dzienne, programy leczenia substytucyjnego, placówki redukcji szkód i liczne formy wsparcia środowiskowego.

Oddajemy w Wasze ręce publikację, która może ułatwić poruszanie się pomiędzy różnymi elementami tego systemu. Wyjaśniamy w niej, czym jest uzależnienie i jak się je rozpoznaje, przedstawiamy dostępne formy leczenia i redukcji szkód, przyglądamy się nawrotom, współwystępującym zaburzeniom psychicznym, a także sytuacjom, w których problemy zdrowotne splatają się z bezdomnością czy konfliktem z prawem. Piszemy o profilaktyce, badaniach wykrywających substancje w organizmie, jak również o rozwiązaniach, które dopiero mogą znaleźć zastosowanie w przyszłości.

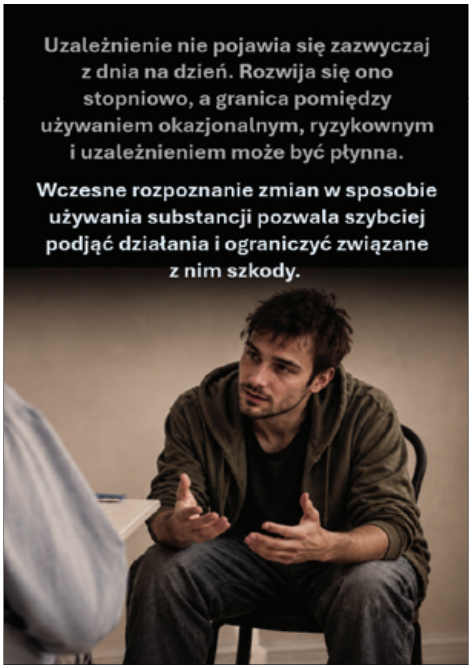
Współczesne podejście do uzależnień coraz wyraźniej odchodzi od przekonania, że pomoc można zaoferować wyłącznie osobie zdecydowanej na natychmiastową i całkowitą abstynencję. Motywacja nie jest przecież czymś stałym, często dojrzewa stopniowo, wśród wątpliwości, niepowodzeń i kolejnych prób. Uzależnienie po-zostaje jednym z tych problemów zdrowotnych, wokół których narosło szczególnie wiele stereotypów i uprzedzeń. Osoby nim dotknięte bywają oceniane przez pryzmat używanych substancji, a ich zachowania często interpretuje się w kategoriach słabości charakteru czy braku odpowiedzialności. Takie spojrzenie utrudnia zrozumienie złożoności uzależnienia, sprzyja wykluczeniu i dyskryminacji. Dlatego równie ważne jak skuteczne metody leczenia będzie szacunek dla autonomii pacjenta/klienta, gotowość do towarzyszenia mu na poszczególnych etapach procesu zdrowienia i zapewnienie dostępności do różnorodnych interwencji.

Staramy się pisać o tym wszystkim językiem zrozumiałym, bez niepotrzebnego specjalistycznego żargonu, ale też bez uproszczeń, które mogłyby zniekształcać obraz problemu. Zależy nam, aby publikacja była nie tylko źródłem uporządkowanej wiedzy, lecz także praktycznym przewodnikiem. Przy okazji omawiania form leczenia i innych interwencji wskazujemy te, które są nieodpłatnie dostępne w Małopolsce, wraz z danymi teleadresowymi placówek.

Nie proponujemy gotowych recept na wyjście z uzależnienia ani nie rozstrzygamy, która forma pomocy i leczenia jest najlepsza. Wskazujemy raczej możliwości, wyjaśniamy ich specyfikę i ograniczenia, pozostawiając miejsce na indywidualne wybory. Mamy nadzieję, że z publikacji skorzystają osoby używające substancji psychoaktywnych, ich bliscy, a także wszyscy, którzy zawodowo lub społecznie spotykają się z problemem uzależnień. Chcielibyśmy, aby pomogła ona nie tylko odnaleźć właściwą placówkę, ale również lepiej zrozumieć ludzi, którzy potrzebują leczenia i wsparcia. ●

UZALEŻNIENIE

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest złożonym problemem zdrowotnym, w którym używanie substancji zaczyna zajmować coraz ważniejsze miejsce w życiu człowieka i staje się trudne do kontrolowania. Osoba uzależniona kontynuuje używanie substancji pomimo świadomości szkód, jakie powoduje ono w różnych sferach życia – w zdrowotnej, psychicznej, rodzinnej czy społecznej. Uzależnienie nie oznacza więc po prostu częstego przyjmowania substancji. Istotne jest przede wszystkim upośledzenie kontroli nad używaniem oraz nadawanie mu coraz większego priorytetu, prowadzące do podporządkowywania substancji innych obszarów życia.



„STOPNIE" UZALEŻNIENIA

Współczesne klasyfikacje medyczne ujmują problemy związane z używaniem substancji w kategoriach **zaburzeń o różnym stopniu nasilenia** – od łagodnego, przez umiarkowane, po ciężkie. Takie podejście odchodzi od prostego podziału na osoby „uzależnione" i „nieuzależnione", pozwalając dostrzec, że problemy wynikające z używania substancji mogą mieć różny charakter i różne nasilenie.

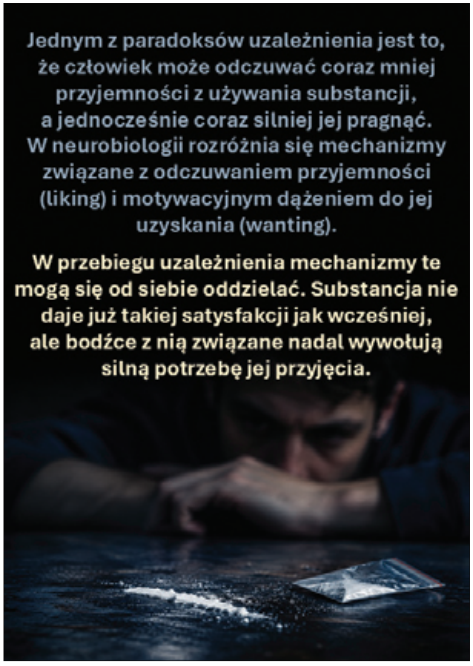
W literaturze specjalistycznej stosuje się też pojęcie **„problemowego używania substancji psychoaktywnych"**, które obejmuje różne wzorce i stopnie nasilenia problemów związanych z ich używaniem. Należą do nich **używanie ryzykowne**, wiążące się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia szkód, **używanie szkodliwe**, kiedy negatywne konsekwencje zdrowotne lub społeczne już występują, oraz **uzależnienie** – najpoważniejsza forma problemowego używania, charakteryzująca się przede wszystkim upośledzeniem kontroli nad przyjmowaniem substancji, tolerancją i objawami odstawiennymi.

RODZAJE UZALEŻNIENIA

Uzależnienie ma swoje komponenty: tradycyjnie wyróżnia się je na poziome psychicznym i fizycznym. **Uzależnienie psychiczne** wiąże się z silnym pragnieniem przyjęcia substancji, myśleniem o niej i przekonaniem, że jest niezbędna np. do poprawy samopoczucia, poradzenia sobie ze stresem, zabawy czy normalnego funkcjonowania. **Uzależnienie**

fizyczne jest związane z przystosowaniem (adaptacją) organizmu do obecności substancji. Jej odstawienie może wówczas prowadzić do pojawienia się objawów zespołu abstynencyjnego, którego charakter zależy od rodzaju używanej substancji. Z uzależnieniem związane jest również zjawisko **tolerancji**, czyli potrzeby przyjmowania coraz większych dawek substancji dla utrzymania podobnego efektu oraz zjawisko **głodu**, czyli trudnej do powstrzymania potrzeby ponownego użycia substancji.

Warto jednak podkreślić, że uzależnienie może rozwinąć się również **bez wyraźnych objawów odstawiennych**. O jego rozpoznaniu zdecyduje nie sama tolerancja czy zależność fizyczna, ale przede wszystkim rosnąca dominacja używania substancji nad innymi obszarami życia.



PRZYCZYNY UZALEŻNIENIA

Nie istnieje jedna przyczyna uzależnienia. Ryzyko jego wystąpienia jest wynikiem współdziałania cech człowieka, środowiska w którym funkcjonuje, a także właściwości substancji psychoaktywnej. Rozwój uzależnienia najlepiej wyjaśnia **model biopsychospołeczny**, według którego znaczenie ma wzajemne oddziaływanie kilku grup czynników. **Czynniki biologiczne** obejmują m.in. predyspozycje genetyczne, działanie układu nerwowego, indywidualną reakcję organizmu na daną substancję, wiek rozpoczęcia jej używania oraz współwystępujące problemy zdrowotne. **Czynniki psychologiczne** to m.in. sposoby radzenia sobie ze stresem i emocjami, impulsywność, trudności w relacjach, doświadczenia traumatyczne czy współwystępujące zaburzenia psychiczne (o tym więcej w rozdziale dot. podwójnej diagnozy). **Czynniki społeczne i środowiskowe** obejmują natomiast sytuację rodzinną, relacje z rówieśnikami, dostępność narkotyków, normy społeczne, warunki życia, bezrobocie, wykluczenie społeczne czy funkcjonowanie w środowisku, w którym używanie substancji jest powszechne.

Znaczenie mają także **właściwości samej substancji**: jej potencjał uzależniający, szybkość działania, sposób przyjmowania oraz częstotliwość używania.

CO SIĘ DZIEJE W MÓZGU OSOBY UZALEŻNIONEJ

W mózgu osoby uzależnionej dochodzi do zmian w funkcjonowaniu układów odpowiedzialnych m.in. za **nagrodę,**

motywację, pamięć, emocje i samokontrolę. Substancja wywołuje silną odpowiedź układów neuroprzekaźnikowych (np. dopaminowego), a mózg zaczyna przypisywać jej wyjątkowo dużą wartość motywacyjną. Słabnie znaczenie naturalnych nagród – zwykłe przyjemności i kontakty z ludźmi dostarczają mniej satysfakcji. Powstają silne skojarzenia, a emocje czy sytuacje związane z narkotykiem mogą automatycznie uruchamiać głód substancji. Słabnie kontrola zachowania, utrudnione jest hamowanie impulsów i podejmowanie decyzji. Zmienia się reakcja na stres i negatywne emocje. Następuje **neuroadaptacja**, czyli przystosowanie układu nerwowego do powtarzanego działania substancji, co prowadzi do wytworzenia tolerancji i pojawienia się objawów odstawiennych. Z czasem substancja zaczyna być używana już nie tyle dla przyjemności, ile po to, aby uniknąć złego samopoczucia.

Jednocześnie to właśnie dzięki zdolnościom adaptacyjnym mózgu, odpowiedniemu leczeniu i wsparciu społecznemu możliwe jest stopniowe odzyskiwanie kontroli nad własnym życiem. Temu procesowi poświęcamy kolejne rozdziały naszej publikacji. ●

DIAGNOZA UZALEŻNIENIA

Diagnoza uzależnienia to **proces identyfikacji i oceny zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych**. Jest on oparty o standardowe kryteria medyczne i psychologiczne. To kluczowy etap w leczeniu, który pozwala potwierdzić obecność choroby, określić jej nasilenie i zaplanować odpowiednią terapię.

PO CO KOMU DIAGNOZA
Odpowiednia diagnoza uzależnienia służy kilku kluczowym zadaniom. Przede wszystkim umożliwia **potwierdzenie choroby** i odróżnienie uzależnienia od mniej szkodliwych form używania substancji (np. okazjonalnego stosowania). Jest istotna w **określaniu poziomu opieki i pomocy**, m.in. w doborze odpowiedniej formy leczenia (ambulatoryjne, stacjonarne) i w **stworzeniu planu terapeutycznego**, indywidualnemu dopasowaniu metody leczenia. Diagnoza służy także **wykryciu zaburzeń współistniejących**, depresji, lęku i innych schorzeń.

Z CZEGO SKŁADA SIĘ DIAGNOZA UZALEZNIENIA
Kompleksowy proces diagnozy łączy kryteria medyczne z oceną biopsychospołeczną i składa się z elementów, które stosowane razem pozwalają zaplanować leczenie.

Diagnoza nozologiczna polega na formalnym stwierdzeniu obecności zespołu uzależnienia w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne. W Polsce, jak również w większości krajów świata, opieramy się w tym zakresie na klasy-

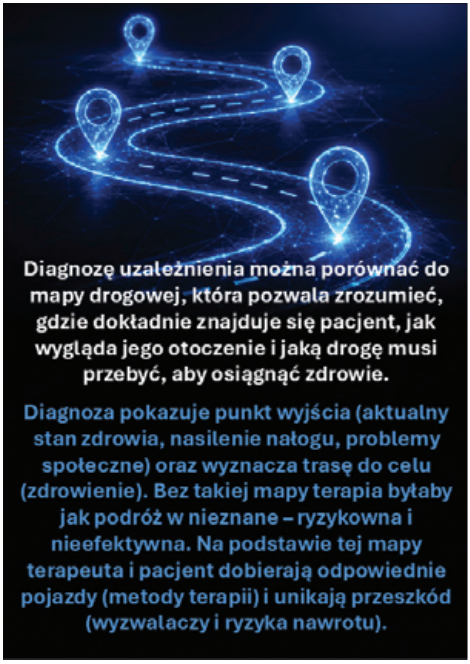
fikacji **ICD-11** (choć właściwie jeszcze na ICD-10) przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W amerykańskiej psychiatrii diagnozę stawia się na podstawie klasyfikacji **DSM-5**. Dzięki diagnozie nozologicznej możemy rozpoznać chorobę i nazwać ją tak, że każdy inny specjalista nas zrozumie.

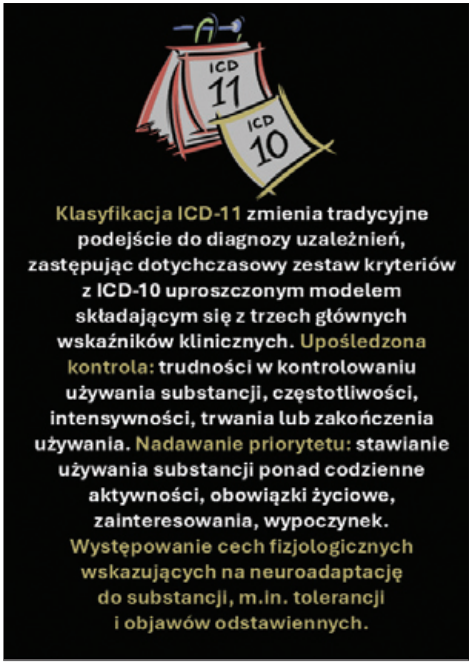
Diagnoza funkcjonalna to opisowy model funkcjonowania człowieka, który określa, jak radzi sobie on w codziennym życiu, jakie są jego **mocne strony (zasoby)** i jakie posiada **ograniczenia**. Jej celem jest zrozumienie, jak zaburzenie i cechy danej osoby wpływają na jej relacje, pracę, naukę i samodzielność. Diagnoza funkcjonalna skupia się na **„tu i teraz”**, ocenia poziom radzenia sobie i adaptacji do życia.

Diagnoza problemowa polega na zidentyfikowaniu, nazwaniu i wyjaśnieniu mechanizmów powstawania oraz podtrzymywania **konkretnych trudności życiowych i emocjonalnych** pacjenta. Diagnoza problemowa szuka odpowiedzi na pytanie **„dlaczego”**, analizuje strukturę problemu, jego dynamikę oraz psychologiczne mechanizmy, które nim sterują.

KTO DIAGNOZUJE

Diagnozę uzależnienia mogą stawiać wyłącznie wykwalifikowani specjaliści: **lekarze psychiatrzy** (lub w trakcie specjalizacji), **certyfikowani psychoterapeuci uzależnień** (także w trakcie specjalizacji, ale pod nadzorem specjalisty), a także **psycholodzy kliniczni** z odpowiednimi kwalifikacjami. Całościowe diagnozowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest jednak





procesem długotrwałym, do którego swoje obserwacje i spostrzeżenia wnosi właściwie każda osoba pracująca z pacjentem.

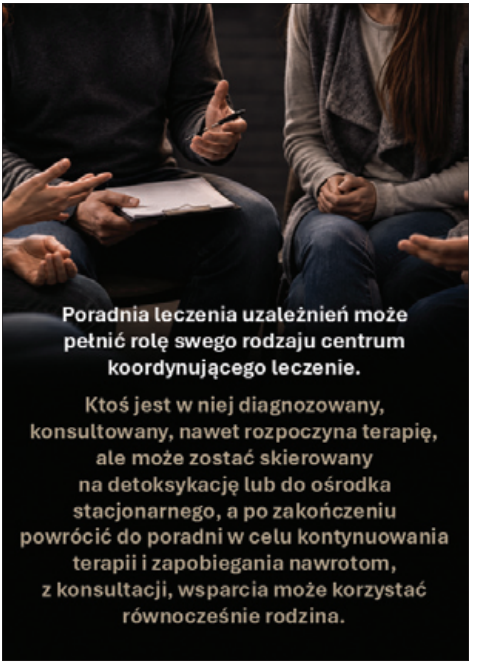
Niektóre formy pomocy można rozpocząć bez formalnej diagnozy (np. rozmowa wsparcia, grupy samopomocowe), ale w kontekście profesjonalnego leczenia i systemu ochrony zdrowia **diagnoza jest niezbędna**. Diagnoza pozwala zrozumieć pełny obraz problemu i dobrać właściwe narzędzia terapeutyczne. Jej brak jest często porównywany do „leczenia w ciemno" – można podjąć działania, ale są one obarczone ogromnym ryzykiem błędu i nieskuteczności. Postawienie diagnozy umożliwia również zakwalifikowanie pacjenta do odpowiednich procedur medycznych, w tym świadczeń finansowanych ze środków publicznych. ●

PORADNIA: AMBULATORYJNE LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Leczenie ambulatoryjne w poradni to z punktu widzenia pacjenta najmniej angażująca czasowo forma leczenia uzależnień. Nie dość, że pozostaje on w swoim dotychczasowym środowisku (nadal mieszka w domu, pracuje lub uczy się, utrzymuje relacje rodzinne i społeczne), to do poradni przychodzi na jedno, góra dwa zaplanowane spotkania tygodniowo.

Poradnia może być zarówno miejscem pierwszego kontaktu osoby uzależnionej z systemem leczenia, jak i przestrzenią dla docelowej, długoterminowej terapii. Pacjent może uczestniczyć tutaj w podstawowym leczeniu, kontynuować jego pogłębione formy, a także spotykać się później z terapeutą w celu podtrzymywania osiągniętych efektów terapeutycznych.

DLA KOGO
W odróżnieniu od większości opisanych w tej publikacji placówek pomocy i leczenia uzależnień, poradnia to **miejsce właściwie dla każdego**, kto w danym momencie czuje się uwikłany w problem uzależnień. Nie jest to przestrzeń tylko



dla osób używających substancji, ale jest to miejsce dostępne także dla osób, których problem używania dotyczy pośrednio (rodzice, partnerzy, itp.). Kontakt z poradnią może ograniczyć się do skorzystania z pojedynczej konsultacji, z kilku krótkich interwencji, aż po regularną, wielomiesięczną terapię indywidualną i grupową.

Terapia uzależnień w poradni jest najbardziej odpowiednia dla osób z **mniej zaawansowanym nasileniem** zaburzeń i szkód związanych z używaniem substancji. Mimo, że nie jest to określenie diagnostyczne, przyjmuje się, że stan psychiczny i somatyczny muszą pozwalać pacjentowi na leczenie bez konieczności całodobowej opieki. O wyborze leczenia ambulatoryjnego decydują w dużej mierze możliwości samodzielnego funkcjonowania, dostępne wsparcie społeczne, a także bezpieczeństwo środowiska, w którym pacjent przebywa.

Poradnia jest właściwym miejscem zarówno dla osób, które **dopiero rozpoznają swój problem**, mają wątpliwości dotyczące dalszego postępowania i nie są jeszcze całkowicie gotowe abstynencję, jak i dla **pacjentów kontynuujących leczenie po zakończonej terapii stacjonarnej**, potrzebujących dalszego wsparcia w utrzymywaniu osiągniętych zmian i w zapobieganiu nawrotom.

PORADNIA JAKO ZESPÓŁ RÓŻNYCH ODDZIAŁYWAŃ

Poradnia leczenia uzależnień nie jest wyłącznie miejscem, w którym pacjent raz w tygodniu spotyka się z terapeutą. W zależności od organizacji placówki



i potrzeb osób korzystających z pomocy może ona łączyć działania wielu specjalistów i różne sposoby pracy.

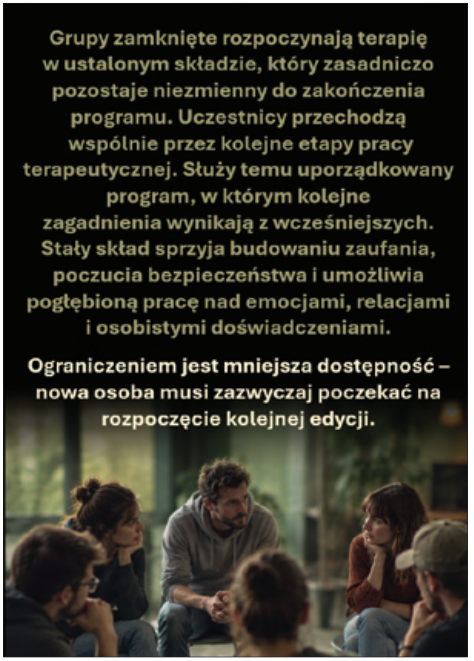
Ważnym elementem leczenia jest możliwość korzystania z **konsultacji psychiatrycznych**. Lekarz psychiatra może ocenić stan zdrowia psychicznego pacjenta, rozpoznać współwystępujące zaburzenia i zaplanować farmakoterapię, jeśli ta okaże się konieczna. W przypadku niektórych zaburzeń związanych z używaniem substancji ich leczenie stanowi warunek powodzenia całej terapii.

W poradni mogą być prowadzone działania psychoedukacyjne, interwencje kryzysowe, konsultacje rodzinne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych i socjalnych. W niektórych

placówkach pacjent może otrzymać wsparcie pracownika socjalnego lub prawnika albo zostać skierowany do instytucji zajmujących się pomocą mieszkaniową czy rozwojem zawodowym. Tak komplementarny zakres oddziaływań jest istotny, ponieważ problemy związane z używaniem substancji rzadko ograniczają się do jednego obszaru życia. Leczenie może wymagać równoczesnego zajęcia się zdrowiem psychicznym i fizycznym, relacjami, sytuacją mieszkaniową czy zawodową.

TERAPIA INDYWIDUALNA

Terapia indywidualna jest jedną z podstawowych form pracy w leczeniu ambulatoryjnym. Opiera się na bezpośrednim kontakcie sam na sam pacjenta z terapeutą. Bardziej niż terapia grupowa pozwala dostosować tempo oraz zakres pracy do sytuacji i możliwości pacjenta.



W przebiegu terapii można wyróżnić etap podstawowy i pogłębiony, które różnią się zakresem pracy i stopniem koncentracji na problemach wykraczających poza samo używanie substancji psychoaktywnych. W terapii indywidualnej ten podział nie musi być tak sztywny, ale ma on charakter praktyczny.

Terapia podstawowa koncentruje się m.in. na wzorcach i mechanizmach używania substancji, rozpoznawaniu sytuacji, emocji i przekonań sprzyjających sięganiu po substancje, na ograniczaniu ryzyka nawrotów, rozwijaniu podstawowych strategii radzenia sobie i pracy nad bieżącym funkcjonowaniem, a także psychoedukacji dotyczącej uzależnienia i jego konsekwencji. **Etap pogłębiony** obejmuje szerszą pracę nad psychologicznymi uwarunkowaniami uzależnienia oraz trudnościami emocjonalnymi i interpersonalnymi, które mogą utrudniać trwałą zmianę, m.in. nad samooceną, poczuciem własnej wartości i tożsamością, itp. Pierwszy z etapów pomaga przede wszystkim uzyskać wpływ na zaprzestanie używania substancji i ustabilizować codzienne funkcjonowanie, drugi – służy trwalszym zmianom w sposobie przeżywania siebie, budowania relacji i radzenia sobie z życiowymi trudnościami.

Istotną cechą terapii ambulatoryjnej jest też możliwość odnoszenia rozmowy terapeutycznej do wydarzeń, które miały miejsce pomiędzy kolejnymi spotkaniami. Pacjent więc nie opowiada

wyłącznie o abstrakcyjnych trudnościach, lecz **wnosi do terapii konkretne sytuacje** z pracy, domu czy kontaktów społecznych, by wspólnie z terapeutą analizować, co się wydarzyło oraz jak można było zareagować inaczej.

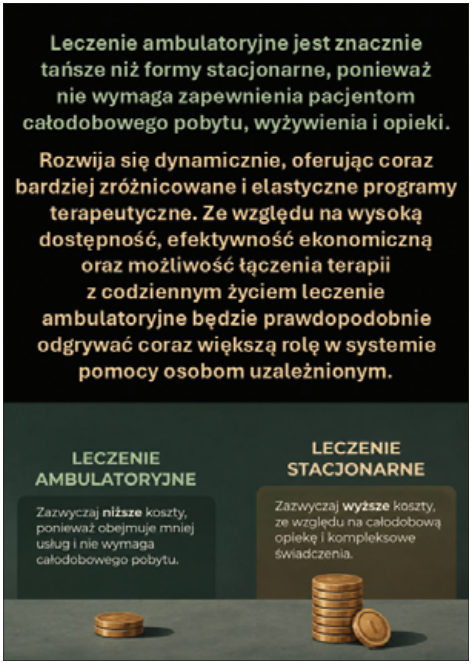
Terapia indywidualna daje również możliwość pracy nad problemami, które nie zawsze są możliwe do omówienia w grupie. Mogą to być doświadczenia traumatyczne, kwestie seksualności czy współwystępujące problemy psychiczne. Nie oznacza to, że wszystkie te obszary muszą być przedmiotem terapii każdego pacjenta; zakres pracy powinien wynikać z jego potrzeb i przyjętych celów leczenia.

TERAPIA GRUPOWA

Terapia grupowa wykorzystuje **obecność innych osób znajdujących się w procesie leczenia**. Grupa staje się nie tylko miejscem zdobywania wiedzy czy wykonywania ćwiczeń, ale również przestrzenią doświadczania relacji, otrzymywania informacji zwrotnych i uczenia się poprzez obserwowanie innych.

Jedną z jej ważnych funkcji jest zmniejszanie poczucia izolacji. Osoba mająca problem z używaniem substancji może przez długi czas mieć przekonanie, że jej doświadczenia są niezrozumiałe dla innych, albo że musi radzić sobie z nimi samodzielnie. Spotkanie osób z podobnymi trudnościami może pozwolić zobaczyć własną sytuację z innej perspektywy.

Grupa umożliwia również ćwiczenie **umiejętności społecznych**. Uczestnicy uczą się mówić o własnych potrzebach, słuchać innych, przyjmować informację zwrotną,



wyrażać sprzeciw, rozwiązywać konflikty i respektować granice. W tym sensie grupa staje się miejscem treningu zachowań, które później mogą być wykorzystywane poza poradnią, w codziennym życiu.

Zaletą leczenia ambulatoryjnego jest możliwość pozostawania we własnym środowisku i stopniowego wprowadzania zmian bez konieczności radykalnego reorganizowania codziennego życia. Pacjent może na bieżąco wykorzystywać umiejętności zdobywane podczas terapii, konfrontując je z rzeczywistymi sytuacjami i trudnościami. Ograniczeniem jest stała ekspozycja na czynniki sprzyjające używaniu substancji – znajome miejsca, kontakty towarzyskie, itp. Może to utrudniać utrzymywanie zmian i zwiększać ryzyko nawrotu. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Przyjęcie do poradni leczenia uzależnień nie wymaga skierowania. Na pierwszą wizytę należy zabrać dokument tożsamości, a w przypadku osób niepełnoletnich konieczna jest obecność rodzica lub opiekuna prawnego. Do niektórych placówek można zarejestrować się również online, korzystając z formularzy dostępnych na ich stronach internetowych. Osoby dysponujące dokumentacją medyczną dotyczącą przebiegu choroby, wynikami badań lub wykazem aktualnie przyjmowanych leków wraz z ich dawkowaniem powinny zabrać te dokumenty na pierwszą wizytę.

Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie (Stowarzyszenie MONAR)
ul. św. Katarzyny 3 w Krakowie
tel. 12 430 61 35
mail: poradnia@monar.krakow.pl
https://monar.krakow.pl/

Placówka oferuje osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz ich bliskim poradnictwo, psychoterapię indywidualną i grupową, terapię rodzin oraz konsultacje psychiatryczne. Prowadzone są kompleksowe działania w obszarze narkotyków i uzależnień – od profilaktyki i wczesnej interwencji, przez redukcję szkód i leczenie ambulatoryjne, po postrehabilitację i reintegrację społeczną. Placówka prowadzi także program edukacyjno-terapeutyczny dla osób z wyrokami sądowymi.

Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży (CM UNIMED sp. z o.o.)
ul. Górna 5a w Krakowie
tel. 12 283 48 34
mail: rejestracja@unimed-nzoz.pl
https://unimed-nzoz.pl/lekarz-rodzinny-i-inne-swiadczenia-nfz/poradnia-leczenia-uzaleznien-dla-dzieci-i-mlodziezy.html

Poradnia oferuje bezpłatną terapię dla dzieci i młodzieży do 26. roku życia (po 18. roku życia wymagany jest dokument potwierdzający kontynuowanie nauki) oraz wsparcie rodzin. Leczone są uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Świadczenia są finansowane przez Gminę Miejską Kraków.

Parasolowe Centrum Terapii (Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej PARASOL)
ul. Rakowicka 10a w Krakowie
tel. 12 430 03 18 lub 603 51 23 75
mail: info@parasol.org.pl
https://parasolowecentrumterapii.pl/poradnia-leczenia-uzaleznien-dla-dzieci-i-mlodziezy.html

Poradnia oferuje kompleksową pomoc osobom, od 16 roku życia, zagrożonym uzależnieniem lub uzależnionym od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz członkom ich rodzin. Plan leczenia jest ustalany wspólnie z pacjentem w czasie procesu diagnostycznego i jest dostosowany do jego potrzeb. Leczenie obejmuje sesje psychoterapii indywidualnej, jak również opiekę lekarza psychiatry.

Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dorosłych (Szpital Uniwersytecki w Krakowie)
ul. Śniadeckich 10 w Krakowie
tel. 12 424 81 86 oraz
email: rejestracja.psychiatriadoroslych@su.krakow.pl
https://www.su.krakow.pl

Placówka oferuje kompleksową diagnostykę i leczenie osób dorosłych zmagających się z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi, a także wsparcie dla ich rodzin i bliskich. Opieka obejmuje konsultacje diagnostyczne i psychiatryczne oraz psychoterapię. Poradnia ściśle współpracuje z innymi oddziałami i poradniami Szpitala Uniwersyteckiego, co zapewnia ciągłość oraz wszechstronność leczenia.

Poradnia Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych dla Dzieci i Młodzieży (Szpital Uniwersytecki w Krakowie)
ul. Śniadeckich 10 w Krakowie
tel. 12 424 81 86 oraz
https://www.su.krakow.pl

Poradnia świadczy kompleksową pomoc dzieciom i młodzieży zagrożonym uzależnieniem lub uzależnionym od substancji psychoaktywnych oraz zachowań (uzależnienia behawioralne). Wsparcie kierowane jest również do osób dorastających w środowisku z problemem uzależnień, a także do ich rodziców i opiekunów. Poradnia ściśle współpracuje z innymi oddziałami i poradniami Szpitala Uniwersyteckiego, co zapewnia m.in. systemowe podejście do terapii całej rodziny.

Poradnia Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia (Stowarzyszenie W DOBRĄ STRONĘ)
3 lokalizacje: ul. Batorego 5, ul. Radomska 36, os. Kolorowe w Krakowie
tel. 796 231 871
mail: stowarzyszenie.wds@gmail.com; rejestracjabatorego.swds@gmail.com
https://swds.org.pl/

Poradnia prowadzi działania ambulatoryjne skierowane do osób używających substancji psychoaktywnych oraz osób z problemowymi zachowaniami behawioralnymi. Prowadzona jest terapia indywidualna i grupowa. Oddziaływania nakierowane są na pomoc członkom rodzin i bliskim osób z uzależnieniem. Prowadzone są też specjalistyczne programy (m.in. terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, program Candis).

Poradnia Leczenia Uzależnień (Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera)
os. Złotej Jesieni 1 w Krakowie (wejście od ul. Mikołajczyka)
tel. 12 64 68 317
mail: plu@rydygierkrakow.pl
https://www.szpitalrydygier.pl

Poradnia prowadzi jedyny w Małopolsce program substytucyjnego leczenia uzależnień od opioidów (metadonem) oraz oferuje leczenie psychiatryczne i psychoterapeutyczne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i z uzależnieniami behawioralnymi. Opieką obejmuje także osoby z podwójną diagnozą oraz rodziny i bliskich osób uzależnionych, w tym DDA.

Poradnia Leczenia Uzależnień (Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień)
ul. Stoczniowców 7 w Krakowie
tel. 12 262 95 49
mail: mcpilu@wp.pl

Prowadzona jest kompleksowa działalność terapeutyczną w zakresie uzależnień, terapia indywidualna oraz grupowa dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i osób z uzależnieniami behawioralnymi. Pomoc terapeutyczna skierowana jest również do osób współuzależnionych oraz osób dorosłych z doświadczeniem dorastania w rodzinie z problemem uzależnienia (DDA). Ponadto poradnia realizuje program terapeutyczny CANDIS.

Ośrodek Psychoterapii Uzależnienia i Współuzależnienia (Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień)
ul. Wielicka 73 w Krakowie
tel. 12 425 57 47 wew. 1, 505-163-623
mail: poradnia@kctu.pl
https://kstu.pl/

Poradnia świadczy kompleksową pomoc osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, leki) oraz uzależnień behawioralnych (nałogowych zachowań seksualnych, uzależnienia od hazardu i internetu). Terapia proponowana jest również członkom rodzin i bliskich osób uzależnionych. Program leczenia obejmuje udział w terapii indywidualnej i grupowej. W ofercie dostępna jest też terapia par/ małżeństw dla osób z problemem uzależnienia i ich bliskich. Dostępne są konsultacje lekarza psychiatry.

Ośrodek Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików (Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień)
ul. Jerzmanowskiego 40 w Krakowie
tel. 12 4525 57 47 wew. 2, 792 430 240, 789 288 462
mail: filia@kctu.pl
https://kstu.pl/

Oferuje kompleksową diagnozę, psychoterapię indywidualną oraz krótko-i długoterminową psychoterapię grupową dla osób, których źródła bieżących problemów wiążą się z doświadczeniem dorastania w rodzinie z problemem uzależnień. Proponowana jest także terapia par/małżeństw dla osób z rodzin z problemem uzależnienia obecnym w przeszłości lub aktualnie. Dostępne są konsultacje psychiatryczne i seksuologiczne.

Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”
ul. Bobrowskiego 10 w Krakowie
tel. 12 412 77 22, 784 710 162
mail: powrotzukrakow@wp.pl
https://www.powrotzu.com/

Placówka udziela pomocy młodym osobom zagrożonym uzależnieniem lub używającym narkotyków oraz ich rodzinom. Oferuje poradnictwo, konsultacje i wsparcie w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Poradnia Leczenia Uzależnień
ul. Kościuszki 68 w Brzesku
tel. 14 662 13 20
mail: szpital@spzoz-brzesko.pl
https://spzoz-brzesko.pl/

Poradnia udziela ambulatoryjnej pomocy osobom z problemami uzależnień, także od substancji innych niż alkohol. Oferuje konsultacje i terapię wspierającą ograniczenie używania substancji oraz utrzymywanie abstynencji.

Centrum Terapii Uzależnień
ul. Szpitalna 10a w Gorlicach
tel. 18 352 77 45
mail: ctu@ctu.gorlice.pl
https://www.ctu-gorlice.pl/

Centrum prowadzi leczenie osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Zapewnia konsultacje specjalistyczne, psychoterapię i wsparcie osób współuzależnionych oraz rodzin.

Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień
ul. Waryńskiego 1 w Nowym Sączu
tel. 18 440 71 31
mail: nsodwyk@poczta.fm
https://www.szpital-krynica.pl/

Ośrodek oferuje pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych oraz osobom zagrożonym uzależnieniem. Prowadzi diagnostykę, psychoterapię i poradnictwo, obejmując wsparciem także bliskich pacjentów.

Poradnia Profilaktyczno-Konsultacyjna (Stowarzyszenie MONAR)
ul. Narutowicza 6 w Nowym Sączu
tel. 18 443 74 44
mail: monarnowysacz@interia.pl
https://www.monar.org/

Poradnia oferuje konsultacje i wsparcie osobom używającym narkotyków, zagrożonym uzależnieniem oraz ich rodzinom. Prowadzi działania profilaktyczne i pomaga w wyborze odpowiedniej formy leczenia.

Centrum Psychoterapii SOBRIETAS
ul. Powstańców Śląskich 21
w Oświęcimiu
tel. 730 797 794
mail: biuro@otuoswiecim.pl

Placówka udziela pomocy osobom z problemami uzależnień, w tym od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Oferuje psychoterapię i poradnictwo dla osób uzależnionych oraz ich bliskich, również DDA.

Poradnia Leczenia Uzależnień (Szpital Powiatowy w Zakopanem)
ul. Kamieniec 10 w Zakopanem
tel. 18 54 53 258
mail: sekretariat@szpital-zakopane.pl

Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych i uzależnień niechemicznych. Czynna od poniedziałku do czwartku.

PROGRAM CANDIS

Nadużywanie konopi może wywoływać zaburzenia pamięci i koncentracji, prowadzić do pogorszenia zdrowia psychicznego i uzależnienia. CANDIS to krótkoterminowy, ambulatoryjny program psychoterapeutyczny przeznaczony dla osób, które problemowo używają marihuany (lub innych przetworów konopi). Celem udziału w nim może być zarówno całkowita abstynencja, jak i istotne ograniczenie używania. CANDIS to jedno z kluczowych oddziaływań w kontekście rosnącego zapotrzebowania na pomoc w zakresie problemów z konopiami. Reprezentuje nowoczesne, oparte na dowodach podejście łączące naukową rygorystyczność z elastycznością potrzebną do skutecznego dotarcia do współczesnych użytkowników.



DLA KOGO

CANDIS jest programem dla osób, które ukończyły 16 lat i używają konopi w sposób zakłócający ich funkcjonowanie. Przeciwwskazaniem do udziału jest aktualne uzależnienie od jeszcze innych substancji psychoaktywnych, zaburzenia poznawcze lub neurologiczne oraz poważne problemy psychiczne. Ostateczna kwalifikacja należy jednak do specjalisty (ocena powinna opierać się na diagnozie klinicznej). Poza tym, odrzucenie osoby niespełniającej kryteriów nie może oznaczać, że pozostanie ona bez pomocy. W takich przypadkach być może sprawdzą się inne formy leczenia uzależnień, konsultacje psychiatryczne, leczenie stacjonarne albo bardziej intensywne wsparcie środowiskowe.

Do programu można zgłaszać się z różnym poziomem motywacji. Uczestnik nie musi deklarować abstynencji, rozważać ograniczenie używania albo nie mieć w ogóle jeszcze sprecyzowanego celu. Zakłada się, że ambiwalencja jest naturalnym elementem procesu zmiany, a nie warunkiem podjęcia terapii.

PODSTAWY TEORETYCZNE

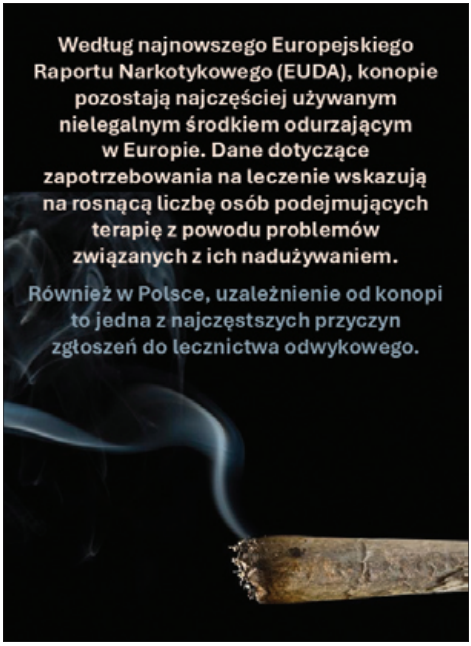
Program łączy trzy główne podejścia:

1. Dialog motywujący służący rozpoznaniu ambiwalencji, wzmocnieniu wewnętrznej motywacji oraz wspieraniu uczestnika w przechodzeniu od wahania do działania. Terapeuta dostosowuje

interwencje do etapu zmiany, na którym znajduje się dana osoba.
2. Terapia poznawczo-behawioralna pomagająca rozpoznawać zależności między sytuacjami i emocjami a używaniem konopi. Uczestnik uczy się strategii radzenia sobie z sytuacjami ryzyka, głodem narkotykowym i możliwością nawrotu.
3. Trening rozwiązywania problemów, który koncentruje się na trudnościach psychicznych, społecznych, rodzinnych, zawodowych i każdych innych, które mogą sprzyjać używaniu albo być jego konsekwencją.

CANDIS W PRAKTYCE
Program składa się z 10 indywidualnych sesji psychoterapeutycznych, trwających około 90 minut każda. Oznacza to około 15 godzin pracy terapeutycznej, rozłożonej w czasie zwykle na kilkanaście tygodni. W założeniach nie ma określonego dokładnego odstępu między spotkaniami (zwykle jednak są w tygodniowych odstępach) ani maksymalnego kalendarzowego czasu realizacji.

Sesje mają uporządkowany i częściowo dyrektywny charakter. Wykorzystywane są arkusze robocze oraz zadania do samodzielnej pracy. Tematy spotkań obejmują m.in.:
– psychoedukację dotyczącą działania konopi, mechanizmów uzależnienia i czynników ryzyka;
– analizę własnego schematu używania, rozpoznawania powodów używania oraz poszukiwania argumentów uzasadniających zmianę;
– rozpoznawanie sytuacji wywołujących głód narkotykowy i ćwiczenia sposobów radzenia sobie z głodem i sytuacjami wysokiego ryzyka;



– profilaktykę nawrotów i trening asertywnego odmawiania palenia konopi;
– przygotowanie planu zmiany i rozwiązywanie aktualnych problemów życiowych.

Istotną częścią programu jest **samoobserwacja**. Uczestnik zapisuje ilość i częstotliwość używania oraz subiektywny poziom głodu. Dane te są później omawiane z terapeutą, ale służą również codziennej autorefleksji i zauważaniu zależności między używaniem a sytuacją życiową. Założeniem jest praca na indywidualnym wzorcu używania konopi, a nie wyłącznie przekazywanie ogólnych informacji o szkodliwości marihuany.

Znaczenie ma także środowisko rodzinne i rówieśnicze uczestnika. Konstruktywne relacje z rówieśnikami mogą ułatwiać skuteczną terapię ambulatoryjną. W przy-



padku osób małoletnich można rozważyć włączenie rodziców w dodatkowe oddziaływania psychoterapeutyczne poza programem CANDIS. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Program CANDIS jest realizowany w poradniach leczenia uzależnień na terenie całego kraju jako bezpłatny program terapeutyczny. Jest on wdrażany od 2012 roku przy wsparciu Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Jego realizacja wymaga odpowiednio przygotowanego personelu. Zajęcia prowadzą specjaliści terapii uzależnień, którzy ukończyli szkolenie dla realizatorów CANDIS i posiadają co najmniej podstawowe kompetencje w zakresie dialogu motywującego. W województwie małopolskim program CANDIS jest prowadzony jedynie w Krakowie (2026 rok). Prowadzi go **Stowarzyszenie W DOBRĄ STRONĘ** w dwóch lokalizacjach: w poradni przy ul. Radomskiej 36 oraz w poradni przy ul. Batorego 5 w Krakowie, tel. 796 231 871, email: rejestracjabatorego.swds@gmail.com, https://swds.org.pl/, a także **Poradnia Leczenia Uzależnień (Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień)** przy ul. Stoczniowców 7 w Krakowie, tel. 12 262 95 49, email: mcpilu@wp.pl

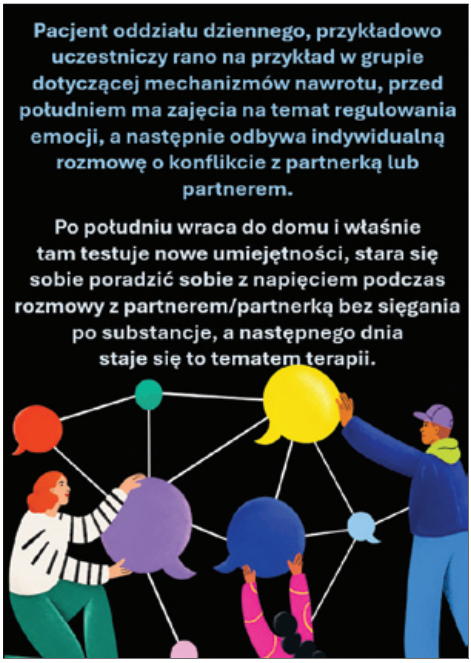
ODDZIAŁY DZIENNE

Terapia uzależnień w oddziale dziennym jest najbardziej intensywną i kompleksową formą leczenia ambulatoryjnego. Zajęcia odbywają się codziennie, od poniedziałku do piątku, i trwają po kilka godzin. Pacjent przychodzi rano do oddziału, uczestniczy w programie terapeutycznym, a następnie wraca do domu. Taka organizacja leczenia pozwala mu maksymalnie skoncentrować się na procesie zdrowienia, a jednocześnie pozostać w swoim naturalnym środowisku – wśród rodziny, bliskich i codziennych spraw. Doświadczenia zdobywane podczas terapii na bieżąco konfrontuje z rzeczywistymi sytuacjami życiowymi.

DLA KOGO

W oddziałach dziennych leczone są osoby w różnym wieku (najczęściej jednak

dorośli) z różnymi rodzajami uzależnień. Ta forma leczenia jest proponowana pacjentom gotowym do udziału w bardziej regularnej i intensywnej pracy terapeutycznej niż udział w jednej czy dwóch sesjach tygodniowo w poradni. Z drugiej strony, stanowi alternatywę dla osób, które nie mogą wyjechać na kilka miesięcy do ośrodka stacjonarnego. Trzeba jednak pamiętać, że udział w terapii dziennej zwykle wiąże się z koniecznością czasowego przerwania pracy lub nauki (pacjenci mogą na ten okres otrzymać zwolnienie lekarskie). Oddział dzienny jest zatem rozwiązaniem przede wszystkim dla osób dysponujących określonymi zasobami i względnie stabilnymi warunkami życia, pozwalającymi na codzienne uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych i powrót do bezpiecznego domu po ich zakończeniu.



„DZIENNE" ZAJĘCIA

Podstawę w oddziale dziennym leczenia stanowią psychoterapia, psychoedukacja oraz oddziaływania rehabilitacyjne. Szczegóły leczenia różnią się w poszczególnych oddziałach, ale typowy, podstawowy program trwa zazwyczaj około 6–8 tygodni, a zajęcia odbywają się przeważnie przez pięć dni w tygodniu, od rana do godzin popołudniowych. Wizyty w oddziale dziennym wypełnione są intensywną terapią złożoną przede wszystkim z sesji i spotkań grupowych, uzupełnianych terapią indywidualną, psychoedukacją i różnorodnymi zadaniami między sesjami (dzienniczki głodu i emocji czy obserwacja sytuacji ryzykownych). Pacjent pracuje nad swoimi własnym sprawami: historią używania, nawrotami, relacjami, emocjami i konkretnym planem abstynencji lub ogra-



niczania szkód – zależnie od diagnozy i ustalonego programu terapii.

Współpraca z innymi uczestnikami uczy odpowiedzialności i zmian w codziennym funkcjonowaniu, a terapia grupowa dostarcza mu informacji zwrotnych. Psychoedukacja przynosi wiedzę m.in. o mechanizmach uzależnienia, objawach odstawienia czy wpływie substancji na zdrowie. Trening umiejętności pozwala lepiej rozpoznawać „wyzwalacze" i radzić sobie z głodem, uczy poprawnej komunikacji i rozwiązywania konfliktów.

Oddział dzienny może wykorzystywać też niektóre elementy społeczności terapeutycznej: poranne spotkania, kontrakt grupowy, wspólne ustalanie zasad, informacje zwrotne czy odpowiedzialność za atmosferę grupy. Nie bez znaczenia dla dalszego procesu jest praca psychoedukacyjna z rodziną pacjenta, a czasem nawet terapia dla bliskich. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Oddział Dzienny Leczenia Uzależnień (Szpital Uniwersytecki w Krakowie)
ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków
tel. 12 424 88 13
mail: kwojnicka@su.krakow.pl
https://www.su.krakow.pl

Oddział przyjmuje dorosłych pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia (alkohol, leki, substancje psychoaktywne, uzależnienia behawioralne, np. hazard, kompulsywne zachowania seksualne, „chemsex"); szkodliwego używania, a także pacjentów z tzw. podwójną diagnozą (czyli z dodatkową diagnozą psychiatryczną). Program trwa 8 tygodni, z możliwością przedłużenia do 12 tygodni, zajęcia odbywają się codziennie, od poniedziałku do piątku w godz. 08:00-14:00.

Oddział Dzienny dla Osób Uzależnionych od Alkoholu (Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień)
ul. Wielicka 73 w Krakowie
tel. 12 425 57 47 wew. 1, 505-163-623
mail: poradnia@kctu.pl
https://kstu.pl/

Oddziaływania skierowane są do osób z uzależnieniem od alkoholu lub alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Terapia trwa 40 dni roboczych, na czas trwania leczenia jest możliwość uzyskania zwolnienia lekarskiego. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w godz. 07:30-15:00.

Oddział Dzienny (Centrum Psychoterapii SOBRIETAS)
ul. Powstańców Śląskich 21
w Oświęcimiu
tel. 730 797 794
email: biuro@otuoswiecim.pl

Oddział dzienny dla osób uzależnionych o alkoholu lub alkoholu i narkotyków, także dla osób z uzależnieniami behawioralnymi. Tylko dla osób dorosłych. Wymagane skierowanie. Zajęcia odbywają się w dni powszednie od 9:00 do 15:00 i trwają 8 tygodni.

PODWÓJNA DIAGNOZA

Używanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych nie zawsze jest jedynym problemem, z którym mierzą się osoby poszukujące pomocy. U części z nich występują również inne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, ADHD, zaburzenia lękowe, psychotyczne, zaburzenia osobowości czy zespół stresu pourazowego (PTSD). Kiedy zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi, mówimy o **podwójnej diagnozie**.

Nie chodzi jednak wyłącznie o rozpoznanie dwóch odrębnych zaburzeń. Problemy psychiczne i używanie substancji psychoaktywnych często pozostają ze sobą w złożonych, wzajemnych zależnościach – mogą się nawzajem nasilać i podtrzymywać, tworząc mechanizm błędnego koła, z którego trudno się wydostać.

CO NAJCZĘŚCIEJ WSPÓŁWYSTĘPUJE

Jednym z częściej współwystępujących problemów psychicznych są **zaburzenia depresyjne**. Osoby nimi dotknięte doświadczają obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności (anhedonia), braku energii, zaburzeń snu czy poczucia beznadziejności. Sięganie po substancje psychoaktywne bywa próbą złagodzenia tych dolegliwości i poprawy samopoczucia. Alkohol lub środki uspokajające mogą chwilowo zmniejszać napięcie i niepokój, a stymulanty – poprawiać nastrój, dodawać energii i przywracać poczucie sprawczości. Efekty te są jednak krótkotrwałe, a po ich ustąpieniu często następuje ponowne nasilenie objawów, niekiedy jeszcze większe aniżeli pierwotnie. Regularne używanie substancji pogłębia zaburzenia nastroju, zakłóca sen i osłabia naturalne mechanizmy radzenia sobie z trudnościami. Oczekiwany efekt jest krótkotrwały, a później pojawia się znaczące pogorszenie samopoczucia.

Podobny mechanizm występuje przy **zaburzeniach lękowych**. Osoba doświadczająca przewlekłego napięcia, niepokoju czy trudności w kontaktach społecznych może zauważyć, że określona substancja pozwala jej na chwilę poczuć

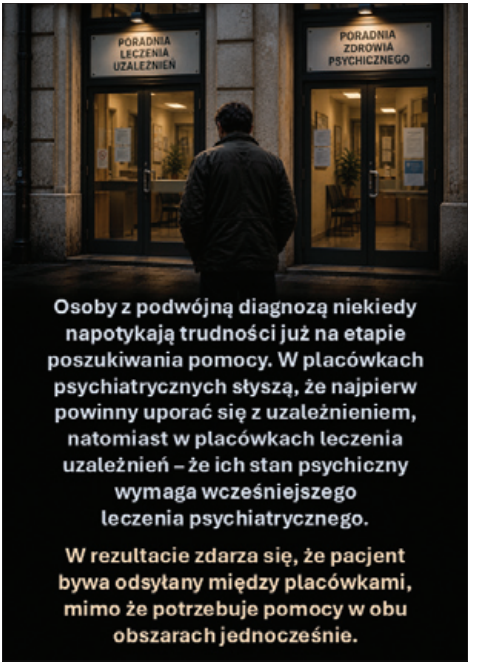


się spokojniej, pewniej i swobodniej. Z czasem jednak działanie to słabnie na skutek rozwoju tolerancji, a lęk powraca z jeszcze większym nasileniem, szczególnie po ustąpieniu działania substancji. Taki sposób radzenia sobie z trudnymi emocjami prowadzi do rozwoju uzależnienia, które utrudnia rozwijanie innych, bardziej trwałych sposobów radzenia sobie z lękiem.

Szczególne znaczenie w kontekście używania substancji psychoaktywnych ma **ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi**. Charakterystyczne dla tego zaburzenia impulsywność, trudności z koncentracją, regulowaniem emocji czy odraczaniem gratyfikacji zwiększają podatność na problemowe używanie substancji. Niektóre osoby z ADHD sięgają po narkotyki, ponieważ mają poczucie, że pomagają im się uspokoić, poprawiają koncentrację lub przeciwnie – dostarczają potrzebnej stymulacji. Nierozpoznane lub nieleczone ADHD może utrudniać utrzymywanie abstynencji i zwiększać ryzyko nawrotów, podczas gdy używanie substancji psychoaktywnych może dodatkowo pogłębiać problemy z uwagą, impulsywnością i kontrolą własnego zachowania.

Kolejną ważną grupę stanowią z**aburzenia psychotyczne**. Używanie substancji psychoaktywnych może nasilać objawy już istniejących chorób, zwiększać ryzyko nawrotów i prowadzić do pogorszenia codziennego funkcjonowania. Niektóre substancje, zwłaszcza stymulanty i konopie, mogą także wywoływać objawy psychotyczne (m.in. urojenia, silną podejrzliwość), szczególnie u osób podatnych na ich wystąpienie. Rozróżnienie między pierwotnym zaburzeniem psychotycznym a psychozą wywołaną działaniem substancji bywa trudne, ponieważ objawy mogą wyglądać bardzo podobnie, a niekiedy utrzymywać się również po zaprzestaniu używania narkotyków. Dlatego szczególne znaczenie mają dokładna diagnoza, obserwacja pacjenta w czasie i ocena przebiegu objawów w okresach abstynencji.

Z problemowym używaniem substancji psychoaktywnych mogą również współwystępować **zaburzenia osobowości**, w szczególności osobowość borderline, charakteryzująca się m.in. dużą niestabilnością emocjonalną, impulsywnością oraz trudnościami w relacjach z innymi



ludźmi. Sięganie po substancje stanowi wówczas próbę szybkiego złagodzenia silnego napięcia, poczucia pustki czy trudnych do opanowania emocji. Chwilowa ulga sprzyja powtarzaniu tego zachowania, jednak w dłuższej perspektywie używanie substancji pogłębia problemy z regulacją emocji, nasila impulsywność i prowadzi do kolejnych kryzysów psychicznych.

Nie można również pominąć znaczenia **doświadczeń traumatycznych i zespołu stresu pourazowego (PTSD)**. Osoby, które doświadczyły przemocy, wykorzystania, zaniedbania czy innych traumatycznych wydarzeń, mogą sięgać po substancje psychoaktywne, próbując złagodzić cierpienie psychiczne, silne napięcie, natrętne wspomnienia lub zaburzenia snu. Używanie substancji staje się wówczas sposobem na chwilowe odcięcie się od bolesnych przeżyć i trudnych emocji. Przynoszona przez nie ulga jest jednak krótkotrwała, a regularne używanie nasila objawy PTSD, utrudnia jego przepracowanie i prowadzi do kolejnych strat.

JAK TE PROBLEMY SIĘ ŁĄCZĄ

Jednym z najczęściej pojawiających się pytań jest to, co wystąpiło jako pierwsze – zaburzenie psychiczne czy problemowe używanie substancji psychoaktywnych? Odpowiedź rzadko jest jednoznaczna. Wskazuje się na kilka mechanizmów wyjaśniających zależności między tymi problemami, które mogą się wzajemnie przenikać i nakładać na siebie.

Pierwszym z nich jest tzw. **mechanizm samoleczenia**, polegający na sięganiu po substancje psychoaktywne w celu złagodzenia dolegliwości psychicznych. Alkohol lub leki uspokajające mogą chwilowo zmniejszać lęk i napięcie, opioidy tłumić cierpienie emocjonalne, a stymulanty poprawiać nastrój, dodawać energii i ułatwiać koncentrację. Przynoszona w ten sposób ulga jest jednak krótkotrwała, a po ustąpieniu działania substancji objawy mogą powracać, niekiedy z jeszcze większym nasileniem.

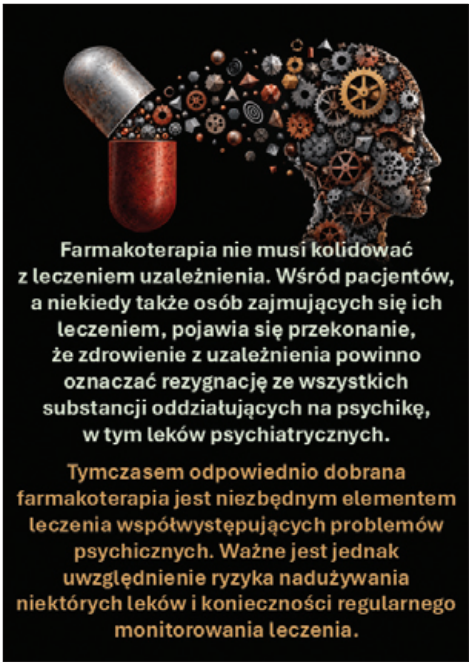
Drugi mechanizm działa w przeciwnym kierunku – to **używanie substancji psychoaktywnych może wywoływać zaburzenia psychiczne** lub nasilać już istniejące objawy. Stymulanty i niektóre nowe substancje psychoaktywne mogą powodować silny lęk, bezsenność, a nawet epizody psychotyczne. Konopie, szczególnie te o wysokiej zawartości THC, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia psychozy u osób podatnych, natomiast długotrwałe używanie alkoholu i opioidów może sprzyjać obniżeniu nastroju, anhedonii i rozwojowi objawów depresyjnych. Część tych dolegliwości ustępuje po zaprzestaniu używania substancji, jednak niektóre mogą utrzymywać się znacznie dłużej, utrudniając proces zdrowienia i zwiększając ryzyko nawrotu uzależnienia.

Trzeci mechanizm wiąże się ze **wspólnym podłożem obu problemów**. Zarówno rozwojowi zaburzeń psychicznych, jak i uzależnień sprzyjają podobne czynniki, takie jak predyspozycje genetyczne, traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, przewlekły stres czy nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu nagrody

i mechanizmów kontroli impulsów. W takich przypadkach oba zaburzenia mogą rozwijać się równolegle, **bez jednoznacznego związku przyczynowo-skutkowego**, a ich wzajemne oddziaływanie dodatkowo komplikuje przebieg i leczenie każdego z nich.

BŁĘDNE KOŁO

Niezależnie od tego, który problem pojawił się jako pierwszy, z czasem oba zaburzenia zaczną się wzajemnie podtrzymywać i nasilać. Objawy psychiczne sprzyjają sięganiu po substancje; ich używanie pogłębia istniejące trudności, a także może osłabiać skuteczność leczenia farmakologicznego. Współwystępowanie obu zaburzeń wiąże się zazwyczaj z cięższym przebiegiem choroby, większym ryzykiem nawrotów, częstszym przerywaniem terapii, jak również podwyższonym ryzykiem zachowań samobójczych. Ustalenie, które zaburzenie ma charakter pierwotny, bywa możliwe dopiero po dłuższej obserwacji i to najlepiej w warunkach abstynencji. Nie oznacza to jednak, że do tego czasu należy odkładać udzielenie pomocy – oba problemy wymagają uwagi i leczenia od samego początku.



LECZENIE

Najlepsze efekty przynosi **leczenie zintegrowane**, w którym równocześnie uwzględnia się problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz współwystępujące zaburzenia psychiczne. Nie chodzi więc o to, by najpierw doprowadzić do abstynencji, a dopiero później sprawdzić, które objawy psychiczne nadal się utrzymują. W wielu przypadkach konieczne jest jednoczesne leczenie depresji, zaburzeń lękowych, ADHD, psychozy czy PTSD. W zależności od potrzeb pacjenta może ono obejmować farmakoterapię, psychoterapię, psychoedukację, naukę regulowania emocji, poprawę jakości snu i relacji z innymi ludźmi, a także wsparcie socjalne i środowiskowe. Samo zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych nie musi bowiem prowadzić do ustąpienia zaburzeń psychicznych, podobnie jak skuteczne leczenie tych zaburzeń nie zawsze oznacza rozwiązanie problemu uzależnienia.

Istotne znaczenie ma również ustalenie, **kiedy pojawiły się poszczególne objawy i jaki był ich związek z używaniem substancji psychoak-**

tywnych. Niekiedy dopiero dłuższy okres abstynencji pozwala ocenić, które dolegliwości są bezpośrednim skutkiem działania substancji, a które utrzymują się niezależnie od ich używania. Nie oznacza to jednak, że rozpoczęcie leczenia psychiatrycznego należy odkładać do czasu osiągnięcia abstynencji. Oba problemy powinny być rozpoznawane i leczone równolegle, z uwzględnieniem ich wzajemnego wpływu na przebieg terapii.

NIE DWIE CHOROBY, ALE JEDEN CZŁOWIEK

Podwójna diagnoza wymaga przede wszystkim odejścia od traktowania uzależnienia i zaburzeń psychicznych jako dwóch odrębnych, niezależnych od siebie problemów. Dla osoby poszukującej pomocy są **one często częścią tego samego doświadczenia**, a ich wzajemne powiązania mają istotne znaczenie dla przebiegu leczenia. Dlatego warto pytać nie tylko „jakiej substancji używa pacjent?", ale również „do czego jest mu ona potrzebna?". Czy pomaga złagodzić lęk, ułatwia zasypianie, dodaje energii, pozwala na chwilę zapomnieć o traumatycznych doświadczeniach albo poczuć się swobodniej w kontaktach z innymi? Zrozumienie tych mechanizmów nie oznacza usprawiedliwiania używania substancji, lecz pozwala lepiej rozpoznać potrzeby i trudności pacjenta, a tym samym trafniej zaplanować pomoc. Celem leczenia nie jest bowiem wyłącznie doprowadzenie do zaprzestania używania narkotyków, ale również pomoc w radzeniu sobie z problemami, które wcześniej skłaniały do sięgania po substancje psychoaktywne. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Leczenie zaburzeń psychicznych współwystępujących z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych prowadzone jest w wielu ambulatoryjnych i stacjonarnych placówkach leczenia uzależnień, w których pacjenci mogą również korzystać z opieki psychiatrycznej. Warto jednak zwrócić szczególną uwagę na Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi (ORU) w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Jest on przeznaczony dla osób dorosłych, u których uzależnieniu towarzyszą inne zaburzenia psychiczne. Leczenie ma charakter stacjonarny i długoterminowy – program trwa 12 miesięcy. Łączy psychoterapię i metodę społeczności terapeutycznej z opieką psychiatryczną oraz farmakoterapią. Program realizowany jest etapami, a wraz z postępami w leczeniu pacjenci zyskują coraz większą samodzielność, w tym możliwość korzystania z wyjść i przepustek. Uzupełnieniem terapii są zajęcia rehabilitacyjne i inne aktywności służące odbudowywaniu umiejętności społecznych oraz przygotowaniu do samodzielnego życia po opuszczeniu oddziału.

Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi (ORU) Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego,
ul. Józefa Babińskiego 29 w Krakowie,
tel. 12 65 24 210,
mail: oru@babinski.pl,
https://babinski.pl/

NURTY I PODEJŚCIA W TERAPII UZALEŻNIEŃ

W idealnych warunkach wybór nurtu i podejścia w psychoterapii uzależnień powinien zależeć przede wszystkim od indywidualnych potrzeb i doświadczeń pacjenta, jego stanu psychicznego, ewentualnych zaburzeń współwystępujących, motywacji i gotowości do zmiany, a także czasu, jaki może poświęcić na terapię. W praktyce jednak o stosowanych metodach decydują głównie kwalifikacje i doświadczenie terapeutów oraz program realizowany przez placówkę, do której trafia osoba uzależniona.

Nie istnieje jeden nurt terapeutyczny odpowiedni dla wszystkich osób uzależnionych. Dlatego znaczenie ma łączenie różnych podejść i elastyczne dostosowywanie metod pracy do indywidualnych potrzeb, możliwości i zasobów pacjenta. Skuteczna terapia uzależnień nie polega wyłącznie na zaprzestaniu używania substancji lub ograniczeniu zachowań nałogowych, ale także na poprawie jakości życia, wzmacnianiu samodzielności i odbudowywaniu bezpiecznych relacji.

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA (CBT)
CBT jest najczęściej stosowanym i najlepiej przebadanym podejściem w leczeniu uzależnień. Wywodzi się z teorii uczenia się i zakłada, że **uzależnienie to wyuczony nawyk**, który można zmodyfikować poprzez zmianę sposobu myślenia i wypracowanie nowych modeli zachowań. Praca z uzależnionym pacjentem koncentruje się na rozpoznawaniu mechanizmów prowadzących do sięgania po substancje i na wypracowywaniu skuteczniejszych sposobów radzenia sobie. Pacjent uczy się identyfikować wyzwalacze, zmieniać niekorzystne przekonania i myśli oraz stosować praktyczne strategie, takie jak np. planowanie dnia, aktywność fizyczna czy techniki oddechowe.

Ważnym elementem jest również nauka kontroli impulsów, radzenia sobie w sytuacjach ryzyka oraz rozwijanie umiejętności społecznych, w tym asertywności i korzystania z pomocy. Terapia obejmuje także przygotowanie na sytuacje kryzysowe i nawroty poprzez rozpoznawanie ich wczesnych sygnałów oraz tworzenie indywidualnego planu działania. W trakcie terapii pacjent zdobywa praktyczne umiejętności, które pomagają mu lepiej radzić sobie z trudnymi sytuacjami, zarządzać emocjami i relacjami z innymi.

Terapia ma zazwyczaj **charakter krótkoterminowy** i może obejmować kilkadziesiąt sesji realizowanych w ciągu kilku miesięcy – podczas których pacjent, dzięki skoncentrowaniu na konkretnych trudnościach i nauce praktycznych strategii stopniowo zyskuje większą kontrolę nad swoim zachowaniem i codziennym funkcjonowaniem.

DIALOG MOTYWUJĄCY
Dialog motywujący jest kolejnym z powszechnie stosowanych podejść w leczeniu uzależnień. Może stanowić samodzielną formę oddziaływań lub uzupełniać terapię poznawczo-behawio-

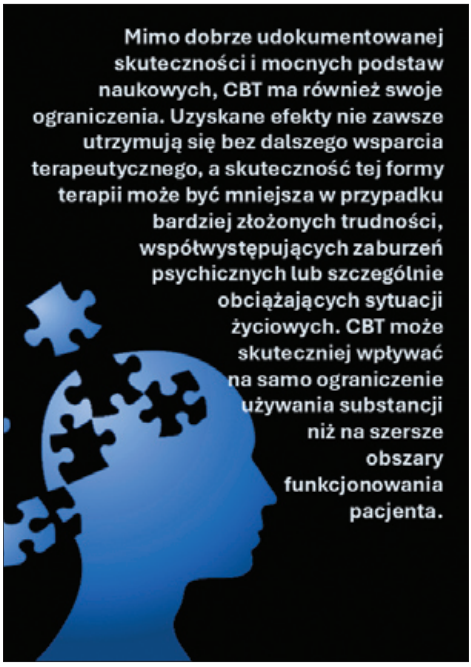
ralną. Jego podstawowym celem jest **wzmacnianie wewnętrznej motywacji pacjenta do zmiany** oraz pomoc w rozpoznawaniu i przepracowywaniu ambiwalencji związanej z podjęciem leczenia i ograniczeniem zachowań nałogowych.

Podejście to opiera się na założeniu, że zmiana ma charakter procesu, który przebiega etapowo: od niedostrzegania problemu, poprzez pojawienie się wątpliwości i rozważanie zmiany, aż do podjęcia konkretnych działań i ich utrwalania. Sposób pracy terapeuty jest dostosowywany do aktualnego etapu gotowości pacjenta. Może on wspierać pacjenta w dostrzeganiu konsekwencji dotychczasowych zachowań, wzmacniać jego gotowość do podjęcia decyzji oraz pomagać w utrzymaniu osiągniętych zmian.

Dialog motywujący nie polega na wywieraniu presji, przekonywaniu ani narzucaniu gotowych rozwiązań. Polega raczej na **wspieraniu autonomii pacjenta**, ale tak, aby mógł sam dostrzec rozbieżności między obecnym zachowaniem a wyznawanymi wartościami i celami życiowymi. Terapeuta tworzy warunki umożliwiające pacjentowi samodzielne rozpoznanie i nazwanie własnych wartości, potrzeb oraz argumentów przemawiających za zmianą.

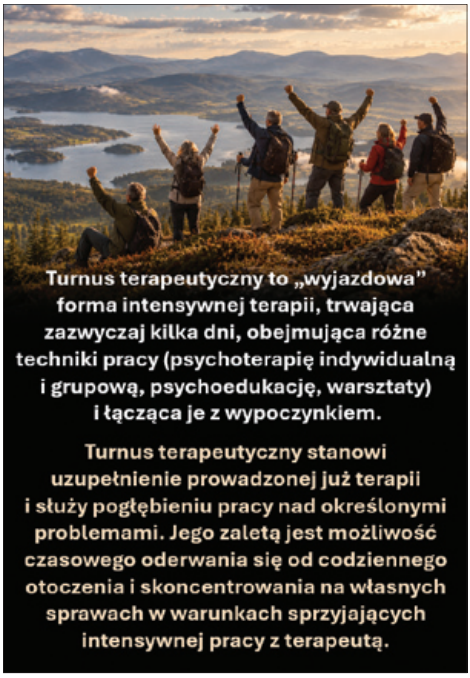
TERAPIA PSYCHODYNAMICZNA

W ujęciu psychodynamicznym, trudności psychiczne i zachowania nałogowe mogą być związane z **nieuświadomionymi konfliktami wewnętrznymi oraz doświadczeniami z przeszłości**. Zmodyfikowane formy terapii psychodynamicznej są stosowane w leczeniu uzależnień jako



alternatywa dla podejścia poznawczo-behawioralnego lub jako jego uzupełnienie. Początkowy etap terapii ma często charakter wspierający i psychoedukacyjny; dopiero po uzyskaniu względnej stabilizacji możliwa jest analiza historii życia pacjenta, jego relacji rodzinnych, a także rozpoznawanie nieświadomych motywów, potrzeb i mechanizmów obronnych. Istotnym elementem pracy jest analiza tego, w jaki sposób używanie substancji psychoaktywnych mogło stać się sposobem regulowania napięcia, trudnych emocji lub wewnętrznych konfliktów.

W przypadku terapii uzależnień proces psychodynamiczny, który ma zazwyczaj charakter **długoterminowy**, może być nieco bardziej ograniczony w czasie. Terapeuta przyjmuje bardziej aktywną



postawę niż w klasycznej psychoanalizie: pomaga formułować cele, wzmacnia przymierze terapeutyczne, monitoruje realizację całego planu leczenia oraz wspiera korzystanie z innych form pomocy. Praca obejmuje też bezpośrednio problem używania substancji, nawrotów, głodu substancji i sytuacji ryzyka, a nie wyłącznie analizę przeszłych doświadczeń.

Celem terapii jest pogłębienie samoświadomości pacjenta, rozpoznanie nieuświadomionych mechanizmów wpływających na jego zachowanie oraz wypracowanie bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie z emocjami i trudnościami życiowymi. Ma to sprzyjać zmniejszeniu potrzeby sięgania po substancje psychoaktywne oraz poprawie ogólnego funkcjonowania w relacjach i codziennym życiu.

TERAPIA HUMANISTYCZNA
Podejście humanistyczne skupia się na **samorozwoju pacjenta i jego potencjału**, na jego potrzebach, wartościach i zdolności do podejmowania własnych decyzji. Mniej koncentruje się na objawie, jakim jest używanie narkotyków - a jeśli już, to w kontekście redukcji szkód i redukcji używania.

W pracy z pacjentem cele nie muszą od początku oznaczać natychmiastowej, pełnej abstynencji. Ustala się je wspólnie, adekwatnie do stanu zdrowia, rodzaju substancji, zagrożeń i gotowości pacjenta. Z czasem **cele mogą się zmieniać**. Podobnie jak w przypadku dialogu motywującego, unika się konfrontacyjnego przekonywania pacjenta, a raczej wzmacnia się jego własne argumenty za zmianą.

W leczeniu uzależnień terapia humanistyczna może być wartościową częścią pomocy, zwłaszcza dla budowania motywacji i relacji terapeutycznej, ale nie powinna być jedyną metodą. Może być szczególnie pomocna, gdy pacjent wstydzi się, zaprzecza problemowi lub ma za sobą doświadczenia stygmatyzacji, potrzebuje odbudowy poczucia własnej wartości i zrozumienia, jaką funkcję pełni substancja w jego życiu.

TERAPIA SYSTEMOWA
Terapia systemowa koncentruje się nie tylko na osobie uzależnionej, lecz także na **relacjach i środowisku, w których ona funkcjonuje**. Zakłada, że używanie

substancji może być w dużym stopniu powiązane z dynamiką rodzinną, sposobami komunikacji, pełnionymi rolami, konfliktami, presją społeczną, a także szerszym kontekstem kulturowym.

W leczeniu uzależnień terapia systemowa przesuwa uwagę wyłącznie z uwarunkowań wewnętrznych pacjenta na jego relacje z systemem – rodziną i środowiskiem społecznym. Znajduje zastosowanie przede wszystkim w analizie relacji rodzinnych i społecznych oraz we włączaniu bliskich w proces terapeutyczny, np. w formie terapii rodzinnej.

Jej celem może być poprawa komunikacji, odbudowa zaufania, ustalenie zdrowych granic, ograniczenie zachowań podtrzymujących uzależnienie oraz zwiększenie wsparcia dla osoby leczonej. Podejście to jest szczególnie przydatne, gdy problemy w relacjach są istotnym czynnikiem nawrotów.

PODEJŚCIE INTEGRACYJNE

Podejście integracyjne w leczeniu uzależnień polega na **łączeniu metod wywodzących się z różnych nurtów psychoterapii**, zależnie od potrzeb pacjenta i problemów, z jakimi się zmaga. Przykładowo, na początku leczenia terapeuta może wykorzystywać dialog motywujący, aby pomóc pacjentowi przezwyciężyć ambiwalencję i wzmocnić gotowość do zmiany. Następnie, korzystając z technik poznawczo-behawioralnych (CBT), pracuje nad rozpoznawaniem sytuacji wyzwalających głód narkotykowy, zmianą utrwalonych sposobów myślenia i zachowania oraz zapobieganiem nawrotom. Z kolei elementy podejścia psychodynamicznego mogą



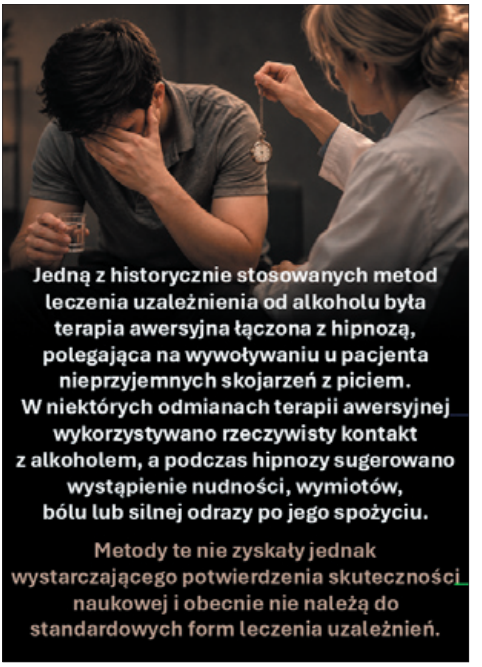
służyć lepszemu zrozumieniu emocji, doświadczeń z przeszłości i trudności w relacjach, które sprzyjają podtrzymywaniu uzależnienia.

Integracja może obejmować również **różne formy oddziaływań** – psychoterapię indywidualną i grupową, terapię rodzinną, psychoedukację czy trening umiejętności społecznych. Nie ma to być przypadkowe łączenie technik, lecz o świadomy dobór metod, które wzajemnie się uzupełniają i odpowiadają danemu etapowi pracy z pacjentem. Dzięki temu terapia może obejmować zarówno ograniczanie używania substancji i zapobieganie nawrotom, jak i poprawę funkcjonowania psychicznego, społecznego oraz jakości życia.

PODEJŚCIE ZWIĄZANE Z REDUKCJĄ SZKÓD

Redukcja szkód znajduje zastosowanie w psychoterapii uzależnień – tam gdzie całkowita abstynencja nie jest jedynym ani bezpośrednim celem leczenia. Praca terapeutyczna koncentruje się na **stopniowym ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych**, zmianie wzorca używania na mniej zagrażający, zmniejszaniu związanych z tym zagrożeń oraz poprawie zdrowia i jakości życia.

Oprócz wzmacniania motywacji do zmiany i rozwijania autorefleksji istotne dla tego procesu jest poszukiwanie bezpieczniejszych (niż sięganie po substancje) sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami, lękiem, traumą czy po prostu codziennymi problemami życiowymi. Przy takim podejściu istnieje duża przestrzeń do dostosowania celów i tempa terapii do możliwości pacjenta. Ograniczenie używania substancji może być zarówno celem samym w sobie, jak i etapem na drodze do ich całkowitego odstawienia. ●



DETOKSYKACJA

Detoksykacja (inaczej odtrucie, odwyk) to proces polegający na **leczeniu objawów abstynencyjnych** pojawiających się po zaprzestaniu przyjmowania substancji uzależniającej. Podstawowym celem jest przywrócenie względnej równowagi fizjologicznej organizmu, ograniczenie cierpienia i bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez początkowy okres abstynencji. Wyjściowym efektem detoksykacji, oprócz zniwelowania uzależnienia fizycznego, powinno być zaangażowanie pacjenta w dalsze leczenie.

KTO NA ODWYK

Detoksykacja dotyczy przede wszystkim tych uzależnionych, u których rozwinęła się **zależność fizjologiczna** (fizyczna), czyli stan, w którym organizm przystosował się do obecności substancji (neuroadaptacja) i po jej odstawieniu reaguje silnymi zaburzeniami. Może to dotyczyć uzależnienia od **opioidów** (takich jak

heroina, morfina, metadon czy fentanyl), uzależnienia od **alkoholu**, a także od **benzodiazepin** (leków uspokajających i przeciwlękowych). Leczenie detoksykacyjne stosowane bywa również u osób uzależnionych od silnych stymulantów (amfetaminy, kokainy oraz syntetycznych katynonów).

OBJAWY ODSTAWIENNE

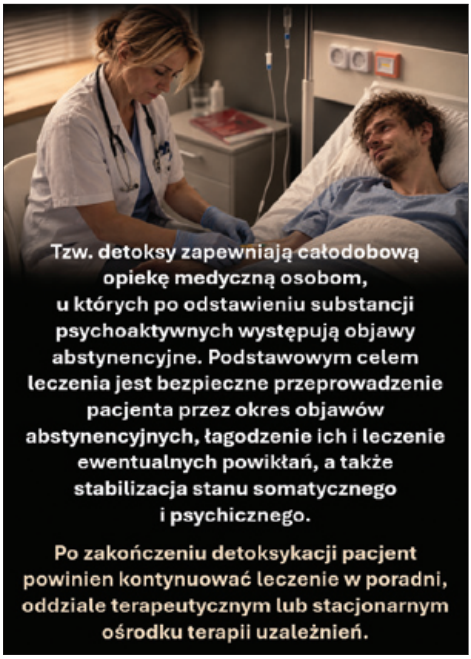
W zależności od przyjmowanej substancji uzależniającej, objawy odstawienia mogą obejmować m.in.: niepokój, drażliwość, lęk, bezsenność, bóle mięśni i stawów, drżenie, nudności, wymioty, biegunki, zaburzenia ciśnienia i przyspieszoną pracę serca. Wymienione tu objawy towarzyszą głównie odstawieniu opioidów. Po odstawieniu alkoholu lub benzodiazepin mogą pojawić się zaburzenia świadomości, majaczenie, drgawki a nawet **bezpośrednie zagrożenie życia**.

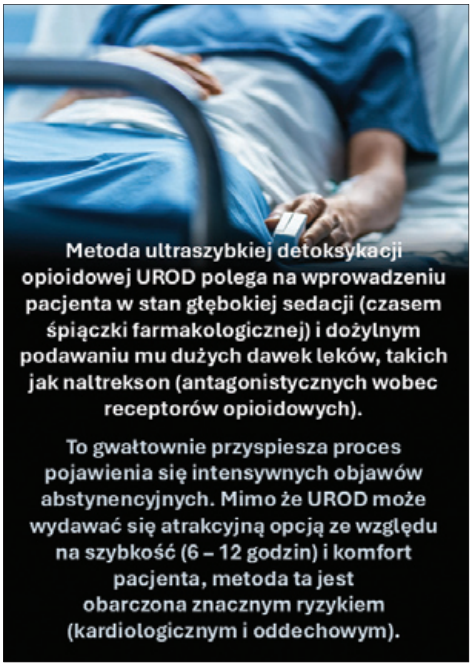
WARUNKI DETOKSYKACJI

Teoretycznie detoksykacja może być prowadzona nie tylko w stacjonarnych warunkach szpitalnych, ale może odbywać się także w warunkach ambulatoryjnych, u pacjenta w domu. W praktyce jednak wiąże się ona najczęściej z **pobytem uzależnionego na oddziale detoksykacyjnym**. Hospitalizacja jest wskazana szczególnie tam, gdzie przewidywane objawy abstynencyjne mogą mieć znaczne nasilenie, istnieje ryzyko powikłań somatycznych albo psychiatrycznych, pacjent miał w przeszłości drgawki albo zaburzenia świadomości, a także wtedy, gdy konieczne jest stosowanie dużych dawek leków. Leczenie stacjonarne jest również preferowane, gdy pacjent nie ma bezpiecznych warunków domowych, brak jest osoby mogącej udzielić wsparcia lub gdy pozostaje w środowisku, w którym łatwo o zdobycie i przyjęcie narkotyku. Przy silnej ambiwalencji, jaka towarzyszy pacjentom podczas detoksykacji, niewątpliwą zaletą leczenia szpitalnego jest **izolacja od niewłaściwego wpływu ze strony otoczenia**.

JAK DŁUGO

Czas leczenia detoksykacyjnego zależy od rodzaju używanej substancji, długości i intensywności jej przyjmowania oraz indywidualnych cech organizmu. Znaczenie ma również stan pacjenta w chwili przyjęcia do oddziału – czy znajduje się jeszcze pod silnym wpływem substancji, czy zgłasza się „trzeźwy". Od tego zależy, jak szybko pojawią się objawy odstawienne.







Zazwyczaj właściwa detoksykacja, której towarzyszą ostre objawy odstawienia, **trwa od kilku do kilkunastu dni (7-14)**. W przypadku substancji o dłuższym okresie działania (benzodiazepiny czy długodziałające opioidy, jak np. metadon) proces detoksykacji może się przeciągnąć, nawet do kilku tygodni. Powodem jest późniejsze pojawianie się rozciągniętych w czasie objawów abstynencyjnych.

Należy zwrócić uwagę, że **ustąpienie ostrych objawów nie oznacza jeszcze pełnego powrotu do zdrowia**. Zaburzenia snu, obniżony nastrój, osłabienie i okresowo nasilający się głód narkotyku mogą utrzymywać się dłużej, czasem miesiącami.

Czas detoksykacji jest również związany z przyjętymi rozwiązaniami farmakologicznymi. Okres ten można bardzo skrócić przy zastosowaniu antagonistów i znieczulenia ogólnego (patrz ramka). Z kolei detoksykacja polegająca na stopniowej, kontrolowanej redukcji dawki substancji uzależniającej w celu bezpiecznego oczyszczenia organizmu i minimalizowania objawów zespołu odstawiennego może okazać się znacznie rozłożona w czasie. Takie zmniejszanie dawki, zwane **taperingiem**, odbywa się nadal pod nadzorem lekarskim, ale już w warunkach ambulatoryjnych.

PRZEBIEG DETOKSYKACJI

Nie należy traktować detoksykacji jako procedury medycznej prowadzącej po prostu do oczyszczenia organizmu z toksyn. Składa się ona z kilku etapów. Pierwszym jest **ocena stanu pacjenta**, obejmująca wywiad dotyczący używa-

nia substancji, badania lekarskie oraz ocenę zdrowia psychicznego i chorób współistniejących. Następnie rozpoczyna się **stabilizacja** poprzez monitorowanie stanu zdrowia, uzupełnianie płynów i elektrolitów, poprawa odżywienia oraz farmakologiczne łagodzenie objawów odstawiennych. Równolegle zapewniane jest **wsparcie psychologiczne**, psychoedukacja i przygotowanie do dalszego leczenia. Ostatnim etapem jest zaplanowanie kontynuacji terapii.

Sukces detoksykacji jest mierzony przez ustąpienie lub znaczne ograniczenie objawów abstynencyjnych, stabilizację stanu pacjenta i uzyskanie przez niego przynajmniej czasowej abstynencji. Trzeba podkreślić, że **detoksykacja nie jest równoznaczna z wyleczeniem uzależnienia**. Usuwa ona fizjologiczne skutki odstawienia, natomiast nie zmienia utrwalonych sposobów myślenia i funkcjonowania, które podtrzymują używanie substancji. Dlatego powinna być traktowana jako **pierwszy etap długofalowego leczenia**, a nie jego zakończenie. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

W województwie małopolskim większość oddziałów detoksykacyjnych zajmuje się leczeniem zespołów abstynencyjnych wywołanych odstawieniem alkoholu. Oddziały prowadzące detoksykację „narkotykową" znajdziemy jedynie w Krakowie.

Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień – Oddział Detoksykacji (Stowarzyszenie MONAR)
ul. Suchy Jar 4A w Krakowie
tel. 12 645 06 10
mail: domm@monar.krakow.pl
https://dommonarukrakow.pl/

Specjalistyczny oddział leczenia zespołów abstynencyjnych wywołanych narkotykami i innymi substancjami psychoaktywnymi. Oddział sąsiaduje ze stacjonarnym ośrodkiem rehabilitacyjnym. W trakcie odtrucia pacjenci są motywowani i przygotowywani do dalszej terapii uzależnienia.

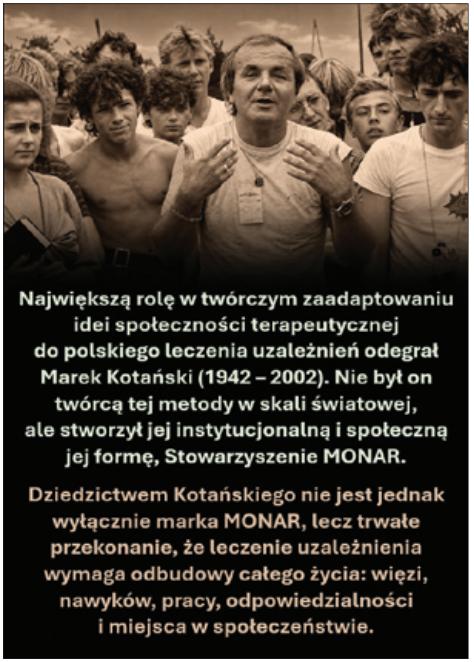
Pododdział Detoksykacji Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych (Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera)
os. Złotej Jesieni 1 w Krakowie
tel. 12 646 84 04
mail: ots-sekretariat@rydygierkrakow.pl
https://www.szpitalrydygier.pl

Szpitalny pododdział detoksykacyjny działający w strukturze oddziału toksykologii, prowadzący leczenie pacjentów wymagających medycznego odtrucia i nadzoru związanego z używaniem substancji psychoaktywnych.

OŚRODKI STACJONARNE (SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA)

Leczenie stacjonarne w modelu społeczności terapeutycznej jest długoterminową (trwającą co najmniej kilka miesięcy) i kompleksową formą rehabilitacji osób uzależnionych, przygotowującą do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Głównym „narzędziem" zmiany jest codzienne życie oraz relacje kształtujące się w odpowiednio zorganizowanej społeczności tworzonej zarówno przez pacjentów, jak i personel. Leczenie odbywa się w warunkach całodobowego pobytu i przy zachowaniu pełnej abstynencji od jakichkolwiek substancji zmieniających świadomość (bardzo ostrożnie podchodzi się nawet do stosowania leków). Pacjent mieszka w placówce i uczestniczy w ustalonym programie leczenia, który obejmuje różne formy oddziaływań psychoterapeutycznych, edukacyjnych, a także wychowawczych. Istotnym elementem pobytu są codzienne obowiązki związane z funkcjonowaniem w społeczności – od wspólnego prowadzenia domu i dbania o jego przestrzeń, przygotowywania posiłków, po konstruktywne spędzanie czasu wolnego i udział we wspólnych aktywnościach sportowych. Codzienne doświadczenia i relacje z innymi stają się integralną częścią procesu zdrowienia i uczenia się nowych sposobów funkcjonowania.



HISTORIA

Korzenie społeczności terapeutycznej jako metody pracy terapeutycznej sięgają XIX wieku, kiedy **w leczeniu zaburzeń psychicznych** zaczęto podkreślać znaczenie środowiska, relacji i aktywnego udziału pacjentów w życiu wspólnoty. Coraz ważniejszą zasadą stawało się przekonanie, że nie tylko pojedyncze spotkania z terapeutą, ale cała społeczność może pełnić funkcję terapeutyczną. W latach 50. i 60. XX wieku idee te zaczęto wykorzystywać również w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

Jednym z pionierów tego podejścia była organizacja Synanon, założona w 1958 roku przez **Charlesa Dedericha**. Synanon stał się inspiracją dla późniejszych modeli

społeczności terapeutycznych, w których – w przeciwieństwie do tradycyjnego leczenia – odpowiedzialność za zmianę była w dużej mierze powierzana samym uczestnikom wspólnoty. W Polsce społeczności terapeutyczne zaczęły rozwijać się szczególnie intensywnie w latach 70. i 80. XX wieku, głównie w odpowiedzi na rosnący problem uzależnień.

W klasycznym modelu społeczności terapeutycznej znaczną część kadry stanowiły osoby mające własne **doświadczenie uzależnienia i zdrowienia**. Współczesne programy częściej opierają się na pracy wykwalifikowanych specjalistów, w tym certyfikowanych psychoterapeutów, psychologów i psychiatrów.

CZAS POBYTU

Pobyt uzależnionego pacjenta w ośrodku długoterminowym wynosił dawniej nawet 24 miesiące i dłużej. Z uwagi na postęp metod leczniczych, ekonomizację świadczeń zdrowotnych, a także rozwój towarzyszących działań postreadaptacyjnych (o których mowa w kolejnych rozdziałach tej publikacji) – we współczesnych ośrodkach okres leczenia skrócono do **około 12 miesięcy**, a w niektórych do 6 lub nawet 3 miesięcy. Badania jednak pokazują, że długoterminowy pobyt w społecznościach terapeutycznych wiąże się z wyraźnie lepszymi wynikami.

DLA KOGO

Społeczność terapeutyczna jest ważną metodą rehabilitacji stacjonarnej, przede wszystkim dla osób potrzebujących długofalowej, intensywnej (prowadzonej na każdym kroku) odbudowy życia. W praktyce jest to forma szczególnie



uzasadniona dla osób, u których leczenie ambulatoryjne (dochodzące) odbywałoby się bez wystarczająco bezpiecznych warunków do trwałej zmiany, dla osób które nie mają zasobów w postaci np. „trzeźwego" domu, a najbliższe środowisko koncentruje się raczej używaniu substancji niż na abstynencji. To także opcja dla tych, którzy wypadli ze swoich ról społecznych; dla młodych osób, które przez uzależnienie szybko zerwali więź ze szkołą, rodziną, pracą i weszli w konflikt z prawem. Jednak pytanie kwalifikacyjne nie powinno brzmieć: „Czy to osoba wystarczająco młoda, zniszczona lub wykluczona?" lecz: „**Czy bez całodobowego, stabilnego i relacyjnego środowiska ma realną możliwość przerwać używanie, odbudować funkcjonowanie i utrzymać zmianę?"**

HIERARCHIA I ETAPY POBYTU

W ośrodkach opartych o model społeczności terapeutycznej istnieje hierarchia uczestników. **Nie służy ona jednak dominacji jednych pacjentów nad drugimi**. Daje za to możliwość stopniowania wymagań (nowa osoba ma zwykle mniej przywilejów i prostsze zadania), uczenia odpowiedzialności (kolejne funkcje są okazją do ćwiczenia punktualności, współpracy, ponoszenia konsekwencji własnych decyzji); pokazuje związek między zachowaniem a zaufaniem (większa swoboda i bardziej odpowiedzialne funkcje) i daje okazję do modelowania: jedni obserwują jak inni radzą sobie z obowiązkami, z konfliktem i jak reagują na informacje zwrotne.

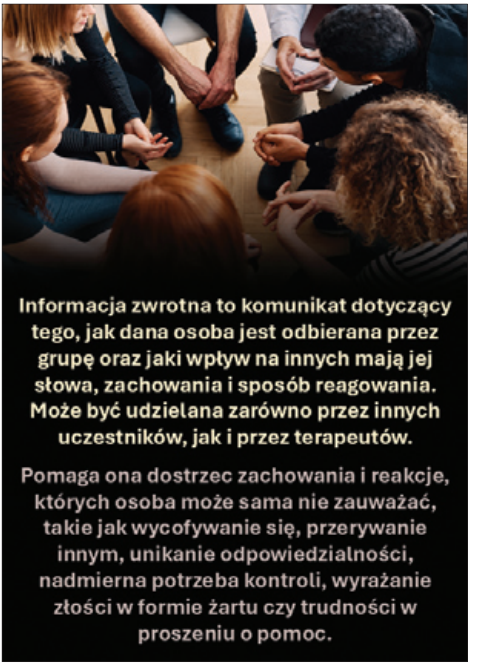
Elementy te tworzą bezpieczne, **treningowe mikrospołeczeństwo**, w którym wraz z postępem w leczeniu rośnie odpowiedzialność, samodzielność i zaufanie. Ośrodek odtwarza realne wymagania społeczne ze świata zewnętrznego, co pozwala ćwiczyć funkcjonowanie w warunkach niezagrażających. Kadra terapeutyczna uważnie nadzoruje te procesy, aby nie przerodziły się w presję, przemoc psychiczną czy upokorzenie.

DZIEŃ W OŚRODKU

Typowy dzień w stacjonarnym ośrodku leczenia uzależnień jest ściśle zaplanowany, ale nie polega wyłącznie na **„siedzeniu na terapii"**. Terapia indywidualna i grupowa przeplata się z pracami domowymi, posiłkami i odpoczynkiem; to pozwala na stopniowe odbudowywanie zwykłych życiowych nawyków.

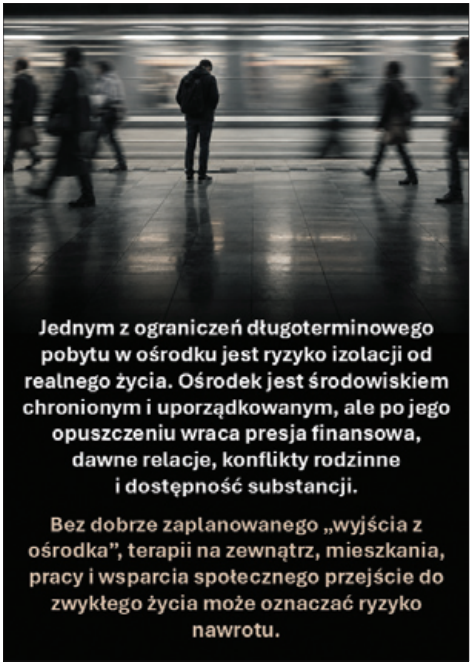
Szczegółowy harmonogram różni się w zależności od placówki, etapu leczenia i stanu zdrowia pacjenta.

Poranna pobudka, higiena, śniadanie, krótka aktywność fizyczna lub medytacja mają na celu **stabilizowanie rytmu dobowego**, dbanie o ciało i rozpoczynanie dnia w przewidywalny sposób. Poranna „odprawa" służy planowaniu, podziałowi obowiązków i omówieniu spraw bieżących. Przed południem pacjenci zwykle wykonują różnego rodzaju prace na rzecz społeczności. Są to na ogół proste czynności związane z utrzymaniem domu i najbliższego otoczenia czy przygotowywaniem posiłków. Praca wykonywana przez członków społeczności pomaga w bieżącym funkcjonowaniu ośrodka, ale przede wszystkim



jest narzędziem terapii: przydzielone zadania służą uczeniu odpowiedzialności, współpracy i samodzielności. Wspólne wykonywanie obowiązków wymaga podziału pracy, proszenia o pomoc, uzgadniania zasad, rozwiązywania konfliktów i respektowania granic innych osób. To bezpieczne środowisko do ćwiczenia relacji, których nie da się w pełni nauczyć wyłącznie w rozmowie z psychoterapeutą.

W ciągu dnia odbywają się **zajęcia grupowe**, podczas których pacjenci pracują nad rozpoznawaniem mechanizmów uzależnień, wyzwalaczy, uczą się sposobów komunikowania, reagowania, bezpiecznego kontaktu społecznego oraz **terapia indywidualna**, gdzie pracują nad własnymi historiami i planem życia bez substancji i zachowań nałogowych.



Stałym elementem dnia jest udział pacjentów w zajęciach sportowych oraz nauka spędzania wolnego czasu i odpoczynku. To nie tylko „zajęcie" czasu, ale uczenie się tego, jak odzyskiwać równowagę, przyjemność i podtrzymywać relacje bez substancji psychoaktywnych.

Cisza nocna w stałych godzinach to istotny element tej układanki – regularny sen i odpoczynek pełnią funkcję regeneracyjną i stabilizującą. Pomagają odzyskać równowagę fizyczną i psychiczną, lepiej radzić sobie z emocjami oraz zmniejszają podatność na impulsywne zachowania i nawrót.

Na tle innych nurtów w psychoterapii uzależnień, społeczność terapeutyczna wyróżnia się tym, że tworzy warunki, w których pacjent może codziennie ćwiczyć trzeźwe, odpowiedzialne i relacyjne funkcjonowanie, nie jedynie o nim rozmawiać. Środowisko i relacje między uczestnikami wykorzystywane są jako aktywny czynnik leczenia. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

W województwie małopolskim znajdują się dwa stacjonarne ośrodki długoterminowe zajmujące się leczeniem i rehabilitacją osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol. *Adresy znajdują się na następnej stronie.*

Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień (Stowarzyszenie MONAR)
ul. Suchy Jar 4 w Krakowie
tel. 12 645 06 10
mail: domm@monar.krakow.pl
https://dommonarukrakow.pl/

Całodobowa placówka prowadząca stacjonarne leczenie, terapię i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Program opiera się na psychoterapii, społeczności terapeutycznej oraz działaniach służących odbudowie umiejętności społecznych i przygotowaniu do samodzielnego życia.

Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby – Dom Gwan (Stowarzyszenie MONAR)
ul. Nadbrzezie 25 w Krakowie
tel. 12 681 00 66 oraz 605-092-656
mail: dom_gwan@wp.pl
https://domgwan.pl

Placówka specjalizuje się w stacjonarnej terapii osób uzależnionych, które mają za sobą wcześniejsze leczenie, ale powróciły do używania substancji. Program koncentruje się m.in. na rozpoznawaniu mechanizmów prowadzących do nawrotu, wzmacnianiu umiejętności radzenia sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka oraz ponownym budowaniu stabilnego życia bez narkotyków.

POSTREHABILITACJA I READAPTACJA SPOŁECZNA

Zakończenie terapii uzależnienia wcale nie oznacza zakończenia procesu zdrowienia i pełnego powrotu do życia społecznego; można powiedzieć, że to dopiero przedsmak życia w trzeźwości. Osoba opuszczająca stacjonarny ośrodek terapii długoterminowej musi ponownie odnaleźć się w codziennym życiu pełnym obowiązków, problemów i stresu, zderzyć się z ryzykownymi sytuacjami w kontekście powrotu do używania narkotyków. **Postrehabilitacja i readaptacja społeczna** to terminy, które oznaczają działania służące utrwaleniu zmian osiąganych podczas leczenia oraz pomoc w możliwie samodzielnym funkcjonowaniu.

POSTREHABILITACJA. WSPARCIE PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA

Postrehabilitacja obejmuje działania kierowane do osób, które **zakończyły podstawowy etap terapi**i, ale nadal potrzebują wsparcia w utrzymaniu osiągniętych zmian. Bywa określana jako pomost między właściwym, intensywnym leczeniem a samodzielnym życiem. Szczególnego znaczenia nabiera po zakończeniu terapii stacjonarnej – przejście spod „ośrodkowego klosza", uporządkowanego i chronionego środowiska do życia na zewnątrz jest dla każdego sporym wyzwaniem.

Pomoc postrehabilitacyjna obejmuje działania o różnym charakterze. Może to

być dalszy kontakt z terapeutą i udział w psychoterapii, uczęszczanie na grupy wsparcia (np. NA), udział w programach zapobiegania nawrotom, itp. Ważnym elementem jest rozpoznawanie sytuacji zwiększających ryzyko ponownego sięgnięcia po narkotyki oraz rozwijanie sposobów radzenia sobie z głodem substancji, stresem, trudnymi emocjami i kryzysami życiowymi.

Wsparcie może dotyczyć również bardzo praktycznych spraw. Zdarza się, że osoby kończące leczenie nie mają gdzie mieszkać (albo miejsce, w którym mieszkają nie zapewnia im bezpieczeństwa od narkotyków), nie mają pracy i stabilnego źródła dochodu, brakuje im odpowiedniego wsparcia ze strony bliskich, itp. W takich przypadkach potrzebna może być pomoc socjalna, prawna, zawodowa czy mieszkaniowa. Jedną z form postrehabilitacji są **hostele i mieszkania readaptacyjne**, w których można przez pewien czas mieszkać, jednocześnie ucząc się coraz bardziej samodzielnego funkcjonowania.



READAPTACJA. POWRÓT DO ŻYCIA SPOŁECZNEGO

Pojęcie **readaptacji społecznej** jest trochę szersze i odnosi się przede wszystkim do ponownego przystosowania osoby do funkcjonowania w społeczeństwie. Wieloletnie używanie narkotyków mogło doprowadzić do przerwania nauki, utraty pracy, zadłużenia, konfliktów rodzinnych, problemów prawnych oraz osłabienia więzi społecznych. Samo zaprzestanie używania substancji nie sprawi, że te problemy poznikają. Readaptacja to proces odbudowywaniu więzi rodzinnych i relacji społecznych, to powrót do nauki lub pracy, zdobywanie kwalifikacji zawodowych oraz uczenie się odpowiedzialności za własne decyzje. W ramach działań instytucjonalnych proces ten może wymagać pomocy w poszukiwaniu zatrudnienia, załatwianiu spraw urzędowych, gospodarowaniu pieniędzmi, organizowaniu codziennych obowiązków czy rozwiązywaniu problemów prawnych. Jeśli towarzyszy temu rozwijanie kompetencji społecznych, komunikowanie swoich potrzeb, rozwiązywanie konfliktów, stawianie granic i budowanie relacji z osobami, które nie używają narkotyków, to proces readaptacji toczy się w dobrą stronę.

HOSTELE I MIESZKANIA READAPTACYJNE

Hostele dla osób uzależnionych to



Hostele readaptacyjne pozwalają skrócić zasadniczą, kosztowną fazę leczenia stacjonarnego, umożliwiając kontynuowanie procesu zdrowienia i usamodzielniania w mniej intensywnych warunkach.

Jednocześnie stanowią „miękkie lądowanie" w twardych realiach życia poza ośrodkiem – umożliwiając stopniowe przechodzenie od bezpiecznego środowiska terapeutycznego do samodzielności, przy zachowaniu niezbędnego wsparcia.

przejściowa forma pomocy dla osób, które albo ukończyły zasadniczy etap leczenia stacjonarnego, albo znajdują się w jego końcowej fazie i przygotowują się do samodzielnego życia. Hostele stanowią etap pośredni między chronionym środowiskiem ośrodka terapeutycznego a pełnym funkcjonowaniem poza placówką.

Mieszkańcy takich hosteli funkcjonują znacznie bardziej samodzielnie niż w ośrodku: podejmują pracę lub naukę, sami załatwiają codzienne sprawy, sami gospodarują pieniędzmi i organizują sobie czas wolny. Jednocześnie nadal korzystają z różnych form wsparcia terapeutycznego czy poradnictwa. Hostel zapewnia więc dach na głową i życie już tylko w częściowo chronionych warunkach.

W przypadku **mieszkań readaptacyjnych**, osoby z nich korzystające w jeszcze większym stopniu niż w hostelach samodzielnie prowadzą gospodarstwo domowe, pracują lub uczą się – zamieszkując je w mniejszych grupach, po 2-3 osoby. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

W województwie małopolskim funkcjonują dwie placówki oferujące czasowe zamieszkanie połączone ze wsparciem terapeutycznym i pomocą w usamodzielnianiu się dla osób kończących lub kontynuujących leczenie uzależnienia.

Hostel Readaptacyjny
„Nowa Szansa - Nowe Życie"
(Stowarzyszenie MONAR)
ul. Sadowa 117a, 119 i 121
w Wieliczce
tel. 606 203 156
mail: joanna.luberda1@wp.pl
https://mzhsrmonar.pl/

Placówka składająca się z trzech domów jednorodzinnych jest przeznaczona dla osób utrzymujących abstynencję po przebytej terapii uzależnienia. Zapewnia bezpieczne warunki mieszkaniowe, wsparcie psychologiczne i pomoc w zapobieganiu nawrotom oraz w reintegracji społecznej i zawodowej. Dysponuje około 35–38 miejscami dla dorosłych – kobiet, mężczyzn oraz rodzin.

Hostel Readaptacyjny DROP-UP
(Stowarzyszenie MONAR)
ul. Krakowska 19/8 w Krakowie
tel. 786 456 153
mail: drop-up@monar.krakow.pl
https://drop-up.krakow.pl

Placówka dysponuje 6 miejscami dla leczących się z uzależnienia mężczyzn i bardziej przypomina duże mieszkanie readaptacyjne niż hostel. Przyjmowane są również osoby uczestniczące w leczeniu substytucyjnym. Pobyt może trwać maksymalnie 12 miesięcy, a jego warunkiem jest utrzymywanie abstynencji, kontynuacja leczenia ambulatoryjnego i podjęcie pracy zarobkowej. Placówka pomaga mieszkańcom w pełnym usamodzielnieniu się.

NAWROTY W UZALEŻNIENIACH

Nawroty oznaczają powrót do używania substancji i są częstym zjawiskiem w procesie wychodzenia z uzależnienia. Mogą wystąpić jeszcze w trakcie leczenia, jak i po miesiącach czy latach życia w abstynencji. Nie oznaczają jednak, że leczenie było bezwartościowe i że uzależniony musi zaczynać wszystko od nowa. Dużo zależy od tego, czy i jak na nie zareagujemy. Ignorowane będą prowadzić do poważnych konsekwencji, dlatego lepiej im zapobiegać.

Nie ma jednej, powszechnie obowiązującej definicji nawrotu. Wiadomo jednak, że nie jest to jednorazowe wydarzenie, a raczej proces mogący oznaczać powrót do wcześniejszych wzorców używania narkotyków, który rozpoczyna się nawet wcześniej niż ponownie sięgnięcie po substancję.

ETAPY NAWROTU
Nawrót uzależnienia jest procesem, który rozwija się stopniowo. W dużym uproszczeniu możemy wyróżnić jego trzy etapy, które osoby uzależnione powinny umieć rozpoznawać.

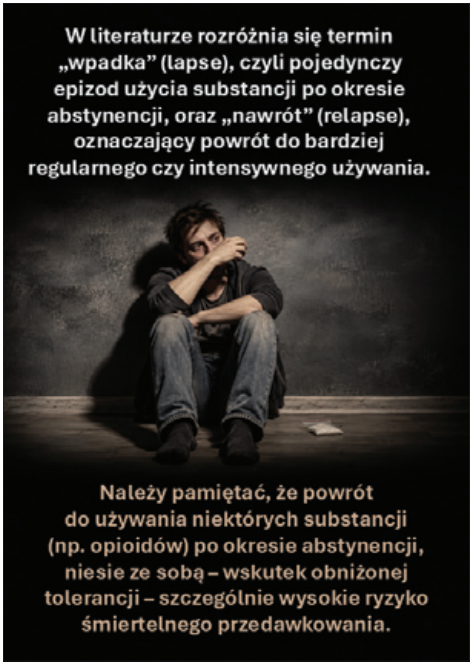
Pierwszy z nich nazwiemy **nawrotem emocjonalnym**. Może się on objawiać pogorszeniem samopoczucia, narastającym napięciem, trudnościami w radzeniu sobie z emocjami, a także stopniowym wycofywaniem się z kontaktów z innymi ludźmi. Zaczynamy się izolować, zaniedbywać niektóre obowiązki, np. rezygnować ze spotkań z terapeutą czy z udziału w grupie wsparcia. Na tym etapie nie musimy nawet myśleć wprost o narkotykach, dzieje się to poza naszą świadomością.

Kolejnym etapem będzie **nawrót psychiczny**, który może wiązać się z pojawieniem konkretnych myśli o substancjach psychoaktywnych, wspominaniem przyjemnych z nimi doświadczeń i tęsknotą za dawnym stylem życia. Możemy zacząć idealizować przeszłość i, bagatelizując negatywne skutki używania, rozważać sięgnięcie po substancje. Zwykle towa-

rzyszy temu wewnętrzny konflikt między chęcią utrzymania abstynencji a pragnieniem powrotu do używania.

Nawrót fizyczny oznacza ponowne sięgnięcie po narkotyk. Może mieć on charakter jednorazowego epizodu, jednak brak właściwej interwencji sprzyja powrotowi do regularnego stosowania substancji oraz rozwinięciu spektrum-spektrum objawów uzależnienia.

Powyższe etapy stanowią uproszczony model nawrotu, pomagający rozpoznawać sygnały ostrzegawcze i odpowiednio wcześnie podejmować działania prewencyjne. Nie u każdej osoby nawrót przebiega w opisanej kolejności, a poszczególne etapy mogą się przenikać lub w ogóle nie wystąpić.



DLACZEGO DOCHODZI DO NAWROTÓW

Przyczyny nawrotów, podobnie jak samych uzależnień, są złożone i niekoniecznie wynikają ze słabej woli. Znaczenie mogą mieć zarówno czynniki środowiskowe, psychologiczne, jak i biologiczne. Wszystkie wzajemnie na siebie oddziałują.

Wśród **czynników psychologicznych** szczególne znaczenie mają trudności w radzeniu sobie z emocjami, lękiem i samotnością. Ryzykowne pod kątem nawrotów mogą być takie cechy, jak impulsywność, skłonność do podejmowania ryzyka czy też trudności w znoszeniu niepowodzeń i niskie poczucie własnej skuteczności. Z kolei wśród **czynników środowiskowych** może pojawić się presja otoczenia, problemy finansowe, kontakty z osobami używającymi substancji czy powrót do miejsc kojarzonych z zażywaniem. Ryzykowne mogą być nie tylko sytuacje trudne, ale również przyjemne: napawanie się sukcesem, przypływy bezkrytycznej pewności siebie czy przekonanie, że uzależnienie jest już tylko przeszłością.

Badania wskazują, że za nawrotami stoją także **czynniki biologiczne** – zmiany w funkcjonowaniu mózgu, szczególnie układów odpowiedzialnych za odczuwanie nagrody, motywację i kontrolę zachowania. Znaczenie mogą mieć także predyspozycje genetyczne, zaburzenia snu oraz sposób reagowania organizmu na stres. Nie oznacza to wcale, że nawrót jest biologicznie przesądzony.

JAK ZAPOBIEGAĆ

Jedną z najlepiej poznanych metod psychoterapeutycznych jest zapobieganie nawrotom oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Polega ono na rozpoznawaniu sytuacji wysokiego ryzyka, identyfikowaniu myśli i emocji poprzedzających używanie oraz ćwiczeniu skuteczniejszych sposobów radzenia sobie. Pomocny jest regularny kontakt z terapeutą, wsparcie bliskich i udział w grupach samopomocowych. Istotne jest dbanie o sen, aktywność fizyczną oraz stabilny rytm życia, a w niektórych przypadkach – leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych. Nie należy lekceważyć głodu substancji, celowo wystawiać się na pokusy ani rezygnować ze wsparcia tylko dlatego, że od dłuższego czasu wszystko układa się dobrze.



Skuteczność metod zależy też od rodzaju uzależnienia; np. w przypadku opioidów, skłonność do nawrotów może przemawiać za podjęciem leczenia substytucyjnego metadonem lub buprenorfiną.

NAWRÓT – I CO TERAZ

Przede wszystkim nie należy uznawać, że wszystko zostało stracone i to koniec świata. W literaturze opisywane są tzw. efekty złamania abstynencji: kiedy po jednorazowym użyciu pojawiają się wstyd, poczucie winy, przekonanie o braku własnej wartości i o bezradności. To zwykle sprzyja dalszej eskalacji używania. Konsekwencje myślenia „skoro już raz wziąłem, to nie ma znaczenia, co zrobię dalej" zamieniają pojedynczą wpadkę w długotrwały nawrót.

Najważniejsze jest szybkie przerwanie używania, przełamanie oporów, wstydu i kontakt z terapeutą lub inną osobą mogącą udzielić wsparcia. Ważne będzie przeanalizowanie okoliczności, które doprowadziły do zdarzenia. Potrzebna będzie również zmiana planu leczenia lub bardziej intensywna pomoc. Nawrót nie musi oznaczać powrotu do punktu wyjścia. Wcześniejsze doświadczenia, umiejętności zdobyte w okresach abstynencji nie znikają zupełnie. Ważne jest jednak, aby potraktować to jako sygnał do działania, a nie dowód niepowodzenia. ●

REDUKCJA SZKÓD

Podstawowa idea redukcji szkód jest nieskomplikowana: skoro nie zawsze da się wyeliminować używanie substancji psychoaktywnych, to należy możliwie szybko i skutecznie ograniczać ich najgroźniejsze dla zdrowia, życia i funkcjonowania społecznego skutki.

Redukcja szkód staje się coraz istotniejszym podejściem w pracy z osobami stosującymi substancje psychoaktywne. **Moralizowanie i straszenie niewiele bowiem zmienia – narkotyki nie chcą znikać wraz z zakazami. Wręcz przeciwnie – pojawia się ich coraz więcej i są one coraz łatwiej dostępne.** Ich szkodliwa obecność wymaga rozsądnej i pragmatycznej odpowiedzi opartej na badaniach naukowych, realnych potrzebach ludzi i na ochronie ich bezpieczeństwa.



Nie oznacza to w żadnym wypadku aprobaty dla narkotyków czy innych używek. Oznacza jedynie, że mnóstwo ludzi na całym świecie, mimo świadomości ryzyka, używa substancji psychoaktywnych (nielegalnych narkotyków, alkoholu i leków) i większość z nich nawet nie myśli o abstynencji lub nie jest na nią gotowa.

GDZIE JEST MIEJSCE DLA REDUKCJI SZKÓD

Redukcja szkód opiera się na realistycznym poglądzie, który zakłada, że **używanie substancji psychoaktywnych jest częścią realnego świata**. Mimo nowoczesnych programów profilaktycznych i coraz bardziej skutecznych programów leczniczych, ludzie używają w coraz bardziej nieskrępowany sposób substancji zmieniających świadomość (medycznej marihuany, psychodelików, leków poprawiających nastrój, itd.). Jednym z istotnych celów oddziaływań społecznych powinno być zatem dążenie również do tego, aby ta konsumpcja wywoływała możliwie jak najmniej szkód. Ważne jest przy tym myślenie, że każda, **nawet niewielka poprawa w kwestii zdrowia i funkcjonowania społecznego ma znaczenie**. Abstynencja może być jednym z możliwych celów, ale nie warunków uzyskania pomocy.

PRYNCYPIA REDUKCJI SZKÓD

Redukcja szkód jest głęboko **zakorzeniona w prawach człowieka**, co oznacza, że każda osoba zachowuje swoją godność i prawa, także wtedy, gdy używa substancji psychoaktywnych. Jeśli istnieją jakiekolwiek skuteczne sposoby zapobiegania zakażeniom HIV i WZW, przedawkowaniom lub innym poważnym konsekwencjom używania substancji, to ich udostępnianie jest formą realizacji prawa do zdrowia. Redukcja szkód swoje działania opiera na **dowodach naukowych** – stosuje interwencje, których skuteczność w ograniczaniu szkód zdrowotnych została potwierdzona w badaniach. Bierze pod uwagę **realistyczną ocenę ryzyka** i nie zakłada, iż wszyscy przestaną używać substancji ani że samo zakazywanie wyeliminuje zagrożenie. Ryzykowne zachowania mogą nadal występować, dlatego należy się koncentrować na ich ograniczaniu. Proponowane przez redukcję szkód rozwiązania są **adekwatne do aktualnej sytuacji osoby**, nie są „jednakowe dla wszystkich", lecz odpowiadają na realne potrzeby danej osoby w danym momencie. Uwzględniany jest m.in. rodzaj używanych substancji, sposób ich przyjmowania, ryzyko przedawkowania lub zakażeń, sytuacja mieszkaniowa, zdrowie psychiczne, doświadczenie przemocy oraz gotowość do leczenia. Redukcja szkód **nie zmierza za wszelką cenę do wyeliminowania problemu**, a co za tym idzie nie stawia sobie nierealistycznego celu, by każda osoba natychmiast i całkowicie przestała używać narkotyków. Nie oznacza to rezygnacji z leczenia lub abstynencji. Są one możliwymi i ważnymi celami,



ale nie mogą być warunkiem i jedynym celem udzielenia pomocy.

Pozostałe zasady redukcji szkód to m.in. **podejście nieoceniające, niskoprogowe, zakładające sprawczość osoby używającej, stopniowość zmian**, a także promujące włączanie **użytkowników w tworzenie rozwiązań i strategii**.

JAK DZIAŁA REDUKCJA SZKÓD

Najbardziej rozpoznawalnym elementem redukcji szkód są **programy wymiany igieł i strzykawek**. Ograniczają one transmisję zakażeń i pozwalają docierać do osób będących poza systemem leczenia. Ich znaczenie polega nie tylko na samym dostarczeniu sterylnego sprzętu, ale również na tworzeniu kontaktu, często pierwszego i nieoceniającego,



który otwiera drogę do dalszej pomocy. Przeznaczone dla osób najbardziej wykluczonych **niskoprogowe punkty *drop-in*** (bez barier na wejściu i warunku abstynencji) tworzą bezpieczne miejsca kontaktu, budujące zaufanie i pomagające stopniowo włączać użytkowników w dalszą opiekę i system pomocy. Zakres pomocy w punktach *drop-in* jest szeroki i obejmuje nie tylko wymianę igieł i strzykawek, ale też pomoc socjalno-bytową, np. łaźnię, pralnię, dożywianie czy uzupełnienie ubrań. Ważnym elementem są także konsultacje prawne, pomoc pielęgniarska przy powikłaniach po iniekcjach, anonimowe testowanie w kierunku HIV, HCV i kiły oraz **profilaktyka przedawkowań** (m.in. dystrybucja naloksonu). Innym ważnym narzędziem są **programy substytucyjne** (o nich więcej w innej części tej publikacji), szczególnie dla osób z uzależnieniem od opioidów. Pozwalają one ustabilizować funkcjonowanie i ograniczyć ryzyko związane z poszukiwaniem narkotyków na czarnym rynku. To nie jest łatwiejsza wersja leczenia, ale forma oddziaływań realnie zmniejszająca szkody i poprawiająca jakość życia. W praktyce pomaga nie tylko ograniczać zachowania ryzykowne, ale też zwiększa szansę na życie w abstynencji.

Warto wspomnieć, że programy redukcji szkód odpowiadają nie tylko na problemy związane z opioidami i iniekcjami, lecz reagują także na rosnące spożycie **syntetycznych stymulantów, katynonów, ketaminy i nowych substancji psychoaktywnych**. Zmienia to profil ryzyka i wymaga bardziej elastycznych form pomocy, także dla **osób nieużywających substancji dożylnie**. Istotne jest również objęcie wsparciem osób w więzieniach, osób w kryzysie bezdomności, kobiet, młodzieży oraz osób z jednoczesnymi problemami zdrowia psychicznego. **Nadal poważną przeszkodą pozostają stygmatyzacja, bariery prawne i administracyjne, braki kadrowe oraz niestabilne finansowanie tych usług.**

Metoda redukcji szkód ma również zastosowanie w **psychoterapii uzależnień**, której celem jest stopniowe zmniejszanie ryzyka i szkód, przy jednoczesnym wzmacnianiu motywacji, autorefleksji i lepszego radzenia sobie z traumą, lękiem czy problemami życiowymi (więcej na ten temat w innej części publikacji).

DZIAŁANIA WŚRÓD OKAZJONALNYCH UŻYTKOWNIKÓW

Ryzyko wystąpienia szkód nie zależy od tego, czy ktoś spełnia kryteria uzależnienia czy też nie. **Sporadyczne, a nawet pojedyncze użycie substancji psychoaktywnej może wiązać się z pojawieniem się poważnych powikłań zdrowotnych.** Nieprzewidywalny skład substancji, błędna ocena własnej tolerancji, interakcje z innymi środkami czy zachowania podejmowane pod wpływem to prawdziwy zdrowotny hazard. **Działania redukcji szkód są niezbędne także wobec osób przyjmujących narkotyki okazjonalnie, w warunkach imprezowych czy klubowych.** W takim ujęciu wiążą się one bardziej z podejściem profilaktycznym i edukacyjnym. To ważne, gdyż okazjonalni użytkownicy nie identyfikują się jako pacjenci ani osoby z uzależnieniem, więc klasyczne, terapeutyczne komunikaty mogą do nich nie trafiać. Redukcja szkód pozwala rozmawiać z nimi o bezpieczeństwie bez stygmatyzowania i bez zakładania, że jedyną właściwą reakcją musi być abstynencja. Dla tej grupy ważniejsza jest logika mniejszego ryzyka: skoro ktoś nie rezygnuje z używania, celem staje się ograniczenie prawdopodobieństwa ostrego zatrucia, niebezpiecznych mieszanek, urazów czy długofalowych konsekwencji. To podejście jest także pragmatyczne – **z okazjonalnymi użytkownikami często łatwiej pracować nad zmianą zachowań niż nad zakazem używania**.

NIECHCIANA REDUKCJA SZKÓD

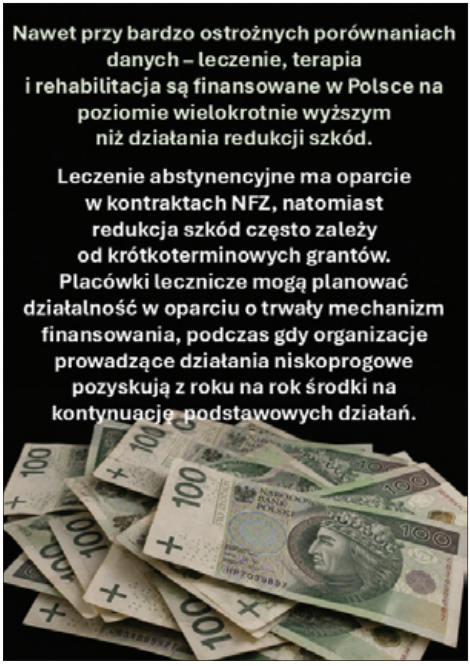
Oprócz wymienionych, istnieje szereg rozwiązań prowadzonych w ramach redukcji szkód, które **napotykają w Polsce przeszkody natury prawnej**. Najczęściej jest to związane z obowiązkiem ścigania za posiadanie narkotyków. Do takich rozwiązań należą m.in. **pokoje iniekcyjne** (specjalne pomieszczenia do zażywania narkotyków) oraz **testowanie składu próbek nielegalnych substancji psychoaktywnych**. Pokoje do przyjmowania narkotyków to nadzorowane miejsca, w których osoby ich używające mogą przyjmować przyniesione przez siebie substancje. Robią to w higienicznych warunkach, pod okiem personelu, który udziela pomocy w przypadku ewentualnego przedawkowania. Celem jest zmniejszenie ryzyka zgonów, zakażeń i innych szkód związanych z używaniem narkotyków. **Testowanie narkotyków** (*drug checking*) to z ko-



lei anonimowe sprawdzanie składu substancji używanych na imprezach, festiwalach czy w klubach, żeby wykryć niebezpieczne domieszki, zafałszowania albo substancje bardziej toksyczne niż deklarowane przez sprzedawcę. Uczestnik oddaje niewielką próbkę, dostaje wynik, a czasem także ostrzeżenie, by zrezygnować z użycia, jeśli substancja jest szczególnie niebezpieczna. Badania z festiwali pokazują, że sama informacja o zanieczyszczeniu lub niezgodnym składzie próbki często skłania ludzi do jej wyrzucenia. Obie wymienione metody to ważne działania na rzecz redukcji szkód, ale w Polsce ich pełna realizacja pozostaje dziś bardzo ograniczona.

OD KONTAKTU DO ZMIANY

Siłą redukcji szkód jest to, że nie zamyka drogi do dalszej zmiany w kierunku abstynencji. Przeciwnie, często właśnie **od niej zaczyna się proces wychodzenia z uzależnienia**. Osoba, która nie chce jeszcze przestać używać narkotyków, może ograniczyć zagrożenia i utrzymać kontakt z placówką pomocową. To ważne, ponieważ w leczeniu uzależnień najtrudniejsze bywają pierwsze kroki. Zmuszanie do natychmiastowej abstynencji często prowadzi do zerwania kontaktu, podczas gdy spokojna praca nad bezpieczeństwem może budować zaufanie i gotowość do kolejnych etapów.



W praktyce oznacza to, że **redukcja szkód może być także podejściem pomostowym**. Z jednej strony pomaga minimalizować szkody, z drugiej – przygotowuje grunt pod terapię. Człowiek, który dzięki wsparciu zaczyna lepiej funkcjonować, inaczej myśli o przyszłości i częściej podejmuje działania na rzecz zmiany: przychodzi na konsultacje, rozmawia z rodziną, porządkuje sprawy socjalne, wreszcie korzysta z leczenia. Takie etapowe zmiany mogą być postrzegane jako niewielkie, ale dla uzależnionego mają znaczenie. Uzależnienie też rozwija się stopniowo i często wymaga równie stopniowej odpowiedzi.

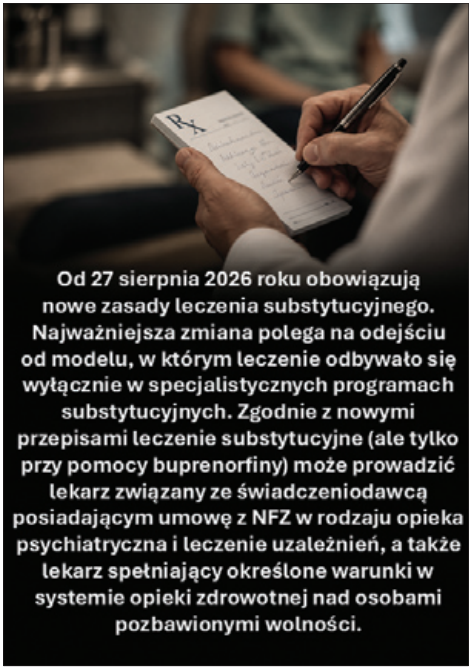
REDUKCJA SZKÓD A PODEJŚCIE ABSTYNENCYJNE

Redukcja szkód uznaje abstynencję za jeden z możliwych celów pracy z osobami z uzależnieniem, ale nie jedyny. Dzięki temu terapia uzależnień i pomoc zażywającym stają się bardziej kompleksowe i elastyczne: dla części osób

celem będzie całkowite zaprzestanie używania, a dla innych **ograniczenie szkód i ryzyka, co samo w sobie jest realnym postępem**. Taka elastyczność jest szczególnie ważna u ludzi z dużym obciążeniem życiowym, dla których zbyt ambitny cel na starcie może być zniechęcający. Dotyczy to również tych, którzy już podchodzili do leczenia *drug free*, ale nie zakończyło się ono sukcesem.

Tak więc, redukcja szkód jest dobrym uzupełnieniem podejścia abstynencyjnego – **nie konkuruje z nim, lecz wypełnia lukę** tam, gdzie pełne odstawienie nie jest jeszcze możliwe albo kończy się nawrotem (co – jak wiemy – zdarza się niezmiernie często). Osoba z uzależnieniem może pracować nad bezpieczeństwem i zdrowiem już teraz, zamiast czekać na moment gotowości do leczenia. To podejście zwiększa też szansę, że ktoś w ogóle zostanie w kontakcie z instytucjami pomocowymi, ponieważ nie musi wybierać między pełną abstynencją a brakiem wsparcia.

Wyraźnie widać, że **podejście redukcji szkód kłóci się z poglądem, że człowiek z uzależnieniem musi sięgnąć dna, żeby zacząć się zmieniać**. „Logika dna" zakłada, że punktem zwrotnym dla jakiekolwiek zmiany jest kryzys i cierpienie. Redukcja szkód odwraca tę logikę i traktuje pogorszenie zdrowia i funkcjonowania społecznego jako coś, czemu warto zapobiegać. W tym sensie jest bardziej prewencyjna i mniej kosztowna dla zdrowia i życia osoby używającej narkotyków.



ODPOWIEDŹ NA WSPÓŁCZESNE WYZWANIA

Redukcja szkód jest dziś równie ważna i potrzebna, jak w latach 90. ubiegłego wieku, gdy głównym powodem zakażeń HIV było dzielenie się sprzętem iniekcyjnym wśród użytkowników narkotyków. Obecnie **rynek narkotykowy jest wiele bardziej zróżnicowany**, a nielegalne substancje stają się coraz łatwiej i powszechniej dostępne. Internet, platformy społecznościowe i firmy kurierskie zapewniają ich szybką dystrybucję. Zagrożeniem są **setki nowych substancji psychoaktywnych**, zwłaszcza syntetycznych katynonów, opioidów i kannabinoidów, których działanie jest bardzo silne i trudne do przewidzenia. Prowadzi do

zaburzeń psychicznych, nasila lęki, depresje i napędza epizody psychotyczne. Zafałszowanie innymi substancjami dodatkowo zwiększa ryzyko przedawkowania i zgonu. Pojawiają się **nowe ryzykowne wzorce używania**, a zjawiska takie jak chemseks sprzyjają seksowi bez zabezpieczeń i utrudniają ocenę ryzyka, zwiększając ryzyko zakażeń HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. Znaczenie ma też szerszy kontekst społeczny: rosną grupy osób wykluczonych, a to właśnie one są najmocniej narażone na szkody zdrowotne i społeczne. Jednocześnie **leczenie uzależnień, które z definicji jest kosztowne i coraz mniej dostępne, nie może być jedyną odpowiedzią na problem**.

Ujmując prosto: im bardziej niestabilne i nieprzewidywalne staje się środowisko używania substancji, tym bardziej potrzebne są strategie, które zmniejszają szkody tu i teraz, zamiast czekać wyłącznie na pełną abstynencję lub pełne leczenie, i zanim szkody zdrowotne, społeczne czy prawne staną się nieodwracalne. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Jeśli przez programy redukcji szkód rozumiemy przede wszystkim programy niskoprogowe dla osób aktywnie używających narkotyków prowadzących wymianę igieł i strzykawek, działania socjalne, outreach, nalokson, działania w środowisku użytkowników to ich liczba w naszym kraju jest niewielka. W województwie małopolskim ogranicza się właściwie do dwóch programów. Jeden skierowany do osób problemowo używających substancji, drugi – do okazjonalnych użytkowników.

DROP-IN KRAKOWSKA 19
(Stowarzyszenie MONAR)
ul. Krakowska 19 w Krakowie
tel. 786 847 747
mail: drop-in@monar.krakow.pl
https://drop-in.krakow.pl/

To niskoprogowy program redukcji szkód dla osób problemowo używających narkotyków, oferujący m.in. wymianę igieł i strzykawek, pomoc medyczną, socjalną i prawną, testowanie w kierunku zakażeń, działania zapobiegające przedawkowaniom i wiele innych.

CZYSTE BITY
(Stowarzyszenie MONAR)
ul. Św. Katarzyny 3 w Krakowie
tel. 518 749 080
mail: judyta.put@interia.pl
instagram.com/czyste_bity/

Program redukcji szkód i profilaktyki selektywnej prowadzony w środowisku klubowym i podczas imprez muzycznych, którego celem jest ograniczanie zdrowotnych i społecznych konsekwencji rekreacyjnego używania substancji psychoaktywnych, a także zapobieganie eskalacji uzależnienia.

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

Terapia substytucyjna jest **farmakologiczną metodą leczenia** osób uzależnionych od opioidów i polega na zastąpieniu nielegalnego narkotyku lekiem o podobnym działaniu, przy równoczesnym udzieleniu pacjentowi wsparcia psychospołecznego. Leczenie substytucyjne ma charakter ambulatoryjny, ale odbywa się pod dość ścisłą kontrolą lekarską.

CELE TERAPII

Podstawowymi celami leczenia substytucyjnego jest stabilizacja życia pacjenta poprzez wyeliminowanie używania nielegalnych opioidów, a tym samym – zmniejszenie szkód zdrowotnych i społecznych związanych z uzależnieniem. Nie oznacza to wcale, że pełna abstynencja jest wykluczona; może ona być jednym z rezultatów leczenia, jednak w modelu substytucyjnym nie jest traktowana jako konieczny warunek powodzenia terapii. Na początkowym etapie leczenia ważne jest ograniczenie ryzyka przedawkowań i zakażeń oraz zredukowanie zachowań przestępczych. Później nacisk jest kładziony na reintegrację uzależnionego ze społeczeństwem.



DLA KOGO

Leczenie substytucyjne jest prowadzone **tylko wobec osób uzależnionych od opioidów** (takich substancji, jak heroina, morfina czy oksykodon). Kryteria przyjęcia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 w sprawie leczenia substytucyjnego (zaktualizowane nowym rozporządzeniem z dnia 26 sierpnia 2026). Oprócz rozpoznania uzależnienia od opioidów, pacjent musi mieć ukończone 18 lat i dobrowolnie wyrazić zgodę na leczenie oraz na przestrzeganie zasad programu. O kwalifikacji zawsze decyduje ocena kliniczna lekarza: wymaga ona potwierdzenia uzależnienia od opioidów oraz uwzględnienia m.in. aktualnego używania substancji, ryzyka przedawkowania, stanu zdrowia, przyjmowania innych leków. W Polsce leczenie substytucyjne jest co do zasady bezpłatne, także dla osób nieubezpieczonych.



LEKI SUBSTYTUCYJNE

Najczęściej wykorzystywanymi lekami w terapii substytucyjnej są **metadon i buprenorfina**. Oddziałują one na nasz układ nerwowy podobnie jak heroina czy morfina – pobudzając receptory opioidowe – przy czym działanie metadonu i buprenorfiny jest **mniej gwałtowne i bardziej rozciągnięte w czasie**. Przy odpowiednio dobranej dawce zapobiegają one pojawianiu się objawów abstynencyjnych i tym samym neutralizują potrzebę sięgania po nielegalne opioidy. Nie wywołują przy tym zbytniej euforii czy senności, co utrudniałoby prowadzenie normalnego życia. Dzięki temu pacjent może zajmować się swoim życiem, a nie skupiać na narkotykach.

NADZÓR

Na początku leczenia substytucyjnego przyjmowanie leku jest zwykle **ściśle kontrolowane**. Pacjent zgłasza się po lek codziennie, co zapewnia regularność terapii i ogranicza ryzyko niewłaściwego wykorzystania preparatu. Wraz ze stabilizacją sytuacji pacjenta możliwe jest otrzymywanie do domu zapasu leku na kilka dni lub dłużej – to z kolei zwiększa samodzielność pacjenta i ułatwia mu codzienne funkcjonowanie. Leki substytucyjne są generalnie dobrze tolerowane, jednak – podobnie jak inne leki – mogą powodować działania niepożądane. Dawek nie należy też zmieniać ani odstawiać samodzielnie. Elementem nadzorowanego leczenia bywa również kontrola używania innych substancji, m.in. za pomocą badań moczu.

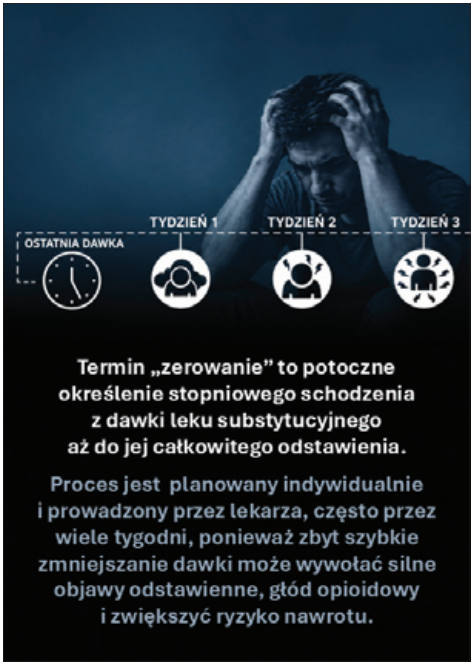
PODTRZYMANIE UZALEŻNIENIA

Skoro metadon i buprenorfina oddziałują na te same receptory co heroina, to najprawdopodobniej ich stosowanie **będzie podtrzymywać fizyczną zależność organizmu od opioidów**. Jednak udział w leczeniu substytucyjnym zmienia zasadniczo sposób funkcjonowania osoby uzależnionej: chodzi nie tyle o natychmiastowe usunięcie wszystkich objawów zależności, ile o zmianę najbardziej destrukcyjnego obrazu uzależnienia. Zależność związana z leczeniem powala uniknąć kompulsywnego zdobywania narkotyku, wielokrotnych iniekcji, zachowań przestępczych czy rozpadu życia rodzinnego.

JAK DŁUGO

Badania pokazują, że skuteczność leczenia substytucyjnego wzrasta

wtedy, gdy właściwie dobrana farmakoterapia łączy się z oddziaływaniami psychospołecznymi i jest prowadzona odpowiednio długo. **Terapia nie powinna być z góry ograniczana do określonego czasu.** U części osób może ona trwać przez wiele lat, być może nawet do końca życia. Takie podejście wynika z traktowania uzależnienia od opioidów jako problemu przewlekłego i nawracającego. Nie oznacza to jednak, że dawka i czas leczenia są ustalone raz na zawsze. Wraz ze stabilizacją sytuacji życiowej i poprawą funkcjonowania pacjenta może pojawić się możliwość **stopniowego zmniejszania dawki**, zmiany leku lub nawet zakończenia farmakoterapii. Takie decyzje powinny wynikać z indywidualnej oceny sytuacji pacjenta i być podejmowane wspólnie z lekarzem i terapeutą.



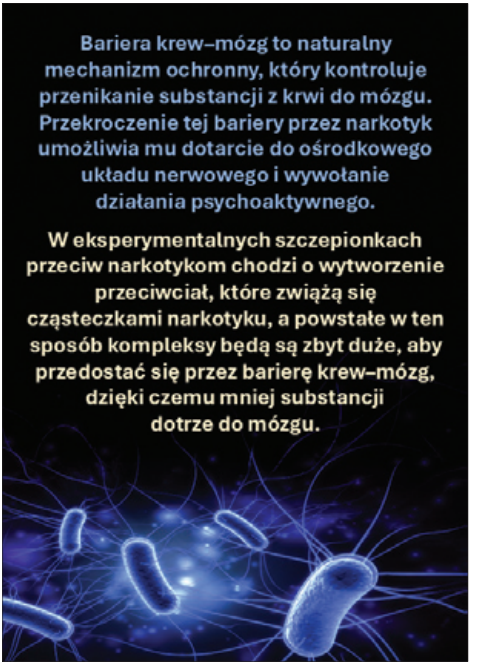
Niepodważalną wartością leczenia substytucyjnego jest możliwość pomocy tym, których wcześniejsze próby osiągnięcia trwałej abstynencji nie przyniosły rezultatu. Chociażby z tego powodu, leczenie substytucyjne nie powinno być traktowane jako konkurencja dla terapii ukierunkowanej na abstynencję. Obie formy pomocy odpowiadają na różne potrzeby i możliwości osób uzależnionych. Dla części pacjentów priorytetem będzie całkowita abstynencja osiągana bez farmakoterapii, dla innych – długotrwała stabilizacja dzięki leczeniu substytucyjnemu. Leczenie abstynencyjne i substytucyjne stanowią odmienne, ale uzupełniające się możliwości terapeutyczne. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

W Małopolsce działa jeden ogólnodostępny program leczenia substytucyjnego – w **Poradni Leczenia Uzależnień w Szpitalu im. Ludwika Rydygiera** (os. Złotej Jesieni 1 w Krakowie, tel. 12 646 83 17, email: plu@rydygierkrakow.pl). Program oferuje leczenie substytucyjne metadonem, lewometadonem i buprenorfiną, połączone z konsultacjami lekarskimi i oddziaływaniami terapeutycznymi. Odrębny program realizowany jest w **Areszcie Śledczym w Krakowie**, dla osób uzależnionych od opioidów pozbawionych wolności.

SZCZEPIONKI PRZECIW NARKOTYKOM

Szczepionki przeciwko narkotykom to ciągle jeszcze **eksperymentalne preparaty**, których celem działania może być osłabienie bądź wyeliminowanie euforyzującego wpływu narkotyku poprzez **utrudnienie mu przekroczenie bariery krew-mózg**. Szczepionki nie są, jak na razie, zarejestrowanymi lekami, które mogłyby być rutynowo stosowane w leczeniu uzależnień. Przywołujemy ich temat wyłącznie jako interesujący kierunek badań. Badania te dotyczą przede wszystkim szczepionek przeciwko kokainie, fentanylowi oraz metamfetaminie.



KOKAINA

Szczepionka przeciwko kokainie była przez lata jedną z najbardziej obiecujących. W jej skład wchodziła **pochodna kokainy** (o niemal identycznej jak kokaina strukturze, ale bez jej właściwości psychoaktywnych) oraz **nieaktywna toksyna cholery** (mająca pobudzić układ immunologiczny do produkcji przeciwciał). Wytrenowane przez taką kombinację przeciwciała mały rozpoznawać – w przypadku użycia – prawdziwą kokainę i łączyć się z nią **tworząc cząsteczki zbyt duże**, aby przedarły się przez barierę krew-mózg (osłabiając w ten sposób efekt nagradzający narkotyku, bądź zupełnie go eliminując).

Skuteczność najlepiej przebadanej na ludziach szczepionki przeciw kokainie (TA-CD) okazała się ograniczona i bardzo zależna od tego, ile przeciwciał wytworzył organizm pacjenta. Niestety, nie stwierdzono istotnej różnicy w używaniu kokainy między grupą placebo a osobami zaszczepionymi, nawet tymi z wysokim poziomem przeciwciał.

FENTANYL

Podobny mechanizm ma wykorzystywać opracowana niedawno przez holenderskich naukowców szczepionka przeciw syntetycznym opioidom z grupy fentanyli. Preparat zawiera **cząsteczkę przypominającą fentanyl** oraz **toksynę E. coli** (w celu wzmocnienia odpowiedzi odpornościowej). Zaszczepiony organizm zaczyna wytwarzać przeciwciała wiążące się z fentanylem by podobnie, jak w przypadku poprzedniej szczepionki,

uniemożliwiać narkotykowi przekraczanie bariery krew-mózg.

Szczepionka przeciw fentanylowi jest zaawansowanym, jak również obiecującym kierunkiem badań nad „szczepionkami przeciw narkotykom". W eksperymentach na zwierzętach szczepionka **blokowała 92–98% fentanylu przed dostaniem się do mózgu** (u szczurów) i taka ochrona utrzymywała się przez 20 tygodni po podaniu. Obecnie szczepionka wchodzi do badań na ludziach.

Szczepionki przeciw narkotykom budzą również **zastrzeżenia**. Nie usuwają przyczyn ani psychologicznych mechanizmów uzależnienia, ich skuteczność zależy od indywidualnej odpowiedzi immunologicznej, a ich działanie może zostać „przełamane" przez przyjęcie dużej dawki narkotyku lub zastąpienie go nieco inną substancją. Dodatkowo efekt szczepienia z czasem słabnie. Ewentualne pomysły na stosowanie ich pod przymusem prawnym rodzą poważne wątpliwości etyczne. Jeśli już doszukiwać się korzyści, to może w tym, że mogą one wspierać leczenie i psychoterapię. ●

POMOC UZALEŻNIONYM W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI

Bezdomność i uzależnienie od substancji psychoaktywnych są problemami, które często splatają się i wzajemnie wzmacniają. Uzależnienie może przyczyniać się do utraty pracy, zadłużenia, a nawet utraty mieszkania. Z kolei, życie w warunkach bezdomności zwiększa stres, poczucie zagrożenia i wykluczenia, co sprzyja intensyfikacji używania narkotyków.

ŻYCIE NA ULICY

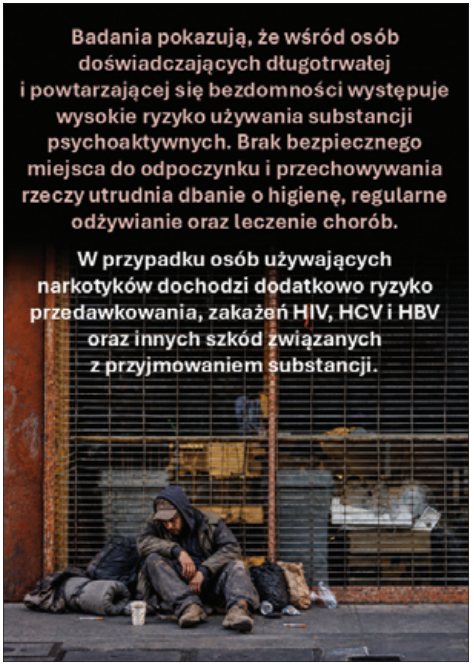
Bezdomność wiąże się z licznymi zagrożeniami. Osoby jej doświadczające funkcjonują w warunkach, które mogą prowadzić do szybkiego pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Ciągłe poczucie zagrożenia, brak prywatności i niepewność nasilają lęki, depresje oraz inne **problemy psychiczne**. Substancje mają pomóc w radzeniu sobie z zimnem, bezsennością, samotnością, traumatycznymi doświadczeniami.

W warunkach bezdomności **wzrasta ryzyko przyjmowania nowych nieznanych substancji psychoaktywnych**, łączenia narkotyków z alkoholem, tym samym zatruć i przedawkowań. Osoba w kryzysie bezdomności używająca narkotyków w samotności może nie otrzymać pomocy na czas.

Bezdomność sprzyja używaniu substancji w miejscach takich, jak pustostany, klatki schodowe czy publiczne toalety – w pośpiechu, stresie i niehigienicznych warunkach. W przypadku iniekcji może dochodzić do wielokrotnego używania sprzętu lub dzielenia się nim

z innymi osobami. Zwiększa to ryzyko zakażeń wirusami przenoszonymi przez krew. Niedożywienie, brak higieny oraz ograniczony dostęp do opieki medycznej zwiększają ryzyko powstawania wielu innych chorób i urazów. Choroby bywają leczone dopiero wtedy, gdy ich stan jest już zaawansowany.

Osoby w kryzysie bezdomności są **narażone na przemoc** – pobicia, kradzieże, rozboje, nadużycia seksualne i inne formy wykorzystywania. Zagrożenie może pochodzić zarówno od innych osób funkcjonujących w środowisku ulicznym, jak i od osób spoza niego. Szczególnie podatne na przemoc i wykorzystanie mogą być osoby znajdujące się pod silnym wpływem substancji.



Funkcjonowanie w warunkach bezdomności, szczególnie gdy współwystępuje z uzależnieniem od nielegalnych substancji, sprzyja **konfliktom z prawem**. Zdobywanie środków na narkotyki często wiąże się z kradzieżami, handlem nimi czy innymi zachowaniami niezgodnymi z prawem. Postępowania karne i pobyty w zakładach karnych pogłębiają marginalizację, a kolejne niezapłacone mandaty i grzywny napędzają **spiralę zadłużenia**. Wszystko to utrudnia wychodzenie z bezdomności i powrót do stabilnego życia.

Długotrwała bezdomność utrwala związany z nią styl życia. Osoba próbująca ograniczyć używanie lub rozpocząć leczenie pozostaje w otoczeniu, w którym regularnie styka się z narkotykami, osobami je przyjmującymi i presją z ich strony. Potrzeba przynależności i konieczność przetrwania utrudniają zerwanie z tym środowiskiem. Terapia bez rozwiązania problemu bezdomności najczęściej nie ma sensu.

POMOC

Pomoc osobom uzależnionym w kryzysie bezdomności powinna mieć charakter zintegrowany i obejmować jednocześnie kwestie mieszkaniowe, zdrowotne, socjalne i związane z używaniem substancji. Nacisk powinien być kładziony na zapewnienie stabilnego miejsca zamieszkania, redukcję szkód oraz połączenie różnych form pomocy w jeden współpracujący system.

Ważne jest rozwijanie pomocy **niskoprogowej**, czyli takiej, która nie uzależnia udzielenia podstawowego wsparcia od

wcześniejszego zaprzestania używania narkotyków. Może ona obejmować *streetworking*, świetlice typu *drop-in*, uliczną wymianę igieł i strzykawek, pomoc medyczną i socjalną, niskoprogowe programy substytucyjne, a przede wszystkim noclegownie przeznaczone dla osób aktywnie używających substancji.

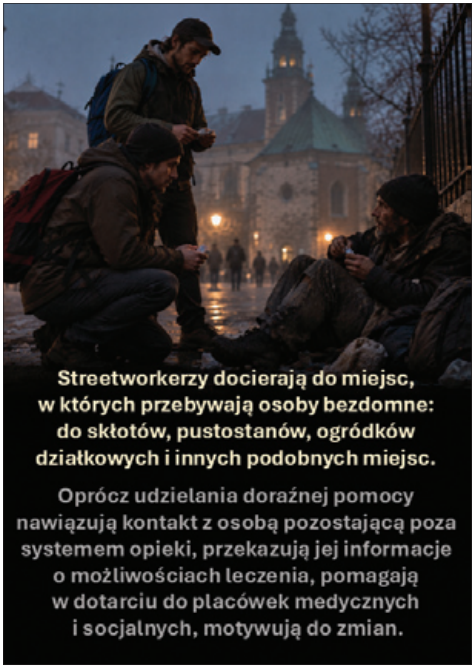
NOCLEGOWNIE

Noclegownie mają przede wszystkim zapewnić możliwość spędzenia nocy w warunkach chroniących życie i zdrowie, natomiast schroniska oferują całodobowy pobyt i szersze działania służące wychodzeniu z bezdomności.

Szczególnego znaczenia nabierają placówki noclegowe przeznaczone dla osób, które nadal używają narkotyków. W typowym systemie pomocy, wymóg trzeźwości może stać się poważną barierą dla osoby aktywnie uzależnionej. Polska ustawa o pomocy społecznej mówi, że co do zasady w noclegowniach i schroniskach nie mogą przebywać osoby pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych; przepisy te jedynie dopuszczają ich pobyt w **szczególnie uzasadnionych przypadkach** (np. zimą).

Odpowiedzią na potrzeby osób aktywnie używających narkotyków są specjalistyczne noclegownie działające według zasad redukcji szkód. Mogą one przyjmować osoby uzależnione również wtedy, gdy znajdują się pod wpływem substancji, pod warunkiem że można z nimi nawiązać kontakt i nie zachowują się agresywnie. Takie miejsca nie powinny być wyłącznie „dachem nad





głową". Poza bezpiecznym miejscem do spania placówki mogą zapewniać podstawowe środki higieniczne, napoje, kontakt z personelem, a niekiedy również dostęp do sterylnego sprzętu do iniekcji. **Abstynencja nie jest warunkiem otrzymania pomocy.**

Najbardziej doraźny i niskoprogowy charakter mają **ogrzewalnie**. Ich podstawowym zadaniem jest ochrona życia i zdrowia osób przebywających na ulicy, zwłaszcza przed wychłodzeniem. Zapewniają ogrzane miejsce do spania (nie zawsze leżące), a zależnie od placówki również gorący napój, możliwość umycia się czy zmianę odzieży.

SCHRONISKA DLA BEZDOMNYCH
Schroniska oferują całodobowy pobyt oraz znacznie szerszy zakres wsparcia służącego wychodzeniu z bezdomności. Oprócz miejsca zamieszkania i zaspokojenia podstawowych potrzeb zapewniają pracę socjalną oraz pomoc w uporządkowaniu sytuacji życiowej – m.in. w uzyskaniu dokumentów i świadczeń, dostępie do opieki zdrowotnej, rozwiązaniu problemów prawnych i finansowych, podjęciu leczenia czy poszukiwaniu zatrudnienia. Ważnym elementem prowadzonych oddziaływań są **indywidualne plany wychodzenia z bezdomności**, których celem jest stopniowe odzyskiwanie samodzielności, odbudowanie funkcjonowania społecznego i – jeśli jest to możliwe – uzyskanie własnego (lub częściowo wspieranego) miejsca zamieszkania. W przypadku osób uzależnionych istotne znaczenie ma ponadto motywowanie do podjęcia leczenia oraz współpraca z placówkami terapii uzależnień.



Skuteczna odpowiedź na bezdomność osób uzależnionych wymaga więc całego ciągu pomocy – od streetworkingu i bezpiecznego noclegu, poprzez redukcję szkód i opiekę zdrowotną, aż po pomoc socjalną, leczenie uzależnienia i stabilne mieszkanie. Kluczowe znaczenie ma przy tym możliwość rozpoczęcia pomocy również wtedy, gdy uzależniony nie jest jeszcze gotowy lub zdolny do utrzymywania abstynencji. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

W województwie małopolskim mamy wiele całodobowych schronisk i placówek noclegowych dla osób będących w kryzysie bezdomności, w tym jedną specjalistyczną noclegownię przeznaczoną dla osób aktywnie używających narkotyków. Nie oznacza to, że osoby używające narkotyków nie mogą korzystać z innych noclegowni dla osób bezdomnych. Przyjęcie do schronisk i noclegowni może jednak wiązać się z określonymi ograniczeniami, dotyczącymi m.in. stanu trzeźwości, zdrowia, samodzielności, wieku, płci czy dostępności wolnych miejsc. Znaczenie może mieć również ostatnie miejsce zamieszkania.

Noclegownia dla Osób Uzależnionych (Stowarzyszenie MONAR)
ul. Sadowa 123 w Wieliczce
tel. 606 203 156

Noclegownia i Schronisko dla Bezdomnych Mężczyzn (Polski Komitet Pomocy Społecznej)
ul. Makuszyńskiego 19A w Krakowie
tel. 12 684 03 24
mail: noclegownia@pkps.krakow.pl

Schronisko dla Bezdomnych Kobiet
ul. Sołtysowska 13c w Krakowie
tel. 12 684 3167
mail: sbk.krakow@caritas.pl

Przytulisko dla Bezdomnych Mężczyzn (Zgromadzenie Braci Albertynów)
ul. Skawińska 6 w Krakowie
tel. 12 429 56 64
mail: albertyni.przytulisko@wp.pl

Przytulisko św. Brata Alberta dla Bezdomnych Kobiet
ul. Malborska 64b w Krakowie
tel. 12 655 68 20
mail: albertynkiprzytulisko@gmail.com

Ogrzewalnia dla Bezdomnych Mężczyzn
ul. Księcia Józefa 52 w Krakowie
Tel: 660 637 858

Ogrzewalnia dla Osób Bezdomnych
ul. Rozrywka 1 w Krakowie
tel. 12 411 41 21

Noclegownia dla Osób Bezdomnych
ul. Batorego 52 w Andrychowie
tel. 33 432 25 68, 661 189 652
mail: ops@um.andrychow.pl

Schronisko dla Osób Bezdomnych
ul. Mickiewicza 6 w Brzeszcze
tel. 32 700 87 28
mail: ops@brzeszcze.pl

Schronisko i Ogrzewalnia dla Bezdomnych (Centrum Usług Społecznych)
ul. Dąbrowskiego 139 w Oświęcimiu
tel. 33 842 03 65

Schronisko dla Osób Bezdomnych (Chrześcijańskie Stowarzyszenie Dobroczynne)
ul. Chrzanowska 2 w Gorenicach
tel. 32 645 61 67
mail: schroniskogorenice@chsd.pl

Noclegownia dla Bezdomnych Mężczyzn (Ośrodek Pomocy Społecznej)
ul. Fabryczna 29b w Chrzanowie
tel. 32 750 62 51
mail: noclegownia@ops.chrzanow.pl

Ogrzewalnia dla Osób Bezdomnych
ul. Mickiewicza 26 w Wadowicach
tel. 579 492 056

Noclegownia dla Bezdomnych Mężczyzn
ul. Cegielniana 1/4 w Brzesku
tel. 14 686 39 98
mail: mops@brzesko.pl

Schronisko dla Bezdomnych Mężczyzn św. Brata Alberta
ul. Konopnickiej 11 w Miechowie
tel. 41 383 00 78 / 534 119 225
mail: schronisko@bratalbertwmiechowie.org

Dom dla Bezdomnych Mężczyzn (Caritas Diecezji Tarnowskiej)
ul. Prostopadła 9a w Tarnowie
tel. 14 622 39 78
mail: dbm@diecezja.tarnow.pl

Ogrzewalnia dla Osób Bezdomnych
ul. 11 Listopada 54A w Gorlicach
tel. 18 352 05 10

Schronisko i Ogrzewalnia dla Bezdomnych (Nowosądeckie Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta)
ul. Szwedzka 18 w Nowym Sączu
tel. 18 443 50 83

Noclegownia dla Osób Bezdomnych (MPOS)
ul. Spyrkówka 20a w Zakopanem
tel. 18 206 20 10

Schronisko „Dom na Granicy" (Teen Challenge)
ul. Winiarczykówka 1 w Lipnicy Wielkiej
tel. 18 261 09 11
mail: winiarczykowka.tc@gmail.com

LECZYĆ ZAMIAST KARAĆ

Polskie prawo przewiduje dla użytkowników i uzależnionych od niedozwolonych substancji znacznie więcej rozwiązań niż samo karanie. Znany postulat „leczyć zamiast karać" przybiera jednak różne warianty: od „nie karać i nie leczyć", przez „leczyć, a potem ewentualnie karać", aż po „i karać, i leczyć". Można by ułożyć coś w rodzaju siedmiu przykazań, choć, jak to z zasadami bywa, każda ma swoje wyjątki, warunki i przypisy drobnym drukiem. Oto więc siedem sposobów, na jakie prawo próbuje pogodzić karanie za przestępstwa narkotykowe z leczeniem osób, które są uzależnione.

PO PIERWSZE: DROBNICA NAS NIE INTERESUJE

W przypadku zatrzymania w związku z posiadaniem nieznacznej ilości substancji na własny użytek można się załapać na tzw. **umorzenie konsumenckie** (art. 62a). Sprawa „znika", nie ma żadnego okresu próby ani obciążeń finansowych, umorzenie jest bezwarunkowe, nie istnieje prawna możliwość powrotu do tej sprawy w przyszłości. Jednak, jak do tej pory, ani prawo, ani nawet wytyczne odpowiednich organów nie wskazują czym jest ta **nieznaczna ilość substancji**. W praktyce rzadko będzie to ilość większa niż kilka

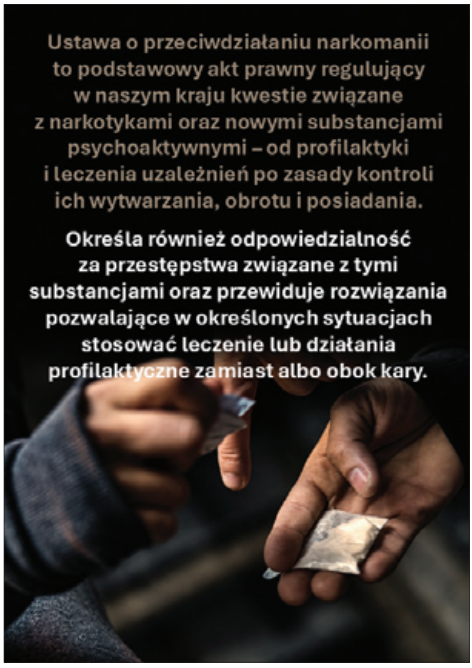
gramów suszu konopnego, jeden gram amfetaminy czy innych stymulantów, lub parę porcji opiatów. Im większa i mniej konserwatywna miejscowość, tym podejście prokuratury czy sądów bywa bardziej wyrozumiałe. Warto zwrócić uwagę, że przepis bywa niestety ograniczany w stosowaniu do bycia jednorazową szansą na „poprawę", podczas gdy jego wprowadzenie nie wykluczało bynajmniej możliwości wielokrotnego stosowania go, zwłaszcza wobec osoby uzależnionej.

PO DRUGIE: DOWIEMY SIĘ CZY MASZ PROBLEM, CZY TYLKO UDAJESZ

Jeżeli umorzenia nie zastosowano, a cokolwiek sensownie świadczy o tym, że osoba używa substancji w sposób jakkolwiek szkodliwy, obowiązkiem prokuratora (a później również sądu) jest **zebranie informacji** na temat tego używania (art. 70a). Wnioski z wywiadu obejmują ewentualne potwierdzenie uzależnienia lub szkodliwego używania bez uzależnienia, a w razie takiego potwierdzenia rekomendacje co do trybu terapii (do której może zobowiązać sąd w ramach wyroku). Zdarza się, że sądy są niechętne do zbierania informacji, bo wcześniej opiniowali już psychiatrzy, którzy niejako przy okazji stwierdzili uzależnienie. Jednak ci psychiatrzy zazwyczaj nie specjalizują się w problematyce uzależnień, a tym bardziej trudno im zdiagnozować stan pośredni, czyli szkodliwego używania.

PO TRZECIE: POKAŻ, ŻE SIĘ STARASZ, TO MOŻE CI ODPUŚCIMY

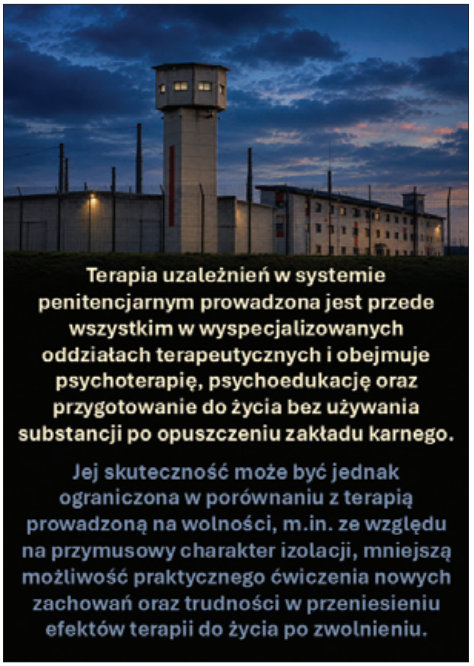
Trwający udział w leczeniu, a w niektórych przypadkach także w programie profilaktycznym, może być podstawą do **zawieszenia postępowania karnego**. Oznacza to czasowe wstrzymanie sprawy, aby dać osobie możliwość ukończenia leczenia lub programu i sprawdzić jego efekty. Jeżeli udział w programie zakończy się pozytywnie, może to zaowocować „bonusem" w postaci **warunkowego umorzenia postępowania zamiast skazania** (art. 72–73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). W pewnym uproszczeniu oznacza to „odłożenie sprawy na półkę" na określony czas próby. Jeżeli w tym okresie osoba przestrzega prawa i wywiązuje się z nałożonych obowiązków, sprawa może ostatecznie zakończyć się bez skazania. Niestety, w praktyce rozwiązanie to stosowane jest stosunkowo



rzadko. Jedną z przyczyn może być to, że zarówno prokuratorów, jak i sędziów „gonią" statystyki, a zawieszanie spraw w sytuacjach, w których jest ono jedynie możliwe, a nie bezwzględnie konieczne, może być postrzegane jako wydłużanie postępowania. W rezultacie rozwiązanie, które w założeniu ma dawać szansę osobie podejmującej leczenie, nie zawsze jest w praktyce wykorzystywane.

PO CZWARTE: UZALEŻNIONY NIE PŁACI

Ogólnie sąd może nakazać skazanemu za przestępstwo narkotykowe zapłatę określonej kwoty – tzw. **nawiązki** – na cele zapobiegania i zwalczania narkomanii. Wówczas wydając wyrok sędzia wybiera konkretną organizację, której cele statutowe obejmują wyżej wymienione i ujmuje ją w treści wyroku. Jednak wyjątkiem od tej możliwości jest skazanie osoby uzależnionej za posiadanie małej lub średniej ilości narkotyków, w każdym razie mniejszej niż „znaczna" (art. 70 ust. 5). Nakładanie na taką osobę uzależnioną dodatkowych obowiązków finansowych byłoby przecież niehumanitarne, tym bardziej, że organizacja ma potencjalną możliwość przymusowego egzekwowania należności przez komornika.



PO PIĄTE: NIE MA ZAWIASÓW BEZ LECZENIA

Jeżeli sąd skazuje osobę uzależnioną i daje jej **wyrok w zawieszeniu**, musi jednocześnie orzec **obowiązek poddania się terapii**. Oznacza to, że leczenie nie jest jedynie zaleceniem, ale jednym z warunków pozostawania na wolności w okresie próby. Nietraktowanie terapii poważnie (np. nieregularne stawianie się na sesje, przerywanie leczenia bez uzasadnienia czy lekceważenie zaleceń osoby prowadzącej terapię) może zostać uznane za niewywiązywanie się z obowiązków nałożonych przez sąd. W konsekwencji może to doprowadzić do „zdjęcia zawiasów", czyli zarządzenia wykonania wcześniej zawieszonej kary i ostatecznie, do odsiadki.

PO SZÓSTE: IDZIESZ SIEDZIEĆ, ALE W SUMIE NIE OD RAZU, A NAWET NIE NA PEWNO

Jeżeli osoba uzależniona otrzymuje wyrok bezwzględnego więzienia, to może jeszcze mimo wszystko dostać ostatnią szansę. Sąd ma prawo wysłać ją **przed pobytem w zakładzie karnym**

na terapię zamkniętą w odpowiedniej jednostce leczniczej (art. 71 ust. 3). Czas tam spędzony liczy się do wyroku, a jednoznacznie pozytywny wynik leczenia daje sądowi prawo do zwolnienia z obowiązku „dosiedzenia", jeżeli coś jeszcze z tej kary zostało. Instytucja pozornie atrakcyjna, ale rzadko stosowana z przyczyn organizacyjnych: w Polsce nie za bardzo istnieją podmioty lecznicze, które dysponują infrastrukturą i personelem pozwalającym na prowadzenie takiego leczenia.

PO SIÓDME: MOŻE CIĘ WYPUŚCIMY Z WIĘZIENIA NA LECZENIE
Nawet już siedząc w więzieniu można z niego wyjść na tzw. **przerwę w karze**, żeby się leczyć z uzależnienia (art. 73a). Warunków do spełnienia jest wiele; m.in. konieczność wykazania, że ma się „zaklepane" miejsce w określonej jednostce leczniczej, a także nie więcej niż dwa lata do końca kary. Oprócz dobrodziejstw płynących z samej terapii, można ostatecznie uzyskać również możliwość niewracania do zakładu karnego, czyli warunkowe przedterminowe zwolnienie na bardziej przyjaznych warunkach. W praktyce jest to więc szansa, aby końcówkę kary wykorzystać nie na dalszy pobyt za kratami, lecz na leczenie i przygotowanie się do życia na wolności.

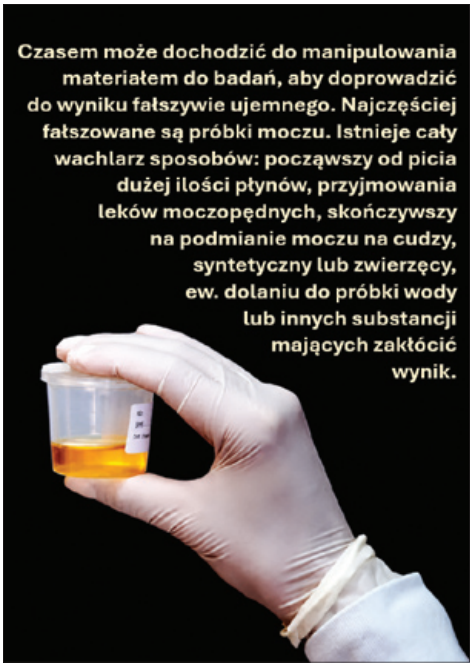
Powyższe „przykazania" pokazują, że polskie prawo na różnych etapach postępowania próbuje zostawić furtkę, przez którą zamiast do więzienia (a czasem przechodząc przez nie) można trafić na leczenie. ●

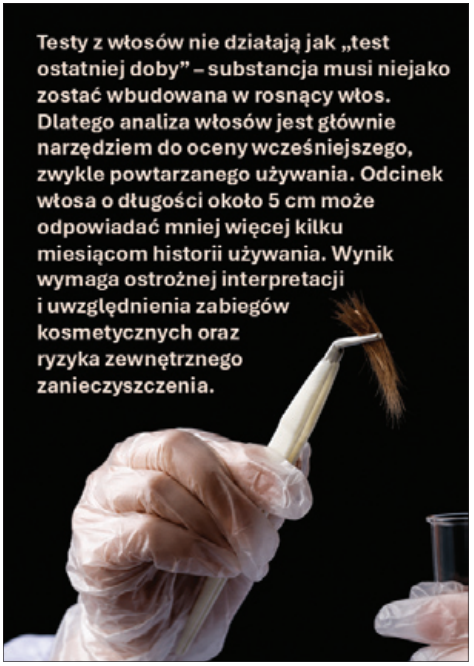
WYKRYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Wykrycie substancji psychoaktywnej w organizmie jest możliwe dzięki badaniu materiału biologicznego, którym może być ślina, krew lub mocz, a przy ocenie długotrwałego używania – także włosy. Każdy z tych materiałów „widzi" inny fragment historii kontaktu z substancją.

OKRESY WYKRYWANIA
Podane w instrukcjach do testów okresy wykrywania są **orientacyjne**. Mogą się zmieniać w zależności od dawki, częstości używania (np. przy przewlekłym używaniu okres wykrywania wydłuża się), rodzaju substancji, drogi przyjęcia, masy ciała, a także czułości testu oraz przyjętego **progu odcięcia** („*cut-off*" to ustalone stężenie substancji lub jej metabolitu w badanej próbce, powyżej którego wynik testu uznaje się za dodatni, a poniżej – za ujemny).

Testy ślinowe pokazują niedawne użycie substancji, zwykle w przeciągu kilku-kilkunastu godzin od użycia. Podobnie **krew** zawiera informacje na temat aktualnego przyjęcia substancji. **Mocz**, który zwykle zawiera metabo-





lity, pozwala wykryć wiele substancji przez dłuższy czas (2-3 dni), ale nie jest dobrym wskaźnikiem tego, czy ktoś jest w danym momencie odurzony. **Badanie włosów** pokaże historię wcześniejszego, zwłaszcza powtarzanego używania w perspektywie tygodni lub miesięcy (patrz ramka na następnej stronie).

METODY BADAŃ

Istnieje wiele metod wykrywania substancji. Takie najprostsze badania **skriningowe** (szybkie, wstępne badanie przesiewowe, którego wynik może wymagać potwierdzenia dokładniejszą metodą) to na ogół zero-jedynkowe **testy jakościowe**, które informują o wykryciu lub niewykryciu substancji (lub jej metabolitu). Z kolei badanie **testem ilościowym** daje informacje o tym, jak dużo substancji znajduje się w materiale (a tym samym w organizmie), ale zrobienie takiego testu jest nieco bardziej skomplikowane i może wymagać warunków laboratoryjnych.

TESTY DOMOWE

Poza laboratorium można wykonywać przede wszystkim badania **immunochemicznymi testami z moczu lub śliny** – zwykle są to jednorazowe testy paskowe lub kasetkowe rozpoznające jednocześnie jedną lub kilka grup substancji. Należy pamiętać, że tego rodzaju testy są narzędziami orientacyjnymi. Opowiadają co prawda na pytanie, czy w danej próbce znajduje się substancja z danej grupy, ale wynik badania może być zakłócony różnymi czynnikami (patrz ramka na poprzedniej stronie) i może być

fałszywie dodatni (jak również fałszywie ujemny).

Dodatni wynik takiego testu nie jest jednak ostatecznym dowodem użycia konkretnej substancji. Może stanowić sygnał do rozmowy, konsultacji lekarskiej lub **badania potwierdzającego**, ale nie powinien samodzielnie przesądzać konsekwencjach, karze, usunięciu ze szkoły, zerwaniu relacji, itp. Stosuje się je przesiewowo w monitorowaniu abstynencji, np. leczeniu substytucyjnym, do oceny trzeźwości kierowców lub pracowników wykonujących zadania stwarzające ryzyko dla ludzi. Zazwyczaj wymagają potwierdzenia bardziej specyficznym testem laboratoryjnym.

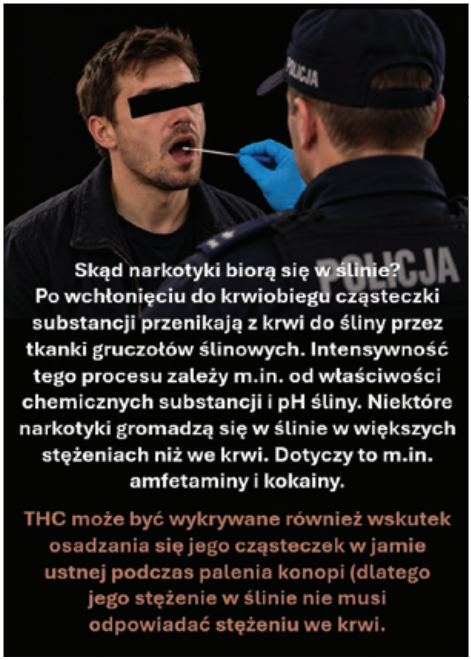
WYNIKI FAŁSZYWE

Wynik fałszywie dodatni to wynik sugerujący obecność danej substancji w materiale biologicznym, mimo że badana osoba nie przyjęła tego narkotyku. Najczęstszą przyczyną są **reakcje krzyżowe** w prostych testach immunochemicznych. Przykładowo, testy na amfetaminy mogą reagować z niektórymi lekami przeciwdepresyjnymi, a testy na THC (marihuana) mogą być zaburzane obecnością w organizmie niektórych leków przeciwwirusowych czy przeciwzapalnych. Innym powodem wyniku fałszywie dodatniego może być **nisko ustawiony próg odcięcia**, dzięki czemu testy będzie wykazywały śladowe ilości substancji zawarte w zwykłym pożywieniu (np. testy na opioidy mogą dawać pozytywny wynik po zjedzeniu kawałka makowca).

Z kolei wynik fałszywie negatywny to wynik ujemny – mimo obecności substancji psychoaktywnej w organizmie. Może wynikać z wielu przyczyn: zbyt późnego pobrania próbki (po upływie okna wykrywania), dobrania niewłaściwego panelu testu czy wreszcie zafałszowania próbki (patrz ramka). Nowe substancje psychoaktywne (NPS) stanowią szczególny problem: ich skład chemiczny zmienia się szybko i standardowe testy immunochemiczne mogą ich nie wykrywać.

CZEGO NIE DOWIEMY SIĘ Z TESTU

Tak więc, w zależności od jakości testu i warunków badania testy mogą powiedzieć nam czy dana osoba miała kontakt z substancją w określonym czasie przed badaniem. Nie dowiemy



się jednak, **czy ktoś jest uzależniony**. Uzależnienie rozpoznaje się klinicznie (na podstawie wywiadu i obserwacji), a nie na podstawie pojedynczego testu. Nie dowiemy się też, czy osoba **zażyła substancję świadomie** – sam wynik o tym nie przesądza. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Testy narkotykowe (z moczu i ze śliny) można kupić w aptekach w aptece bez recepty, zarówno stacjonarnie, jak i internetowo. Dostępne są testy pojedyncze na konkretną substancję oraz wielopanelowe. Testy panelowe występują w różnych wariantach; od kilku do nawet 20 parametrów. Test na pojedynczą substancję to koszt rzędu kilku-kilkunastu złotych, test panelowy to wydatek pomiędzy kilkunastoma a kilkudziesięcioma złotych. Testy ślinowe są zwykle droższe od testów z moczu.

Całodobowa informacja toksykologiczna (a także pomoc w nagłych przypadkach zatruć) dostępna jest pod numerem telefonu **12 64 68 550 (Oddział Toksykologii Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie)** oraz **12 411 99 99 (Pracownia Informacji Toksykologicznej Kliniki Toksykologii i Chorób Środowiskowych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie)**. Z kolei do **Pracowni Informacji Toksykologicznej i Analiz Laboratoryjnych** dodzwonimy się wybierając numer **12 400 26 60** – tam możemy uzyskać informacje toksykologiczne w sprawach niewymagających pilnej konsultacji lekarskiej.

WSPÓLNOTA ANONIMOWYCH NARKOMANÓW

Wspólnota Anonimowych Narkomanów (Narcotics Anonymous, NA) jest niezależną i niedochodową wspólnotą osób, dla których używanie substancji psychoaktywnych stało się poważnym problemem. Podstawowym celem ich spotkań jest pomaganie sobie nawzajem w utrzymaniu abstynencji oraz uczenie się życia bez narkotyków. Jak podkreślają w wydawanych materiałach: „Wspólnota NA nie jest podmiotem leczniczym, organizacją religijną, partią polityczną ani też instytucją nadzorowaną przez organy ścigania. Wzajemna pomoc opiera się przede wszystkim na wsparciu, uczestnictwie w mityngach oraz pracy według programu Dwunastu Kroków".

POCZĄTKI I ROZWÓJ

Historia Anonimowych Narkomanów (NA) jest ściśle związana z działalnością Anonimowych Alkoholików (AA) i próbami dostosowania ich programu do potrzeb osób uzależnionych od narkotyków. Ważną rolę odegrał w tym procesie federalny szpital w Lexington w stanie Kentucky, znany jako „Narcotics Farm", w którym leczono osoby uzależ-

nione. W 1947 roku powstała tam grupa Addicts Anonymous, której spotkania opierały się na zmodyfikowanym programie Dwunastu Kroków i miały pomagać pacjentom w utrzymaniu abstynencji po zakończeniu leczenia. Za początek współczesnych Anonimowych Narkomanów uznaje się jednak rok 1953, kiedy w kalifornijskim Sun Valley odbył się pierwszy mityng grupy, która dała początek działającej dziś na całym świecie wspólnocie NA.

Ważnym krokiem w rozwoju NA było zastąpienie w Pierwszym Kroku odniesienia do konkretnej substancji sformułowaniem **„nasze uzależnienie”**. Dzięki temu wspólnota otworzyła się na osoby używające różnych substancji psychoaktywnych. Tym, co łączyło jej członków, przestał być rodzaj używanej substancji, a stało się wspólne doświadczenie uzależnienia, utraty kontroli i zdrowienia.

W Polsce pierwszy mityng NA odbył się w 1988 roku w Olsztynie. Z czasem wspólnota zaczęła rozwijać się w kolejnych miastach i regionach kraju. Obecnie tylko w samym Krakowie odbywa się około 15 mityngów tygodniowo.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA
Najważniejsze założenia NA można ująć w kilku prostych zdaniach, mówiących o tym, że:
– uzależnienie jest **problemem obejmującym całe życie człowieka**, a nie wyłącznie kwestią używania konkretnego narkotyku;
– zdrowienie wymaga **całkowitej abstynencji** od wszystkich substancji



zmieniających świadomość;
– osoba uzależniona może **korzystać z doświadczenia innych** osób uzależnionych, które utrzymują abstynencję;
– zdrowienie jest **procesem**, a nie jednorazowym wydarzeniem;
– podstawowym warunkiem przynależności jest **chęć zaprzestania używania**;
– wspólnota **nie ocenia człowieka** na podstawie jego przeszłości, rodzaju substancji, długości używania ani statusu społecznego.

DLA KOGO
W ruchu NA może uczestniczyć każda osoba, która uważa, że ma problem z substancjami psychoaktywnymi i chce przestać ich używać. Na mityng może przyjść również osoba, która dopiero zastanawia się, czy jest uzależniona.

Nie ma znaczenia jej wiek, płeć, orientacja seksualna, wyznanie czy sytuacja materialna, itp. Wspólnota nie różnicuje osób ze względu na to, czego kto używał i od jakiej substancji jest uzależniony. Jedynym warunkiem przynależności do NA jest **chęć zaprzestania zażywania substancji**. Nie trzeba podpisywać żadnych deklaracji, opłacać składek ani przedstawiać dokumentów. NA nie prowadzi formalnej selekcji członków, nie wymaga skierowania ani diagnozy. Uczestnictwo w NA może być uzupełnieniem leczenia psychiatrycznego, psychoterapii czy nawet leczenia substytucyjnego (patrz ramka). Sama wspólnota nie udziela porad medycznych, prawnych ani terapeutycznych i nie zastępuje profesjonalnego leczenia.



Co do **osób niepełnoletnich**, one też mogą uczestniczyć mityngach. W niektórych krajach istnieją jednak spotkania specjalnie przeznaczone dla młodzieży (*teen meetings*). W Polsce takie wyspecjalizowane grupy są rzadkie. **Rodziny członków NA i profesjonaliści** mogą uczestniczyć w niektórych mityngach otwartych, ale nie są członkami wspólnoty.

Osoba aktywnie używająca substancji też może przyjść na mityng. Jeśli jest pod wpływem substancji, może zostać poproszona, ze względu na ochronę innych uczestników, o nieuczestniczenie w określonej części spotkania.

DWANAŚCIE KROKÓW

Program Dwunastu Kroków jest podstawowym narzędziem osobistego zdrowienia w NA. Pierwszy z nich dotyczy przyznania się do bezsilności wobec uzależnienia i utraty kontroli nad własnym życiem. Kolejne dotyczą między innymi: uznania potrzeby pomocy, rozwijania zaufania do siły większej niż własna, dokonania osobistego obrachunku, przyznania się do własnych trudności, naprawienia krzywd, bieżącej autorefleksji, rozwijania kontaktu duchowego, a także przekazywania posłania innym osobom uzależnionym. NA opisuje duchowość w sposób niedogmatyczny i każdy może rozumieć siłę wyższą zgodnie z własnymi przekonaniami i wiarą.

W pracy nad krokami często pomaga **sponsor**, czyli członek NA z doświadczeniem w zdrowieniu, który dzieli się własnym doświadczeniem i wspiera inną osobę w przechodzeniu przez program. Sponsor nie jest terapeutą,

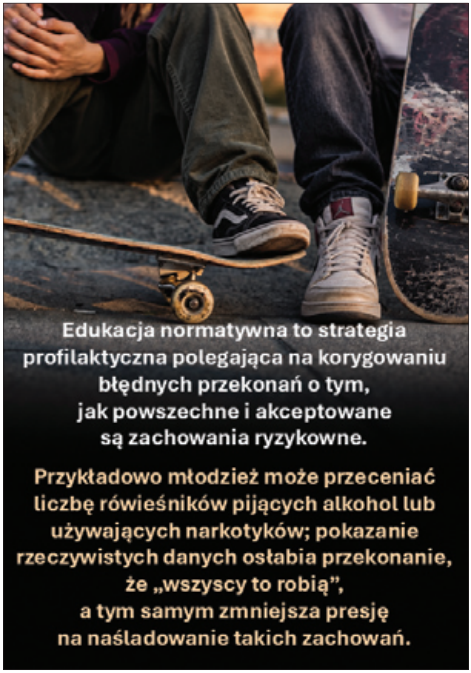
opiekunem czy przełożonym. Wspólnota posługuje się pojęciem **bycia czystym** (życia bez narkotyków); nie jest to moralną oceną osoby, lecz opisem procesu zdrowienia. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE

Najpewniejszym sposobem znalezienia wykazu aktualnych mityngów Anonimowych Narkomanów (NA) w danej miejscowości jest oficjalna wyszukiwarka mityngów: https://anonimowinarkomani.org/lista-mityngow/. Strona rozróżnia mityngi stacjonarne i online oraz otwarte (w których mogą uczestniczyć również osoby nieuzależnione) i zamknięte (tylko dla uzależnionych lub rozważających swój problem z uzależnieniem). Można też skontaktować się z Informacją Publiczną NA Polska pod numerem telefonu 690 935 160, (pon.–pt. 10:00–15:00). Polska strona NA podaje też adres mailowy w sprawach związanych z mityngami: mityngi@anonimowinarkomani.org.

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ

Profilaktyka uzależnień to działania o charakterze **uprzedzającym, a nie naprawczym**; tym różni się ona od leczenia czy rehabilitacji. Są to planowane działania służące zapobieganiu problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych (a także zachowaniom mogącymi prowadzić do uzależnień behawioralnych). Podstawowym celem jest ograniczanie prawdopodobieństwa pojawienia się problemu, zanim rozwinie się uzależnienie. Profilaktyka obejmuje również wczesne rozpoznawanie osób i grup szczególnie zagrożonych oraz podejmowanie interwencji na początkowym etapie zachowań ryzykownych.

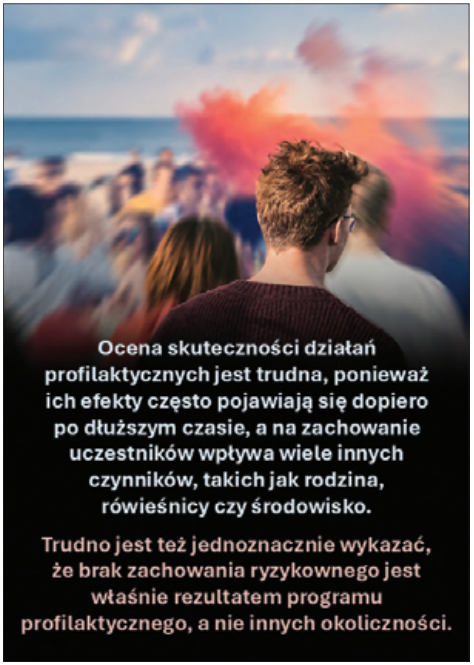


Od ogólnej promocji zdrowia profilaktyka uzależnień różni się przede wszystkim tym, że koncentruje się na czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących. **Czynni-**

ki ryzyka to cechy osoby lub jej środowiska zwiększające prawdopodobieństwo zachowań problemowych (m.in. konflikty rodzinne, słaba więź z rodzicami, używanie substancji w rodzinie lub grupie rówieśniczej, trudności szkolne, impulsywność, niska samoocena, łatwa dostępność substancji, itp.). Z kolei **czynniki chroniące** zmniejszają to ryzyko lub łagodzą wpływ niekorzystnych warunków. Mogą nimi być np. dobre relacje rodzinne, kompetencje psychospołeczne, więź ze szkołą czy konstruktywne zainteresowania.

POZIOMY PROFILAKTYKI

Współcześnie wyróżnia się profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą. **Profilaktyka uniwersalna** jest kierowana do całej populacji lub szerokich grup, np. wszystkich uczniów w określonym wieku, niezależnie od indywidualnego poziomu zagrożenia. Jej zadaniem jest m.in. opóźnianie inicjacji, ograniczanie zachowań ryzykownych oraz rozwijanie kompetencji chroniących. **Profilaktyka selektywna** jest adresowana do grup o podwyższonym ryzyku, wynikającym np. z sytuacji rodzinnej, społecznej, środowiskowej lub innych uwarunkowań. **Profilaktyka wskazująca** dotyczy natomiast osób, u których pojawiły się już pierwsze symptomy problemu lub zachowania ryzykowne, ale nie rozwinęło się jeszcze zaburzenie wymagające leczenia. Z profilaktyką wskazującą wiąże się **interwencja profilaktyczna**, czyli krótkie, odpowiednio wczesne działanie wobec osoby podejmującej zachowania ryzykowne. Jej zadaniem może być zatrzymanie lub ograniczenie używania substancji, zwiększenie świadomości ryzyka, wzbudzenie motywacji do zmiany oraz – gdy jest to potrzebne – skierowanie do specjalistycznej pomocy. Przykładem jest program FreD goes net, o którym będzie mowa w dalszej części publikacji.



SKUTECZNOŚĆ PROFILAKTYKI

Nie każde działanie nazywane „profilaktycznym" jest skuteczną profilaktyką. O skuteczności nie powinno świadczyć przekonanie organizatorów czy zadowolenie uczestników, ale przede wszystkim wyniki poprawnie przeprowadzonych **badań ewaluacyjnych**. Najważniejsze są kryteria behawioralne, czyli rzeczywista zmiana zachowania: niepodejmowanie używania substancji, opóźnienie inicjacji albo ograniczenie częstości i intensywności używania. Stosuje się również kryte-

ria pośrednie, takie jak zmiana postaw, przekonań, intencji i umiejętności. Sam wzrost wiedzy jest słabszym kryterium, ponieważ wiedza o zagrożeniach nie musi prowadzić do zmiany zachowania.

STANDARDY I STRATEGIE

Standardy profilaktyki obejmują całe cykle działań: od oceny potrzeb i zasobów, poprzez konstrukcję i realizację programu, aż po ewaluację, rozpowszechnianie i doskonalenie programów. Treści i metody programów profilaktycznych wynikają z rozpoznania problemu i potrzeb odbiorców, uwzględniając ich wiek oraz czynniki ryzyka i chroniące. Dodatkowo, programy korzystają z metod o potwierdzonej skuteczności, są poddawane ewaluacji, a ich cele są jasno określane.

Do **strategii** mających istotne znaczenie w profilaktyce zalicza się m.in. rozwijanie umiejętności życiowych, edukację normatywną, rozwijanie kompetencji rodziców czy wzmacnianie więzi ze szkołą. Uzupełniająco wykorzystuje się m.in. przekazywanie wiedzy, edukację rówieśniczą czy trening umiejętności odmawiania. Skuteczna profilaktyka nie polega jedynie na informowaniu o zagrożeniach, lecz na systematycznym ograniczaniu czynników ryzyka i wzmacnianiu zasobów, które pomagają młodemu człowiekowi dokonywać bezpieczniejszych wyborów. ●

GDZIE W MAŁOPOLSCE?

Profilaktyką uzależnień zajmuje się wiele podmiotów – od samorządów i jednostek administracji publicznej (pełniących role koordynującą i finansującą), przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, po organizacje pozarządowe prowadzące specjalistyczne programy profilaktyczne.

PROGRAM FRED GOES NET

FreD goes net to program **wczesnej interwencji profilaktycznej**, zaliczany zarówno do profilaktyki selektywnej, jak i wskazującej, przy czym ze względu na treści kierowanie do młodych osób już używających substancji psychoaktywnych ma przede wszystkim charakter tej ostatniej.

HISTORIA

Program powstał w Niemczech jako działanie skierowane do młodych osób, które zwróciły uwagę otoczenia w związku z używaniem narkotyków. Jego pierwotna nazwa to **„FreD”**, skrót pochodzący od Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (wczesna interwencja wobec osób używających narkotyków po raz pierwszy). Następnie, pod rozszerzoną nazwą **„FreD goes net”** został adaptowany i rozpowszechniany w innych krajach europejskich. Polska przystąpiła do niego w 2007 roku, a koordynatorem było ówczesne Krajowe Biuro ds.



Przeciwdziałania Narkomanii (obecnie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom).

DLA KOGO

Zasadniczo program jest kierowany do **młodych osób w wieku 13-19 lat**, które okazjonalnie lub w sposób szkodliwy używają alkoholu, narkotyków lub nowych substancji psychoaktywnych. Często są to nastolatkowie „przyłapani" na używaniu lub posiadaniu tych substancji, wcześniej nie korzystający ze specjalistycznej pomocy i nie uważający swojego zachowania za problem. **FreD nie jest terapią uzależnienia** i nie jest przeznaczony dla osób używających heroiny – w tych przypadkach mogą być potrzebne inne, bardziej specjalistyczne formy pomocy. Z drugiej strony FreD nie jest też programem profilaktyki uniwersalnej.

CELE

Głównym celem programu jest **zapobieganie rozwojowi uzależnienia** poprzez możliwie szybką reakcję na używanie substancji. Uczestnik ma lepiej zrozumieć zdrowotne, społeczne i prawne konsekwencje używania, nauczyć się oceniać własne ryzyko, a także zastanowić się nad motywacją do ograniczenia używania lub abstynencji. Ważną metodą pracy jest **dialog motywujący** – młody człowiek nie jest straszony ani moralizowany, lecz zachęcany do przyjrzenia się własnemu zachowaniu i podjęcia samodzielnej decyzji o zmianie.

PRZEBIEG PROGRAMU

Przyjęcie do programu poprzedza **indywidualna rozmowa wstępna**, podczas której rozpoznaje się sytuację uczestnika. Następnie odbywa się **8 godzin zajęć warsztatowych** (w małej grupie liczącej 6–12 osób) rozłożonych zwykle na 2 spotkania. Techniki wykorzystywane podczas zajęć to dyskusje, ćwiczenia, praca w parach, quizy, scenki oraz informacje zwrotne. Omawiane są substancje psychoaktywne, ich działanie, zagrożenia i konsekwencje używania, w tym również konsekwencje prawne. Szczególną uwagę poświęca się substancjom rzeczywiście używanym przez uczestników. Analizują oni własne wzory używania, zastanawiają się m.in. w jakich sytuacjach sięgali po alkohol lub narkotyki, jakie znaczenie ma dla nich używanie i jakie mogą być tego konsekwencje. Istotna część warsztatów dotyczy indywidualnych czynników ryzyka i czynników chroniących oraz rozpoznawania sytuacji, w których prawdopodobieństwo używania jest szczególnie duże.

Całość prowadzona jest zgodnie z zasadami dialogu motywującego. Prowadzący nie moralizuje i nie narzuca decyzji o abstynencji, lecz pomaga młodej osobie dostrzec konsekwencje własnego zachowania i wzmacnia jej własną motywację do zmiany. Po warsztatach przeprowadzana jest rozmowa końcowa i ewaluacja, a uczestnik może również otrzymać informacje o lokalnych możliwościach poradnictwa i dalszej pomocy.

WSPÓŁPRACA INSTYTUCJI

Kluczową rolę w realizacji programu FreD goes net odgrywa współpraca organizatorów ze szkołami, policją, sądami rodzinnymi, kuratorami, podmiotami leczniczymi, itp. To właśnie te instytucje często jako pierwsze mają kontakt z młodą osobą sięgającą po substancje i mogą ją skierować do programu. Dzięki współpracy możliwa jest szybka reakcja – zanim okazjonalne lub ryzykowne używanie rozwinie się w poważniejszy problem. Sam program powinien być jednak prowadzony w placówce niezależnej od instytucji kierującej. ●



GDZIE W MAŁOPOLSCE

Według oficjalnej strony programfred.pl w województwie małopolskim program FreD goes net jest realizowany przez dwie placówki:

Centrum Profilaktyki I Edukacji Społecznej PARASOL
ul. Rakowicka 10a w Krakowie,
tel. 796 759 945
mail: fredteamkrakow@gmail.com
https://www.fredgoesnetkrakow.pl/

Poradnia MONAR w Krakowie
ul. św. Katarzyny 3 w Krakowie,
tel. 790 726 960
mail: fredgoesnet@monar.krakow.pl
https://www.fredgoesnetkrakow.pl/

NOTES

NOTES

Z tej serii ukazały się do tej pory następujące publikacje:



Wszystkie publikacje są dostępne w wersji elektronicznej na
www.monar.krakow.pl/pub

AUTORZY TEKSTÓW

FILIP DUSKI
Adwokat i doktor nauk prawnych. W ramach prowadzonej praktyki adwokackiej specjalizuje się w sprawach karnych związanych z narkotykami. Udziela porad prawnych klientom krakowskiego DROP-IN (Poradnia MONAR w Krakowie).

JUDYTA PUT
Pedagożka resocjalizacji, seksuolożka, psychotraumatolożka i specjalistka psychoterapii uzależnień. Związana z Poradnią MONAR w Krakowie, w której pracuje jako psychoterapeutka oraz pracowniczka środowiskowa w DROP-IN. Party workerka, założycielka projektu CZYSTE BITY.

GRZEGORZ WODOWSKI
Socjolog, pracownik socjalny i specjalista psychoterapii uzależnień. Kieruje Poradnią MONAR w Krakowie i prowadzi projekty redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków.

PAWEŁ ZIELIŃSKI
Lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie oraz w krakowskiej Poradni MONAR.

Aby pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych była skuteczna, powinna odpowiadać na ich rzeczywiste potrzeby i uwzględniać gotowość do zmiany. Nasza nowa publikacja przedstawia różne formy oddziaływań – od leczenia i terapii po redukcję szkód i pracę socjalną – pokazując, jak mogą one służyć poprawie zdrowia, bezpieczeństwa i jakości życia. Jest również praktycznym informatorem, wskazującym, z jakich form pomocy i gdzie można skorzystać na terenie Małopolski.



ISBN 978-83-956070-7-3