



Crna Gora
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

Opioidna zavisnost

Nacionalne smjernice dobre kliničke prakse

Podgorica, 2018. godine

Ove smjernice osmišljene su kao jednostavna i praktična uputstva, koja treba da pomognu kliničarima i zdravstvenim radnicima tokom dijagnostike, liječenja i vođenja pacijenata sa bolestima zavisnosti, kako bi se individualno, shodno potrebama svakog pacijenta, utvrdilo koje su prednosti multidisciplinarnih pristupa liječenju ovih bolesti, zasnovano na prethodnim istraživanjima i postojećim međunarodnim smjernicama. Dominantni cilj ovih smjernica jeste da se daju preporuke za zdravstvene radnike o liječenju i vođenju pacijenata – zavisnika.

UVOD

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je danas globalni problem, a bolesti zavisnosti predstavljaju grupu najčešćih bolesti savremenog čovjeka. Podaci ukazuju na njihovu široku rasprostranjenost u opštoj populaciji, koja u nekim sredinama ima epidemijske razmjere.

Bolesti zavisnosti direktno ili indirektno utiču na sve faze životnog ciklusa pojedinaca i porodice, onemogućavajući funkcionisanje čovjeka u ličnoj, porodičnoj, profesionalnoj i socijalnoj sferi. Društvo snosi nesagledive posledice zbog zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci.

Epidemiološki podaci o upotrebi opioidnih droga u Crnoj Gori

Istraživanje o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore u 2017. godini kaže da prevalenca upotrebe heroina tokom života kod odraslih (od 15 do 64 godine) iznosi 0.7% dok prevalenca upotrebe tokom predhodne godine iznosi 0.4%, a tokom predhodnog mjeseca 0.2%. U uzorku mladih odraslih (od 15 do 34 godine) zabilježena je nešto veća prevalenca- 1.3% je koristilo heroin nekad u životu, 0.7% u prošloj godini i 0.2% u prošlom mjesecu. Mladi (od 15 do 24 godine) su koristili ovu drogu bar jednom tokom svog života u 0.8% slučajeva, prošle godine u 0.7%, a u prošlom mjesecu 0.1% slučajeva.

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci je oboljenje koje spada u grupu duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja nastalih upotrebom psihoaktivnih supstanci a karakteriše ga:

1. Opsesivna želja za redovnim uzimanjem supstanci, čak i na štetu sopstvenim važnim interesima.
2. Potraga za zadovoljstvom, energijom ili opuštanjem, bježanje od problema iz svakodnevnog života.
3. Porast praga tolerancije - uvećava se količinska potreba (doze, učestalost, dužina, intenzivnost zloupotrebe).
4. Promjena psihe, karaktera, ponašanja - sa gubitkom ranijih vrlina.
5. Psihološki i često fizički diskomfor pri uzdržavanju, koji se može manifestovati emocionalnom napetošću, nestrpljivošću, nervozom i ponekad agresivnošću. Česta je dosada, depresija. Uvećava se žudnja, patološka želja za obnavljanjem stereotipa zavisnosti.
6. Sklonost nastavljanju zloupotrebe psihoaktivne supstance uprkos narastajućoj štetnosti po zdravlje, porodičnom, društvenom, ekonomskom statusu, ponekad uprkos i smrtnoj opasnosti.

Simptomi heroinske i opijatske zavisnosti

- Manje doze opijatske supstance izazivaju euforiju, povišeno raspoloženje, druželjubivost. Mimika je izražajna i gestikulacija življa. Najkarakterističniji simptom zloupotrebe opijata su sužene zenice i blijedilo kože. Prisutno je otežano disanje i snižena telesna temperatura uz pospanost, usporenost, opuštenost, smirenost.
- Predoziranje se karakteriše suženjem zenica, niskim krvnim pritiskom, spazmom sistema za varenje i žučnih puteva, sniženom tjelesnom temperaturom, vlažnom kožom, otežanim disanjem, gubitakom svijesti, komom, smrtnim ishodom zbog depresije vitalnih centara u CNSu.

Promjena ličnosti kao posledica konzumiranja opijata

U slučaju konzumiranja opijata nastupa vrlo često promjena karaktera i ponašanja osobe, čovjek postaje zatvoren, manje se druži sa starim drugovima, pojavljuju se nove i sumnjive osobe u bliskom okruženju sa kojima provodi dosta vremena. Pacijent postaje neodgovoran, ako ide u školu počinje da bježi sa časova. Sve više laže, nestaju ranije osobine savjesti, morala, saosjećanja. Zatvara se u kupatilu ili svojoj sobi, kradom razgovara telefonom. Naborajni znakovi ponašanja i karaktera su mnogo važniji od simptoma opijenosti zato što pacijent u takvom stanju uspješno krije svoj problem i često uspjeva dugo da sakrije zloupotrebu opijata. Ponekad ni specijalisti ne mogu uvijek primjetiti narkotičku opijenost bez specijalnih testova. Najsigurnije sredstvo za dijagnostiku je imunohroni urinotest koji je dostupan u apotekama i svako ga može uraditi.

Opasnosti od heroina i drugih opijata

- Iznenadna smrt od predoziranja
- Veća mogućnost saobraćajnih udesa
- Povećan rizik od suicida
- Infekcija virusom hepatitisa C, B i HIV-a.
- Kriminalni način života - tuče, ubistva.
- Destruktivni uticaj na potomstvo usled toksičkog dejstva narkotika.

Neurobiološke osnove bolesti zavisnosti

U istraživanjima National Institute of Drug Abuse (NIDA) u Sjedinjenim Američkim Državama, koje je u poslednjim decenijama naročito podstakla direktorka ovog instituta dr Nora Volkov, puno novih saznanja je dobijeno neuroimaging tehnikama koje su omogućile da se prodre u duboke sfere moždanih struktura i da se prate i analiziraju mehanizmi funkcionisanja važnih centara u CNS-u. Jedan od posebno značajnih centara za razumjevanje mehanizama koji leže u osnovama hemijskih ali i nehemijskih zavisnosti su takozvani Reward circuits ili krugovi ili centri

za nagradu. Utvrđeno je da je mezokortikolimbčki dopaminski sistem, a pre svega ventralna tegmentalna area ili regija (VTA) sa svojim projekcijama ka nucleus accumbens-u, amigdalnim jedrima i prefrontalnom korteksu, oni segmenti CNS-a koji su odgovorni za doživljaj nagrade, zadovoljstva, osećaja prijatnosti. Kada dođe do dopaminske aktivacije „puteva zadovoljstva” u subkortikalnim i kortikalnim strukturama limbičkog sistema prilikom uzimanja droga (što je nefiziološka situacija), ekscesivno raste i brzo pada nivo dopamina i, ukoliko se ove epizode ponavljaju u kraćim vremenskim intervalima tako da se ne postigne normalna restitucija u dopaminskim depoima, poslije izvjesnog vremena dolazi do trošenja rezervi dopamina u presinaptičkoj membrani i dolazi do dugotrajnijeg poremećaja neurofiziološkog balansa u ovim strukturama. Kao rezultat učestalog egzogenog unosa droga i nefiziološkog oslobađanja ekscesivnih količina dopamina - (DA), kao i njegovog ubrzanog trošenja, dolazi do neuroadaptacije sinaptičkih membrana u ovim djelovima mozga, one se prilagode i „nauče” kako da funkcionišu u ovoj novonastaloj situaciji, pogotovo ukoliko se ona ponavlja i traje.

Normalni, fiziološki, pozitivni potkrepljivači, odnosno sredstva ili situacije u kojima dolazi do oslobađanja DA i povećan je doživljaj nagrade i zadovoljstva su hrana, seks, socijalne aktivnosti, slušanje muzike, druženje sa prijateljima i sl., ali i kupovina, pa i kockanje, klađenje i sl. Što se droga tiče utvrđeno je da amfetamini dovodi do snažne stimulacije dopaminergičkih puteva tako što dovode do direktnog oslobađanja DA, dok kokain povećava nivo DA tako što blokira njegovo preuzimanje na presinaptičkoj membrani. Opijati i alkohol dovode do povećanja nivoa DA u sinaptičkoj pukotini tako što vrše supresiju inhibicije oslobađanja DA na presinaptičkoj membrani. Tako da, bez obzira na različite mehanizme djelovanja navedenih psihoaktivnih supstanci (PAS), rezultat je isti: drastično i brzo se povećava nivo DA, a rezultat je ekscesivna stimulacija dopaminergičkog sistema i snažan doživljaj prijatnosti, zadovoljstva i nagrade koji daleko nadmašuje po intenzitetu stimulaciju dopaminergičkog sistema do koje dovode prirodni potkrepljivači. I to je mehanizam koji leži u osnovi adicije i repetitivnog uzimanja PAS, jer kao što je poznato, svaka situacija koja dovodi do prijatnosti ima tendenciju da se ponavlja, a posle izvjesnog vremena uspostavlja se uslovni refleks, organizam se navikne da vršenjem radnji koje dovode do snažne stimulacije centara za nagradu ponovo postigne osećanje sreće i time se začarani krug zavisnosti brzo uspostavlja.

Kod dužeg ponavljano unosa PAS i posle učestalih pražnjenja rezervi DA, osoba koja se navikla da stimuliše svoje centre za nagradu nefiziološkim putevima, navikne se na njihovu snažnu stimulaciju DA sistema i doživljaj nagrade do koga dovode prirodni potkrepljivači je potpuno blijed i nedovoljno jak. To je jedan od razloga zašto se nastavlja sa uzimanjem droga. Ali kod ubrzanog i učestalog unosa droga DA se troši puno i brzo dolazi do iscrpljenja njegovih rezervi u presinaptičkoj membrani, a osoba koja je postala zavisna od snažnih stimulacija do koje droge dovode, nestrpljiva je da ponovo osjeti zadovoljstvo i ne dozvoljava svom organizmu da se DA depoi obnove i DA sintetiše. To dovodi do ozbiljnog deficita DA i poremećaja u funkcionisanju DA sistema. U toj činjenici leži objašnjenje zašto se javlja tolerancija kod uzimanja droga: u želji

da poveća dejstvo droge i doživljaj stimulacije i zadovoljstva, zavisnik uzima sve veće i veće količine droge. Međutim, dopamina, koji dovodi do tog osećaja zadovoljstva više nema i zavisnik ulazi u iscrpljujući ciklus u kome uzima sve veću količinu droge u pokušaju da osjeti isti jak nivo prijatnosti i stimulacije kao što se to dešavalo na početku. Zbog ovog neuroadaptivnog procesa koji dovodi do adikcije neki autori smatraju i nazivaju adikcije **sindromom deficita u funkcionisanju centara za nagradu-„reward deficiency syndrome”** .

Kod korišćenja i zloupotrebe PAS nalog da se uzme droga dolazi iz kore velikog mozga, tačnije iz prefrontalnog korteksa, koji je zadužen za logične procese, i u toj situaciji ličnost kontroliše i početak i prestanak uzimanja PAS angažujući svoje racionalno-voljne kapacitete. Međutim, kod već uspostavljene zavisnosti potpuno drugačiji mehanizmi su angažovani prilikom uzimanja supstanci. Tada „nalog” da se uzme droga dolazi iz nižih, supkortikalnih centara mozga i osoba ne može voljnom kontrolom uticati niti na početak, a još manje na prekid uzimanja droge. Ovakva situacija se često viđa kod razvijene zavisnosti, gde je zavisnik potpuno „kontrolisan” supstancom od koje je zavisan.

Nora Volkov često naglašava da su **zavisnosti bolest mozga, a poenta te konstatacije je da se kao takve mogu liječiti**. Poznavanje mehanizama koji leže u osnovi neurobiologije adikcija nam pomažu da ih adekvatno tretiramo.

Zavisnost od droga je hronična bolest, kod koje su recidivi bolesti prisutni u gotovo istom procentu kao kod astme, šećerne bolesti, arterijske hipertenzije, a pacijenti se ponašaju slično u sve četiri bolesti: ne slušaju savjete ljekara, nastavljaju sa štetnim ponašanjem iako su svjesni posljedica i ne uzimaju lijekove kako im je preporučeno.

Nema univerzalno uspješnog tretmana za sve pacijente, te iz tog razloga modalitet tretmana mora biti prilagođen individualno svakom pacijentu ponaosob.

Liječenje zavisnosti od opijata mora imati sledeće karakteristike:

- Liječenje mora biti lako dostupno.
- Vrlo je važno zadržavanje pacijenta u programu, i njegova motivacija da u istome istraje.
- Efikasan program liječenja mora imati integrativni pristup, i uzeti u obzir da pacijent ima različite potrebe i očekivanja što treba imati u vidu kod planiranja liječenja i individualnog pristupa istom.
- Lijekovi su važan dio liječenja. Detoksikacija je samo prvi korak i neophodno je da bude kombinovana i sa drugim vidovima psihosocijalne pomoći i psihoterapijskim intervencijama.
- Testiranje na droge tokom liječenja je važno zbog mogućnosti recidiva i potrebe da se to kontroliše i objektivizira.
- Testiranje na zarazne bolesti HIV, HCV, HIV je potrebno, kao i edukacija o smanjenju rizika od predoziranja, zaštiti od krvno-prenosivih i drugih infekcija i sl.

Liječenje zavisnosti od droga je kompleksno i visoko zahtjevno i kada je pacijent motivisan, a kada on dolazi bez želje da napravi promjenu u svom ponašanju i životu, gotovo uvijek je osuđeno na neuspjeh. Pored učešća i podrške porodice, angažmana, vještine terapeuta, liječenje ne može biti uspješno bez aktivnog učešća samog zavisnika.

Kao odgovor na hronični i recidivirajući tok poremećaja, liječenje je dugotrajni proces. U kratko vrijeme nije moguće sprovesti kognitivnu rekonstrukciju, korigovati poremećeno zavisničko ponašanje, niti uticati na mehanizme koji podržavaju stalnu žudnju da se ponovo doživi osjećaj koji je davala droga. Kod najvećeg broja zavisnika koji su u ranoj fazi tretmana podvrgnuti postupku detoksifikacije, umjesto stabilizacije apstinencije (ako nema primjerenog terapijskog odgovora), brzo dolazi do recidiva što govori da je zavisnost stanje trajne funkcionalne poremećenosti mozga (Hyman, S.E., 2001., Kalivas, P.W., 2003., Nestler, E.J., 2004) pa nije primjereno govoriti o izliječenju čak i kod onih dvadesetak posto heroinskih zavisnika koji na bilo koji način uspiju uspostaviti i doživotno održavati potpunu apstinenciju. To je potvrda ozbiljnih oštećenja kognitivnih i drugih funkcija mozga i vrlo slabe samokontrole ego funkcija u strukturi ličnosti (Hanson, G.R. 2002., Kosten, T.R. et al. 2006., Paulus, M.P., et al., Kosten, T. 2006., Sinha, R., 2006.). Ispravno je reći da se i kod vrlo stabilnih apstinencata radi o remisiji jer većina tih bolesnika može imati periode apstinencije od glavnog sredstva (uz lijekove ili bez njih) koji su uobičajeno prekidani relapsom. Životni vijek tih bolesnika je skraćen, a kvalitet života slab. Oko 15% slučajeva, radi nezaustavljive progresije bolesti, vrlo rano umire. Obzirom da je heroinska zavisnost praćena teškim poremećajem ponašanja i socijalnog funkcioniranja, a porodično okruženje umorno, istrošeno i u problemima, porodice su često materijalno devastirane, nema metode koja bi u kratko vrijeme razriješila zavisnost i znatno popravila stanje u najužem okruženju bolesnika. Tokom terapijskog postupka mnogo je lakše naći odgovor na pitanje kako prekinuti s heroinom, nego kako pomoći zavisniku da se izvuče iz zavisničkog „uličnog” miljea i da se postupno pozicionira u nekom novom i drukčije organizovanom idugoročno perspektivnijem životu. Socijalna izolacija, koja prati višegodišnji život mnogih zavisnika, vrlo je težak problem koji treba razriješiti posebnim programima osposobljavanja za ponovnu integraciju u društvo.

Što se terapijski proces kvalitetnije i istrajnije vodi, manje će biti sekundarnih štetnih posljedica za pojedince, porodicu, društvo. Zato je liječenje heroinskih zavisnika važna strateška aktivnostu programima suzbijanja zloupotrebe droga. Neliječeni zavisnici su most koji povezuje kriminal sa prodajom droga s jedne strane, i populaciju mladih koji su još zdravi ali rizični za skretanje ka uzimanju droga sa druge strane. Nudeći droge, uvlače mlade, to jest nove konzumente, u svoj krug. Bez dobrog sistema za tretman, koji uključuje laku dostupnost liječenja korišćenjem opijatskih agonista i dobrog rada represivnog sistema, koji smanjuje dostupnost droga, teško je zaustaviti rast prevalencije zavisnosti.

Preko 90% zavisnika nakon uspostavljanja prve apstinencije, brzo recidiviraju, što govori da bez farmakoterapije (za heroinske zavisnike buprenorfin, metadon) i psiho-socioterapije, u

situacijama kada mogu birati (uzeti ili ne uzeti), vrlo teško ili nikako nisu u stanju da kontrolišu žudnju za heroinom, posebno ako je droga lako dostupna. Oko 80% zavisnika povremeno ili trajno, treba da uzimaju lijekove kako bi se smanjila želja za heroinom i ublažile psihičke smetnje koje povećavaju rizik povratka drogi. **Potrebno je kontinuiranom farmakoterapijom opijatskim agonistima kod većine opijatskih zavisnika olakšati održavanje remisije (apstinencija od heroina).**

Naši zavisnici, drogirajući se i razvijajući svoju bolest, razvili su i prateći poremećaj ponašanja. Kod mnogih su često prisutni elementi premorbidnog poremećaja a većina ima deformaciju strukture ličnosti, socijalno su manje-više marginalizovani. Takvo stanje u kratko vrijeme nije moguće promijeniti, pa se u prvih nekoliko godina tretmana kod većine zavisnika ne treba niti pokušati odvikavanje već treba ostvariti realno postavljene početne ciljeve:

- prekinuti ili znatno redukovati uzimanje ilegalnih droga
- izvući zavisnika iz kontrole „ulične” mreže narko-kriminala
- pokrenuti proces sazrijevanja, u smislu povećanja odgovornosti i porasta samokontrole
- smanjiti rizik od iznenadne smrti
- spriječiti nepotrebne sekundarne štete koje prate uzimanje droge (širenje zaraznih bolesti, infekcija, pogoršanje zdravstvenog stanja, ekonomska propast)
- spriječiti dalje kriminogeno ponašanje i aktivnosti zavisnika
- poboljšati kvalitet života i socijalno funkcionisanje zavisnika i porodice.

Iz tog razloga je najisplativija opcija primena supstitucione terapije opijatskim agonistima, to jest suspregnuti krizu i žudnju za uzimanjem heroina i režimom farmakoterapije zavisnika zadržati dovoljno dugo pod stručnim nadzorom doktora, da bi kroz to vrijeme psihoterapijom i brojnim intervencijama u okruženju poboljšali ponašanje i životne okolnosti zavisnika. Neophodno je realno i vrlo individualizirano planiranje ciljeva tretmana.

Liječenje zavisnika je dugotrajan, često i doživotan proces, s nepredvidivom dinamikom i konačnim ishodom, a sprovode ga psihijatri mreže Centara za vanbolničko liječenje zavisnika u saradnji s doktorima opšte medicine i drugim sekundarnim i tercijernim ustanovama, kao i sa ustanovama za rehabilitaciju i resocijalizaciju.

Osnovni elementi terapijskog postupka

U ove složene postupke spadaju - farmakoterapija, psihoterapija, terapija promjenom ponašanja, pomoć u traženju smisla života, psiho-edukacija, porodična terapija, psihosocijalne intervencije (socijalna rehabilitacija i reintegracija), mjere prevencije širenja virusnih bolesti, kontrole urina radi provjere održavanja apstinencije, paralelno liječenje komorbidnih psihičkih i somatskih bolesti.

Tretman opioidnih zavisnika podrazumjeva dva oblika terapije: detoksikacija i supstituciona terapija.

DETOKSIKACIJA obuhvata sprovođenje postupaka i tretmana putem kojih se upotrebom specifične medikacije vrši farmakološko kupiranje nepovoljnih efekata (produkt konzumiranja opijata), kao i višednevno terapijsko zbrinjavanje sa poboljšanjem opšteg stanja pacijenta uz kupiranje simptoma apstinencijalne krize.

Prema trajanju detoksikacioni tretman može biti kratkotrajan, od 7 do 30 dana i dugotrajan – duže od 30 dana.

Prema klasi lijekova koja se primjenjuje:

1. Detoksikacija opioidnim agonistima- Metadon: Početne doze iznose od **30 do 40 mg** metadona i smatraju se adekvatnim dozama za optimalno kupiranje simptoma i znakova apstinencijalnog sindroma. Metadon dajemo četiri puta dnevno, započinjemo sa dozom od **10mg** i nakon svake pojedinačne doze sledi opservacija od 2h. Doze se prvog dana pažljivo titriraju. Nakon 24h ovakvog doziranja metadona, efekti primjenjenih doza se prate i, u zavisnosti od predviđene dužine trajanja detoksikacije (14, 21, 28 dana), smanjuju se dnevne doze metadona u prosjeku za **5 do 10 mg** nedeljno. Poslednje nedelje snižavanje doza se sprovodi postepeno i oprezno do nule.

2. Detoksikacija parcijalnim agonistom- Buprenorfinom (Subutex). Uzima se najmanje 6 sati posle uzimanja heroina, poslije uzimanja Metadona 24-48h, zadržava se u organizmu 72 sata. Pošto nije potpuni agonist, deluje antagonistički na sve ostale supstance koje imaju opijatski afinitet. Ne daje osjećaj bilo kakvog psihoaktivnog djelovanja. Doza od 8 mg može da zameni 40 mg metadona. Djeluje na kappa receptore i stimuliše dodatno lučenje dopamina, manje od metadona. Euforija je manje izražena, kriza je slabija. Ima svoju base liniju – 32 mg dnevno (po nekim najnovijim saznanjima 24 mg) - veća doza nema efekta. Ne smije se uzimati sa Naloreksom, alkoholom, lijekovima za smirenje i nekim antidepresivima.

SUPSTITUCIONA TERAPIJA je vid liječenja u kojem se za liječenje opijatske zavisnosti koristi slična ili identična supstanca sa svojstvima i dejstvom sličnim drogi koja se koristila. Supstituciona terapija je terapija održavanja, ne eliminiše fizičku zavisnost ali omogućava normalniji život, legalno dobijanje lijekova. U odnosu na postavljene ciljeve to je terapija sa niskim pragom – smanjenja štete. Osnovni cilj je kod zavisnika uspostaviti apstinenciju od heroina.

Kriterijumi i indikacije za ulazak u supstitucioni program su:

- Osoba mora biti punoljetna (starija od 18 godina).
- Jasno ispunjeni kriterijumi po MKB 10 klasifikacionom sistemu.
- Opijatska zavisnost udružena sa hroničnim psihijatrijskim bolestima.
- Opijatska zavisnost udružena sa kriminogenim ponašanjem.
- Višegodišnja opijatska zavisnost udružena sa HIV infekcijom.

- Dugogodišnja zavisnost sa mnogim neuspješnim liječenjima (bar jedno hospitalno liječenje).
- Zavisnice od opijata koje su trudne.

Prema trajanju supstituciona terapija je kratkoročna – do 6 mjeseci i dugoročna – duža od 6 mjeseci. U terapiji se koriste: Metadon – 60–120 mg dnevno i Buprenorfin, početna doza 2–6 mg dnevno. Prva doza se daje posle 8 sati od uzimanja heroina, supervizira se svaka 2 sata. Ukoliko je pacijent prethodno bio na Metadonu potrebno je da prođe 24–36 sati. Doza održavanja je 6–32 mg.

Napomena

S obzirom na navedene farmakoterapijske modalitete, neophodno je razmotriti granicu između terapijskih efekata lijeka i nastanka novog oblika zavisnosti!

Zašto su toliko važni lijekovi poput metadona i buprenorfina?

Opijatska zavisnost predstavlja psihičko ali i fizičko stanje, ujedno je vrlo česta ali i najteži oblik za liječenje. U mozgu aktivnog zavisnika zadovoljavanje zavisničke gladi je apsolutni prioritet radi čega je zavisnik u početku tretmana jedino usmjeren na pomoć kojom mu se olakšava da kontroliše zavisnost (to jest da spriječi apstinencijalnu krizu). Malo zavisnika ima na samom početku liječenja snagu (kapacitet) da učine ono što drugi od njih očekuju i sasvim je nerealno očekivati od tih bolesnika da istovremeno nadvladavaju svoju zavisnost i da se suočavaju i rješavaju brojne životne teškoće (one koje su prethodile uzimanju droga kao i one koje su se javile kao posljedica zavisnosti). Najisplativija je opcija započeti liječenje održavanjem na optimalnoj dozi bolje djelujućeg opioidnog agonista, time uspostaviti kontrolu nad zavisnosti sprečavanjem žudnje za uzimanjem heroina, a protokolom davanja lijeka zavisnika zadržati u kontaktu s doktorima, da bi se tokom terapijskog procesa, koristeći druge elemente terapijskog postupka, vremenom ojačali kapaciteti zavisnika neophodni za dublje, poželjne promjene ponašanja.

Nije moguće značajniji broj heroinskih zavisnika spontano privući u sistem liječenja bez primjene opijatskih agonista. Da bi se razumjelo djelovanje Buprenorfina i Metadona i važnost njihove primjene, treba poznavati osnove djelovanja heroina na mozak, kao i funkcionalne i druge promjene i oštećenja mozga koja se javljaju radi uzimanja te droge. Opijati psihoaktivno djelovanje u mozgu pokreću vežući se za opioidne receptore, na koje inače prirodno djeluju neurotransmiteri endorfinskog tipa. Ti su receptori difuzno raspoređeni u mozgu i zavisno od lokacije, preko njih se pokreću vrlo različite cerebralne aktivnosti. Postoje tri vrste opioidnih receptora (μ , κ i δ). Za razvoj zavisnosti najveći uticaj ima podraživanje μ receptora u neuronskim putevima za nagradu koja se doživljava tek nakon što endorfini, vezujući se za

opioidne receptore, uklone inhibiciju oslobađanja dopamina koji pobuđuju centre za nagradu u limbičkom sistemu (n. accumbens VTA). Unosom heroina u tijelo i njegovim vezivanjem na opioidne receptore, kroz nekoliko sati uklonjena je navedena inhibicija, i kroz to vrijeme traje nesmetana dopaminska stimulacija centara za uživanje, jedno sasvim neprirodno zbivanje, što zavisnik doživljava kao stanje prijatne smirenosti, usporenosti, pospanosti, ravnodušnosti, euforije, topline, odsutnosti osjećaja stresa i bola. Prijatnost opisanog djelovanja dijelom je posledica istovremene stimulacije i nekih drugih neuronskih sistema od kojih treba naglasiti stimulaciju parasimpatičkog sistema (uske zjenice, osjećaj topline, opstipacija, usporeno disanje i rad srca...) i inhibiciju transmisije osjećaja bola (opijati su najsnažniji analgetici). Taj doživljeni prijatan osjećaj drogiranosti se memorše i mozak nakon složene kognitivne obrade tog iskustva, nakon upoređivanja s drugim ponašanjima koja su takođe doživljavana kao izvor osjećaja nagrade i zadovoljstva, donosi „zaključak” kako je prijatnost doživljena kroz uzimanje heroina, radi svog intenziteta i kvaliteta, nešto neuporedivo, superiorno i kao takvo, pored eventualnih posledica, isplativo i „treba se ponovo doživjeti”. Vrlo brzo će se prisjećanje na to stanje i spontano pojavljivati u prostoru svijesti uz poriv da se to iskustvo ponovo i ponovo doživi. U početku će unutrašnji otpori radi straha od štetnih posljedica obuzdavati konzumenta da se „prepusti”, ali vremenom će intervali između uzimanja biti sve kraći a snaga i kapaciteti samokontrole sva slabiji, i pored sve težih štetnih posljedica, rasta tolerancije i opadanja intenziteta zadovoljstva. Nakon što se razvije zavisnost, i dalje je prisutan neodoljiv unutrašnji pritisak i snažna želja za ponovnim uzimanjem kako bi se ponovo doživjelo to stanje, a istovremeno spriječio nastanak apstinencijalne krize, čiji se simptomi počinju da se osjećaju samo nekoliko sati od prekida unosa droge u tijelo.

Važno je znati da **buprenorfin** ima sposobnost snažnijeg vezanja za sve opioidne receptore od potpunih opijatskih agonista i da je ujedno njihov antagonist. To konkretno znači da buprenorfin ima snagu da eliminiše pozicija djelovanja bilo kog prethodno uzetog „čistog” agonista. U obrnutom smislu to znači da potpuni agonisti nemaju snage da istisnu i eliminišu sa pozicije djelovanja prethodno uzeti buprenorfin, što zavisnika koji je stabilizovan na buprenorfinu ujedno štiti od djelovanja heroina ili drugih čistih opijata koji ne mogu „probiti” buprenorfinску blokadu. Ako bi se zavisniku koji je pod neposrednim djelovanjem heroina, metadona ili morfina odmah dao buprenorfin, obzirom na njegovo antagonističko djelovanje, došlo bi provociranja apstinencijalne krize. Zbog toga zavisnik mora čekati određeno vrijeme (za heroin oko 8 sati od uzimanja posljednje doze a za metadon znatno duže, jer se vrlo sporo eliminiše iz tijela) da bi se prethodno prirodnim putem iz pozicija receptorskog sistema u mozgu eliminisao prethodno uzeti agonist. Tek nakon što se spontano oslobodi pretežni dio receptora, otvara se prostor za poželjno djelovanje „zauzimanjem” oslobođenih receptora buprenorfinom koje zavisnik osjeća nakon **1–2 sata**, nakon što se pod jezik stavi prva tableta lijeka koji sadrži buprenorfin.

Metadon

Kad se radi o vrlo teškim slučajevima npr. ekstremno visoke tolerancije na heroin ili metadon, ili kad zavisnik ne odustaje od zahtjeva za metadonom a istovremeno „ne može ni zamisliti“ da se povremeno ne „počasti“ heroinom, ili kada terapiju treba započeti istog dana, bolje je terapiju započeti metadonom ako nisu osigurani uslovi za sigurnu indukciju buprenorfina (što može rezultirati provociranom apstinencijskom krizom). Osim toga, etički je ispravno dati metadon ako pacijent insistira na tome, bez obzira na njegove motive koji mogu biti i neispravni. Ima zavisnika koji preferiraju učinak metadona zbog njegova „spuštajućeg“ i više umirujućeg djelovanja koje je više nalik čistim opijatima. Terapeuti te zahtjeve bolesnika moraju poštovati jer bi odbijanje moglo rezultirati prekidom liječenja.

Buprenorfin i metadon- prednosti, razlike

- Buprenorfin rijetko dovodi do razvoja tolerancije pa za razliku od metadona, u terapiji održavanja rijetko se javlja potreba za postupnim povećanjem doze. To je dijelom uzrokovano takozvanim „ceiling“ učinkom, odnosno, samo do određene tačke (plafon) porast doze biva praćen porastom agonističkog djelovanja, pri tom nikad ne dovodi do respiratorne depresije. Kod metadona nema „plafona“ pa zavisnici često insistiraju na višim dozama kako bi doživljavali snažnije agonističke učinke lijeka (što vremenom uzrokuje težak problem radi rasta tolerancije).
- Buprenorfin je manje adiktivan od metadona pa je prekid davanja lijeka jednostavniji jer su apstinencijalne smetnje znatno blažeg intenziteta i nešto kraće trajaju.
- Buprenorfin, jednako kao i metadon, pomaže u smanjenju žudnje za heroinom.
- Buprenorfin ima potvrđeno lagano antidepresivno djelovanje, dok metadon često izaziva disforiju.
- Zavisnici se, uz buprenorfin u mozgu, osjećaju „bistriji“ nego na metadonu i taj ih lijek bolje stimulira za dnevne aktivnosti nego metadon. S druge strane, zavisnicima koji su visoko anksiozni, koji pate od nesanicе, bolje će odgovarati metadon. Mnogim zavisnicima koji su danas u programu održavanja na metadonu, primjena buprenorfina kao međufaza, može olakšati put prema potpunom odvikavanju, ako se za to u određenom trenutku odluče.
- Korištenje buprenorfina povezano je sa izuzetno malim rizikom od predoziranja, čak, pacijent pokriven adekvatnom dozom tog lijeka, u znatnoj je mjeri zaštićen radi blokirajućeg djelovanja lijeka na heroin ili metadon (dok se rizik smrti radi respiratorne depresije povećava ako zavisnik uz metadon, uzme i heroin ili dodatne doze metadona).
- Buprenorfin stabilno djeluje kroz 48 sati pa se može davati i dvostruka doza svaki drugi dan a može se i uvesti režim davanja lijeka i u 3 doze nedeljno. To omogućava zavisnicima da sprovedu liječenje uz manji utrošak vremena a to im osigurava bolju radnu i socijalnu rehabilitaciju te uopšteno- bolji kvalitet života. Djelovanje metadona

nakon 15–20 sati od uzimanja osjetno se smanjuje i nakon 24 sata „mora” uzeti novu dozu koja ga nakon toga opet osjetno „podiže”.

- Prelaz sa **metadona na buprenorfin** kod mnogih zavisnika uopšte nije jednostavan i potrebna je pažljiva priprema za taj postupak. U standardnoj proceduri, prije davanja inicijalne doze buprenorfina, da bi se spriječio rizik provociranog apstinencijskog sindroma, zavisnik se mora prvo „spustiti” na 30 mg metadona, a tek onda se sasvim prekida sa uzimanjem tog lijeka i još čeka 24–48 sati da bi se većina receptora prirodno oslobodila, a pacijent doveo u stanje s vidljivim i jasnim fizičkim znakovima krize. Tek tada se može dati prva doza od 2–4 mg buprenorfina.

Metoda brzog transfera sa vrlo visokih doza metadona na buprenorfin

Neke zavisnike nije moguće stabilizovati čak ni na ekstremno visokim dozama metadona, iako su motivisani, a saradljivost je tokom liječenja dobra. Metadon im ne odgovara, a nuspojave (naročito disforija) mogu biti razlog traženja sve viših i viših dnevnih doza. Nakon što se razvije ekstremno visoka tolerancija, teško je sprovesti redukciju i eventualno potpunu detoksifikaciju. Malo je zavisnika koji to u spoljašnjim, slobodnim uslovima mogu izdržati, jer je kriza vrlo neprijatna i dugotrajna. Trebalo bi postaviti pitanje bi li možda i nekima iz te kategorije zavisnika bolje odgovarao buprenorfin. Ali kako tokom pripreme za uvođenje buprenorfina po standardnoj proceduri transfera smanjiti dnevne doze metadona? Ambulantni pokušaj u tom smislu obično bi rezultirao dodatnim uzimanjem metadona, fiksiranje lijeka, drugih lijekova ili heroina „sa strane”, pa su šanse za uspješan transfer na buprenorfin u ambulantom postupku zapravo male. Komplikovanije slučajeve s višim dozama metadona, bolje uputiti na procjenu za isplativost ambulantnog transfera na buprenorfin kod iskusnijih specijalista. Za većinu zavisnika koji su na dozama metadona iznad 80 mg racionalnije je transfer završiti kroz kratki hospitalni tretman.

Uzimajući u obzir činjenicu da mozak nakon metadona lako prihvata heroin i morfin i nakon morfina (heroina) jednostavan je prijelaz na buprenorfin (što nije slučaj u obrnutom smislu radi velike razlike u adaptaciji neuronskih mreža na promjenu u intrinzičnoj aktivnosti a time i doživljavanju bolesnika ako nakon metadona brzo dajemo buprenorfin), započeli smo s postupkom koji slijedi istu logiku. Zavisniku, neposredno nakon primanja na odjeljenje, obustavlja se odjednom dalja primjena metadona. Kada su očigledni simptomi krize, započinje se davanje buprenorfina. Inicijalna test doza je obično samo 2 mg. Nakon što se kroz sat-dva procijeni odgovor, ako je poželjan (redukcija simptoma krize), odmah se daje sledećih 4 mg. Tokom dana, obzirom da se radi o slučajevima ekstremno visoke tolerancije na opijate, daje se ponekad fracionirano, u malim koracima još ukupno 8 ili više miligrama buprenorfina. Postupak se nastavlja drugi dan, ponekad se male doze lijeka dodaju i tokom noći. Već drugi dan bolesnici su na 16, a neki i na 24 mg lijeka. Treći dan doza buprenorfina može ići i do 32 mg,

mada najnovija dostignuća govore da je 16mg buprenorfina potpuno dovoljno. Narednih dana, prije otpusta, titrira se potrebna dnevna doza buprenorfina i nakon stabilizacije stanja zavisnik se otpušta na daljnje ambulantno liječenje. Transfer je dodatno komplikovan ako se radi o paralelnoj zavisnosti i o benzodijazepinima. Kod nekih tada pokušavamo isto redukovati dozu ili u potpunosti isključiti benzodijazepine, a krizu sprečavamo potrebnim dozama barbiturata i ako se uspije sprovести transfer na buprenorfin, nakon toga postupno redukujemo barbiturate pa koristeći druge vrste lijekova (kvetiapin, lamotrigin, neke savremene antidepresive koji imaju smirujući učinak poput mirtazapina), pomažemo bolesniku da izdrži i da ne odustane. Od bolesnika nikada ne treba odustati. Ponekad se i kod „otpisanih slučajeva” može postići gotovo nevjerovatan uspjeh. Kad god „moramo” terapiju početi istog dana, metadon je u prednosti. A nakon što zavisnik osjeti snagu djelovanja metadona, teško ga je uvjeriti da postoji nešto što je bolje, premda drugačije djeluje. Metadon kod mnogih zavisnika slabije motivisanih za liječenje u početku terapije snažnije redukuje žudnju za heroinom od buprenorfina.

U terapiji zavisnosti pacijent mora imati aktivno mjesto, poziciju subjekta s kojim se pregovara o modalitetima liječenja, ciljevima tretmana, potrebnim dnevnim dozama lijeka. Stvar je vještine stručnjaka da na neki način privoli pacijenta na perspektivniju koncepciju liječenja. Ali ponekad su zavisnici orijentisani isključivo na kratkoročne efekte koje očekuju od ljekara i terapije i treba dosta vremena da se te teško bolesne osobe usmjere na dugoročno isplative ciljeve. Kod manjeg broja zavisnika koji se (na vlastiti zahtjev ili na preporuku doktora) odlučuju s metadona preći na buprenorfin, događa se da ponovo zatraže metadon jer im taj novi lijek nije odgovarao. Tu se može raditi o motivisanim pacijentima koji dobro sarađuju tokom liječenja, ali ipak nisu zadovoljni, vjerovatno radi toga što lijek nije ispunio njihova nerealna očekivanja. Kod nekih je očigledno da im biološki ili psihološki ipak bolje odgovara metadon. Ako se ni nakon više nedjelja, ipored povećanja dnevnih doza buprenorfina, ne uspije stabilizovati a uvjereni su da bi im metadon bolje odgovarao, nema razloga da ih, na njihovo traženje ponovo ne vratimo u program održavanja metadonom. Transfer sa buprenorfina na metadon je vrlo jednostavan. Buprenorfin se obustavlja i već naredni dan, pacijent ponovo počinje da uzima svoju potrebnu dnevnu dozu metadona. Bez obzira koji se lijek koristi, bolesniku je potrebno osigurati optimalnu dnevnu dozu. Zavisnik je taj koji na kraju mora odlučiti hoće li i kada odvikavanje ili održavanje. Štetne posljedice preniskih doza su vrlo ozbiljne: slaba retencija u programu, visok procent recidivizma heroinom, povećanje rizika od predoziranja i smrti, razočarenje zavisnika, porodice, tima, povećan zahtjev za drugim lijekovima, uzimanje dodatnih količina ilegalnog metadona, lijekova, alkohola.

Doktor je dužan da zavisnika temeljno edukuje o svim rizicima, kao i metodama postupka detoksifikacije. Kod zavisnika u programu održavanja na opijatskim agonistima, koji nisu stabilni u socijalnom funkcionisanju, psihičkom stanju i apstinenciji, **pokretanje postupka redukcije**

doza lijekova s ciljem potpunog odvikavanja uopšte nema smisla, jer će se njihovo cjelokupno stanje još više pogoršati.

Terapeut, prije donošenja odluke uvijek mora da procijeni mogući uticaj redukcije ili prekida davanja opijata na pogoršanje depresije, nesanice, povećanje anksioznosti, razbuktavanje psihoze, povećanje potrošnje alkohola, benzodijazepina, drugih vrsta lijekova, duvana i neopijatskih droga. Ako se javi takav trend i isti nije moguće terapijskim postupcima zaustaviti, nakon procjene koristi i štete, treba donijeti odluku o prekidu tog programa i povratku na supstitucionu terapiju (Sakoman, 2012).

ZAKLJUČAK

Dugotrajno održavanje na opijatskim agonistima, ako se dobro sprovodi terapijski postupak, koristeći i sve druge potrebne elemente programa tretmana (naročito psihoterapiju, edukaciju, porodičnu terapiju i redovnu provjeru apstinencije testiranjem urina), vremenom će rezultirati u značajnom procentu (60–70%) rekonstrukcijom rada mozga, sazrijevanja ličnosti i poboljšanja ukupnih životnih okolnosti zavisnika i njegove porodice. Nakon dvije, tri ili više godina programa održavanja na adekvatnoj dnevnoj dozi lijeka, kao rezultat sveobuhvatnog tretmana, osnažiti će i znatno se povećati ukupni kapaciteti zavisnika, pa će radi toga biti veći izgledi za isplativ pokušaj detoksifikacije i nakon toga održavanje apstinencije bez primjene lijekova.

PREDOZIRANJE (intoksikacija) OPIOIDIMA je nerijetko životno ugrožavajuće stanje i to kako kod pacijenta koji pređu svoje propisane doze lijekova tako i kod onih koji se predoziraju injekcijama uličnih droga kakav je heroin. Ono se tretira u hospitalnim uslovima a često i u Jedinicama za intenzivno liječenje.

AKUTNA INTOKSIKACIJA HEROINOM - Heroin se vrlo brzo apsorbira, bez obzira na način unošenja. Intravenski administriran heroin dostiže maksimalnu koncentraciju u serumu za manje od jednog minuta, a intranazalno za tri do pet minuta. Zbog svoje liposolubilnosti, krvno-moždanu barijeru prolazi unutar 15 do 20 sekundi, stvarajući tako visoku koncentraciju u mozgu.

Predoziiranje (overdose) je jedna od najozbiljnijih komplikacija zloupotrebe heroina. Manifestuje se poremećajem stanja svijesti od somnolencije do kome, kao i jednim ili više pratećih znakova koji mogu biti usporen misaoni tok, odloženo reagovanje, punktfiformne nereaktivne zenice, hipotenzija, bradikardija, hipotermija, nauzeja, povraćanje, centralna cijanoza, respiratorna depresija, nepravilno sporo disanje - broj respiracija ispod 12 udaha u minuti, kardiopulmonalnim zastoje. Ugrožava život bolesnika i zahtjeva hitan hospitalni tretman. Patofiziološke posledice zavise od vrste i količine uzetog heroina i postojanja konkurentnih patoloških stanja. Takođe, potrebna je pozitivna anamneza o nedavnom

konzumiranju opioida i/ili fizičkim pregledom uočeni skori ubodi. Veoma često su u kombinaciji sedativi i alkohol, što može da zbuni ljekare i navede ih na pogrešne zaključke.

PROCEDURA ZA ZBRINJAVANJE AKUTNE INTOKSIKACIJE HEROINOM uglavnom se radi u jedinicama za detoksikaciju pri Opštim bolnicama ili u Urgentnom centru KCCG, I uključuje:

- Procjenu vitalnih parametara
- Procenu tjelesnog stanja pacijenta, uključujući i postojanje akutnih trauma
- Brzu orijentaciju o vrsti unijete supstance (brza detekcija opijata u urinu)
- Utvrđivanje vremena od trenutka uzimanja supstance do opservacije
- Isključivanje diferencijalno dijagnostički druge nokse.

TERAPIJSKU PROCEDURU POTREBNO JE ZAPOČETI ODMAH!

Terapijski postupci za zbrinjavanje akutne intoksikacije heroinom zavise od stepena intoksikacije i opšteg psiho-fizičkog stanja pacijenta. Standardna procedura za pružanje medicinske pomoći u datoj situaciji bazirana je na uspostavljanju i podržavanju vitalnih funkcija i primjeni opioidnih antagonista (Nalokson).

Za pacijenta sa očuvanom disajnom funkcijom potrebna je opservacija i budno praćenje stepena stanja svijesti. Za pacijenta sa kompromitovanom disajnom funkcijom: asistirana ventilacija-oksigenacija 100% kiseonikom i infuzija. Ordinirati ampulu naloksona, 0.2–0.4mg/ml, intravenski u 10ml fiziološkog rastvora (alternativno sc. ili i.m. administracija samo ampuliranog lijeka). Ponavljanje doza naloksona sprovodi se do maksimalne doze od 2mg. Ponavljanje doza neophodno je koliko nakon jednog minuta ne dolazi do bitnog oporavka stanja svijesti. Dakle, opserviramo pacijenta unutar 2–3 minuta, pa ponavljamo dozu lijeka. Ukoliko nakon ponovljene doze nema bitnog poboljšanja stanja svijesti, doza se može ponavljati na svakih 2–3 minuta, ako se pacijent opservira u uslovima gde se može nastaviti asistirana ventilacija i reanimacija, do maksimalne doze. Ukoliko se pacijent opservira u ambulantnim uslovima, odmah nakon druge doze lijeka sprovodi se hitan transport pacijenta u pratnji medicinskog osoblja, uz adekvatan monitoring i opskrbljenost transportnog vozila neophodnom opremom i medikacijom, uključujući i nalokson, do najbliže jedinice intenzivne nege koja poseduje asistiranu ventilaciju i reanimaciju. Opservacija pacijenta obavezna je u naredna 24h.

Napomena - Poseban problem stvara razlika u dužini dejstva opijata i naloksona. Naime, dužina djelovanja opijata je oko 6 h, naloksona oko 3 puta kraće, pa u periodu od oko 2 sata nakon intravenske aplikacije naloksona i popravljavanja opšteg stanja, prijete opasnost od relapsa simptoma (moguć i ponovni kardipulmonalni zastoje). Zbog toga se preporučuje da nakon

intravenske aplikacije naloksona (u bolusu), pacijenti prime infuziju naloksona, te da se nakon toga nastavi sa opservacijom pacijenta

APSTINENCIJALNI SINDROM KOD HEROINSKIH ZAVISNIKA

Apstinencijalna kriza kod zavisnika od opioida (heroina) nekada može predstavljati veći problem nego predoziranje. Ovdje simptomatska terapija često ne daje odgovarajuće rezultate, pa je nerijetko potrebna primjena opioida koje zavisnik koristi ili supstitucija. Pri naglom prestanku uzimanja opijata razvija se opijatski apstinencijalni sindrom. On može veoma varirati u intenzitetu, što prvenstveno zavisi od doze heroina (opijata), dužine konzumiranja supstance, vremena proteklog od poslednjeg kontakta sa heroinom, osobina ličnosti zavisnika, ambijenta i drugih socijalnih činioca.

HEROINSKI APSTINENCIJALNI SINDROM:

- Razvija se 8–12 časova nakon unošenja posljednje doze heroina.
- Simptomi su najizraženiji 36–72 časa od posljednjeg kontakta sa PAS.
- Nakon 5–7 dana tegobe se postepeno smanjuju i iščezavaju.

Iako je veoma neprijatan i težak, apstinencijalni sindrom nije vitalno ugrožavajući za one zavisnike koji su relativno očuvanog telesnog zdravlja.

SIMPTOMI APSTINENCIJALNOG SINDROMA

Simptomi apstinencijalnog sindroma koje najčešće vidamo u kliničkom radu su: snažna želja za ponovnim uzimanjem droge, uznemirenost, napetost, razdražljivost, nesanica, midrijaza, zijevanje, suzenje, kihanje, rinoreja, naježenost kože, drhtavica, preznojavanje, dijareja, abdominalni bolovi, grčevi, bolovi i napetost mišića leđa i ekstremiteta.

Terapija heroinskog apstinencijalnog sindroma

Kupiranje apstinecijalnog sindroma (detoksikacioni tretman) može biti u formi akutnog pružanja pomoći pacijentu koji dolazi da bi mu se otklonili neprijatni simptomi ili kao početak liječenja kod motivisanih.

Detoksikacioni tretman

- Primarni zadatak detoksikacione terapije jeste da ublaži simptome apstinencijalne krize, dok se pacijent navikava na stanje bez droge.
- Detoksikacija nije potpun tretman, samo prvi korak u liječenju zavisnika.
- Sprovodi se u ambulantnim ili hospitalnim uslovima.

Apstinencijalnu krizu težeg stepena nužno je zbrinjavati hospitalno, jer je zbog dehidracije i gubitka minerala neophodna parenteralna nadoknada tečnosti i elektrolita, ali i česte izmjene i korekcije ostale terapije.

VAŽNA PREPORUKA!

- Ljekar opšte prakse može samostalno sprovesti tretman blažeg do umjerenog apstinencijalnog sindroma
- U slučaju neuspjeha konsultovati psihijatra.

Kod apstinencijalne krize primjenjuju se:

Kod blage krize:

Neopijatski analgetici- diklofen, ibuprofen.

Anksiolitici—lorazepam do 7,5mg, diazepam do 30mg, bromazepam do 18mg.

Hipnotici-midazolam do 15mg, nitrazepam do 10mg, zolpidem do 10mg.

Kod umjereno teške krize:

Opijatski analgetici- tramadol do 300mg.-tri dana,uz postepenu redukciju.

Anksiolitici- lorazepam do 10mg, diazepam do 40mg, bromazepam do 24mg, klonazepam do 4mg.

Hipnotici- midazolam do 30mg, nitrazepam do 10mg, zolpidem do 10mg.

Antipsihotici- klozapin 12,5 do 25mg.

Kod teške krize:

Opijatski analgetici- tramadol do 450mg prva tri dana, a zatim redukcija doze.

Anksiolitici - lorazepam do 15mg, diazepam 60m, bromazepam do 36mg, klonazepam do 8mg.

Hipnotici- midazolam 30mg, nitrazepam do 20mg, zolpidem do 20mg.

Antipsihotici- klozapin 25 do 75mg.

Iako se medikamentozna terapija zasniva na nekim opštim principima, ona nije uvek ista i dozvoljava kombinovanje različitih medikamenata, u zavisnosti od vrste i intenziteta simptoma. Pored gore navedenih medikamenata koji se najčešće primjenjuju i njihovih preporučenih doza u zavisnosti od težine simptoma, treba naglasiti da se terapijski protokol prilagođava individualno svakom pacijentu, te shodno tome u obzir dolaze i sledeći lijekovi:

- Iz grupe anksiolitika može se primjeniti, osim lorazepama, diazepama, bromazepama, klonazepama i alprazolam u dozi od 0.5 do 4mg.
- Iz grupe antipsihotika, osim klozapina, primjenjuje se i haloperidol u dozi od 1 do 5mg, hlorpromazin u dozi od 25 do 300mg, levomepromazin u dozi od 25 do 300mg, risperidon u dozi od 2 do 4mg.

- Od lijekova iz grupe antidepresiva primjenjujemo escitalopram u dozi od 10 do 20 mg, fluoksetin u dozi od 20 do 80mg, mianserin u dozi od 30 do 90 mg, mirtazapine u dozi od 15 do 45 mg, paroksetin u dozi od 20 do 50 mg, sertraline u dozi od 50 do 200mg, trazodon u dozi od 50 do 300mg, venlafaksin u dozi od 75 do 375mg.
- Iz grupe stabilizatora raspoloženja: valproat u dozi od 500 do 1500mg, karbamazepin u dozi od 400 do 1200mg, lamotrigin u dozi od 25 do 400mg, gabapentin u dozi od 300 do 3600 mg.

Detoksikacioni tretman podrazumjeva i nadoknadu tečnosti i elektrolita, u trajanju od 3 do 5 dana, a po potrebi i duže.

PSIHOTERAPIJA ZAVISNIKA

Kod većine heroinskih zavisnika farmakoterapijom se uspostavlja psihobiološka funkcionalnost mozga što je preduslov za osposobljavanje osobe za učestvovanje u psihoterapiji. Sam lijek nema potencijal da promjeni ponašanje zavisnika, pa je farmakoterapija samo element u dugotrajnom terapijskom postupku. Psihoterapija će biti kvalitetna samo ako se uspostavi dobar odnos između pacijenta i terapeuta. Psihoterapiju sa zavisnicima, tj. određene modalitete, ne rade samo psihijatri već i ljekari opšte prakse, psiholozi, defektolozi, socijalni radnici, medicinske sestre i drugi stručnjaci koji su na odgovarajućem radnom mjestu i motivisani su i edukovani za taj posao. Terapeut mora razviti vještinu prilagođavanja svakom pacijentu ponaosob. Veoma je dug proces da se kroz novi tip odnosa sa terapeutom, zavisnik počne mjenjati, krenuti svojim putem, uz preuzimanje odgovornosti. Dovodimo pacijenta da sam pronalazi put ka postavljenom cilju. Potrebno je puno strpljivosti i umješnosti da bi se sprovela kognitivna rekonstrukcija. U početku tretmana je veoma važna porodična terapija, da ne bi ostali isti obrasci ponašanja u porodici zavisnika kada se isti vrati sa liječenja, jer bi to moglo dovesti do recidiva. Premda je nerealan očekivati potpuno izliječenje kompletne porodice, moramo ublažiti nastalu patologiju poremećenih unutrašnjih odnosa i poboljšati porodičnu atmosferu koja bi privukla zavisnika kući. Na ovaj način postiže se bolja kontrola zavisničkog ponašanja pacijenta, tretman ima bolji rezultat i odgovornost prelazi sa terapeuta na porodicu- što je prvi korak u smislu socijalne reintegracije zavisnika.