

Recidiv kod ovisnika o opijatima

Autor: Mr sci Davor Moravek

Copyright © moravek.net

<http://www.moravek.net/edukacija/>

Recidivizam je čest problem u ovisnika o opijatima. Početno eksperimentiranje s opijatima postupno dovodi do sve učestalijeg uzimanja sredstva, što vremenom razvija pravu psihičku i fizičku ovisnost. Opijati imaju svojstvo razvoja tolerancije, dakle situacije gdje je za postizavanje istog učinka potrebna sve veća količina sredstva.

Nakon višemjesečnog redovitog uzimanja opijata, posebice ilegalnih opijata (heroin, danas sve više i metadon) ovisnik podređuje velik dio svog dana pribavljanju novca za nabavu droge, te se pritom ponaša asocijalno, pa i kriminogeno. Stoga je sama ovisnost o opijatima svojevrsan životni stil, sa usko usmjerenim životnim ciljevima i djelovanjem.

Ranom intervencijom uz involviranje medicinskih i paramedicinskih stručnjaka, educiranih terapeuta i koterapeuta, moguće je dovesti do promjene životnog stila, ili na nivou uspostave apstinencije, ili putem veće ili manje izolacije od «nezdrave sredine».

Ovisnik i sam može u ranim fazama uspostaviti apstinenciju, na način da više nema fizičke apstinencijske smetnje. Vrlo često ovo se dešava nakon značajnih životnih događaja, osvješćivanja o problemu uslijed toga što su se promijenile životne okolnosti. To je vrlo često neki sudski problem, intervencija policije, socijalne službe, pritisak u obitelji i «emotivne ucjene», ozbiljnije bolesti kao što je hepatitis, kod nas rjeđe kopnica.

Recidiv se često dešava nakon suočenja sa stvarnim životnim problemima, budući da je ranije ovisnik bio «u svom svijetu» u kojem je naučio mehanizme ponašanja u kojima se bol, emotivna bol i općenito svaka stresna situacija rješavala uzimanjem sredstva. Opijat je ovisniku često «panaceja», univerzalno sredstvo rješavanja fizičkih i psiholoških poteškoća.

U stanju nadrogiranosti, sama svijest o životu i potrebi inteligentnog, dakle kvalitetnog rješavanja životnih situacija zatumljena je osjećajem nedodirljivosti i bespotrebnosti komunikacije sa realnošću, ili je sva nelagoda tumačena kao kriza ustezanja.

Uspostavom rane apstinencije, počinju se buditi osjećaji. Javlja se intenzivan osjećaj krivnje uslijed parcijalnog osvješćivanja, te se ovisnik osjeća odbačeno, kako od sredine u kojoj živi a koja ga je zbog drogiranja odbacila, tako s druge strane od svog društva znanaca (prijatelja) u kojem se je drogirao. U takvoj poziciji ovisnik ostaje u brisanom prostoru «puste čistine» odnosno isprazne apstinencije od sredstva, on je «zacementiran» u mjestu te se vrlo teško pomiče u željenom smjeru razumske apstinencije. Napokon je slobodan od sredstva koji ga čini ovisnim, no nove mehanizme ponašanja i odnošaja sa samim sobom i okolinom teško ili sporo uspostavlja. Iz jedne zatočenosti tako prelazi u drugu.

U toj situaciji, pogotovo ako ne nađe novi sadržaj života, recidiv se može činiti kao logičan izbor.

Upravo početno eksperimentiranje i iskustvo da se «bez droge može», odnosno da sam «može prekinuti kad god to poželi» ovisniku unosi novu zabludu – da je drogiranje «neznatan problem». U nizu ciklusa uzimanje – isprazna kratkotrajna apstinencija, dolazi do formiranja mehanizama koji kod dugotrajnog ovisnika kulturološki uvjetovano, potiču nove recidive. Od cikličke bolesti, tako ovisnost postaje trajno stanje, gdje sama pomisao na sindrom ustezanja, odnosno krizu, postaje jedini značajni čimbenik koji ovisnik uzima u obzir kao način na koji će donijeti odluku kada, i kako će uzeti samo sredstvo.

Ovisnik može sam prekinuti, no statistike ukazuju da u tome dugotrajnije uspijeva u 1/10 slučajeva. Stoga je razvidno, da je recidivizam vrlo čest, u tolikoj mjeri da ga možemo smatrati više pravilom nego iznimkom.

Uloga liječnika u recidivu

Medicinska znanost u ranim spoznajama o ovisnosti često je pristupala nihilistički. Proglašavajući ovisnike «neizlječivima» prvi pristup bio je kontinuirano davanje droge (opijata) ovisnicima, praktički rješavajući trenutna stanja – sindrome ustezanja, te su ovisnicima o morfiju liječnici propisivali intravenozni morfin, praktički bez posebne kontrole, isključivo prema vlastitoj procjeni. U tom periodu, koji je trajao u Sjedinjenim Američkim Državama do 1924 godine, ovisnost se pretežno širila jatrogeno

–dakle kao posljedica upotrebe morfija, kasnije heroina, budući da liječnici često nisu bili svjesni veličine problema same ovisnosti. Često, sami liječnici koji bi bili benevolentni prema narkomanima (taj se pojam u zapadnom svijetu zapazio krajem 19 stoljeća) bili su i sami ovisni o sredstvu. Zapažanje da je dostupnost samog sredstva izvor ovisnosti, kao i prepoznavanje liječnika kao širitelja problema, 1925 godine pokreće prohibicionističku kampanju u Sjedinjenim Američkim Državama, gdje se uvode vrlo stroga pravila za izdavanje opijata, a heroin se u potpunosti zabranjuje kao lijek. U Ujedinjenom kraljevstvu ovaj proces je započeo značajnije 1964. godine.

Treba reći da prohibicionizam ima dugu tradiciju, te je prvi puta primijenjen u Kineskom (Kitajskom) carstvu nakon prvog opiumskog rata. Zanimljivo je da je u raspravi pred carskim vijećem Lo-shu Fu 1840. iznosio protuargumente u raspravi potpuna legalizacija ili stroga prohibicija opijuma.

Povijesni podaci ukazuju da je prohibicionizam u više navrata postigao uspjeha, primjerice dvadesetih godina dvadesetog stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama, no povijesne okolnosti ukazale su na promjenu ekologije droga, a prvenstveno kad bi veći broj pojedinaca došao u kontakt sa kulturom u kojem je uzimanje derivata opiuma bilo endemsko. Sjedinjene države su to doživjele u Vjetnamskom ratu. Neki podaci ukazuju da je više od 2/3 američkih vojnika koji su u posljednjim godinama rata bili u Vjetnamu, eksperimentiralo ili intenzivno postalo ovisno o heroinu. S druge strane, borci Vietkonga nisu imali problem sa drogama, ili barem nije zabilježen u vjetnamskoj medicinskoj literaturi.

Pokrenuta je posebna medicinska kampanja za eradikaciju ovisnosti među tom populacijom, stroga testiranja svih vojnika – prije povratka u domovinu! Cilj je bio da se ne pojavi mnoštvo nadrogiranih mladih osoba koje bi tragalo za drogom na ulicama američkih gradova, odnosno na taj se način željelo utjecati na to da javno mijenjanje ne bi dodatno negativno reagiralo. Ovo «pospremanje pod tepih» dalo je izuzetno dobre rezultate. Vjetnamski ratni veterani u ogromnom broju, više od 95%, nisu nastavili sa drogiranjem po povratku kući. U svojoj novoj sredini, obiteljima i dodjeljenim im stanovima, veterani se nisu imali prilike tada susretati sa «uličnim drogama» koje se tada još ni nisu pojavile u gradovima.

Time je i drugi put prohibicionizam i čisto medicinsko tretiranje posebnih skupina ovisnika dalo dobar rezultat. Ipak, u medicinskim krugovima u široj javnosti tada je prohibicionizam bio već duboko ukorijenjen, te je postojao određeni strah bilo kojem benevolentnom pristupu koji bi uključivao propisivanje opijata ovisnicima bio smatran vicium artis. Pojava uličnih droga postupno je dovela do potpuno nove ekologije droga, a prohibicionizam je jačao budući da do tada uspješne mjere postaju – nedostatne. Tako imamo novu epidemiju droga, sa ovaj puta 70-tih i 80-tih godina dvadesetog stoljeća. Novi element u toj epidemiji je svakako širenje subkulture intravenoznog drogiranja, te pojave nove «narkomanske kuge» - kopnice. U Ujedinjenom kraljevstvu, prvenstveno Engleskoj, liječnici su do 1964 imali vrlo slabu kontrolu nad medicinskom primjenom opijata, a epidemiološko širenje bilo je daleko manje. Prohibicija po sličnim mehanizmima, a pod kulturološkim i političkim pritiscima preko Atlantika, postaje prisutna i u toj zemlji. Ulične droge, do tada sporadične, nalaze svoj put – budući da postoji potražnja, javljaju se novi mehanizmi ponude.

Zemlje bivšeg socijalističkog bloka, uključujući Jugoslaviju, epidemijski val opijata nije značajnije dodirnuo do kraja osamdesetih godina dvadesetog stoljeća. Prvi opijatni ovisnici doduše u epidemiološkom registru bilježe se 1964, sredinom osamdesetih incidencija je bila na nivou do 60 registriranih ovisnika godišnje. Glavni izvor nabave sredstava bio je pljačkom ljekarni, te vrlo male količine putem tzv. «Balkanske rute», a droga je raširena u vrlo uskom krugu, često osoba koje su imale ovaj stil života profiliran za boravka u inozemstvu, putovanjima primjerice u Indiju i drugdje.

Do kraja osamdesetih, broj ovisnika koji se javlja na liječenje u Zagrebu dostiže brojku do 120 godišnje. Kraj osamdesetih u ovoj sredini obilježava promjena paradigme, prvenstveno usvajanje Britanskog modela ordiniranja metadona, koji se prvi puta počinje primjenjivati u Beogradu, uslijed pojave epidemije kopnice, te je tada metadon instaliran u Jugoslaviji, te je putem centara u Beogradu, Banja Luci i Tuzli postao dostupan opijanim ovisnicima i u području Hrvatske. Centralizirani model dijeljenja lijeka, otpor psihijataru u Hrvatskoj ovom pristupu, dovelo je do toga da su ti ovisnici dobivali «na ruke» lijek do 15 dana unaprijed. Prekidom mogućnosti putovanja iz Hrvatske u Srbiju odnosno uvođenjem strogih graničnih kontrola za putnike te otvorenim samo jednim putnim pravcem preko Mađarske, pritisak ovisnika koji su dobili «lijek» metadon primorao je zdravstvenu službu da ih prihvati ovdje, te je promijenjena osnovna paradigma – omogućeno je bez posebnih pravila primjena metadona kao vid nastavka liječenja koje je ranije započeto. U početku to je bilo 300-400 osoba, te se taj broj, zbog postupnog rasta incidencije, postupno povećava. Normalizacija započinje tek 1995, te se 1996 usvaja Nacionalna strategija, koja dopušta primjenu metadona na način koji je nastavak do tada uhodane prakse, sa stožernom postavkom lake dostupnosti metadona. Osnovna premisa toga je bila da je tada smrtnost od predoziranja u Hrvatskoj bila oko 10 slučajeva godišnje, dok u Norveškoj, koja je bila izuzetno restriktivna prema metadonu, bilježi se oko 100 predoziranja sa smrtnim ishodom godišnje. Tvorci Nacionalne Strategije iznose tezu da «liberalno propisivanje metadona spašava živote».

Medicinski krugovi se ubrzo izrazito antagoniziraju na platformi «za i protiv metadona». Liječnici opće medicine tako se nalaze između dvije «stručne vatre» koja rasprava traje cijelo desetljeće. Postupno se izgrađuje mreža centara, opozicija «bez lijekova» u vidu terapijskih zajednica (komuna) i zagovornika da je «komuna jedini uspješan tretman» s jedne strane, te priče da je «metadon izuzetno važan i mora biti maksimalno dostupan ovisnicima putem medicinskih kanala».

Uz niz skandala, smjenjivanja pa i policijskih mjera, početkom 21 stoljeća slika je takva da je incidencija porasla na 1000 novih slučajeva opijatnih ovisnika godišnje, postojeći kapaciteti, prvenstveno u gradu Zagrebu, postaju sve više preopterećeni, a smrtnost od predoziranja konačno, 2003 godine, prelazi tu famoznu granicu od 100 slučajeva godišnje.

Liječnicima opće prakse, šalju se dvije poruke – «dajte metadon» i «to mora biti strogo kontrolirano i samo iznimno».

Što sad?

Liječnici pa i sudstvo, percipira danas ovisnost kao bolest. Apstinencija i kvalitetni programi liječenja, uključujući razrađen sustav komuna, dostupni su tek manjem broju, budući da je ukupni kapacitet ovih ustanova manji od godišnje incidencije.

Liječnici opće prakse u velikim gradovima, osobito u Zagrebu, u pojedinim su kvartovima pretrpani ovisnicima, te nije rijetko da imaju i do 20 ovisnika na «supstitucijskoj terapiji metadonom». Motivacija za rad sa ovom populacijom dosta oscilira, budući da je osim u Istarskoj Županiji, ne postoji poseban bonus za rad s ovisnicima.

Supstitucijska terapija se često spominje u medijima u negativnom kontekstu. Sami korisnici često iskazuju «nezadovoljstvo liječenjem».

Ukupni pristup u liječenju ovisnika svaljen je u velikoj mjeri na pleća obiteljskog liječnika, koji je pritisnut potrebama velikog broja pacijenata koji su ovisnici, pritiscima medicinskih institucija koji traže da se svakodnevno bave s osobama koje su na društvenoj margini, slabo suradljivi te skloni recidivizmu u kriminalnom ponašanju, te sa druge strane ne tako rjetkim pritiscima policije, koja nastoji smanjiti curenje metadona na crno tržište. Strategijom je predviđen strogi nadzor, svakodnevno pijenje pred medicinskim osobljem, no to u praksi zbog izuzetno teške dinamike postaje neprovodivo, liječnici nemaju institucionalnu kontrolu koja bi strogo kontrolirala način distribucije, a prekapacitirani liječnici – specijalisti vrlo različito pristupaju na nivou sustavne kontrole. Propisani novi protokol za primjenu metadona tek je nedavno usvojen, te je posljedica brojnih pragmatičnih kompromisa, nikako stručnog konsenzusa.

Recidiv je uz primjenu supstitucijske terapije postao jako relativiziran pojam – uzimanje primjerice 100 miligrama metadona je «liječenje», dok ako isto sredstvo, na isti način ovisnik uzme na crnom tržištu - tada je «recidiv». Uzimanje heroina jednom tjedno - što u Zagrebu čini nemali broj ovisnika o opijatima uz svoju svakodnevnu dozu metadona – nešto je o čemu se šuti, dok ne postaje upadno prvenstveno policiji i posljedično ima penalni tretman takvog ovisnika.

«Šutnja je zlato» - čest pristup obitelji i sredine koja se ne želi konfrontirati sa ovisnikom konformistički je pristup koji niskomotiviranom i nedostatno informiranom liječniku postaje oblik preživljavanja u situaciji kad je s jedne strane pritisnut interesima ovisnika koji je visoko kriminalizirana osoba i pod pritiskom organiziranog kriminala, a s druge strane pritiska pravne države.

Sav sustav kontrole stavljen je sada u ruke 20-tak liječnika koji su «ovlašteni za propisivanje metadona». Ovi su s druge strane, prošli neformalne i individualne obuke, te je centralizirano odlučivanje uz necentralizirano financiranje, te konstantni pritisak oprečnih interesa društva, obitelji ovisnika, «za i protiv metadona» izraziti čimbenik zbog čega stručnjaci često djeluju pod konstantnim burn out-om te je vrlo velika fluktuacija liječnika i paramedicinskog osoblja u centrima za tretman ovisnika.

Nejednakost doktrina, po mehanizmu «da sto cvjetova cvjeta» time postaje hrvatski artefakt.

Poseban problem predstavljaju ovisnici koji su uspjeli postići apstinenciju, bilo kroz bolničke programe, bilo kroz socijalne ustanove, penalne ustanove ili «komune». Kako se velik broj ovisnika liječi u inozemstvu (vjerske zajednice ih tamo upućuju) konstantan je rizik da dobiju tamo epidemijske bolesti – primjerice kopnicu. Za sada u hrvatskoj, na sreću, nema raširenosti ovog virusa među intravenoznim ovisnicima, već je sporadična isključivo među osobama koje su se zarazile na narko scenama u drugim državama.

Ovisnik, koji je fizički očišćen, doživljava pad tolerancije prema drogi. Posljedica toga je da mu ranije uobičajena doza može biti smrtonosna. Ova skupina, po izlasku iz zatvora i komune, stoga je pod velikim rizikom smrtnosti u slučaju povratka u sredinu u kojoj je obolio.

Liječnik svakako treba u slučaju najmanjih naznaka recidiva promptno reagirati i insistirati na nastavku liječenja, budući da se sa većim trajanjem recidiva smanjuju šanse za ponovnom uspostavom apstinencije. S druge strane, velika je frustracija emotivno razočaranje koje predstavlja recidiv – posebice za obitelj. Često upravo komune traže povrat u njihov sustav – što ovisnik u recidivu nerijetko

odbija, te tada biva socijalno izoliran od «zdrave» sredine. Ponovni ulazak u liječenje nerijetko je preko supstitucijske terapije, «korak nazad i dublje u ovisnost» kako to nerijetko doživljava sredina pa i izabrani liječnik.

Red liječenja, apstinencije i recidiva te tonjenje u «legalno drogiranje» uz konstantni sukob interesa – pragmatizam sa ciljem veće šanse za preživljavanje ili «zalaganje za čvršći pristup» stvar su koja zahtjeva multidisciplinarni i vrlo individualiziran pristup. Stoga je uloga liječnika da stvara čvrstu «terapijsku alijansu» tamo gdje je on najdublje involviran – u obitelji, te se pokuša naći mogući pristup – a danas je vrlo teško osigurati «ono između» što nije «legalni metadon» ili «kruta stvarnost komune».

Frustriran između kompleksnosti ovisnikove osobnosti, poremećaja osobnosti te ne manje važno, institucionalnim pritiscima provođenja obaveznog liječenja određenog od suda i nadzora socijalne skrbi, liječnik mora balansirati u interesu što većih šansi da njegov pacijent – ovisnik preživi i konačno, nakon dugotrajnog i mukotrnog liječenja «od pakla droge» - u biti društvenog i sociološkog, a ne samo medicinskog problema – dostigne bolju kvalitetu života. U mjeri, u kojoj je to moguće osigurati.