

NUJNA STANJA PRI UŽIVALCIH DROG

Andrej Kastelic

UVOD

Kot nujna stanja pri uživalcih drog lahko v širšem smislu razumemo vsak stik z zdravstveno službo, pri katerem je možno uživalcu drog in njegovim svojcem nuditi pomoč. V kolikor strokovnjak pri tem nima ustreznih možnosti, znanja ali pa ne pozna obstoječih možnosti obravnave, s tem že lahko izgubi bolnika, ki morda kar nekaj časa ne bo ponovno poiskal pomoči. Seveda pri tem strokovnjak lahko naleti na težavo, ko se njegova pričakovanja o najustrežnejši pomoči razlikujejo od pripravljenosti ali sposobnosti pacienta, da takšno pomoč sprejme. Tedaj govorimo pogosto v psihoterapevtskem jeziku o odporu, v praksi pa pogosto o tem, da se z bolnikom ne da delati, da ni dovolj motiviran, da z nami manipulira ali pa da mu preprosto še ni dovolj hudo, da bi pomoč sprejel. Raziskave kažejo, da je le 20 odstotkov bolnikov, ki iščejo pomoč pri zdravnikih, sposobnih in želi narediti tisto, kar zdravnik predlaga.

Pri obravnavi uživalcev drog pa je še bolj pomembno, da najdemo skupno pot, da sicer poskušamo brez moraliziranja bolnika motivirati za spremembo, vendar mu ne odrečemo pomoči, če so njegove predstave o obravnavi drugačne kot naše. Bistvo vseh programov obravnave uživalcev drog je imeti uživalce v obravnavi in ne na ulici. Katerikoli program obravnave je boljši kot nikakršen in če tistega, ki ga kot terapevti ponudimo, bolnik ne more sprejeti, ga usmerimo v takšnega, ki ga bo zmogel.

Pri tem, ko poskušamo dvigniti bolnikovo motivacijo, ni toliko pomembna tehnika pogovora kot vzdušje, ki ga v razgovoru vzpostavimo.

Pogosto je nujno stanje, zaradi katerega uživalec drog išče pomoč, edini stik z zdravstveno službo. Zato je poleg obravnave, v kateri poskušamo dvigniti bolnikovo motivacijo, potrebno tega tudi poučiti o nevarnostih uživanja drog, predvsem možnosti predoziranja in okužb ter o manj nevarnih načinih jemanja drog.

Nujna stanja v ožjem smislu so predoziranje, za katerim se pogosto skriva poskus samomora, depresivnost s samomorilnimi razmišljanji, abstinenčna kriza in recidiv - ponovno jemanje drog.

PREDOZIRANJE

Veljajo splošna načela za obravnavo zastrupljenecv.

Pri predoziranju z opiaty se uporablja kompetitivni antagonist opiatnih (endorfinskih) receptorjev nalokson, ki nima narkotičnega (agonističnega) učinka. Navadno ga dajemo intravensko v odmerku 0,4 mg vsaki dve minuti do vzpostavitve zadostne respiratorne funkcije. Zdravljenje lahko nadaljujemo z infuzijo, katere hitrost je odvisna od bolnikovega odgovora do skupne doze 10 - 20 mg. Če oseba ni v neposredni življenjski nevarnosti, previdno dajemo manjše odmerke od 0,1 - 0,2 mg, ki jih ponavljamo na 2-3 minute. Novorojenčkom in otrokom dajemo nalokson v odmerku 0,01 mg/kg telesne teže, odmerek pa ponavljamo vsaki 2-3 minute do terapevtskega odgovora.

Ker delujejo opiaty, še posebej pa metadon, precej dlje kot nalokson, katerega učinek traja približno 2 uri, moramo bolnika nadzirati vsaj 12 ur, da lahko pravočasno opazimo ponovne znake predoziranja. Če je bil vzrok predoziranja zaužitje droge, moramo po dajanju naloksona in izvajanju potrebnih urgentnih ukrepov izprati želodec ter dodati aktivno oglje in odvajala. Ker se opiaty delno izločajo skozi želodčno sluznico, dajemo oglje tudi pri parenteralni zastrupitvi.

Pri uživalcih drog previsoka doza ali prehitro dajanje naloksona lahko sproži abstinenčno krizo.

Ko se bolnikovo telesno stanje stabilizira, mu je potrebno ponuditi možnost obravnave v regionalnem centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti in ga tja tudi napotiti, seveda če se s tem strinja.

ABSTINENČNA KRIZA

Abstinenčni znaki so odvisni od vrste droge, doze, časa jemanja in individualne občutljivosti ter tudi bolnikovih pričakovanj, manipulacij, psihofizične kondicije, socialne situacije... Telesno odvisnost označuje razvoj tolerance in razvoj abstinenčnih znakov v času odtegnitve. Ta se pri opiatih razvije v nekaj tednih vsakodnevnega jemanja, lahko pa tudi že v nekaj dneh.

Na izraženost abstinenčnih znakov močno vplivajo psihološki dejavniki in okolje, v katerem se izvaja detoksikacija.

Uporaba zdravil

Ob akutno izraženih znakih abstinenčnega sindroma odsvetujemo uporabo metadona, še posebej pri mladoletnih osebah in če bolnika ne pregleda strokovnjak za zdravljenje odvisnih od drog. Uporabi naj se anksiolitik iz skupine benzodiazepinov (apaurin do 3x10 mg) in nesteroidni analgetik, dodamo lahko tudi blažji hipnotik, odsvetujemo uporabo dormicuma, ki ga pacienti pogosto zlorabljajo. Izdamo le toliko tablet, kolikor jih pacient potrebuje do obiska pri ustreznih strokovnjakih. Opisano zdravljenje abstinenčnih znakov ne odpravi, ampak jih le delno ublaži.

Če je bil bolnik že vključen v vzdrževalni metadonski program in je potrebna hospitalizacija, ne le zaradi bolezni odvisnosti, je smiselno z metadonom nadaljevati. Izkaznica o vključenosti v vzdrževalni metadonski program ne zadostuje za avtomatično nadaljevanje zdravljenja, temveč se je treba dogovoriti s centrom za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, v katerem je bila izdana. Metadon se v tem primeru daje pod nadzorom v soluciji s sadnim sokom, lahko dvakrat dnevno.

Po ambulantni obravnavi abstinenčnega sindroma je potrebno bolniku ponuditi možnost obravnave v regionalnem centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti in ga tja tudi napotiti, seveda če se s tem strinja.

Kolikor bolnik zaradi različnih vzrokov potrebuje analgetike (tudi opiatne) ali psihofarmake, ki povzročajo odvisnost, mu te seveda predpišemo, le da smo pri postavljanju indikacij bolj previdni ter bolnika vedno opozorimo na možnost razvoja odvisnosti.

TEŽNJA PO SAMOMORU

Ena največjih škod, ki jo povzročajo droge, je še dodatno zniževanje samospoštovanja kot posledica številnih neuspešnih poizkusov vzpostavitve abstinence. Uživalec je poln sramu in brez upanja, večina jih je vsaj v nekem obdobju globoko depresivnih. Pogosto razmišljajo o samomoru in ga večinoma tudi poskušajo narediti. Ugotovljeno je, da porast števila predoziranj z drogami med mladimi korelira z zmanjšanjem števila samomorilnih poskusov in obratno. Razmišljanje o samomoru je vedno treba vzeti resno in ga ne razumeti le kot manipulacijo. Nasprotno, depresivnega uživalca drog je potrebno

povprašati po morebitnem razmišljanju o samomoru. Ukrepanje je podobno kot sicer pri samomorilnem bolniku. Če je potrebno, ga seveda tudi hospitaliziramo.

OBRAVNAVA RECIDIVA

Ponovno jemanje droge po daljšem ali krajšem obdobju abstinence je nujna situacija, v kateri bolnik potrebuje takojšnja pomoč. Danes smatramo, da je recidiv del bolezni odvisnosti, na katerega naj bi bil bolnik tudi pripravljen, saj mora biti obravnava recidiva sestavni del vsakega dobrega terapevtskega programa. Recidiv tako ni več katastrofa, ne za bolnika in ne za terapevta. Bolniku ni potrebno ponovno "pasti do dna", nasprotno, na podlagi pozitivnih izkušenj, da je že uspel abstimirati, lahko ponovno jemanje droge zaustavi. V tem primeru govorimo le o spodrseljaju in ne o recidivu.

Bolniku v takem primeru nudimo ustrezno pomoč, usmerimo ga k njegovemu terapevtu ali v center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. Včasih bi ga bilo smiselno tudi za kratek čas hospitalizirati.

Urinski testi

Pomemben diagnostični in terapevtski pripomoček pri obravnavi uživalcev drog so tudi urinski testi. Vse telesne tekočine, ne le kri, temveč tudi urin, so last človeka, ki jih je proizvedel, in se jih brez njegove privolitve ne sme pregledovati. To velja tudi za mladoletne osebe. Ne sme se pristati na testiranje urina na zahtevo svojcev ali tudi izbranega zdravnika brez možnosti svetovanja. Sporočanje izvida je izvrstna terapevtska priložnost. Če je izvid negativen, družina ravno tako potrebuje pomoč, saj ima očitno težave, da se morajo medsebojno testirati. Pozitivni izvid na prisotnost drog pa seveda ravno tako potrebuje terapevtski poseg. Bolniki zelo redko odklonijo testiranje, če jim je to pravilno prikazano: da bodo npr. lahko povečali zaupanje svojcev, ko bodo dokazali, da drog ne jemljejo, ali pa, da bo tudi njim redno testiranje pomagalo pri vzdrževanju abstinence. Pozitivni izvid naj razen v programih, kjer smo se že prej z bolnikom dogovorili za abstinenco, ne pomeni sankcije. Pri prekršku v tovrstnem programu je potrebno bolnika usmeriti v program nižjega praga, katerega zahtevam je sposoben slediti, in ga ne izključiti iz nadaljnje obravnave. Ponavadi pa se svetuje pri tovrstnih težavah povečati intenzivnost obravnave, pri bolnikih v vzdrževalnem metadonskem programu pa tudi dvigniti dozo metadona.

Če je izvid drugačen, kot to trdi bolnik, izkoristimo priložnost za pogovor o zaupanju. Z rednim urinskim testiranjem, glede na različno dolge razpolovne dobe različnih drog tudi 2-krat tedensko, se poveča zaupanje tudi med bolnikom in svojci. Izvida svojcem seveda ne sporočamo, če polnoletni bolnik tega ne dovoli, pa tudi pri mladoletnih dogovor o sporočanju izvidov prej vključimo v terapijski dogovor. Izvide sporočamo le osebno. Za nadaljnje eventualne odklonitve testov pa se dogovorimo, da pomenijo pozitiven odgovor na prisotnost drog.

Za verodostojnost izvida je seveda potrebno urin vzeti na ustrezen način - pod nadzorom. Pri tem se uporabljajo hitri, cenovno ugodni testi, s katerimi izvid izvemo že v nekaj minutah.

Več o urinskih testih v knjigi: Urinski testi ..., avtorjev Andreja Kastelica, Majde Škoberne in Majde Zorec Karlovšek.

Članek je delno povzet iz članka istega avtorja: (Nujni) ukrepi pri otrocih, uzivalcih prepovedanih drog. V: Kržišnik C., Battelino T. ed. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo. Ljubljana, 1998.