

Programy redukcji szkód w leczeniu uzależnień

Harm reduction programs for addiction treatment

Bartosz Łoza

Klinika Psychiatrii Wydziału Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Bartosz Łoza,
Kierownik Kliniki
Psychiatrii WUM, Prezes
Polskiego Towarzystwa
Neuropsychiatrycznego,
Prezes Towarzystwa
Przyjaciół Pacjentów
AMICI.

STRESZCZENIE

Ograniczona skuteczność farmakoterapii uzależnień zachęca do wprowadzania tzw. programów redukcji szkód. Pozwalają one znacząco zmniejszyć szkody zdrowotne, społeczne i ekonomiczne osób uzależnionych i ich rodzin. Najprostszą formą programu redukcji szkód jest terapia substytucyjna. Można w tym celu wykorzystywać tę samą substancję psychoaktywną (np. nikotynę w plastrach) lub podawać inną (np. metadon vs morfina). Programy redukcji szkód są typowo krytykowane za to, że rzekomo przedłużają okres uzależnienia. Jednak doświadczenia z wielu krajów pokazują, iż skutecznie przyczyniają się one do wyjścia z uzależnienia. Biorąc pod uwagę to, że palenie tytoniu jest główną modyfikowalną przyczyną chorób, a jednocześnie, że brakuje odpowiednio skutecznych metod terapii tego uzależnienia, wykorzystanie właśnie programów redukcji szkód – opartych na tzw. nowatorskich wyrobach tytoniowych – wydaje się najwłaściwszym wyborem. Precedensowe rejestracje kolejnych produktów o zmodyfikowanym ryzyku szkód w USA tworzą warunki, by w sposób pragmatyczny zastępować wyroby tytoniowe, w których dochodzi do palenia tytoniu – innymi, bezdymnymi, a zarazem mniej szkodliwymi.

Słowa kluczowe: programy redukcji szkód, nowatorskie wyroby tytoniowe, wyroby tytoniowe o zmodyfikowanym ryzyku, podgrzewacze tytoniu

NAJWAŻNIEJSZE

Programy redukcji szkód zmniejszają straty zdrowotne, społeczne i ekonomiczne spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.

HIGHLIGHTS

Harm reduction programs decrease health, social and economic losses caused by the intake of psychoactive substances.

ABSTRACT

The limited effectiveness of anti-addiction pharmacotherapy encourages the introduction of so-called harm reduction programs. They allow you to significantly reduce the health, social and economic damages of addicts and their families. The simplest form of harm reduction is the substitution therapy. You can use the same psychoactive substance (e.g. nicotine in patches) or give a different one (e.g. methadone vs morphine). Harm reduction programs are typically criticized for allegedly extending the addiction period. However, the experience of many countries shows that they are effectively contributing to recovery from addiction. Considering the fact that smoking is the main modifiable cause of diseases, and at the same time that there are no sufficiently effective methods of treating this addiction, the use of harm reduction programs – based on the so-called novel tobacco products – seems to be the most appropriate choice. Precedent registrations of subsequent Modified Risk Tobacco Products in the US create conditions to pragmatically replace tobacco products in which smoking occurs – other, smokeless, and at the same time less harmful.

Key words: harm reduction programs, novel tobacco products, modified risk tobacco products, heat-not-burn products.

CZYM SĄ PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD?

Programy redukcji szkód polegają na substytucyjnym podawaniu środków psychoaktywnych tak, by zredukować jeszcze (nieporównanie) większe zagrożenia zdrowotne i społeczne. Akceptując fakt „kontrolowanego uzależnienia”, przybliżamy pacjenta do ostatecznej rezygnacji z przyjmowania wszelkich substancji psychoaktywnych.

By zobrazować stopień redukcji ryzyka w tego typu programach, można wskazać, że poziom karcynogenów spada 10-, 25-krotnie, porównując zwykle palenie papierosów i stosowanie nowatorskich wyrobów tytoniowych [1].

Programy redukcji szkód pozostają standardem w psychiatrii od dziesięcioleci. W tym czasie pojęcie to ewoluowało od prostej koncepcji zastąpienia narkotyku przyjmowanego z powodu uzależnienia innym środkiem psychoaktywnym – po złożone programy psychofarmakologiczne i społeczne [2].

MECHANIZMY FARMAKOLOGICZNE PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD

Z farmakologicznego punktu widzenia można wyróżnić cztery rodzaje programów:

1. Najbardziej klasyczny program polega na podawaniu mniejszych ilości tej samej substancji, która wywołała uzależnienie (np. plastry, spreje lub gumy z nikotyną w przebiegu uzależnienia od nikotyny).
2. Alternatywnie podawana jest substancja podobna do środka wywołującego uzależnienie (np. metadon lub buprenorfina vs naturalne opiaty, cytyzyna vs nikotyna).
3. Jeszcze ogólniej, można byłoby zaliczyć do tego typu programów podawanie substancji korygujących objawy abstynencyjne (głównie zaburzenia emocji),

występujące w przebiegu przyjmowania środków psychoaktywnych (np. naltrekson vs alkohol, leki przeciwdepresyjne vs uzależnienia).

4. Środki podawane w ramach programu redukcji szkód mogą być pozbawione części składników zwiększających ryzyko uzależnienia [3]. Na przykład dym tytoniowy zawiera silnie uzależniające składniki (harman, norharman i aldehyd octowy – działające jak inhibitory monoaminooksydazy), gdy tymczasem produkty bezdymne są ich pozbawione, a tym samym spada ich uzależnieniowy potencjał.

MECHANIZMY BEHAVIORALNE PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD

Niezadowolająca skuteczność nikotynowych terapii zastępczych (gumy, plastry, spreje, inhalatory) pokazuje, jak ważny jest składnik behawioralny uzależnienia [4]. Terapie zastępcze zaspokajają jedynie biochemiczną potrzebę przyjmowania nikotyny, tymczasem palenie papierosów ma charakter rytuału, jest częścią stylu życia i kodów kulturowych.

Dlatego nowatorskie wyroby tytoniowe, pozwalające utrzymać ten wzorzec zachowań, mogą oferować znaczący potencjał w redukowaniu palenia w ogóle. Po wprowadzeniu kilku systemów podgrzewania tytoniu na rynek w Japonii liczba palących papierosy zmalała w tym kraju o 27% w ciągu 2 lat, co jest swoistym rekordem [5]. Co istotne, najnowsze badania japońskie wykazały, że produkty te nie wzbudzają zainteresowania osób niepalących, dzięki czemu nie przyczyniają się do inicjacji nałogu nikotynowego [6]. Potwierdza to również polskie badanie opublikowane w 2020 r. przez Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego [7].

Podobne zjawiska obserwowano także w Wielkiej Brytanii, gdzie aż 3 mln palaczy przestawiło się na nowatorskie wyroby tytoniowe, a kraj ten odnotował jeden z największych spadków palenia w UE w ostatnich latach [8]. Związane z tym korzyści wynikające z redukcji szkód zdrowotnych dostrzegła agenda rządowa odpowiedzialna za zdrowie publiczne – Public Health England, wskazując w swoim raporcie, że bezdymne produkty z nikotyną stanowią dla palaczy o 95% mniej szkodliwą alternatywę niż palenie tytoniu (pod warunkiem całkowitej rezygnacji z palenia) [9].

W Islandii bezwzględna większość korzysta już z produktów bezdymnych, a spadek liczby palących dokonał się o 12% w ciągu 2 lat [8].

PRAGMATYZM PROGRAMÓW

Programy redukcji szkód nie powstawały, by moralizować czy tworzyć obietnice do zrealizowania w jakiejś odległej przyszłości. Wspólne cechy programów redukcji szkód to (na podstawie [10], zmienione):

- koncentracja na celach praktycznych
- redukcja jasno zdefiniowanych szkodliwych skutków
- niestosowanie oceny (systemu wartości) wobec osób uzależnionych
- identyfikacja korzyści programowych przeważających nad stratami
- wspieranie najważniejszych celów życiowych pacjentów.

Jak widać, to podejście na wskroś pragmatyczne. Przypomina projekty typu „Home first” dla osób bezdomnych. Wspólnym założeniem wszystkich tego typu programów jest stwierdzenie, że nie można się „podnieść”, jeżeli ktoś znajdzie się w głęboko destrukcyjnym stanie. W takich sytuacjach nie wystarczy przysłowiowa wędka, lecz potrzeba właśnie ryby.

Programy redukcji szkód są wspierane przez międzynarodowe organizacje, jak Harm Reduction International – organizacja afiliowana przy Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz same agendy ONZ. Program redukcji szkód jest przykładowo immanentną częścią działań Wspólnego Programu ONZ ds. Walki z AIDS (UNAIDS). Jednym z głównych ich przekazów jest przekonanie, że problemy zdrowotne (uzależnienia) nie powinny być penalizowane czy w ogóle oceniane. Trudno dodatkowo obciążać ofiary uzależnień tym, że nie mogą sobie poradzić same, skoro skądinąd brak odpowiednich leków, a ogół państw czerpie zyski z rozprowadzania środków, od których ludzie się uzależniają. Równie dobrze można byłoby dawać mandaty cukrzykom z powodu słodzenia herbaty czy skazywać na więzienie pa-

cientów z nadciśnieniem, bo solą potrawy. I konsekwentnie dalej – odmawiać im pomocy oraz publicznie piętnować.

Dla samych psychiatrów czy psychoterapeutów jest lub powinno być najzupełniej oczywiste, że pacjentom należy pomagać, a nie oceniać ich, oraz to, że pomoc w ogóle nie powinna być zdeterminowana przez jakąkolwiek ocenę lub warunek.

IDEOLOGIZACJA POMOCY

Kontrowersje związane z programami redukcji szkód w dużym stopniu wynikają z fundamentalnego dysonansu poznawczego. Uzależnienia dla znacznej części społeczeństwa miałyby być wynikiem bliżej niezdefiniowanej słabości osobowości, jej niedojrzałości, deficytu dającego się rzekomo „uzupełnić” w wyniku działań mentorskich czy informacyjnych. W tym duchu uzależnienia powinny być pokonane siłą woli dojrzałego człowieka. Hartowanie woli człowieka mogłoby się odbywać np. technikami behawioralnymi. W takim ujęciu nie ma miejsca na kompromisy, np. programy redukcji szkód.

Dla innych uzależnienia to nie tylko „słabość”, lecz także „kwestia moralna”, co przenosi spór w jeszcze inne rejony – na płaszczyznę etyczną, walki dobra i zła. W takim paradygmacie jest jeszcze mniej miejsca na kompromisy. Paradoksalnie, przy tym stanowisku łatwo wytłumaczyć niepowodzenia wszelkich polityk abstynencyjnych – np. nie dość wyrazistym przekazem, potrzebą czasu etc. W tym nurcie rozwijano przed laty terapie awersyjne, np. poprzez wywoływanie wymiotów po apomorfinie (po skojarzeniu ze spożyciem określonej substancji) czy stosowanie elektrowstrząsów. Paczki papierosów pokrywane są od lat odstraszającymi obrazkami, czego efekty w perspektywie długofalowej są ograniczone [4]. Lepiej byłoby, gdyby na paczkach znajdowały się opisy skutecznych metod wyjścia z uzależnienia.

Oczywiście protagoniści takich idei pomijają niewygodne dla siebie kwestie, jak np. samą genezę uzależnień – nie wynikającą z czyichś błędów czy słabości, lecz raczej ze swoistej pułapki wewnętrznych mechanizmów emocji, jak również – i w nawiązaniu do poprzedniego – niemożności „usunięcia” uzależnienia, a wreszcie – i znowu w nawiązaniu do pierwszego – faktycznego braku odpowiednio skutecznych „leków na uzależnienia”.

Dodatkowym utrudnieniem we wdrażaniu programów redukcji szkód jest to, że – jak zawsze w przypadku ideologizacji problemu – dochodzi do utożsamienia się różnych osób z misją zwalczania uzależnień. Charakterystyczną ce-

chę tego typu postaw jest faktyczne nieliczenie się ze szkodami wywoływanymi przez uzależnienia ofiarom, którym programy redukcji szkód oszczędziłyby cierpień, a społeczeństwu – patologii.

KRYTYKA PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD

Oprócz krytyki z pozycji ideologicznych czy moralnych, wobec programów redukcji szkód zgłaszane są bardziej już merytoryczne wątpliwości:

- miałyby to być programy jeszcze niesprawdzone klinicznie i badawczo
- miałyby one zniechęcać do całkowitego zaprzestania przyjmowania substancji
- miałyby być niejednoznaczny komunikatem dla osób młodych, a w istocie zachętą do bezkarnego stosowania środków psychoaktywnych
- byłyby etapem przejściowym („koniem trojańskim”) do stosowania kolejnych, jeszcze groźniejszych substancji.

Krytyka programów redukcji szkód odbywa się niestety najzupełniej ponad głowami pacjentów. Mnożenie wątpliwości wobec tych programów pozbawia pomocy konkretnych, z imienia i nazwiska, pacjentów, naraża ich i ich rodziny na nieodwracalne szkody. Przypomina to jałowość dyskusji w okresie poprzedzającym powstanie MONARU (1978 r.) i następnych latach, w tym przed wprowadzeniem metadonu. MONAR podjął się pragmatycznych zadań, „niechcianych” przez oficjalny system ochrony zdrowia, z sukcesem ograniczając epidemię narkomanii opiatowej w Polsce.

Podstawowe powikłania somatyczne uzależnienia od alkoholu czy uzależnienia od nikotyny (palenia papierosów) są funkcją praktycznie czasu ekspozycji. Nieustanne mnożenie wątpliwości wokół programów redukcji szkód, w sytuacji możliwości realnego przeciwdziałania tej ekspozycji (zwłaszcza w przypadku palenia papierosów), jest nieoprawne medycznie i etycznie.

Krytyka powyższa nie opiera się na jakichś systematycznych badaniach; polega raczej na mnożeniu wątpliwości i odsuwaniu w czasie rozwiązań korzystnych dla pacjentów. Jednak – tak jak w przypadku precedensowej rejestracji przez FDA pierwszego podgrzewacza tytoniu ze zredukowanym o 90–95% ryzykiem inhalacji substancji toksycznych – trudno podtrzymać przez dłuższy czas hipotezy o „niepewności” wiedzy [4].

Krytyka ta zresztą w dużej części rozmija się z celami wprowadzania programów redukcji szkód. Programy te ukierunkowane są na osoby uzależnione. Powstrzymywanie osób

małoletnich przed rozpoczęciem stosowania substancji psychoaktywnych jest odrębnym zagadnieniem i odbywa się innymi metodami.

JAKIE SĄ CELE PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD?

Programy te nie zakładają wprost „wyleczenia”, koncentrują się na celach pragmatycznych, jednak dzięki stabilizacji ułatwiają faktycznie w pewnej perspektywie czasowej zrezygnowanie z przyjmowania środków psychoaktywnych.

Programy te dają wymierne korzyści, takie jak: poprawa lub stabilizacja stanu psychicznego, poprawa funkcjonowania społecznego/rodzinnego, kontynuacja nauki, utrzymanie się w pracy/szkole, redukcja agresji/przemocy, dekryminalizacja, przeciwdziałanie prostytucji, poprawa stanu somatycznego, ograniczenie ryzyka chorób infekcyjnych, ograniczenie ryzyka najpoważniejszych powikłań somatycznych (jak nowotwory), a wreszcie – co najbardziej spektakularne – zmniejszenie liczby zgonów.

Symbolem tego typu strategii było otwarcie w 2019 r. w pierwszych dwóch szpitalach brytyjskich sklepów z nowatorskimi wyrobami tytoniowymi [4].

PRZEGLĄD PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD

Barbiturany

Pierwszym historycznie przykładem systematycznie wdrażanej redukcji szkód była strategia wyjścia z uzależnienia od barbituranów. Leków tych w przypadku uzależnienia nie można odstawić szybko, gdyż grożą wówczas tak poważne konsekwencje, jak napady drgawkowe i zaburzenia świadomości, a przede wszystkim zespół abstynencyjny obejmujący trudny do wytrzymania emocjonalny dyskomfort. Dlatego redukcja dawek barbituranów może trwać nawet rok, przy czym wstępnie ich dawka może być wręcz zwiększona, by zredukować nasilenie objawów abstynencyjnych.

Benzodiazepiny

Podobnie długo do barbituranów wycofujemy się ze stosowania benzodiazepin. Może to także trwać miesiącami. Standardowo wymienia się postacię krótko działającą (najbardziej euforyzującą) na postacię długo działającą. Celem tej wymiany jest ograniczenie zmian nastroju – spłaszczenie swoistego cyklu euforyzacji i abstynencji. W przypadku uzależnienia od benzodiazepin nasennych możliwa jest

suplementacja innymi lekami nasennymi, jednak rodzi to z kolei ryzyko uzależnień krzyżowych.

Metadon i buprenorfina

Metadon w Polsce to lek wręcz symboliczny, kamień milowy w rozwoju programów redukcji szkód, a dla wielu faktycznie najważniejszy przykład tego typu programów i dowód ich skuteczności. Jego wprowadzenie w Polsce w 1999 r. u pacjentów uzależnionych od opiatów było spóźnione z powodu oporu społecznego o kilkadziesiąt lat w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi. Tworzenie sieci placówek było niezwykle burzliwe z powodu protestów lokalnych społeczności.

Historia metadonu dowodzi, że jest możliwe rozwiązanie tego typu konfliktowej sytuacji. Kluczowe okazało się wyjście poza spór ideologiczny. Korzyści zdrowotne i społeczne ze stosowania metadonu po prostu potwierdziły wartość tego typu terapii. Metadon jest lekiem „inteligentnym”, który nie daje euforii narkotycznej i istotnie redukuje ryzyko przedawkowania związanego ze stosowaniem opiatów drogą dożylną.

Podobnie jak metadon stosowana jest buprenorfina. Pacjenci przestają wchodzić na drogę przestępstwa, byleby zdobyć narkotyki. Znika zagrożenie oportunistycznymi infekcjami (HIV, wirusy zapalenia wątroby). Można się uczyć, pracować. W rezultacie tego sukcesu już praktycznie „niezauważalnie” wprowadzano kolejne programy redukcji szkód oparte na lekach z grupy antagonistów receptorów opioidowych, jak naltrekson i nalmefen w uzależnieniu od alkoholu. Programy redukcji szkód oparte na stosowaniu metadonu są obecnie realizowane i refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Alkohol

Alkohol jest przykładem tego, że proste wykorzystanie w terapii tej samej substancji, tylko w mniejszych dawkach, jest trudne, o ile w ogóle możliwe. Praktycznie każda dawka alkoholu jest szkodliwa. Zmniejszanie dawek alkoholu jest popularnym mitem terapeutycznym, przedłużającym stan intoksykacji. Faktycznie to forma ciągłego, dalszego rozwoju uzależnienia od alkoholu i narastania późnych powikłań. Ponadto redukcja ilości spożywanego alkoholu to mniej strat biologicznych, mniej konfliktów społecznych. Na tej zasadzie działają syntetyczne leki blokujące receptory opioidowe: naltrekson i nalmefen – możliwe do zastosowania nawet po spożyciu alkoholu. Ograniczają one ilość spożywanego alkoholu i stabilizują stan psychospołeczny.

Nikotyna

Biorąc pod uwagę, że palenie papierosów jest najważniejszą modyfikowalną przyczyną ogółu chorób, każde działanie przyczyniające się do redukcji skutków palenia powinno być wspierane [4]. Precedensowa rejestracja przez FDA pierwszego systemu *heat-not-burn* otwiera możliwości zastosowania tego typu podgrzewaczy tytoniu w programach redukcji szkód [11].

Interesujące jest, że praktycznie wszystkie zarejestrowane obecnie leki w uzależnieniu od nikotyny, a także leki stosowane *off-label*, wykorzystywane są w sposób naśladujący programy redukcji szkód:

- suplementacja nikotyny – w spreju donosowym, w plastrach, w gumie do żucia, w inhalatorach
- substytucja nikotyny za pomocą cytyzyny lub jej syntetycznego analogu – warenikliny
- przeciwdziałanie pierwotnym i wtórnym spadkom nastroju w przebiegu uzależnienia – leki przeciwdepresyjne: bupropion SR, nortryptylina, SSRI.

Niestety, skuteczność tych środków waha się w przedziale zaledwie 19–25% utrzymania abstynencji w okresie pół roku, przy skuteczności placebo wynoszącej 14% [4].

W tej sytuacji wysiłki międzynarodowe, zwłaszcza amerykańskie i brytyjskie, postępują w kierunku wykorzystania bezdymnych wyrobów tytoniowych (przebadanych podgrzewaczy, e-papierosów czy doustnego snusu) w programach redukcji szkód. W Stanach Zjednoczonych już w 2009 r. wprowadzono kategorię wyrobów tytoniowych o zmodyfikowanym ryzyku (MRTP, *modified risk tobacco product*), które mogą być oznaczane jako mniej szkodliwe niż tradycyjne papierosy. Zapewne nie przypadkiem największy spadek palenia w ogóle w krajach UE odnotowano w ostatnich latach w Wielkiej Brytanii (2000/2016 → 27%/16%), gdy równocześnie kraj ten bodaj w największym stopniu otworzył się na nowatorskie wyroby tytoniowe [4]. Jednocześnie Wielka Brytania jest dobrym przykładem skutecznej debaty w tym zakresie i przyjmowania pragmatycznych rozwiązań, gdyż jeszcze kilka lat wcześniej rozważano z powodu „niepewności” wprowadzenie całkowitego zakazu stosowania nowatorskich wyrobów tytoniowych [8].

Żadne państwo na świecie nie zdołało wyeliminować palenia papierosów. Nawet Bhutan, który w 2004 r. zakazał handlu i palenia w miejscach publicznych, dopuszcza nadal indywidualny import papierosów i palenie w domu. Kanada i Szwecja zapowiadają, że będą „wolne od nałogu” w 2025 r., co faktycznie oznacza jednak, że będzie palić mniej niż 5% populacji. Zatem nawet najbardziej restrykcyjne podejście

zakłada, że nie da się wyeliminować nałogu palenia papierosów w całym społeczeństwie. Absolutny zakaz palenia jest zapowiadany tylko w Turkmenistanie od 2025 r. Obecnie celem pragmatycznym jest bardziej zastąpienie palenia przez produkty bezdymne, co jest przedmiotem coraz powszechniejszego konsensusu [4].

Również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), znana z najbardziej konserwatywnego podejścia do problemu uzależnienia od nikotyny, poświęca coraz więcej uwagi nowym technologiom dostarczającym nikotyny. W 2020 r. Biuro Europejskie WHO opublikowało dokument, w którym rekomenduje rządowi wprowadzenie krajowego systemu oceny każdego nowatorskiego produktu tytoniowego przed dopuszczeniem go do obrotu [12]. WHO dostrzega, że niektóre tego typu produkty mogą oferować palaczom istotną redukcję narażenia na związki szkodliwe, jednak aby uniknąć wprowadzania na rynek produktów nieprzebadanych, dopuszczenie do sprzedaży powinno się odbywać wyłącznie po udokumentowaniu mniejszej ekspozycji na substancje szkodliwe w porównaniu z dymem papierosowym. WHO rekomenduje jednocześnie utrzymanie odpowiednich ostrzeżeń zdrowotnych na opakowaniach nowatorskich wyrobów tytoniowych oraz rozwiązań zapobiegających sięganiu po nowatorskie wyroby tytoniowe przez osoby nieletnie oraz dorosłe osoby niepalące.

Natomiast w odniesieniu do elektronicznych systemów dostarczających nikotyny (e-papierosów) dostrzeżono, że u niektórych palaczy tego typu urządzenia mogą być pomocne w rzuceniu palenia tytoniu [13]. WHO rekomenduje rządowi podjęcie działań ukierunkowanych na standaryzację tych urządzeń oraz ograniczenie w podgrzewanych przez nie płynach obecności karcynogenów, mutagenów oraz substancji działających toksycznie na układ rozrodczy. Organizacja zauważa także, że na obecnym etapie wiedzy nie jest uzasadnione wprowadzenie zakazu określonego smaku czy zapachu płynu. W celu redukcji ryzyka zdrowotnego w skali populacyjnej wszystkie płyny przeznaczone do wapowania powinny być poddawane analizie składu chemicznego. Oba cytowane kompendia WHO [12, 13] prezentują więc wartościową zachętę, by wyróżniać nowatorskie wyroby tytoniowe pod względem bezpieczeństwa w porównaniu z tradycyjnymi wyrobami (papierosami). Być może jest to zapowiedź bardziej aktywnych programów rekomendowanych przez WHO w przyszłości.

PODSUMOWANIE

Idee zdrowego życia, życia pozbawionego wpływu środków psychoaktywnych, są słuszne i warto je propagować. Jednak słuszność idei nie gwarantuje ich realizacji, a nawet

bywa paradoksalnie kontrproduktywna. W historii psychoanalizy znana jest historia rodziny doktora Moritza Schrebera, pioniera zdrowego stylu życia, propagatora ćwiczeń fizycznych i związków z naturą, ale równocześnie osoby apodyktycznej i skrajnie dogmatycznej, co niewątpliwie miało wpływ na wystąpienie zaburzeń psychicznych i tragiczne losy jego dwóch synów [14].

Immanentną częścią osobowości człowieka jest system emocjonalny. Takie procesy psychiczne jak motywacja, dążenie do nagrody, bycie konsekwentnym w działaniu etc. są wprost podatne na wpływy substancji psychoaktywnych, a więc i na ryzyko rozwoju uzależnienia. W rezultacie nie można „wyleczyć” czy „zakazać” uzależnień, bo system emocjonalny człowieka jest *per se* jego niepodzielną i nieusuwalną częścią. Co zrozumiałe, z tego powodu zarówno zarejestrowane leki, jak i środki stosowane *off-label* mogą oferować tylko ograniczoną efektywność. W tej sytuacji stale rośnie znaczenie programów redukcji szkód.

Problemem jest też sytuacja publicznej ambiwalencji, w ramach której ludzie z jednej strony korzystają ze środków psychoaktywnych najczęściej legalnie, a z drugiej – nie otrzymują właściwej pomocy lub pomoc ta ma charakter dogmatyczny („przestań pić”, „rzuć palenie”). Ideologiczne tyrady przeciwko programom redukcji szkód sprawiają wrażenie psychologicznej racjonalizacji tej sytuacji. Tylko „słabi” czy „niedojrzały” ludzie mieliby ulegać uzależnieniom. Jednak kształtowanie tężyzny fizycznej i hartu ducha w stylu doktora Schrebera nie przyniosło zamierzonych rezultatów.

Korzyści zdrowotne i społeczne z programów redukcji szkód są oczywiste i potwierdzone danymi [1, 11]. Ich krytyka w zasadniczej części wywodzi się z postaw, by raczej zwalczać uzależnienia, niż pomagać. Pacjenci uzależnieni są postrzegani jako „gorsi” i „sami sobie winni”, niech więc „wezmą się w garść”. Zresztą krytyka ta jest od kilkudziesięciu lat taka sama, niezależnie od rodzaju środka: by być ostrożnym, poczekać, zgromadzić więcej danych etc. Krytyka ta najzupełniej pomija potrzeby tu i teraz pacjentów i ich rodzin.

Współcześnie największe korzyści mogą dawać programy redukcji szkód u palaczy papierosów, ponieważ palenie papierosów jest główną modyfikowalną przyczyną chorób w ogóle. Osoby uzależnione powinny zostać poinformowane, że ryzyko toksykologiczne może zostać zredukowane u nich o 90–95% w przypadku rezygnacji z palenia papierosów i przejścia na nowatorskie wyroby tytoniowe. Brakuje w tym zakresie odpowiedniej polityki informacyjnej. Na paczkach papierosów, zamiast obrazków awersyjnych, po-

winy być zamieszczane informacje na temat skutecznych i potwierdzonych naukowo form leczenia uzależnienia oraz możliwości realizacji programów redukcji szkód.

Piśmiennictwo

1. Slob W, Soeteman-Hernández LG, Bil W et al. A Method for Comparing the Impact on Carcinogenicity of Tobacco Products: A Case Study on Heated Tobacco Versus Cigarettes. *Risk Anal.* 2020. <https://doi.org/10.1111/risa.13482>. Online ahead of print.
2. Beirness DJ, Notarandrea R, Jesseman R et al. Reducing the Harm of "Harm Reduction". *Clinical Pharmacology & Therapeutics.* 2008; 83(4): 523-5.
3. Dworniczak M. Redukcja szkód spowodowanych paleniem tytoniu – czas na działania oddolne. *Med Rodz.* 2018; 21(3): 292-301.
4. Łoza B, Jahnz-Różyk K, Karkowska D et al. Możliwości realizacji programu redukcji szkód u osób palących tytoń. Stan aktualny i rekomendacje. *Neuropsychiatria.* 2019; 11(3-4): 41-50.
5. GFN: stosowanie nowatorskich wyrobów tytoniowych znacząco obniża śmiertelność wśród palaczy. *ISB Zdrowie.* 2019. <https://www.isbzdrowie.pl/2019/06/gfn-stosowanie-nowatorskich-wyrobow-tytoniowych-znaczaco-obniza-smiertelnosc-wsrod-palaczy/> [VI 2020].
6. Sutanto E, Miller C, Smith DM et al. Prevalence, Use Behaviors, and Preferences among Users of Heated Tobacco Products: Findings from the 2018 ITC Japan Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16: 4630.
7. Kazubski BM, Durlik J, Balwicki Ł et al. Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia. *Ankietowe badanie młodzieży.* Wrocław 2019. <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/RAPORT-TYTOŃ-MŁODZIEŻ-GRUDZIEŃ-2019-WERSJA-FINALNA-www.pdf> [VI 2020].
8. E-papierosy zmniejszają liczbę palaczy na świecie. *ISB Zdrowie.* 2018. <https://www.isbzdrowie.pl/2018/07/e-papierosy-zmniejszaja-liczbe-palaczy-na-swiecie/> [VI 2020].
9. McNeill A, Brose LS, Calder R et al. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England. Public Health England, London 2018.
10. Prokopowicz A. Redukcja szkód związana z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. *Med Rodz.* 2018; 21(1): 73-9.
11. FDA. FDA permits sale of IQOS Tobacco Heating System through premarket tobacco product application pathway. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-sale-iqos-tobacco-heating-system-through-premarket-tobacco-product-application-pathway> [VI 2020].
12. Peruga A, Fayokun R, Mauer-Stender K et al. Heated tobacco products. A brief. WHO, Kopenhaga 2020.
13. Peruga A, Fayokun R, Mauer-Stender K et al. Electronic nicotine and non-nicotine delivery systems. A brief. WHO, Kopenhaga 2020.
14. Lothane Z. W obronie Paula Schrebera. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny.* 2009; 1(3): 5-14.

Adres do korespondencji:

Bartosz Łoza

Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 36

e-mail: bartosz.loza@wum.edu.pl