

Pismo uredništvu/Letter to the editor

AMBULANTA ZA BOLEZNI ODVISNOSTI NOVA GORICA

KRITIČNI PREGLED DOSEDANJE DEJAVNOSTI IN MOŽNOSTI RAZVOJA V PRIHODNJE
THE CRITICAL VIEW TO THE PAST ACTIVITIES AND POSSIBILITIES OF DEVELOPMENT IN
THE FUTURE

Viljem Ščuka

Zdravstveni dom, Rejčeva 4, 5000 Nova Gorica

Izvleček – Avtor predstavi Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog v Novi Gorici na podlagi analize dejavnosti Centra v prvem polletju 2001, ko je bilo v obravnavi 257 oseb, od tega 211 zaradi zasvojenosti s heroinom, a jih le 68 (32%) obravnavajo z metadonom. Osnovno izhodišče dejavnosti je ambulantna detoksikacija in vključevanje detoksiciranih in njihovih svojcev v t. i. programe »brez droge«, ki jih organizirajo kot individualno ali skupinsko psihoterapijo za vzdrževanje abstinence in osebnostno rast. V zadnjih dveh letih so detoksicirali 110 odvisnikov od heroina, od katerih je trenutno obravnavanih 22 zaradi recidiva. V programe drug free je vključenih 88 zdravljenih odvisnikov in 60 svojcev, tj. 42% vseh, ki so bili v tem obdobju obravnavani zaradi odvisnosti od heroina. Medikamentno podpirajo ta program z naltreksonsko profilakso in včasih z antidepressivi za obdobje pol do enega leta. Avtor želi prikazati uspešnost ambulantne obravnave odvisnosti, vendar pod pogojem, da vključuje poleg kliničnega tudi psihoterapevtski pristop in multidisciplinarnost. Pri svojem terapevtskem delu daje prednost visokopražnim programom in je kritičen do ohlapne in nizkopražne rabe metadona na območju severne Primorske.

Abstract – The author represents the Centre of prevention and treatment of an illegal drugs' addictions in Nova Gorica on the basis of analysis of the activities of the Centre in a first half-year of 2001. In that period the Centre treated 257 patients, among them 211 patients were addicted to heroin and just 68 of them (32%) were treated by methadone. The basic starting-point of the activities is an ambulant detoxification and participation of the patients and their relatives in the drug-free programmes, which are organised as an individual or group psychotherapy for a maintenance of the abstinence and personal development. In the last two years 110 patients were detoxified from heroin, among them 22 are treated now for reappearace. There are 88 patients and 60 relatives (which is 42% of all treated by heroin addiction) included in the drug-free programmes. The programme was medicamentally supported by naltrexon prophylaxis and sometimes by antidepressives for the period between half to one year. The author tries to introduce the successfulness of ambulant treatment of addictions under the condition of participation of clinical and psychotherapeutic approach and multidisciplinary. He promotes the high-threshold programmes and criticises the lax and low-threshold use of methadone in the area of Northern Primorska region.

Uvod

Ambulanta za bolezni odvisnosti deluje pri Zdravstvenem domu Nova Gorica od jeseni 1995, ko so se po določenih Ministrstva za zdravstvo oblikovali regionalni Centri za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog. Naš Center je zasnovan širše, saj se poleg obravnave odvisnikov od nedovoljenih drog ukvarjamo tudi z zasvojenostjo od iger na srečo in drugimi oblikami odvisnosti, zato se imenuje Ambulanta in ne Center. Naš dolgoročni cilj je celostna obravnava boleznih odvisnosti v skladu z doktrino, ki jo opredeljuje medicina odvisnosti, kot je bila predstavljena na prvi slovenski konferenci v oktobru 1996 (1). K celostnemu pristopu v obravnavi odvisnosti od nedovoljenih drog nas obvezuje t. i. »bohinjski dogovor« (Seminar za vodje Centrov februarja 1999 v Bohinju), ki ga je na pobudo Koordinacije Centrov organiziralo Ministrstvo za zdravje in na katerem smo se dogovorili za dopolnitve v terapevtskem pristopu. S strokovnimi in organizacijskimi nasveti so nam v pomoč kolegi iste stroke in podobnega centra v Go-

rici v Italiji (SERT, Servizio tossicodipendenza) ter Urad za droge pri vladi Republike Slovenije.

Bohinjski dogovor jemljemo resno, doktrino medicine odvisnosti tudi, dobri rezultati celostne obravnave v goriškem SERT pa so nam v spodbudo. Specifičnost usmeritve našega Centra vidimo v obmejnem sodelovanju in odprtosti v italijanski prostor. Že v letu 2000 smo zato temeljiteje statistično pregledali doslej opravljeno delo ter ga predstavili strokovni javnosti. V tem sestavku predstavljamo rezultate naše dejavnosti v prvem polletju leta 2001, ki so že primerljivi z lanskoletnimi, ne pa s podatki iz preteklih let, ko smo še delovali kot nizkopražna »metadonska ambulanta«.

Število obravnavanih se je v zadnjih dveh letih podvojilo in se bo letos, kot kaže, potrojilo, saj je bilo v prvi polovici leta obravnavanih toliko kot lani vse leto. Medicina odvisnosti postaja pač ena osrednjih strokovnih dejavnosti osnovnega zdravstva. Zato si stroka in politika ne moreta več dovoliti odlašanja odločitev in še naprej financirati le metadonski del dejavnosti, ki v primeru novogoriškega Centra predstavlja le tretjino terapevtskega dela.

Tab. 1. Osnovni podatki.

Starost v letih	Trajanje obravnave		Način obravnave		Spol
do 16 let	4 (1,5%)	manj kot 1 leto 74 (28,8%)	brez svojcev	107 (41,6%)	moški 206 (80,1%)
17 do 19 let	31 (12,0%)	1 do 2 leti 62 (24,1%)	s svojci	131 (51,0%)	ženski 51 (19,9%)
20 do 25 let	128 (50,0%)	2 do 3 leta 62 (24,1%)	v komuni	11 (4,3%)	
26 do 30 let	58 (22,5%)	3 do 5 let 36 (14,0%)	v zaporu	8 (3,1%)	
nad 30 let	36 (14,0%)	nad 5 let 23 (9,0%)			

Število vseh obravnavanih v obdobju januar-junij 2001 je 257.

Način obravnave

Način ambulantne obravnave

Kadar zasvojeni prihaja sam in ne želi sodelovanja svojcev (po 18. letu starosti se sam odloča o obravnavah), je prognoza obravnave praviloma neugodna. Zadnja leta njihovo število na srečo upada, kar hkrati pomeni, da so starši in javnost bolj poučeni o problemih odvisnosti, ki jih pojmujejo kot bolezen in ne več kot moralno zablodo. Visok odstotek teh, ki prihajajo sami, gre tudi na račun posameznikov, ki iščejo informacije, se želijo cepiti, preiskati kri zaradi tveganega spolnega vedenja, rokovanja z domnevno kužnim materialom, intravenske rabe drog itd. Pri večini tistih, ki so na zdravljenju z metadonom ali brez, pa sodelujejo svojci oz. partner(ka). Zlasti to velja za ambulantno detoksikacijo in t. i. programe »drug free«, ker obravnavamo zasvojenost od drog, alkohola in iger na srečo kot problem družine.

Obravnava v komuni

Razraščanje terapevtskih skupnosti (»komun«), ki obravnavajo zasvojence po psihosocialni doktrini, dokazuje neelastičnost zdravstva, ki še vedno ni sposobno pristopiti celostno k obravnavi odvisnosti od drog. Kot da ta ista medicina, ki ima dobro izpeljano doktrino za obravnavo alkoholne bolezni ali odvisnosti od psihofarmakov, ne bi znala obravnavati odvisnosti od drog... Odvisnost od drog je namreč tako medicinski kot psihosocialni problem, ki ju ni mogoče obravnavati ločeno. Takšno ločevanje bi bilo mogoče pripisati prej kartezianskemu dualizmu kot pa sodobnemu, celostno usmerjenemu pojmovanju človeka in medicine kot vede o človekovem zdravju. Neelastičnost zdravstva je pri obravnavi bolezni odvisnosti prav v zapostavljanju človekovih psihosocialnih problemov, ki jih prelaga na druge stroke in s tem zgublja vpogled v človeka kot osebnost. Prav odvisnik pa je glede na potrebe obravnave prej subjekt kot objekt. Tukaj so nas prehiteli organizatorji komun, ki delujejo dobesedno »psihosocialno« in na človeški ravni - nemara bolj neposredno kot v klinično problematiko usmerjena medicina. Obravnavani v teh skupnostih si zato velikokrat upravičeno ustvarjajo negativno mnenje o zdravnikih, zdravstvu, zdravilih, medicinskih postopkih in še zlasti o metadonu.

Očitno smo zamudili priložnost za skladno sodelovanje z medsebojnim dopolnjevanjem, kar naj bi bila hkrati slika strpnega dialoga vladnih in nevladnih organizacij na tej ravni. Dokler bodo Centri naravnani pretežno v nizkopražne programe zmanjševanja škode, bomo potrebovali mrežo visokopražnih terapevtskih skupnosti (komun), pa čeprav je njihov terapevtski učinek kljub dobri notranji organiziranosti zaradi enosmernosti velikokrat neučinkovit zaradi preveč recidivov. V Novi Gorici si zato prizadevamo odpuščene iz terapevtskih skupnosti vključiti v naše programe »brez droge«, da bi ti fantje in dekleta lažje premostili težave pri ponovnem vključevanju v prvotno okolje. Tudi sicer skušamo zasvojenost zdraviti najprej ambulantno, v prvotnem okolju in šele po neuspešni preizkušnji razmišljamo o obravnavah v eni od terapevtskih skupnosti. Ti programi so zlasti priporočljivi za odvisnike, ki so osiromašeni najosnovnejših socialnih in duhovnih vrednot, ter potrebujejo bazično učenje življenjskih navad. Uspešni pa

postanejo šele tedaj, če so obravnavani po odpustu vključeni v t. i. program »brez droge« v domačem okolju, če ga matično okolje premore.

V zaporu

Iz leta v leto narašča število odvisnikov, ki so zaradi kaznivih dejanj v priporu ali na prestajanju zaporne kazni. V No-

vi Gorici je moški oddelek koprskih zaporov, kjer imamo redno ambulantno obravnavo odvisnikov. Priporniki so še posebej motivirani za obravnavo odvisnosti, zlasti za detoksikacijo, ki jo je v zaporu lažje izpeljati kot na prostosti. Motivirani so tudi za profilakso z naltreksonom, ki jo po prestani kazni nadaljujemo v eni od skupin »brez droge« v Ambulantni. Naše izkušnje kažejo, da se vedenjsko problematični mladostniki ali socialno slabše prilagojene osebnosti dokaj dobro resocializirajo v skupinah »brez droge«. Pri njih je manj disocialnega vedenja kot sicer. Pomembno je prav to, da se novih, socialno sprejemljivejših vedenjskih vzorcev učijo v svojem prvotnem okolju, se v njem preskušajo in utrjujejo. Od oktobra 1999, ko smo v zdravljenje vpeljali naltreksonsko profilakso, beležimo pri njih bistveno manj recidivov. Tvegano je le vključevanje primarno osebno motenih politoksikomanov, saj ostajajo še naprej disocialni in v skupini delujejo večinoma razdiralno. Obravnavamo jih individualno.

Metoda obravnave

Tab. 2. Prikaz ambulantnih obravnav.

Metoda obravnave	Doziranje metadona	
Metadonsko uvajanje	2 (0,8%)	pod 10 mg (1 ml) 3 odvisniki
Metadonsko vzdrževanje	40 (15,5%)	11-30 mg 16 odvisnikov
Metadonsko zdravljenje	11 (4,3%)	31-50 mg 18 odvisnikov
Ambulantna detoksikacija	16 (6,2%)	51-80 mg 16 odvisnikov
»Brez droge« - psihoterapija	52 (20,2%)	81-100 mg 6 odvisnikov
»Brez droge« - klubska dejavnost	36 (14,0%)	nad 100 mg 9 odvisnikov
Druge obravnave	38 (14,8%)	
Obravnava recidiva	22 (8,5%)	
Informacije občanom	10 (4,0%)	
Serološke kontrole (označevalci)	2 (0,8%)	
Obravnava zaključena	7 (2,8%)	
Samovoljna prekinitev	21 (8,1%)	

Z metadonom je obravnavanih 68 odvisnikov, kar pomeni 32% vseh od heroina odvisnih.

Metadonsko uvajanje

Metadonsko uvajanje je poskusno (»stabilizacijsko«) do 3-mesečno obdobje za tiste, kjer je v obravnavi indiciran metadon. Vedno ga predpiše strokovni vodja Ambulante po timskem posvetu s psihiatrom, psihoterapevtom in medicinskim tehnikom (sestro). Z odvisnikom sklene terapevtski dogovor, ki ga podpišeta oba: odvisnik in terapevt. V času metadonskega uvajanja se uravna terapevtska doza metadona in preveri resnost odvisnikovih namenov (2). Glede na klinično sliko, socialne okoliščine in osebnostne značilnosti se v teh treh mesecih odvisnik sam odloči, ali namerava ostati na nizkopražnem metadonskem vzdrževanju in biti le obiskovalec - vzdrževanec Ambulante ali se želi vključiti v metadonsko zdravljenje in s tem postati naš zdravljenev. V Novi Gorici smo pred dvema letoma tudi prostorsko ločili nizkopražno uvajanje in vzdrževanje od visokopražnega zdravljenja. To se je terapevtsko izkazalo kot primerno, saj imajo vzdrževanci namenoma bistveno manj ugodnosti kot zdravljenci. Odvisnikom želimo s tem jasno pokazati na mejo med vzdrževanjem in zdravljenjem ter jih spodbuditi, da se odločajo za metadonsko zdravljenje.

Za uvajanje metadona se odločamo čedalje težje, saj se zavedamo etičnega bremena iatrogeno povzročene odvisnosti, ki je močnejša od heroinske. Splošna epidemiološka slika zlorabe opiatov v Novi Gorici in okolici namreč še zdaleč ni pri-

merljiva s problematiko narkomanije evropskih ali ameriških velemest. Prepričani smo, da v okviru sedanje organiziranosti osnovne zdravstvene službe na tem – pretežno podeželskem – območju za enkrat obvladujemo epidemiologijo odvisnosti od heroina in smo mnenja, da nam ni potrebno brezpogojno sprejemati doktrine zmanjševanja škode, zlasti še, če se ji daje prednost pred zdravljenjem odvisnikov. Pri nas dajemo prednost visokopraznim programom in bolj upoštevamo psihiatrične kot epidemiološke indikacije pri predpisovanju metadona. Tudi to so razlogi, zakaj smo v metadonski program vključili v zadnje pol leta le 5, v obravnavo brez metadona pa 32 odvisnikov od heroina.

Metadonsko vzdrževanje

Metadonsko vzdrževanje smo kot nizkoprazni program prevzeli skupaj z goriškimi vzdrževanci od koprškega Centra, kjer so bili obravnavani do jeseni 1995, ko je bil ustanovljen t. i. Center B v Novi Gorici (predpostavljen nam je Center A v Kopru). Razmejevanje na A in B centre je v zadnjih letih sicer zbledelo, smo pa v skladu s priporočili Ministrstva za zdravje še nekaj let ekspanzivno širili to dejavnost in od začetnih 15 »pridobili« v treh letih 85 vzdrževanih na metadonu. Danes jih je na vzdrževanju še 40. Financiranje naše Ambulante je namreč vezano na število metadonsko obravnavanih odvisnikov, kljub temu da smo se na posvetu v Bohinju februarja 1999 dogovorili za nov terapevtski dogovor in nov pristop, ki naj vključuje tudi visokoprazno metadonsko in druge oblike zdravljenja. Sprejete sklepe smo v Novi Gorici uveljavili že takoj v marcu 1999 in ločili programe tako, da poteka metadonsko vzdrževanje še vedno v prostorih Zdravstvenega doma, le na drugem koncu stavbe, po točno določenem urniku trikrat dnevno po eno uro, ob petkih 2-krat dnevno in sobotah le zjutraj. Za domov dobijo metadon le ob sobotah za nedeljo. Urnik zanje je strog. Kdor želi v skladu s terapevtskim dogovorom pridobiti UGODNOSTI, se mora tedensko javljati v Ambulanti na kontrole urina, dokazovati abstinenco in resnost namenov. Šele po štirih tedenskih zaporednih negativnih izvidih se s pismeno prošnjo prijavi za zdravljenje, ko pridobi pravico dobiti metadon za domov ter pravico pitja metadona v prostorih Ambulante, ki ima dovolj elastični urnik: od ponedeljka do četrta od 6. do 19.30, v petek od 6. do 14. ure in ob sobotah od 7. do 9. dopoldne. Metadon delimo tudi med praznike, saj si prizadevamo, da nam metadon ne bi »ušel iz rok« in se znašel na črni borzi.

Kljub jasnim določilom epidemiološke doktrine ostaja metadonsko vzdrževanje vprašljivo. Med našimi dolgoletnimi vzdrževanci je namreč kar 80% takih, ki posegajo poleg metadona tudi po heroinu in drugih drogah tudi takrat, ko jim terapevtsko dozo metadona dvignemo nad 100 mg dnevno. Sami povedo, da se ne nameravajo odreči želji po heroinskem opoju (»biti zadet«), ki ga pri metadonu pač ni. Na metadonu vztrajajo le zato, da porabijo manj denarja za heroin. V teh primerih, kot kaže, odpoveduje doktrina zmanjševanja škode in se zdi metadon kot nekakšna potuha zasvojenecem.

Metadonsko zdravljenje

Zanimiva je ugotovitev, da iz leta v leto narašča število tistih, ki odklanjajo zdravljenje z metadonom, saj so o njem slišali preveč kritičnih mnenj od zasvojenecv samih, iz medijev ali od ljudi na cesti. Metadonu pa se ni mogoče izogniti v vsakem primeru, saj je včasih sredstvo izbire. Je pač sredstvo z močnim učinkom, vendar je zdravilo. Ni strupen, ne teratogen, vendar uporabnika telesno in psihično močno zasvoji, kar predstavlja problem, ko ga želimo z njim zdraviti in ustrezno zniževati terapevtsko dozo tako, da se postopno razkrivajo problemi oz. v podzavest potlačene čustvene vsebine, ki jih obravnavamo psihoterapevtsko. Potrebno je veliko terapevtske strpnosti in znanja, da tako zdravljenje uspe. Kljub nekaterim zadržkom ven-

darle menimo, da je prav nestrokovno in šarlatansko povprek udrhati po metadonu, zlasti če o njem razpravljajo ljudje, ki ne poznajo mehanizmov možganske nevrottransmisije, pomanjkljivih endorfinskih rezerv, presnove dopamina in drugih specifičnosti osrednjega živčevja. Indikacija za zdravljenje z metadonom je v nekaterih(!) primerih enako upravičena, kot je potrebno vsakodnevno dodajanje insulina, kadar ga telo ne proizvaja dovolj. Nekateri zdravniki še vedno težko sprejemajo to primerjavo, saj poznajo le nizkoprazno rabo metadona, ki se žal kar prevečkrat prelevi v zlorabo.

V to obliko zdravljenja je vključenih komaj 22 odvisnikov (polovica zaradi recidiva), saj je ne zmorejo vsi. Odvisna je od izkušenj s heroinom (zlasti negativnih), čustvene odzivnosti, osebnostne zrelosti, stopnje izobraženosti, družinskih razmer in predvsem od usposobljenosti terapevtov. Zdravljenje z metadonom temelji namreč na psihoterapevtskem delu in ne morda le na predpisovanju metadona ali somatskih oz. psihiatričnih pregledih. Terapevt mora obvladati psihodinamiko posameznika, družine in terapevtske skupine, v kateri je vzdrževanec obravnavan. Ključna oseba v tem procesu je psihoterapevt in ne morda psihiater.

Le četrtnina naših odvisnikov (27,2%) ima resnejše psihične probleme, ki jih mora obravnavati psihiater. V skupino mojenj duševnega zdravja odvisnikov (t. i. »dvojnih diagnoz«) pač nismo šteli komaj zaznavnih odklonov mišljenja, čustvovanja ali vedenja, ki jih praktično v vsakem primeru povzroča katera koli psihotropna substanca. V naših razmerah se zdi psihiatrizacija boleznih odvisnosti nepotrebna, zato si prizadevamo, da bi bil nosilec strokovne dejavnosti družinski ali šolski zdravnik in ne psihiater.

Detoksikacija

Naše izkušnje kažejo, da je pri večini primerov možna ambulantna detoksikacija od opiatov. Ambulantna detoksikacija je predvsem veliko cenejša, in kar je še važnejše, izvajamo jo v odvisnikovem matičnem okolju. Za hospitalno detoksikacijo se odločamo le v primerih, ko gre za nevrološko ali psihično bolezen ali za močnejšo, največkrat iatrogeno povzročeno odvisnost od metadona. Oddelek za detoksikacijo ljubljanskega Centra za mentalno zdravje obremenjujemo torej letno s 3–5 osebami. Ta oddelek si predstavljamo kot diferencialnodiagnostični in terapevtski center za najtežje primere, ko gre vzporedno z zasvojenostjo tudi za težjo psihično oz. somatsko okvaro, ki je ni mogoče začeti obravnavati ambulantno. Tako smo se dogovarjali že na posvetu v Bohinju.

V naši Ambulanti namenjamo procesu detoksikacije največjo možno pozornost, saj jo smatramo kot ključni terapevtski cilj k osvoboditvi od opiatov. Doslej (v zadnjih dveh letih) smo uspešno detoksicirali 110 odvisnikov in jih je trenutno na ambulantni detoksikaciji 16, od tega le trije s pomočjo metadona. Detoksikacijo praviloma izvajamo s sodelovanjem svojcev in educiranih prostovoljcev. Skupino prostovoljcev in prostovoljk oblikujejo mlajši odrasli, starejši od 21 let, ki niso uporabniki drog in se za to dejavnost usposabljaajo v naši Ambulanti. Z detoksikantom se družijo v dneh abstinencne krize neprekinjeno ali le del dneva – odvisno pač od dogovora s svojci. Ves ta čas so v telefonskem stiku s terapevti Ambulante. Prostovoljčeva naloga ni le varovanje obravnavanega, ampak predvsem maksimalno angažiranje vseh njegovih organov kontakta (gibal, čutil, čustev, razuma, duhovnosti), da preusmeri pozornost osrednjega živčevja od želje po drogi k drugačni dejavnosti. Uspeh takšne detoksikacije je optimalen in ga preverjamo z urinskim testiranjem na opiate in metadon po koncu krize, tj. po 6–8 dneh. Kadar gre za detoksikacijo od metadona, se podaljša abstinencna kriza na 2 tedna in več. Pred uvajanjem naltreksonske profilakse (tablete Revia) preverimo morebitno prisotnost opiatov v telesu z intravenskim dajanjem opiatnega antidota (Narcanti), saj je naltrekson kontraindiciran, dokler so v

telesu prisotni opiat. Odvisnik je namreč že vnaprej natančno poučen o poteku krize in vsem dogajanju, zato sledi angažirano in brez odporov. Prepričani smo, da bi bili brez sodelovanja prostovoljcev uspehi ambulantne detoksikacije slabši, saj je med abstinenco dražnje dopaminskih receptorjev v osrednjem živčevju premočno, kar sili odvisnika v tako odzivanje, ko v stanju zožene zavesti ponovno poseže po drogi (3). Detoksiciranega zato že isti dan vključimo v program »brez droge« in ga še nekaj tednov opazuje zdravnik zaradi morebitnih stranskih učinkov naltreksona oz. pojavljanja depresivne simptomatike, ki zahteva specifično psihiatrično obravnavo ob medicamentni podpori antidepresivov.

Program »brez droge«

Tudi ta program smo hkrati z ambulantno detoksikacijo in naltreksonsko profilakso prevzeli od italijanskih kolegov iz SERT v sosednji Gorici in je zaradi uspešnosti postal v zadnjih dveh letih najpomembnejša dejavnost naše Ambulante. Poudarjamo, da smo doslej po uspešni ambulantni detoksikaciji uspeli zadržati v tem programu kar 88 bivših zasvojenecv od opiatov ob več kot skromni kadrovski zasedbi, saj je v našem Centru za obravnavo 257 oseb zaposlenih pet (na italijanski strani za isto populacijo 18) strokovnih kadrov. Pomagamo si s študenti na praksi, z oporečniki na civilnem sluzenju vojaškega roka in s prostovoljci... Še skromnejša so finančna sredstva, saj nam Ministrstvo za zdravje plačuje le metadonski program, torej tretjino opravljenega dela. Mnenja smo, da takšna finančna politika zavira zdravljenje odvisnosti. Po načelih medicinske etike bi pričakovali, da bo plačnik nagrajeval strokovnjake glede na število ozdravljenih in ne z metadonom iatrogeno zasvojenih odvisnikov!

Program poteka najprej kot individualna psihoterapija odvisnika in njegovih svojcev, ki so po terapevtovi presoji običajno vključeni tudi v terapevtske skupine. Psihoterapija je torej sočasno individualna in skupinska, saj imajo nekdanji odvisniki ogromno potlačenih in nerešenih zadev, ki jih največkrat ni možno obravnavati v skupini. Vzporedno (v drugem prostoru) poteka skupina njihovih svojcev. Doslej so organizirane štiri skupine in je v pripravi peta. Skupinske obravnave so 1-krat tedensko po dve uri, pred začetkom skupine je kontrola urina, po njej razdelitev tablet Revia za tiste, ki so (še) na naltreksonski profilaksi. Po naših izkušnjah naj bi psihoterapija trajala do dve leti, če ni vmes recidivov ali drugih zapletov.

Terapevtsko spremljanje zdravljenih odvisnikov nadaljujemo v obliki klubskih aktivnosti društva »Novi dan«, kjer se srečujejo bivši odvisniki in njihovi svojci tedensko, v sproščenem klubskem vzdušju z vnaprej določenim programom (predavanje, predstavitev primera, filmska projekcija, pogovor z gostom itd.) z namenom vzdrževanja abstinence in osebnostne rasti. V te dejavnosti praviloma vključujemo tudi odvisnike, ki so zaključili psihosocialno obravnavo v komuni. Društvena dejavnost članov kluba je namenjena tudi širši javnosti in vključuje predvsem pomoč odvisnikom in njihovim svojcem, informacije javnosti ter organizacijo športnih in rekreacijskih srečanj ter izletov vseh članov programov »brez droge«, ki jih praviloma imamo enkrat mesečno.

Organizacija takšne terapevtske dejavnosti je naporna, zato bo vztrajanje v takšni obliki dejavnosti možno le ob ustreznih podpori stroke in plačnika.

Drugačna psihosocialna obravnavo

»Drugačna« zato, ker ni vezana na klinično in psihoterapevtsko obravnavo, kot jo izvajamo za odvisnike od heroina. Med njimi je največ mladostnikov, ki imajo težave zaradi dolgotrajnega uživanja marihuane in se zatekajo po zdravstveno pomoč zaradi spominskih motenj, tesnobe, paničnega strahu in paranoidnosti. Zadnje leto iščejo nasvet ali pomoč tudi odvi-

sniki od iger na srečo, ki jih obravnavamo psihoterapevtsko individualno in v skupini za samopomoč, kadar se odločijo za zdravljenje. Običajno prihajajo po informacije in se (še) nimajo za bolnike. Med obravnavanimi je tudi nekaj mlajših odraslih, ki zlorablajo alkohol, a še nimajo znakov telesne zasvojenosti, zato jih je možno obravnavati ambulantno. Kar 62 jih je politoksikomanov, od katerih je večina odvisna tudi od heroina. Tudi za patološke hazarderje je značilna pogostna hkratna odvisnost od tobaka, alkohola, tablet ali nekaterih drog, kar očitno kaže na preobčutljivost dopaminskih receptorjev pri teh bolnikih in verjetnost ugodnega učinka naltreksonske profilakse.

Obravnavo recidiva

Bolezni odvisnosti so kronična stanja, saj je moteno odzivanje dopaminskih receptorjev v limbičnih strukturah zaradi metabolnih sprememb, ki jih je povzročila raba previsokih doz ali dolgotrajnega jemanja nekih psihotropnih snovi, kot so npr. opiat, kokain, amfetamini in njihove kombinacije itd. (3). Dopaminski receptorji se zaradi te motnje aktivirajo vsakič, ko se na področju miselnih asociacij pojavi situacija oz. vedenjski vzorec, ki spominja na ugodje ob izločanju dopamina pod vplivom teh snovi. Take situacije so npr. pogled na sveženj bankovcev (nakup droge), na brizgo z iglo (injiciranje droge), alufolijo (kajenje heroina), disko klub (nabava droge), srečanje z džankijem (skupno drogiranje) itd. Takih situacij je na tisoče in nekdanji uporabnik drog jih je med abstinenco le potlačil, ni jih pa psihoterapevtsko predelal. Če je zavestna kontrola popustila (npr. pri konzumaciji alkohola v rizičnem okolju), postane sla močnejša in recidiv neizbežen. Naltreksonska profilaksa je dobro varovalo, vendar le takrat, če abstinent ni (zavestno!) prekinil jemanja tablet Revia. Največkrat se kljub opozorilom dogaja prav to, saj abstinenti prve mesece še niso dovolj trdni, da bi se zanesli na lastno zavestno kontrolo. Zato so recidivi pogostnejši pri tistih, ki se ne želijo vključiti v skupine »brez droge« in tistih, ki že načelno odklanjajo naltrekson. Pri recidivu je pomembno ponovno pritegniti svojce, saj je v teh primerih skupina staršev učinkovitejša od naših terapevtskih prizadevanj. Trenutno zaradi recidiva obravnavamo 22 odvisnikov, kar znaša 10,4% vseh obravnavanih zaradi odvisnosti od heroina. Na srečo se vrača večina tistih, ki so bili pred recidivom vsaj nekaj mesecev vključeni v programe »brez droge«, vendar se polovica izmed njih odloča za metadonsko obravnavo.

Informacije

Informiranost prebivalstva o dejanskih učinkih drog, o stopnji njihove nevarnosti, o možnostih zdravljenja in o načinih pristopa k uporabniku drog je v našem okolju še vedno pomanjkljiva. Beseda »droga« pomeni za večino še vedno zastrašujoče zlo, ki mu ni rešitve, čeprav se je javnost brez obotavljanja sprijaznila z nevarnejšimi drogami, kot sta npr. tobak in alkohol. Po informacije je prišlo komaj 10 občanov, kar znaša le 4% vseh obiskov v Ambulanti. Pričakovali smo večje število tistih, ki bi v našo Ambulanto prihajali po nasvet, a jih je očitno že strah pomisliti na možnost, da bi njihova hčerka ali sin posegali po prepovedanih drogah in se nehotе branijo, kadar jim lečeči zdravnik omenja možnost zlorabe drog kot vzrok za mladostnikove težave in ko jim priporoča posvet v naši Ambulanti. Raje bi ostali anonimni in se posvetovali nekje zunaj zdravstva.

Iz teh razlogov si skupaj z Mestno občino prizadevamo še bolj približati someščanom oz. posameznikom, ki iščejo nasvet ali pomoč. Resno namreč razmišljamo o ustanovitvi t. i. dnevne centra, ki naj bi tako rekoč »na cesti«, anonimno in zastonj, nudil informacije meščanom, uporabnikom drog, starem in vsem drugim, ki se kakorkoli srečujejo s problemom drog. Za sodelovanje se ponujajo člani društva »Novi dan« in naši pro-

stovoljci. Organizacijsko in finančno pomoč pri ustanavljanju takega centra nam preko evropskega projekta PHARE ponuja tudi sosednji SERT iz Gorice. Gre za priložnost, ki je ne bomo opustili, saj so nam kolegi iz sosednje Italije že pomagali pri organizaciji ulične preventive, ki uspešno deluje že drugo leto v mestnem centru Nove Gorice na podoben način kot v Ljubljani (4).

Obravnava zaključena

Ta rubrika se v nobenem primeru ne nanaša na odvisnike od opiatov, saj smatramo to odvisnost kot kronično in recidivirajočo bolezen, ki terja dolgoletno, če že ne doživljenjsko obravnavo, bodisi medicinsko ali zunajmedicinsko (klubska, društveno). Obravnava je zaključena le v primerih, ko smo se o problematiki drog srečevali z mladostniki, ki so jih k nam napotili bodisi starši, učitelji, vzgojitelji ali sodnik za prekrške zaradi suma na uživanje prepovedanih drog, zaradi česar je bilo potrebno opraviti urinske preiskave. Na začetku je po navadi veliko odporov do takšne »prisilne« obravnave, a postanejo mladi osumljenci dovolj hitro sproščeni in so se pripravljeno odprto pogovarjati o lastnih izkušnjah z drogami, o problemih drog med sovrstniki oz. med sošolci ali prijatelji, predvsem pa o odnosih med generacijami in različnostih v sistemu vrednot, o težavah z avtoritetami itd. Zlasti dekleta prihajajo rada skupaj s sošolkami in jih zanima, kako bi pomagale svojim sošolcem, ki nekritično posegajo po drogah. Po štirih, petih razgovorih običajno zaključimo obravnavo.

Samovoljna prekinitev

Tudi teh je komaj 21 od vseh obravnavanih, a moramo nanje računati. Vsaj polovica obravnavanih pripada namreč skupini t. i. ljudi z družbenega obrobja. Če jih med njimi »le« 8,1% prekinja stik z našo Ambulanto, tega še ne jemljemo tragično. Z nami prekinjajo stik predvsem tisti, ki so želeli na nizkopražni način dobiti metadon, saj si verjetno predstavljajo pitje metadona kot »frajersko« dogajanje pred bifejem (kot imenujejo prostor za delitev metadona), kjer bi se srečali s somišljeniki ali preprodajalci drog, si nabavili »robo«, pokadili »špinel« (svitek marihuane) in dobili vpogled v »sceno«. V zdravstveni službi si pač ne moremo privoščiti takega liberalizma, čeprav bi naši nizkopražni vzdrževalci nemara želeli v naše programe vnašati svoje »džankijevske« vedenjske vzorce in računajo, da jim bo Zavod za socialno zavarovanje v nedogled plačeval tako pojmovani nizkopražni program. Kljub priporočeni nizkopražnosti nočemo tega praga znižati pod mejo, ko dejavnost preneha biti zdravstvena. Iz teh razlogov se nekateri potencialni vzdrževalci umaknejo, saj niso pripravljeno sprejeti pogojev obravnave in podpisati terapevtskega pogovora. Razumemo pač njihov življenjski slog in pričakovanja okolja, jim pa jasno povemo, da ne moremo sprejeti njihovih manipulacij in pričakujemo, da bodo oni spremenili svoj življenjski slog. Do obravnavanih ostajamo torej vseskozi strpni in človeški, čeprav vedno to ni lahko. Kadar kljub opozorilom nadaljujejo z manipulativnim vedenjem, se odzovemo ostro in jasno, saj jih želimo naučiti soočenja s stvarnostjo, od katere so vajeni nenehno bežati. Takrat pri njih ne manjka psolv in žalitev, loputanja z vrati in kričanja. To delo je pač zahtevno in naporeno, včasih prav nevarno.

Nestrpnost se javlja zlasti tedaj, ko je potrebno poročati lečečemu zdravniku o naših obravnavah. Odvisniki želijo ostati povsem anonimni, kar pa kljub zavezi o varovanju podatkov vedno ni mogoče. Ne gre morda toliko za občutja krivde ali sramu kot za strah, da ga lečeči zdravnik ne bi znal zaščititi pred delodajalcem. Še vedno torej nezaupanje do zdravstvene službe, ki je včasih (še) upravičeno, čeprav se odnos zdravstvenih delavcev do odvisnikov z družbenega obrobja zlagoma vendarle zboljšuje in so jih pripravljeno obravnavati kot bolnike.

Zdravstveno stanje

Tab. 3. Podatki o obravnavanih.

Zdravstveno stanje		Vrsta odvisnosti	
Brez kroničnih bolezni	159 (62,0%)	Alkohol	7 (2,7%)
Izrazite psihične motnje	70 (27,2%)	Ekstazi	0 (0,0%)
Okužba s HCV	24 (9,3%)	Igre na srečo	6 (2,3%)
Okužba s HBV	0 (0,0%)	Heroin	154 (60,0%)
Okužba s HIV	0 (0,0%)	Kokain	0 (0,0%)
Kronična somatska bolezen	4 (1,5%)	LSD	0 (0,0%)
Umrli	0 (0,0%)	Marihuana	23 (9,0%)
		Politoksikomanija	62 (24,1%)
		Tabletomanija	1 (0,4%)
		Ni rabe drog	4 (1,5%)

Vseh motenj zdravstvenega stanja, ki jih registriramo pri uživalcih drog, pač ni mogoče pripisati izključno škodljivemu uživanju neke droge, saj so bile v številnih primerih zdravstvene težave prisotne že pred jemanjem drog. V številnih primerih namreč ugotavljamo, da nekatere zdravstvene motnje prav pogojujejo poseganje po drogah, zlasti ko so vezane na psihične težave iz otroštva, nastale zaradi čustveno neprijetnih oz. bolečih doživetij in so sooblikovale osebnostno podobo obravnavanega mladostnika ali odraslega (5). Pri obdelavi podatkov za ta prikaz nismo obravnavali duševnih ali telesnih značilnosti, ker bi sicer vsi (ali skoraj vsi) uporabniki drog bili psihično moteni oz. bolni, kar pa zanesljivo niso. Pri nas smo pri uporabnikih drog zabeležili 27,2% resnejših psihičnih motenj, ki se največkrat kažejo kot depresivna stanja in le poredkoma kot razpad osebnosti v smislu psihične disociacije. Nekaj posameznikov smo označili kot osebnostno motenih, nekaj je somatsko bolnih, kar pa ni vedno posledica jemanja drog. Razveseljiv je nizek odstotek okuženih z virusom hepatitisa C. V neki drugi raziskavi smo namreč ugotovili, da je med intravenskimi uživalci drog na področju našega Centra le 16% okuženih s tem virusom. Računamo, da je to prej rezultat dobro organizirane ulične preventive kot nizkopražnega metadonskega vzdrževanja.

Zaključki

Pretežna večina (82%) vseh pri nas obravnavanih je odvisnih od opiatov, kar opravičuje ustanovitev Centra, ki smo mu pred leti rekli »metadonski«, a želimo s tem sestavkom dokazati, da ga ne nameravamo tako imenovati. Prepričani smo, da potrebujemo tehtnejših strokovnih in finančnih spodbud zlasti pri nemetadonski obravnavi odvisnikov. Naraščanje politoksikomanij pa dokazuje potrebo po enotnejšem pristopu k boleznim odvisnosti nasploh, saj skoraj ni razlogov za ločevanje obravnav alkoholne bolezni in drugih odvisnosti od obravnav odvisnosti od nedovoljenih drog. Zdravniki in ostali terapevti, ki delujemo v tej stroki, potrebujemo tudi ustrezno usposabljanje, ki ne more biti le krajši ali daljši seminar, ampak mora postati resen podiplomski študij, kot ga npr. absolvirajo zdravniki in terapevti, ki se ukvarjajo z alkoholno boleznijo (6).

Literatura

- Ziherl S. Uvodne misli. Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1996: 3-3.
- Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga. Ljubljana: Domus, 1999: 134-6.
- Auer V. Možganski sistem za nagrajevanje, dopamin in zasvojenost. Odvisnosti 1991; 1: 11-3.
- Nolimal D. Tehnike souporabljanja pribora za vbrižgavanje, družbeni okvir in preprečevanje okužb s krvjo pri uporabnikih drog. Zdrav Var 2000, 39: 56-62.
- Tomori M. Mladostnik in droga - tvegano iskanje. Priročnik 1. cikla seminarjev »Namesto koga roža cveti«. Ljubljana: Psihiatrične sekcije SZD, 1995: 48-67.
- Čebašek-Travnik Z. Medicina odvisnosti - drugačen pogled na znan problem. Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1996: 5-8.