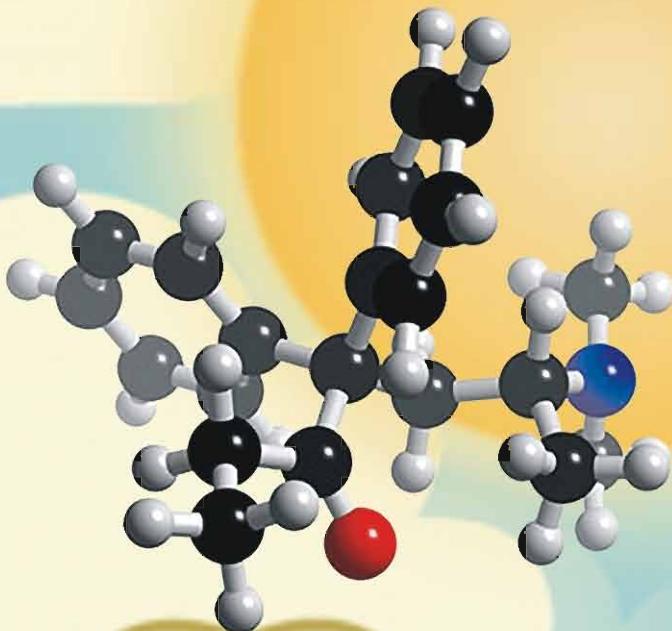


**Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo
JU Zavod za alkoholizam i druge
toksikomanije Kantona Sarajevo**



VODIČ ZA PRIMJENU METADONA KOD OVISNIKA O OPijATIMA

Sarajevo, 2007.

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA KANTONA SARAJEVO

JAVNA USTANOVA ZAVOD ZA ALKOHOLIZAM I DRUGE TOKSIKOMANIE
KANTONA SARAJEVO

VODIČ ZA PRIMJENU METADONA KOD OVISNIKA O OPIJATIMA

Nerмана Мехић-Басара
Хајрудин Гасечић
Милош Покрајац
Сенја Сelman

Sarajevo, 2007.



Bosna i Hercegovina
Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo

- Savjet za implementaciju Programa prevencije narkomanije, alkoholizma i drugih ovisnosti Kantona Sarajevo za period 2004-2007.



JU Zavod za alkoholizam i druge toksikomanije Kantona Sarajevo

Predsjednik radne grupe:

Mustafa Cuplov

Uređivački savjet:

Mustafa Cuplov
Nermana Mehić-Basara
Hajrudin Hasečić

Članovi Radne grupe:

Hajrudin Hasečić
Miloš Pokrajac
Senija Selman
Mahir Osmanspahić
Salih Rasavac
Magbula Grabovica
Džemail Mehmedspahić

Tehničko uređenje:

Dubravko Vaniček

DTP:

Lorko Kalaš

Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo
Reisa Džemaludina Čauševića br. 1
71000 Sarajevo, BiH
+387 (0) 33 562-105
jasnah@ks.gov.ba
www.ks.gov.ba

PREDGOVOR

Iako ovisnost o drogama spada u najteže socio-patološke pojave savremenog doba, još uvijek se ne može reći da postoje efikasni načini za njeno suzbijanje. Čak i u modernim i ekonomski moćnim zemljama, ova pojava predstavlja vodeći nerješivi problem, a stanje u siromašnim zemljama koje prolaze tranzicijsku fazu razvoja je još gore.

Bosna i Hercegovina, dvanaest godina poslije brutalnog rata, suočena sa negativnim društvenim pojavama i komplikacijama, posebno je izložena epidemiskom valu upotrebe i zloupotrebe svih psihoaktivnih supstanci.

Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo još od 1999 godine, putem Stručnog Savjeta za implementaciju Programa prevencije narkomanije, alkoholizma i drugih ovisnosti koordinira aktivnostima na njegovoj implementaciji u sva tri nivoa prevencije.

Pored primarne prevencije koja je bez sumnje i najvažnija, jer joj je cilj da mlada osoba nikada ne uzme prvu drogu, mora se misliti i na osobe koje već eksperimentišu sa drogama ili su od njih postale ovisne. U tom smislu, u skladu sa Programom, u Kantonu Sarajevo su uspostavljeni organizirani oblici liječenja ovisnosti, a prioritet u tretmanu opijatske ovisnosti se daje metadonskoj terapiji.

Metadon je sintetski opijatski agonist koji bez sumnje ima istorijsku ulogu u terapiji heroinskih ovisnika, a prema procjenama SZO, danas u svijetu ima oko milion osoba koje su uključene u ovaj program.

U ovom Vodiču koji je namijenjen prvenstveno zdravstvenim stručnjacima koji se bave liječenjem ovisnosti, ali i drugima kojima je ova tema bliska, obradili smo brojne aspekte primjene metadona kod heroinskih ovisnika. Želimo i nadamo se da će za pristalice ove terapije, informacije koje ovdje nađu poslužiti za proširivanje stručnih spoznaja o metadonu i otvoriti put za praktičnu primjenu, a za njegove protivnike biti poticaj za razmišljanje te da ćemo ih dovesti u dilemu.... Jer nema sumnje da se metadonom otklanja žudnja za drogom, poboljšava kvalitet života ovisnika i njegove porodice, a ekonomski dobiti za zajednicu su i do deset puta veće u odnosu na štete koje neliječeni ovisnik pravi zajednici.

Autori

Mr. sci prim. dr **Nermana Mehić-Basara**, spec. neuropsihijatar,
Direktor Zavoda za alkoholizam i druge toksikomanije Kantona Sarajevo

Prim. dr. **Hajrudin Hasečić**, spec. neuropsihijatar,
Šef Odjeljenja za narkomaniju Zavoda za alkoholizam i druge toksikomanije
Kantona Sarajevo

Dr. **Miloš Pokrajac**, spec. neuropsihijatar,
Šef Centra za metadonski program održavanja (MST) Zavoda za alkoholizam i druge
toksikomanije Kantona Sarajevo

Dr. **Senija Selman**, spec. neuropsihijatar,
Odjeljenje za narkomaniju Zavoda za alkoholizam i druge toksikomanije
Kantona Sarajevo

SADRŽAJ

UVOD	7
Epidemiologija	7
Etiologija-faktori značajni za nastanak bolesti ovisnosti	8
Klasifikacija psihoaktivnih supstanci	9
Definicije ovisnosti i dijagnostički kriteriji	10
SIMPTOMI BOLESTI OVISNOSTI	11
Putokaz u bolest ovisnosti	11
Opijatski apstinencijalni sindrom	14
LIJEČENJE HEROINSKE OVISNOSTI	15
METADON	17
Farmakološki aspekti	18
Liječenje opijatskog apstinencijalnog sindroma – detoksikacija metadonom	19
Metadonski program održavanja – metadonska supstituciona terapija	20
Sporedne pojave upotrebe metadona	23
Metadonski program održavanja prema vrsti kriterijuma	23
Metadonski program održavanja u Kantonu Sarajevo	23
Negativne strane metadonske terapije	24
Pozitivne strane metadonske terapije	25
DRUGE FORME SUPSTITUCIJE	26
OPIJATSKI ANTAGONISTI U LIJEČENJU OVISNOSTI	27
DETEKCIJA DROGA	28
NEDOSTACI I PREPREKE U TRETMANU OVISNIKA U BIH	30
ZAKLJUČAK	31
LITERATURA	32
PRILOZI	35
Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10	35
Inovirani Program prevencije narkomanije, alkoholizma i drugih ovisnosti Kantona Sarajevo	36
Klinička skala opijatskog apstinencijalnog sindroma (COWS)	37

*„Uskratiti ovisniku metadon, bilo bi isto
kao uskratiti vodu čovjeku u pustinji.“*

Prof. Icro Maremmani
Predsjednik EUROPAD
(European Opiate Addiction
Treatment Association)

UVOD

Opasna i štetna upotreba alkohola i droga, kao vjekovni pratilec čovjeka, predstavljaju transkulturni fenomen i jedan od gotovo nerješivih problema suvremenog svijeta. Po posljedicama koje uzrokuje pojedincu, obitelji i zajednici, smatra se jednim od najtežih socio-patoloških pojava današnjice. Čak ni višedecenijski napor međunarodne zajednice u zaustavljanju širenja ovog problema nisu rezultirali radikalnim uspjehom.

Iako droga prevashodno štetno djeluje na pojedinca, narkomanija kao simptom poremećene organizacije društvenog sistema ima mnogo šire reperkusije i negativne implikacije, ne samo u zdravstvenom već i u socijalno-kulturološkom i ekonomskom smislu.

Epidemiologija

Još od tzv. „narkomanskog pokreta“ koji se šezdesetih godina prošlog vijeka iz SAD proširio na Evropu, prisutan je stalni trend rasta narkomanije uprkos izuzetnim naporima razumnog dijela čovječanstva da se taj trend zaustavi.

Prema godišnjem izvještaju za 2003. godinu Američke nacionalne administracije za zloupotrebu droga i mentalno zdravlje (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA), (5) procjenjuje se da trenutno u SAD 19,5 miliona Amerikanaca (8,2% stanovništva) starijih od 12 godina koriste neku od zabranjenih droga, 119 miliona (50,1% stanovništva) koriste alkohol, od čega je 16,1 milion (6,8% stanovništva) sa razvijenim simptomima alkoholizma, a 70,8 miliona puše duhan.

U izvještaju SZO za 2005 godinu se kaže da je u toku ove godine 200 miliona ljudi u svijetu, u dobi od 15 do 64 godine redovno koristilo razne droge, a od toga je 16 miliona koristilo opijate. Isti izvor navodi da je 11% svih osoba koje su koristile opijate razvilo ovisnost.

U izvještaju se kaže, kada je u pitanju zloupotreba preparata kanabisa, da se radi o pandemiji ovom drogom, a na osnovu činjenice da je samo u zadnjoj godini, ovu drogu uzelo barem jednom 162.000.000 ljudi ili 4% svjetske populacije u dobi od 15-64 godine. (EMCDDA – Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti, juli-septembar 2006.)

Bosna i Hercegovina, kao bivša jugoslovenska republika je udar narkomanskog vala doživjela sa malim zakašnjnjem. Prvi slučajevi ovisnika javili su se kasnih sedamdesetih, a pred početak zadnjeg rata 1991. godine, bilo je registrovano oko 1000 korisnika droga.

Naša zemlja koja je preživjela rat, pored tranzicijskih problema suočila se u kratkom vremenskom periodu i sa naglim porastom zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (droga) među mladima.

U cijeloj dosadašnjoj istoriji BiH, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i ovisnost o njima nije bila tako raširena kao u današnje vrijeme.

Indirektni pokazatelji (broj onih koji se liječe zbog ovisnosti o psihoaktivnim supstancama, broj onih koji umiru zbog predoziranja, broj sudskih tužbi zbog prometa i zaplijenjene količine droge, sporadične ankete među mladima...) govore da se broj mlađih koji zloupotrebjavaju psihoaktivnu supstancu uvećava iz godine u godinu. Zbog toga su sve procjene o broju ovisnika ili onih koji eksperimentišu sa drogama u Kantonu Sarajevo ili u Bosni i Hercegovini neprecizne, poluistinite ili potpuno netačne, te ih nećemo ni navoditi.

Etiologija-faktori značajni za nastanak bolesti ovisnosti

Kada govorimo o uzrocima nastanka ove bolesti i/ili sociopatološke pojave moramo misliti na više faktora koji samo u sadejstvu i međusobnoj interakciji rezultiraju bolešću. Tu se prije svega misli na ličnost ovisnika, odnosno njegove biopsihološke karakteristike, sredinu življjenja i njene uticaje, te vrstu psihoaktivne supstance.

Adolescentno doba života samo po sebi spada u glavni rizični faktor za početak uzimanja psihoaktivnih supstanci. Rizik za štetnu upotrebu droge u ovom dobu je veći ako se radi o primarno preosjetljivim, nezrelim ili nesamostalnim osobama, ili osobama koje dolaze iz porodice u kojoj je jedan od roditelja ovisnik (alkoholizam i/ili narkomanija u porodici). Tada govorimo o predispoziciji ka ovisničkom ponašanju.

Sredina u kojoj adolescent živi može nositi rizike za uzimanje droga i alkohola. Porodica kao mikrosocijalni medij može imati kako stimulativni tako i destimulativni efekat na razvoj adolescenta u pozitivnom ali i u negativnom smislu. Takozvana „savremena porodica“ nosi posebne rizike kao što su: prevelika emotivna uključenost roditelja u život adolescenta, preambiciozni, superiorni i previše zahtjevni roditelji, prezaštitnička majka sa jedne strane ili izostanak fizičke bliskosti (dodir), uskraćivanje ljubavi, zanemarivanje i nedovoljno druženje s djecom s druge strane.

Općenito se može reći da je pretjerano liberalan odgoj podjednako štetan kao i pretjerano strog odgoj (problem autoriteta). Faktori rizika mogu biti i razorenja porodica, razvedeni roditelji i slično. Primjećeno je također, mada ne u absolutnom smislu, da su bolesti ovisnosti značajno manje prisutni u tradicionalnim porodicama u kojima se njeguju čvrsti moralni i religiozni principi.

Makrosocijalni faktori sredine u kojoj pojedinac živi odnose se na politički i ekonomski razvoj zemlje, karakteristike običaja življenja, geografski položaj zemlje i dr. koji mogu u povoljnem trenutku postati faktori rizika u nastanku ovisnosti.

Droga kao treći neophodni činilac za nastanak ovisnosti, može nositi različite nivoe rizika zavisno od vrste droge, njenih farmakoloških karakteristika, dostupnosti na tržištu, cijene i dr.



Piercing kod ovisnice

Klasifikacija psihoaktivnih supstanci

Psihoaktivna supstanca (PAS) je svaka supstanca biljnog ili sintetičkog porjekla koja, kada se unese u organizam može da modificuje jednu ili više njegovih funkcija i da nakon ponavljane upotrebe dovede do stvaranja psihičke i/ili fizičke zavisnosti, te fenomena tolerancije.

Podjela PAS se vrši u odnosu na njihovo porjeklo, vrstu, farmakološke karakteristike, način djelovanja, te stepen i vrstu simptoma.

Prema porijeklu droge mogu biti prirodne i sintetičke. U odnosu na tip zavisnosti rezlikujemo droge koje izazivaju psihičku zavisnost, droge koje izazivaju pretežno fizičku zavisnost, ili pak droge koje izazivaju i psihičku i fizičku zavisnost.

U narodu, ali i među nedovoljno educiranim medicinskim radnicima, odavno se koristi podjela droga na lahke i teške. Važno je istaći da ova tzv. laička podjela nema ni naučnu ni stručnu podršku, a nastala je iz uvjerenja da sve droge sa kojima se počinje, tipa marijuane spadaju u lahke, te da nisu toliko opasne kao što su opasne teške droge (heroin, LSD i dr.). Međutim veliki broj primjera veoma ozbiljnih i teških ovisnosti o preparatima kanabisa argumentovano demantuju ova uvjerenja potkrepljujući naučnu tvrdnju da ne postoje lahke i teške droge, već da sve droge bez obzira na vrstu imaju veoma ozbiljne posljedice po zdravlje čovjeka.

Za medicinski struku od posebnog značaja je podjela droga prema njihovom psihofarmakološkom i fiziološko farmakološkom djelovanju na centralni nervni sistem čovjeka. S tim u vezi PAS se dijele na:

1. Supstance sa depresivnim (sedirajućim) efektima na CNS (opijum, morfij, heroin, metadon, benzodiazepini i dr.)

2. Supstance sa stimulativnim efektima na CNS (amfetamin, MDMA-ecstasy, kokain)
3. Supstance sa halucinogenim (perceptivnim) efektima na CNS (marihuana, LSD i dr.)

Definicije ovisnosti i dijagnostički kriteriji

Prema Međunarodnoj Klasifikaciji bolesti (MKB-10) sindrom ovisnosti se definiše kao:

„Skupina pojava ponašanja, kognicije i fizioloških promjena koje se razvijaju nakon ponavljanje upotrebe pojedinih supstanci i redovito uključuju jaku želju za uzimanjem te supstance i poteškoće u kontroli njezinog uzimanja“ (14)

Prema Američkom dijagnostičkom priručniku (DSM-IV) ovisnost o psihoaktivnoj supstanci se definiše kao: „**Neprilagođeno ponašanje vezano uz upotrebu psihoaktivnih supstanci, koje vodi značajnom oštećenju organizma ili subjektivnim problemima, a prepoznaje se na temelju tri (ili više) kriterija, ako se pojave bilo kad u istom jednogodišnjem razdoblju.**“ (15)

Prije početka liječenja potrebno je uspostaviti dijagnozu ovisnosti, u skladu sa međunarodno priznatim dokumentima, kao što su: Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti iz 1992 godine (MKB-10 ili ICD-10) koju je objavila SZO i Dijagnostičko-statistički vodič, četvrto izdanje, Američke psihijatrijske asocijacije iz 1994 godine (DSM-IV).

U kliničkoj svakodnevnoj praksi zvanično se koristi MKB-10 klasifikacija zbog jednostavnosti i bolje diferencijacije vrsta ovisnosti. Prema ovoj klasifikaciji svi „duševni poremećaji i poremećaji ponašanja izazvani uzimanjem alkohola i psihoaktivnih supstanci“ svrstani su u klasifikacijsko polje F10-F19 od kojih svaki ima devet podznaka kojim se označavaju pojedina klinička stanja vezana za vrstu i stepen poremećaja. (U prilogu Vodiča)



Higijenska zapuštenost zuba kod heroinskog ovisnika



Plućni empiem kod intravenskog ovisnika

SIMPTOMI BOLESTI OVISNOSTI

U svakom slučaju za postavljanje dijagnoze ovisnosti o PAS neophodno je da u razdoblju od jedne godine budu zastupljeni simptomi iz domena psihičkog, fizičkog i socijalnog segmenta.

Psihološki simptomi: jaka želja ili žudnja za uzimanjem droge, poremećaji kontrole ponašanja.

Fizički simptomi: Pojava apstinencijalnog sindroma nakon prestanka dejstva droge. Fenomen tolerancije odnosno potreba za povećavanjem doze radi postizanja istog efekta

Socijalni simptomi: Karakterne promjene ličnosti, poremećaj ponašanja, prekid komunikacije sa porodicom, te upotreba supstance uprkos očiglednim negativnim i štetnim zdravstvenim posljedicama

Ove tri grupe simptoma se nikada ne javljaju istovremeno, ali u završnici procesa razvijanja ovisnosti, njihova združena ekspresija upućuje na razvijenu bolest ovisnosti.

Putokaz u bolest ovisnosti

Najčešći podaci koji se dobivaju od članova porodice, a upućuju na ovisnost:

- Poremećaj ponašanja i raspoloženja
- Oscilacije raspoloženja
- Grižnja savjesti
- Pasivnost
- Sklonost ka izolaciji
- Slabija komunikacija
- Bezrazložni izlasci iz kuće
- Kontakti sa nepoznatim osobama
- Česta telefoniranja
- Poremećaj sna
- Inverzija sna
- Noćni izlasci i spavanje po danu
- Nesanica
- Uzimanje sredstava za spavanje

- Sklonost laganju
- Problemi sa školom (popuštanje u učenju, izostajanje)
- Problemi na poslu (zakašnjavanje, gubitak koncentracije i motivacije za rad, česti izlasci)
- Nelegalna nabavka novca za kupovinu droge
- Prodaja ličnih stvari
- Otuđivanje stvari iz kuće i krađe
- Zaduživanje kod kućnih prijatelja
- Zapuštanje lične higijene
- Neredovno kupanje i brijanje
- Nošenje raznog nakita i tetovaže
- Slušanje specifične muzike

Najčešći podaci koje daje ovisnik kada se javi na liječenje:

Oni se obično razlikuju od podataka uzetih od porodice, jer su mnogo izraženiji i manifestniji:

- Negativna porodična anamneza tokom odrastanja
- Česte rastave braka
- Alkoholizam i nasilje u porodici
- Odbačenost od strane roditelja
- Česta traumatska iskustva
- Rano asocijalno ponašanje
- Teška materijalna situacija
- Minimiziranje porodične problematike
- Česti problemi sa zakonom
- Rano kriminogeno ponašanje
- Prvi kontakt sa PAS veoma rano u 13-14 godini, (najčešće trava, alkohol, Ijepilo, Ecstasy, analgetici u društvu vršnjaka ili starijih osoba)
- U fazi eksperimentiranja isprobavaju većinu PAS
- Uzimanje heroina nekoliko godina ušmrkavanjem ili na foliju obično u društvu starijeg ovisnika
- Nastanak fizičke ovisnosti tokom nekoliko uzimanja heroina, najduže jedan do dva mjeseca koju i sami prepoznaju kao napetost, nelagodu, bolove u leđima i žudnju za supstancom
- U nedostatku heroina često uzimaju supstance iz grupe sedativa (Benzodiazepine - Apaurin i Lexilium), ili opioidnih analgetika (Tramal)
- Jasno prepoznavanje psihofizičkih znakova ovisnosti, tokom 4-5 narednih godina

- Pokušaj liječenja je najčešće pod pritiskom porodice koja se napokon uvjerila da se radi o ovisniku

Ponavljanim i redovnim uzimanjem droge, vrlo brzo, ponekad i za manje od mjesec dana, razvija se prava ovisnost o supstanci i korisnik ulazi u začarani krug u kojem smisao života postaje „potraga za novom dozom“ kako bi se izbjegao apstinencijalni sindrom, izuzetno neugodno i bolno stanje kojeg se svaki ovisnik najviše boji.



Tetovaže kod ovisnika

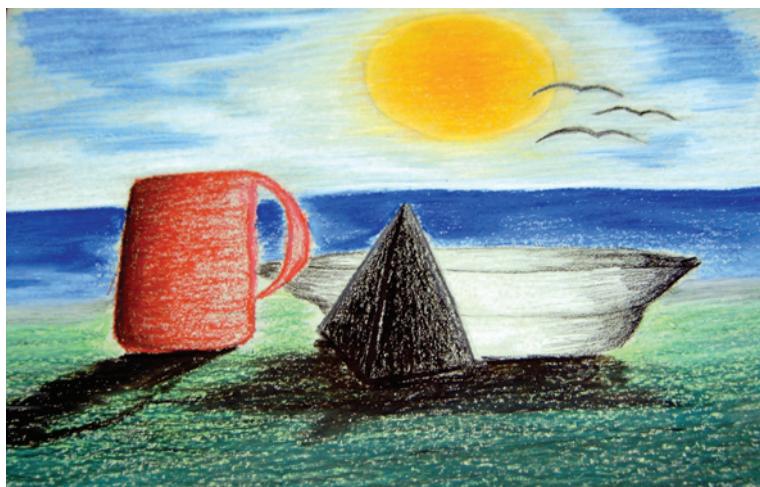
Opijatski apstinencijalni sindrom

Opijatski apstinencijalni sindrom nastaje 8-12 sati nakon posljednjeg uzimanja heroina. Prvo se javljaju znaci psihičke zavisnosti u smislu napetosti, neraspoloženja i žudnje za drogom. Njih prate simptomi disfunkcije i iritacije vegetativnog nervnog sistema (VNS) u obliku izrazito proširenih zjenica (midrijaza), pojačane sekrecije suznih žlijezda (suzenje), nosne sluznice (rinoreja), te naježene kože (tzv. guščija koža). Ako se u ovoj fazi ne djeluje terapijski tada se drugog danajavljaju tremor, pojačano znojenje, opšta slabost, te povećan tonus u mišićima leđa, ruku i nogu. Ovi znaci napreduju u mišićne bolove koji dovode do psihomotornog nemira, kada pacijent ne može da se skrasi na jednom mjestu, već je u stalnom pokretu. Uz naglašenost svih ranijih simptoma, pacijent u ovoj fazi može da ispoljava agresivno ponašanje, pa čak i dezorientaciju. Ostavlja utisak osobe koja je u stanju krajnjeg očaja i beznađa.

Trećeg dana opijatskog apstinencijalnog sindroma javljaju se bolovi u trbuhu, povraćanje, a nerijetko i subfebrilne temperature (u rasponu od 37-37,5 °C), blaga hipertenzija, ubrzani puls (i do 120/min), hiperglikemija, pojačano lučenje ketosteroida i ACTH od strane hipofize.

Opisana klinička slika opijatskog apstinencijalnog sindroma bez sumnje je posljedica komplikovanih fizioloških promjena sa kojima svaki liječnik mora biti upoznat i u skladu s tim primjenjivati najefikasnije metode liječenja.

Za brže dijagnosticiranje opijatskog apstinencijalnog sindroma koristi se COWS skala (Clinical Opiate Withdrawal Scale), koja se nalazi u prilogu ovog Vodiča.



Rad nastao tokom okupacione terapije

LIJEČENJE (HEROINSKE) OVISNOSTI

Liječenje narkomanije ili ovisnosti o psihoaktivnim supstancama predstavlja veoma kompleksan medicinski zahvat koji se po pravilu sprovodi u specijaliziranoj zdravstvenoj ustanovi u hospitalnim i/ili ambulanternim (vanbolničkim) uslovima. Hospitalizacija se preporučuje samo u početku terapijskog programa, za fazu detoksikacije, tj. „skidanja sa droge“, te uspostavljanja inicijalne apstinencije.

Treba naglasiti da „ne postoji jedinstveno sredstvo niti razrađen i efikasan metod liječenja narkomanije. Do sada su se u nekoliko navrata u relativno kratkom vremenskom razdoblju mijenjali opšti principi terapijskog pristupa i načina institucionalnog zbrinjavanja ove grupe teških bolesnika“. (24)

Program odvikavanja (od droga) je složen multikomponentni proces koji se odvija u fazama a sprovodi multidisciplinarno. Program sadrži slijedeće:

- Razvijanje motivacije
- Medikamentozna terapija
- Individualna psihoterapija (površna, suportivna)
- Porodično savjetovanje
- Okupaciona terapija
- Grupna socioterapija
- Terapijska zajednica/komuna
- Grupe za podršku, psihosocijalne intervencije, klubovi.

Metadon se u liječenju heroinske ovisnosti koristi u programu metadonske detoksikacije i programu metadonske supstitucije.

Ne treba nikada zanemariti činjenicu da je primjena Metadona samo dio veoma kompleksnog i multikomponentnog programa liječenja u kojem je multidisciplinarni timski pristup dominantan oblik rada.

Glavni principi za uključivanje pacijenta u metadonski tretman su **da svako ko je ovisan o opijatima može biti uključen u tretman po odgovarajućoj procjeni i da se svakome odredi onaj tretman koji u najvećoj mjeri odgovara njegovim postojećim potrebama.**

Kožne infekcije kod intravenskih heroinskih ovisnika



METADON

Metadon je sintetski opijatski agonist koji se sa uspjehom koristi više od četiri decenije širom svijeta u tretmanu ovisnika o heroinu. O pozitivnim efektima metadonskog tretmana svjedoče iskustva SAD-a, kolijevke metadona, ali i mnogih evropskih zemalja kao što su: Švedska, Austrija, Italija, Belgija, Slovenija, Velika Britanija, Španija i druge. Nedostatak jedinstvenog i efikasnog sredstva za liječenje heroinskih ovisnika daje metadonu prednost u odnosu na druge nemetadonske oblike liječenja. U prilog tome govore i najnoviji podaci SZO prema kojima se danas u svijetu na ovoj terapiji nalazi blizu milion ljudi. Razlog za to je što se metadon može u medicinski propisanim dozama relativno dugo primjenjivati kod heroinskih ovisnika, a bez bojazni da će dovesti do komplikacija na bilo kojem nivou o čemu svjedoče dosadašnja znanja i iskustva. Sve je veći broj istraživačkih studija u svijetu koje potvrđuju ove navode.

Studija koju je proveo istaknuti švedski priholog, voditelj metadonskog programa u Uppsalu, Leif Grönbladh (2004.) (13), na reprezentativnom uzorku od 349 opijatskih ovisnika za period od 23 godine, pokazala je da je prosjek godišnje retencije pacijenata u metadonskom programu održavanja 90% uz signifikantan pad zloupotrebe PAS, kriminaliteta i prostitucije, te pad stope smrtnosti. S druge strane došlo je do dramatičnog porasta stope zaposlenosti na 70-80%, povećanja zaštite od HIV infekcije, te uočljivog poboljšanja socijalnog funkcionisanja pacijenata.

I druge studije svjedoče u prilog primjeni metadona kao što su studije: Anna Coppel, Francuska, 1994-1999. i Toxibase 2000; Icro Maremmani, Matteo Pacini, Italija , 1993-2004; Robert Mollica, Italija (Vedette Study and "Tracking" Project), 2001-2002.

Robert G. Newman, pozivajući se na izvještaj GAO (General Accounting Office, 1990) o evaluaciji 24 metadonska programa širom SAD, u kojima je tretirano 5600 pacijenata, navodi da je za šest mjeseci nakon početka tretmana više od 50% pacijenata uspostavilo apstinenciju od heroina, a u pet programa u New Yorku je taj procenat čak bio veći od 95%.

U studiji koja je provedena u Sarajevu, dobiveni su slični rezultati: metadonskom supstitucionom terapijom značajno se reducira upotreba i zloupotreba psihoaktivnih supstanci (za 72%), i kriminogeno ponašanje (za 52%), a poboljšava zaposlenost (za 46%), poboljšava kvalitet porodičnih odnosa i sveukupno socijalno funkcionisanje ovisnika.

Farmakološki aspekti

Metadon (4,4 difenil-6-dimetilamino-3-heptanon) je dugodjelujući opioidni agonist, koji na ljudi ima efekat sličan efektu morfija. (1) Metadon je primarno sintetski narkotički analgetik iz grupe difenilpropilamina. (10)

Analgetički efekat Metadon ostvaruje vezanjem i agonističkim djelovanjem na opioidne Mu (μ) receptore u CNS-u, mijenjanjem percepcije boli u kičmenoj moždini i višim nivoima CNS-a, te emocionalnog odgovora na bol.

Dobro se apsorbuje iz gastrointestinalnog trakta bez obzira na farmakološki tip (sirup ili tablete). Prosječni poluživot izlučivanja je 24-36 sati, a krajnji raspon je od 10-80 sati što je individualno različito.

Metadon se matabolozira u jetri, a putem metabolita izlučuje u urinu i stolici, gdje je moguće dokazati njegovo prisustvo putem skrining multi-drug testova.

U osnovi metabolizma metadona su proteini zvani Cytochrom P450 (CYP) enzimi. Ovi enzimi su također prisutni u gastrointestinalnom traktu (GIT) tako da metabolizam metadona ustvari počinje prije nego droga udje u cirkulatorni sistem (Hardman et al, 1996.) (4)

Ovakve farmakološke karakteristike omogućavaju da se metadon koristi i kao supstitutivni opijatski medikament kod ovisnika o heroinu, jer može da se primjeni per os, u jednoj dnevnoj dozi sa brzim postizanjem stabilnog nivoa u plazmi i bez pojave simptoma apstinencijalnog sindroma u intervalu između dvije dnevne doze.

Na brzinu metabolizma metadona i njegovu eliminaciju iz tijela primarno utiče CYP3A4, a na drugom mjestu je CYP2D6, a zatim CYP1A2 kao i neki drugi (CYP2C9 CYP2C19), čija je uloga za sada na nivou ispitivanja. (31)

Ova metabolička interakcija metadona i CYP enzima može ići u smislu indukcije (CYP3A4) ili inhibicije (CYP2D6) enzima, što može uticati na nivo metadona u serumu.

Različite psihootaktivne supstance, a i veliki broj psihofarmaka (lijekovi) predstavljaju metabolički suprat CYP enzima. Neke supstance su inhibitori specifičnih CYP enzima, te dovode do usporavanja metabolizma metadona, što može dovesti do izuzetnog porasta nivoa metadona u serumu i toksičnih efekata (Levy et all 2000). Obratno, neke supstance su induktori specifičnih CYP enzima i dovode do ubrzanih metabolizma metadona kao supstrata CYP enzima, čime dolazi do sniženja njegove koncentracije u serumu (Flexner and Piscitelli 2000). (4) U ovakvoj situaciji realno je očekivati pojavu opisanih apstinencijalnih simptoma. Sve ovo ima značaja kod istovremene primjene više medikamenata pored metadona, koji u međusobnim metaboličkim interakcijama i interakcijama sa pojedinim CYP enzimima izazivaju različite metaboličke i druge pojave.

Klinički značaj razumjevanja ovih metaboličkih interakcija medikamenata ili droga sa specifičnim CYP enzimima je u posljedicama kao što su: porast efekata metadona zbog povećanja njegove koncentracije u serumu izazvane inhibicijom CYP enzima, odnosno smanjenje efekata Metadonskog programa održavanja zbog sniženog nivoa metadona u serumu nastalog indukcijom CYP enzima. (4)

Glavni ciljevi primjene metadona u oblasti adiktivne medicine se odnose na redukciju ili potpuni prestanak uzimanja heroina i drugih psihotaktivnih supstanci, te stavljanje naglaska na socijalnu i ličnu rehabilitaciju ovisnika.

Liječenje opijatskog apstinencijalnog sindroma – detoksikacija metadonom

Liječenje opijatskog apstinencijalnog sindroma se sprovodi Metadonom i lijekovima koji djeluju na pojedine simptome (simptomatska terapija). Dobro je odmah dati infuziju fiziološkog rastvora (0,9% NaCl) u cilju rehidratacije obzirom da je pojačanim znojenjem došlo do gubitka tečnosti i minerala. U ovoj fazi apstinencijalne krize neki pribjegavaju i primjeni transfuzije plazme. Sve vrijeme potrebno je pratiti vitalne parametre (puls, respiracije i krvni pritisak), te po potrebi uključiti sredstva za povećavanje krvnog pritiska (Efortil, Ditamin, i sl.).

Na simptome psihičke iritacije, te psihomotornog nemira, moguće je djelovati neurolepticima, ali samo u krajnjoj nuždi, budući da neuroleptici fenotiazinskog tipa kao što su Nozinan (Levomepromazin) ili Largactil (Chlorpromazin) mogu izazvati „kratkotrajne konfuzno-delirantne kliničke slike“. (3) Nakon povlačenja izrazitih apstinencijalnih smetnji pribjegava se anksioliticima i sedativima benzodiazepinskog tipa, kao što su Bromazepam (Lexilium), Diazepam (Apaurin, Bosaurin) i Alprazolam (Xanax) i sl., a za smetnje sna koriste se hipnosedativi Nitrazepam (Trazem, Cerson) uz izbjegavanje hipnotika barbituratne grupe (zbog brzog razvijanja ovisnosti). (41)

Za ostale simptome apstinencijalnog sindroma upotrebljavaju se različiti medikamenti kao što su analgetici, antireumatici, antihistaminici, hepatoprotективni, polivitaminski preparati i drugi. Ne podcenjujući značaj svih gore navedenih medikamenata, suština liječenja opijatskog apstinencijalnog sindroma je **metadon**, sintetički analgetik, koji se još koristi za djelovanje na jake bolove kod različitih bolesti kao što su hronične radikulopatije, neuralgije ili terminalni stadiji karcinoma. (41)

U cilju saniranja apstinencijalnog sindroma metadon se koristi u formi tečne otopine, 10 mg/ml u pakovanju od 10ml i 100ml. Pored ovog oblika, registrovan je i kao otopina od 5mg/ml, 10mg/5ml, tablete od 5,10 i 40mg, te ampule za parenteralnu upotrebu od 10mg/ml. (10)

Kratkoročna detoksikacija podrazumjeva smanjivanje doza metadona tokom perioda od mjesec ili manje dana, a dugoročna detoksikacija je smanjivanje doza metadona tokom perioda dužeg od mjesec dana.

Značaj metadona u primjeni apstinencijalnog sindroma je što može da zaustavi razvoj opijatske apstinencijalne krize i omogući komforne „skidanje“ s droge i postizanje apstinencije. Kod pojave objektivnih kliničkih simptoma apstinencijalne krize, kao što su midriaza, hiperhidroza, rinoreja, suzenje, ubrzan puls i povećan krvni pritisak, započinje se sa prvom dozom metadona od 10-20mg, oralnim putem. Doza se ponavlja nakon 4-6 sati. Ukupna dnevna doza metadona kod koje dolazi do povlačenja apstinencijalnog sindroma zove se **stabilizaciona doza**. U većini slučajeva ova doza ne prelazi 40mg i obično se daje ista doza prva dva dana, podijeljena u dva dijela. Od trećeg dana doza se smanjuje za 5mg počev od jutarnje doze. Na ovaj način ciklus se završava četrnaestog dana kada pacijent ne dobiva metadon.

Ovu jednostavnu i vrlo efikasnu shemu za „spuštanje“ u praksi je uveo Amerikanac Edgar P. Nace 1995. godine. (3) Zbog mogućnosti razvijanja zavisnosti od metadona ne preporučuje se da metadonska detoksikacija traje duže od 20 dana.

Shema primjene metadona u detox programu (E. P. Nace)

Dan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Mg	40	40	35	30	25	20	15	10	8	6	4	2	0	0

Istovremeno sa provođenjem detoksikacionog programa te dvije nedelje nakon toga, pacijent se uključuje u grupne oblike rada (psiho i socio terapijske), okupacionu terapiju, kao i individualni rad. Ishod detox faze, koja ukupno traje 4-5 nedelja, zavisi kako od stepena motivisanosti pacijenta, njegove strukture ličnosti i porodične podrške, tako i od stručnosti terapeuta i njihovog umjeća da putem terapijskih instrumenata zainteresuju pacijenta i pokrenu uspavane i potisnute unutarnje kapacitete prema kvalitativno novom stilu života bez droge.

Metadonski program održavanja – metadonska supstitucionna terapija

Iako je apstinencija za ovisnike o opijatima bez sumnje najbolje rješenje, ipak se mora priznati da je to za mnoge nedostiran cilj. Prema engleskim procjenama koje i drugi uglavnom prihvataju, samo oko 10% ovisnika o heroinu pristaje na

detoksikaciju i pokušaj apstinencije, dok ih oko 60% prihvata održavanje na metadonu. (7) Ostatak od 30% odustaje od bilo kakvog liječenja.

Održavanje na metadonu danas se smatra glavnom, ako ne i dominantnom metodom tretmana (7) Ako pacijent koji je na metadonu ipak povremeno uzme heroin, to još uvijek ne znači recidiv, već može ostati jedna epizoda bez ikakvih značajnih posljedica. Za razliku od toga, bivši ovisnik koji apstinira, gotovo nikad ne može spriječiti da ga jedno jedino uzimanje heroina ne odvede u potpuni recidiv. (6)

Metadon je sintetički opijatni agonist, koji djeluje na principu „okupiranja“ receptora u mozgu čime blokira euforičke i sedativne efekte opijata, prekida ili otklanja žudnju za drogom, a sam ne dovodi do euforije ili intoksikacije. Čak i u slučaju veoma duge upotrebe ne izaziva značajne neželjene sporedne efekte. Prema savremenim saznanjima američkih autora, održavanje na metadonu se mora primjenjivati najmanje 12 mjeseci, da bi se postigli očekivani pozitivni efekti ove terapije. (22)

Svaki profesionalac koji radi sa ovisnicima o opijatima zna koliko efikasan može biti ovaj lijek kada se primjenjuje na adekvatan način. Zato je „ključna stvar metadonskog održavanja odrediti klinički adekvatnu dozu metadona za svaku fazu tretmana (inicijalna doza, rana i kasna indukcija, stabilizaciona doza i doza u apstinencijalnoj krizi)“ (W.M. Wechsberg et al., 2004.) (12)

Dobro je početi sa prвom dozom metadona na početku sedmice (ponedeljak) u prijepodnevnim satima kako bi imali dovoljno vremena za opservaciju pacijenta koja je neophodna u ovom slučaju u trajanju od 4-5 časova. U prva tri dana metadon se daje podijeljen u dvije doze. Prva dnevna doza se kreće u rasponu od 10-20mg, a druga dnevna doza se prilagođava individualnim potrebama pacijenta. Ukupna dnevna doza ne bi smjela da pređe 40mg. Od četvrtog dana doza se objedinjuje u jednu. Ista doza se primjenjuje do “negativiziranja” pacijenta, što se utvђuje putem skrining testa urina. Testiranja urina na psihoaktivne supstance u kasnijem periodu tretmana u prosjeku se vrše jedanput sedmično, a može se raditi u slučaju sumnje na recidiv u bilo koje vrijeme.

Sve vrijeme psihijatar koji vodi pacijenta razvija atmosferu dogovaranja i saradnje sa pacijentom pri čemu se svakodnevno prate kako vitalni parametri, tako i psihosomatske reakcije i ponašanje pacijenta. Nakon prve sedmice, u slučaju da pacijent ispoljava simptome apstinencijalne krize, ili verbalizira da je postojeća doza nedovoljna, može se ići na postepeno povećavanje doze metadona, ali ne više od 5-10mg dnevno, odnosno ne više od 20mg u toku sedam dana.

Prema našim dosadašnjim iskustvima potrebno je 6-8 nedelja da se postigne stabilizaciona doza odnosno **doza održavanja** na kojoj se pacijent subjektivno

dobro osjeća i sa kojom može da obavlja sve svoje svakodnevne aktivnosti. Prosječna dnevna doza održavanja se kreće u rasponu od 60-120mg.

Prema američkom autoru W.M. Wechsbergu i saradnicima, analiza ovisnika koji su na metadonskom programu održavanja u 172 centra u Americi, je pokazala da je prosječna dnevna doza održavanja metadonom 69mg.

Naša iskustva su vrlo slična, prosječna dnevna doza Metadona pacijenata koji su na programu održavanja u sarajevskom centru za tretman je 55,0 mg.

Metadon primjenjen na ovaj način može se bez poteškoća davati relativno dugo, tj. onoliko dugo koliko je to u interesu pacijenta. Za sve vrijeme potrebno je njegovati pozitivan transferni odnos i biti „saveznik pacijentovog oslabljenog Ega“. (3) Pored individualnog tretmana u obzir dolazi uključivanje pacijenta u rad različitih terapijskih grupa, kao što su: suportivne, psihoterapijske i socioterapijske. Grupa, kao instrument kojim se terapijski djeluje na pojedinca, može značajno pomoći u oblikovanju ličnosti ovisnika kako na premorbidnu ličnost, tako i na sekundarne karakteristike ličnosti koje su nastale duževremenim djelovanjem psihoaktivnih supstanci.

U Centru za metadonsko održavanje u Sarajevu primjenjuje se nekoliko tehnika grupne terapije u kojima učestvuje multidisciplinarni tim. U *grupi za prevenciju recidiva* radi se sa onim pacijentima koji pokazuju rizično ponašanje, odnosno ponašanje koje indicira mogućnost recidiva, ili već verificirano recidivirajuće ponašanje, koje je potvrđeno skrining testovima urina. Pored toga organizovana je i *grupa stabilnih pacijenata* sa kojima rade iskusni terapeuti u cilju održavanja stabilnog stanja te djelovanja na one segmente ličnosti koji se mogu koristiti u resocijalizaciji i rehabilitaciji. Od izuzetnog je značaja i rad *grupe sa članovima porodica*. Poznato je da oni dugo vremena žive pod stresom, te im je potrebno psihičko rasterećenje koje se učešćem u grupi postiže verbalnom ventilacijom, a imaju priliku i da nauče nove tehnike „nošenja“ sa različitim problemima vezanim za ponašanje ovisnika u toku metadonskog programa održavanja. Ovako ojačani mogu mnogo više učiniti za „svog narkomana“ u procesu njegove resocijalizacije.

Nagli prekid uzimanja metadona dovodi do simptoma apstinencijalne krize unutar 3-4 dana, a vrhunac razvoja je šestog dana. Glavni simptomi apstinencijalnog sindroma su: slabost, anksioznost, anoreksija, nesanica, bolovi u želucu, glavobolja, znojenje, napadi vrućine.

Ovi simptomi se obično povlače nakon dvije sedmice, međutim moguć je i razvoj protrahiranog apstinencijskog sindroma.

Sporedne pojave upotrebe metadona

Sporedne pojave upotrebe metadona kod 20% pacijenata vezane su za neurovegetativnu i psihičku oblast. Među najznačajnije spadaju: opstipacija, poremećaj ritma sna i budnog stanja, poremećaj seksualnog nagona i koncentracije, a kod žena nepravilnosti u menstrualnom ciklusu.

Metadon može izazvati toleranciju, psihološku i fizičku ovisnost.

U slučaju predoziranja metadonom dolazi do depresije disanja i cirkulacije, respiratornog i srčanog aresta, te kome i smrti.

Metadonski program održavanja prema vrsti kriterijuma

Danas u svijetu postoje niskopražni i visokopražni programi održavanja.

1. Program održavanja sa niskim pragom:

- Lagan za pristup u program (princip neselektivnih kriterija za uključivanje);
- Orijentisan za smanjenje štetnih posljedica;
- Za primarni cilj ima ublažavanje simptoma apstinencijalnog sindroma i bolesne potrebe za drogama te poboljšanje kvaliteta života pacijenata;
- Nudi niz tretmanskih opcija.

2. Program održavanja sa visokim pragom

- Teži za pristup (princip selektivnih kriterija);
- Orijentisan na postizanje apstinencije (uključujući i apstinenciju od metadona);
- Nemaju fleksibilne tretmanske opcije;
- Usvajaju praksu redovitih kontrola (uz testiranje urina na PAS);
- Imaju fleksibilnu politiku otpuštanja (ne dozvoljavaju upotrebu zabranjenih opijata);
- Uključuju obavezni savjetovališni rad i psihosocijalne terapijske programe.

Metadonski program u Kantonu Sarajevo

Program metadonskog održavanja prvi put je uveden u Sarajevu 1989. godine i provodio se u tadašnjem "Savjetovalištu za psihološku podršku mladima", a

koje je djelovalo još od 1978. godine u sklopu Psihijatrijske klinike Univerzitetsko-medicinskog centra u Sarajevu. U radu Savjetovališta, za potrebe zdravstvene zaštite mlađih te liječenja poremećaja vezanih za zloupotrebu droga, učestvovali su stručnjaci Psihijatrijske klinike i Zavoda za alkoholizam i druge toksikomanije.

Pred izbijanje rata u našoj zemlji, krajem 1991. godine u Savjetovalištu je bilo registrovano oko 1000 uživalaca droga, od čega je oko 50 uključeno u metadonski program održavanja.

Sve organizovane aktivnosti na polju prevencije i liječenja narkomanije prekinute su u proljeće 1992. godine. U toku višegodišnjeg rata, od 1992-1995. godine, tretirani su samo sporadični slučajevi ovisnosti od droga vezani za predoziranje, apstinenciju i toksička psihotička stanja. (18)

Otvaranjem Odjeljenja za narkomaniju 2000. godine i uspostavljanjem metadonskog programa detoksikacije (MDT) u januaru 2002. godine, stvoreni su uslovi za revitalizaciju i metadonskog programa održavanja koji je uspostavljen u junu iste godine, kao i novoformirano Savjetovalište za prevenciju i liječenje ovisnosti. Danas se na programu metadonskog održavanja nalazi 210 pacijenata, a na zatvorenom odjeljenju (10 kreveta) koje je jedinstveno u cijeloj državi, sprovodi se metadonska detoksikacija za prosječno 150 pacijenata godišnje.

Program koji se primjenjuje u našoj ustanovi je visokopražni u skladu sa kriterijumima Evropskog vodiča za metadonsku terapiju (2000), a koji su opisani u Inoviranom Programu prevencije ovisnosti Kantona Sarajevo 2004-2007 (u prilogu ovom Vodiču).

Postoje iapsolutne indikacije za uključivanje u program, kada prethodni kriteriji ne moraju biti zadovoljeni (trudnice, HIV pozitivni, teške tjelesne i mentalne bolesti), kada se timskom procjenom donosi odluka o uključivanju u program održavanja.

Negativne strane metadonske terapije

Sigurno je da je primjena metadona u tretmanu opijatskih ovisnika za četiri decenije svuda u svijetu pokazala pozitivne rezultate, odnosno potvrđila opravdanost njegove primjene. Uprkos tome, još uvijek postoje žestoki protivnici ove terapije čiji kritički osvrti imaju i djelimično opravdanje u slijedećim navodima koji predstavljaju argumente „PROTIV“ metadona:

- Metadon se daje u zamjenu za heroin, tj. „Jedna droga se zamjenjuje drugom“
- Neosporno je da jedan dio medicinski ordiniranog metadona odlazi na ilegalno tržište.

- Metadonskim programom nije se radikalno smanjio procenat kriminogenog ponašanja ovisnika.
- „Oko 20% pacijenata, obuhvaćenih metadonskim programima, pribjegavaju kasnije zloupotrebi alkohola, barbiturata ili stimulansa CNS-a, a prosječno oko 14% njih moralo je biti isključeno iz programa zbog psihotičnog, delinkventnog ili drugog vida neadekvatnog ponašanja“ (Petrović S.P.). (3)

Svakako je nerealistično očekivati da svi ovisnici prihvate metadonsku terapiju. Ali, makoliko se činio neprihvatljivim za neke zdravstvene stručnjake, metadonskim programom se pored liječenja i rehabilitacije postiže i prevencija šteta koje bi neliječeni ovisnik mogao izazvati.

Pozitivne strane metadonske terapije

Višedecenijska iskustva su pokazala da metadon primjenjen na medicinski propisan način predstavlja lijek prvog izbora u liječenju heroinske ovisnosti. Uspješnost terapije nije u korelaciji sa visinom doze. Dugotrajni pozitivni efekti primjene metadona kako na zdravstvenom tako i na ponašajnom planu postižu se istom dozom metadona.

Njegovom primjenom se postiže:

- Značajna redukcija upotrebe i zloupotrebe psihоaktivnih supstanci (droga)
- Smanjenje broja smrtnih ishoda od predoziranja
- Značajno smanjenje rizika smrtnih ishoda direktno ili indirektno vezanih za ovisnost o opijatima
- Značajno smanjenje učestalosti kriminogenog ponašanja
- Redukcija upotrebe zajedničkog pribora za i.v. iniciranje
- Redukcija transmisije virusnih infekcija (virusni hepatitisi, HIV infekcije)
- Redukcija seksualno rizičnog ponašanja
- Poboljšanje ishoda trudnoće kod trudnica – ovisnica
- Poboljšanje kvaliteta života pacijenata, uključujući pozitivne promjene u njihovom zdravlju
- Poboljšanje kvaliteta porodičnih odnosa i sveukupno socijalno funkcionisanje ovisnika
- Vrlo je ekonomičan (društvenu zajednicu neliječeni ovisnik košta sedam do deset puta više, nego li onaj koji je u terapijskom procesu održavanja metadonom

DRUGE FORME SUPSTITUCIJE

Iako se metadon najviše primjenjuje u tretmanu ovisnosti o opijatima, postoje i drugi lijekovi koji se mogu koristiti kao supstitucija. Tu spadaju:

- **Buprenorphine (Subutex)** je analgetik koji ima i agonističke (mi-receptori) i antagonističke (kapa – receptori) efekte na opijatskim receptorima u mozgu. Uvijek treba početi sa malom dozom, bilo da se radi o prethodnoj upotrebi metadona ili heroina, jer velika početna doza može precipitirati pojavu apstinencijalnog sindroma. Terapijska doza se kreće od 4-32mg, a koristi se sublingvalno. Posebno se upotrebljava u Francuskoj, Portugalu, Austriji, Švedskoj, Rusiji, SAD i Norveškoj, dok je njegova primjena u ostalim zemljama svijeta tek u inicijalnoj fazi, a u Bosni i Hercegovini još nije administrativno registrovan.
U zadnje vrijeme u svijetu je sve više u upotrebi **SUBOXONE** preparat koji predstavlja kombinaciju Buprenorfina HCl i Naloxona čime je antagonistički efekat na opijatske receptore više izražen. (31)
- **Naltrexon (Trexan, Revia)** – dugodjelujući opioidni antagonist, koji se daje jedanput u toku 24 sata, a u većim dozama se može davati svaki drugi ili treći dan. Iako ne izaziva euforiju i ne stvara toleranciju, ne sprječava žudnju za drogom zbog čega se primjenjuje samo kod visoko motivisanih pacijenata. Naltrexon još uvijek nije u široj upotrebi u našoj zemlji jer nije zvanično registrovan.
- **Levo alfa acetilmadol (LAAM)**, je agonist i sintetički opijatski analgetik, morfijskog tipa. Iako ima duži poluživot od metadona nije u širokoj upotrebi.
- **Heroin ili diacetilmorfin** opojni analgetik koji u većini zemalja predstavlja zabranjenu drogu. U terapijske svrhe se koristi jedino u Velikoj Britaniji, Švajcarskoj i Holandiji.

OPIJATSKI ANTAGONISTI U LIJEČENJU OVISNOSTI

Tretman ovisnosti o opijatima se može sprovoditi i upotrebom opijatskih antagonista koji mogu biti kratkog ili dugog djelovanja.

Opijatski antagonisti kratkog djelovanja (**Naloxon**) pomažu u tretmanu opijatskih toksičnih reakcija (overdosis) brzim blokiranjem efekata heroina u mozgu, a mogu se koristiti i u svrhu dijagnosticiranja ovisnosti. („Naloxonska proba“ – test izazivanja apstinencijalne krize) Ovdje posebno naglašavamo značaj primjene Naloxona u terapiji heroinske intoksikacije koja predstavlja veoma teško kliničko stanje koje je opasno po život. Posebno važan simptom ovog stanja su izrazito sužene zjenice veličine glave čiode (mioza) što je značajno u diferencijalnoj dijagnozi sa apstinencijalnim sindromom u kojem se javlja midrijaza. Za ovu svrhu se odmah daje 0,8mg (1 ampula) Naloxona i.v., te ako nema odgovora nakon 15 minuta se daje 1,6mg i.v. (2 ampule), te ponovo pričeka 15 minuta. Ako i dalje nema odgovora treba dati 3,2mg i.v. (4 ampule) Naloxona i posumnjati na drugu dijagnozu, odnosno predoziranje sa više PAS. Ako je postupak uspješan treba nastaviti sa 0,4mg Naloxona i.v. svaki sat uz praćenje vitalnih parametara.

Opijatski antagonisti dugog djelovanja (**Naltrexon**) se koriste u programu odvikavanja, a značajni su zato što se njihovom primjenom održava apstinencija dok sami ne izazivaju fenomen tolerancije niti euforiju. Pored toga koriste se i u terapiji alkoholne ovisnosti.

Primjena opijatskih antagonista je samo dio veoma kompleksnog i multikomponentnog programa liječenja u kojem je multidisciplinarni timski pristup dominantan oblik rada.

DETKECIJA DROGA

Metode otkrivanja prisutnosti droga u organizmu mogu da se rade testiranjem kose (dlaka), urina, krvi i sline (pljuvačke). Detekcija droga se može vršiti uz pomoć skrining testa za brzo otkrivanje PAS u tjelesnim tečnostima, ili u specijaliziranim laboratorijama za toksikološke nokse, gdje se vrši kvantitativna analiza putem plinske hromatografije i spektrometrije mase (GC-MS metoda).

Testovi za brzo otkrivanje droga su **kvalitativni** i mogu dati informaciju o prisustvu ili odsustvu droge u datom uzorku, a nikako i koncentraciji. Zbog toga su ovi testovi preliminarni, prvostepeni i osnova za dalje ispitivanje ukoliko je rezultat testa pozitivan. Ovim testovima se ne može procjenjivati stepen intoksikacije te se ne mogu koristiti za potrebe sudsko-medicinskog vještačenja.

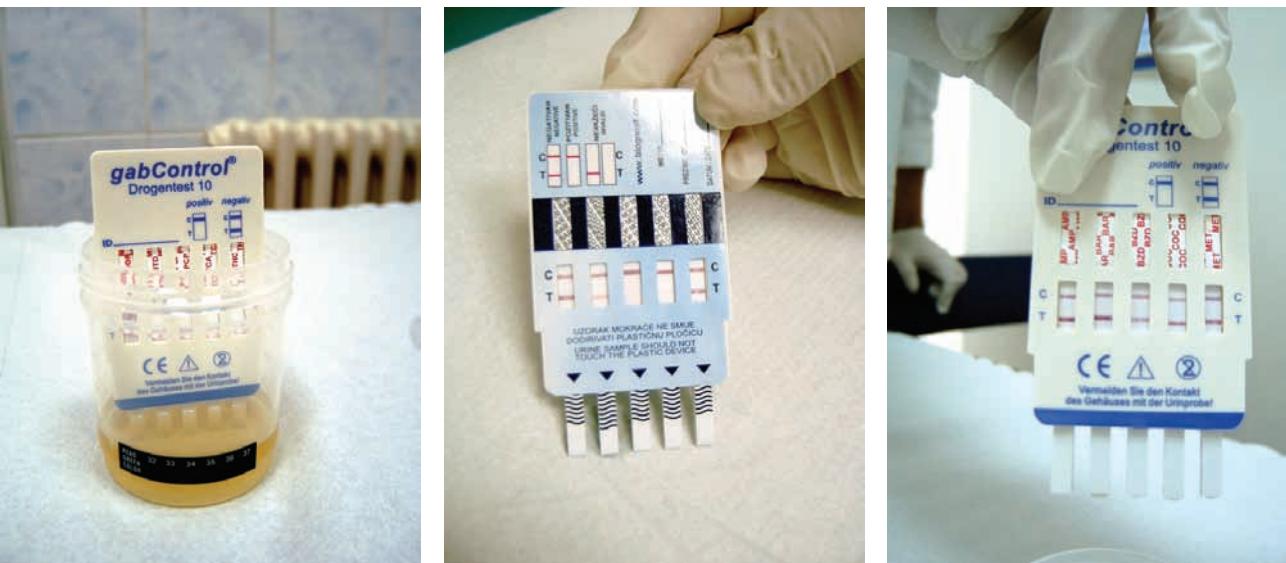
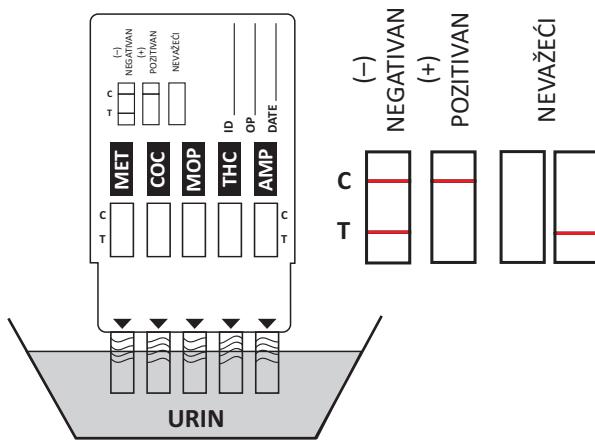
Panel testovi su vrlo jednostavnii za upotrebu i veoma osjetljivi. Rezultati testiranja vidljivi su već nakon 5 minuta. Mogu biti pozitivni, negativni i lažno pozitivni. Pozitivan rezultat upućuje na prisustvo narkotika, odnosno njegovog metabolita u koncentraciji (ng/ml) koja je iznad koncentracije limitirane testom. Lažno pozitivni rezultati se javljaju u slučaju upotrebe lijekova koji u svom sastavu imaju strukturno srodne supstance sa pojedinim drogama, a u trenutku testiranja se otkrivaju po principu ukrštene (cros) reaktivnosti. Tu spadaju lijekovi koji sadrže opijate i njihove derivate, kao što su lijekovi protiv astme, kašla i neki analgetici, zatim lijekovi koji sadrže efedrin (za gripu i prehladu) itd. Takođe hrana i čaj koji sadrže sastojke maka mogu izazvati pozitivan rezultat.

Skrining testovi mogu biti pojedinačni ili tzv multi-drug testovi za istovremeno otkrivanje više droga (3, 5, 6 i 10), a proizvode se u različitim kombinacijama. Na ovaj način moguće je detektovati gotovo sve ilegalne PAS od kojih su načešće: tetrahidrokanabinol (THC), opijati (morphin, heroin, kodein), amfetamini, metamfetamini, sintetičke droge (Ecstasy, Speed), kokain, crack, kao i lijekovi benzodiazepini, metadon, buprenorfin i drugi.

Pored navedenih testova u našoj ustanovi je u upotrebi i Cozart RapiScan aparat, instrument za otkrivanje droga u ljudskoj slini koji je osjetljiviji i precizniji.

Interpretacija rezultata

- **Pozitivan rezultat** – formiranje samo jedne crvene linije u zoni kontrole (C) uz izostanak formiranja crvene linije u zoni detekcije (T)
- **Negativan rezultat** – formiranje dvije crveno obojene linije, u zoni detekcije (T) i zoni kontrole (C)
- **Nevažeći rezultat** – izostanak formiranja linije u zoni kontrole (C), po isteku 5 minuta bez obzira da li se formirala linija u području detekcije (T)



Postupak testiranja urina

NEDOSTACI I PREPREKE U TRETMANU OVISNIKA U BIH

Bez obzira što u Kantonu Sarajevo postoje organizirani oblici liječenja ovisnosti, ipak je mogućnost zbrinjavanja i liječenja ovisnika na teritoriji Federacije, a i cijele države veoma oskudna i deficitarna. S tim u vezi navodimo samo neke najznačajnije razloge.

- Nedovoljan broj specijaliziranih službi za pomoć ovisniku.
- Nemotivisanost zdravstvenih radnika za rad sa ovisnicima.
- Neznanje i predrasude.
- Nedostatak materijalnih sredstava
- Nepostojanje jedinstvene doktrine u pristupu ovisniku.
- Nemogućnost primjene savremenih medikamenata (Buprenorfin, Suboxon, Naltrexon) jer isti još nisu registrovani



Rad nastao tokom okupacione terapije

ZAKLJUČAK

- Kanton Sarajevo kao lokalna zajednica ili geopolitička jedinica ima dobro organiziran sistem zdravstvene zaštite ovisnika o psihoaktivnim supstancama.
- Na našem primjeru se najbolje vidi značaj saradnje zdravstvene struke i predstavnika vlasti (Vlada i Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo) koji od 1999 godine daju punu podršku Programu prevencije.
- Iskustva naše ustanove u primjeni metadona kod heroinskih ovisnika su pozitivna i komparabilna sa sličnim iskustvima u svijetu.
- Višegodišnji trend porasta broja pacijenata koji traže usluge naše ustanove, a koji je bio prisutan sve do 2005 godine, zadnje dvije godine pokazuje trend opadanja. Signifikantno se povećava broj savjetodavnih usluga, kao rezultat provođenja programa javne i usmjerene edukacije stanovništva.
- Sigurno je da pozitivan primjer Sarajevskog modela može biti osnova za uspostavljanje istog programa u svim velikim zdravstvenim centrima BiH.
- Zbog toga je donošenje Državne strategije suzbijanja ovisnosti od vitalnog interesa za sve narode Bosne i Hercegovine.



Rad nastao tokom okupacione terapije

LITERATURA

1. Verster A., Buning E., Vodič za metadonsku terapiju, 2000., Euro-Methwork, Amsterdam, Netherlands, Sarajevo, 2001; 4-37.
2. Kreek M.J., Zhon Y., Schlussman S. (2004): Craving in Opiate, Cocaine and Alcohol Addiction, In: Heroin Addiction and Related Clinical Problems, EUROPAD, Vol.6, N2, Lucca, Pisa, Italy, 2004; 5-24.
3. Petrović P.S., Droga i ljudsko ponašanje, Partenon, Beograd, 2001; 320-371.
4. Leavitt S.B.: Methadon-Drug Interactions, Medications, Illicit drugs and Other Substances, In: Addiction Treatment Forum, Clinco Communications, Inc., USA, 2004.
5. Results from the 2003., National Survey on Drug Use and Health: National Findings, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), USA, 2004; 1-10.
6. Goldstein A., Principles of Drug Action, Stanford University, USA, available at: www.stanford.edu; 2004; 1-4.
7. Kantonalni program prevencije alkoholizma, narkomanije i drugih ovisnosti, Kanton Sarajevo, Ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 1999; 13-16.
8. Inovirani Program prevencije narkomanije, alkoholizma i drugih ovisnosti, za period 2004.-2007. godine, Kanton Sarajevo, Ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 2004.
9. Federalni program prevencije alkoholizma, narkomanije i drugih ovisnosti, Ministarstvo zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine u sardnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Sarajevo, 2002.
10. Registar lijekova s osnovama farmakoterapije, br.6, Federacija Bosne i Hercegovine, Ministarstvo zdravstva, Institut za farmakologiju, kliničku farmakologiju i toksikologiju Medicinskog fakulteta u Sarajevu, Sarajevo, 2004; 420-422.
11. Global Status Report: Alcohol Policy, World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 2004.
12. Wechsberg W.M., Flannery B., Suerken C., Dunlap L., et al.: Physicians Practicing in Methadone Treatment Programs: Who are They and What Do They Do., Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), USA, 2004.
13. Grönbladh L., A National Swedish Methadone Program 1966-1989., Doctoral thesis, Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala, Sweden, 2004; 16-17; 14-15; 3-8.

14. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija, ICD-10, SZO, 1992.
15. Diagnastičko-statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-IV, Američko udruženje psihijatara, Washington DC, 1994.
16. Mehić-Basara N., Hasečić.: Zavod za alkoholizam i druge toksikomije Kantona Sarajevo od osnivanja do danas, U: Medicinski arhiv, 2001; 55(3); 161-164.
17. Cerić I.: Savremeni svijet i zloupotreba droga, U: Mentalno zdravlje u zajednici: Ovisnosti-zavisnosti, Vol 5, No.1, Sarajevo, 2004; 3.
18. Mehić-Basara N., Murga Dž., Cerić I.: Karakteristike zloupotrebe alkohola i drugih psihoaktivnih supstancija u BiH, U: Odvisnosti-Ovisnosti-Zavisnosti-SEEA Addictions, Vol V., No.3-4., Sarajevo, 2004; 9-12.
19. Olakšanje boli kod raka sa vodičem o raspoloživosti opijata, drugo izdanie, WHO, Geneva, 1996.
20. Anon., Drugs of Abuse. Major Dopamine Connections in the Midbrain, available at: www.unifr.ch/biochem/DREYER/drabuse.html; 2004; 1-4.
21. Anon., Addiction Science Network: Biological Mechanism of Addiction, available at: www.addictionscience.net; 2004; 1-2.
22. Anon., Substance Abuse Treatment for Injection Drug Users: A Strategy with Many Benefits, Center for Disease Control and Prevention; available at: www.cdc.gov/idu; 2004; 1-5
23. Pekić S., Smailbegović T.: Priručnik za multidisciplinarni pristup prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, Udruženje za prevenciju ovisnosti i smanjenje štete LINK, Sarajevo, 2006.
24. Loga S., et al.: Klinička Psihijatrija, Medicinski fakulteti u Sarajevu i Tuzli, 1999.
25. Daneš V.: Dijete, vanjski svijet i psihički poremećaji, Dom štampe zenica, 2003.
26. Coppel A., Good Practice, Good Results. Maintenance Treatment Outcomes in France, EUROPAD, Vol 7., No.2., Italy, June 2005; 19-23.
27. Mollica R., Carleo P., Gatti C.R., "Vedette" Study and "Tracking" Project; Their Integration and preliminary Results, EUROPAD, Vol 6., No.1., Italy, April 2004; 19-34.
28. Newman G.R., Methadone Regulations in USA: Comments, Poroposal to Adopt New Regulation and Proposed Rule, EUROPAD, Vol 3., No.1., Italy, June 2001; 27-31
29. Ford C., Oliver J., Whitehead B., Working With the Patient for Optimal Treatment Outcomes in UK General Practice, EUROPAD, Vol .7, No.3., Italy, September 2005; 53-55.
30. Maremmani I., Forty Years of Methadone Methadone Treatment Around the World; Past, Present and Future, EUROPAD, Vol 8., No.3., Italy, September 2006; 7-12.

31. Ceric I., Mehić-Basara N., Oruč L., Salihović H., Zloupotreba psihoaktivnih supstanci i lijekova, Medicinski fakultet, Sarajevo, 2007.
32. Davison G.C., Neale J.M., Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Prevod 6. prerađenog izdanja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.
33. Dreisbach R.H. Trovanja – dijagnoza i lečenje, Savremena administracija, Beograd, 1980.
34. Đukanović B., Druge: od zloupotrebe do zavisnosti, GIK OKO, Sarajevo, 1994.
35. Đukanović B., Porodica narkomana, , Sarajevo, 1999..
36. Hasečić H., Mehić-Basara N., Pokrajac M., Marjanović-Čengić S, Selman S, Ploskić S., Ramić L., Balić A., Grabovica M., Havić E., Šukurović N., Iskustva primjene metadonske terapije u Zavodu za alkoholizam i druge tokosikomanije Kantona Sarajevo, Med.Arh.57 (5-6, suppl.1), Sarajevo,2003. str. 29-32.
37. Hudolin V., Istina o drogama, Jugoslavenska medicinska naklada, JUME-NA, Zagreb, 1982.
38. Kaplan H.I., Sadock B.J., Pripručnik za uporabu lijekova u psihijatriji, «Naklada Slap», prijevod drugog izdanja, 1998
39. Kuzman M., Moravek D., Marchiotti I., Klarić D., Roditelji u prevenciji ovisnosti, Rabus Media d.o.o. Zagreb.
40. Lokar J., Klinička-psihofarmako terapija, medicinska knjiga Beograd – Zagreb, Biblioteka «Savremena medicina» knjiga 48.
41. Mehić-Basara N., Efekti primjene metadonskog tretmana kod ovisnika o opijatima, magistarski rad, Univerzitet u Sarajevu, Medicinski fakultet, 2007.
42. Pelisije I., Tilije G., Droga, Plato, Beograd, 1995.
43. Petrović S., Droga i ljudsko ponašanje, Partenon, Beograd V dopunjeno izdanje, 2003. str 327-337.
44. Sinanović O., Ovisnost o drogama, Tuzla, 2001.
45. Tahirović H.F. i saradnici, Klinička toksikologija u pedijatriji, Univerzitet u Tuzli, Medicinski fakultet, Tuzla, 2002.
46. Tiljak H., Upotreba Metadona u liječenju opijatske ovisnosti, Pregledi, Liječ. Vjesn., Zagreb, 1998.
47. Torre R., Druge-Dugo putovanje kroz noć , Promotor zdravlja, Zagreb, 2001.
48. Verster A., Buning E., Vodič za metadonsku terapiju, bosanska verzija, EuroMeth, 2000.

PRILOZI

Međunarodna klasifikacija bolesti - MKB-10

Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja izazvani upotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci

- F 10- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem alkohola
- F 11- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem opijata
- F 12- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem kanabinoida
- F 13 - Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem hipnotika i sedativa
- F 14- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem kokaina
- F 15- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem drugih stimulativnih sredstava, uključujući kofein
- F 16- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem halucinogena
- F 17- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem duhana
- F 18- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem isparljivih otapala
- F 19- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovni uzimanjem više droga iliv drugih psihoaktivnih tvari.

Inovirani Program prevencije narkomanije, alkoholizma i drugih ovisnosti Kantona Sarajevo za period 2004-2007 godine

Za bolje razumjevanje pravila primjene Metadona a u skladu sa Inoviranim Kantonalnim programom prevencije 2004.-2007., (8) "Supsticaciona terapija Metadonom sa ciljem održavanja može se primijeniti ako se ispune slijedeći uslovi:

- Ova terapija se može primjenjivati samo u zdravstvenim ustanovama.
- Ljekari koji propisuju terapiju Metadonom treba da budu evidentirani kod kantonalnog organa nadležnog za poslove zdravstva.
- Ovisnik kod kojeg se primjenjuje supsticaciona terapija Metadonom treba da bude stariji od 18 godina, da uzima droge opijatskog tipa najmanje dvije godine (što treba potvrditi primjenom antagonista), te da je imao najmanje dvije apstinencijalne krize koje su sanirane u hospitalnoj ustanovi, za šta mora postojati validna bolnička dokumentacija.
- Metadon se može primjenjivati samo kod fizičke ovisnosti od opojnih droga opijatskog tipa (što treba utvrditi putem antagonista) u skladu sa međunarodnim dijagnostičkim kriterijima.
- Prije početka supsticione terapije Metadonom potrebno je da se najmanje šest mjeseci primjenjuju druge metode liječenja.
- Davanje Metadona vrši se isključivo oralno (voćni sok, sirup) u prisustvu stručne osobe koja je nadležna za terapiju.
- Neophodan je permanentni laboratorijski skrining, metodom određivanja nivoa metabolita Metadona u krvi i urinu, kao i eventualnog prisustva drugih psihoaktivnih supstanci.
- Svaka tri mjeseca potrebno je da stručni kolegij zdravstvene ustanove u kojoj se terapija provodi izvrši ocjenu postignutih rezultata, kao i opravdanost daljeg tretmana pacijenta Metadonom.
- Program supsticije Metadonom je samo dio kompleksnog procesa psihosocijalne rehabilitacije ovisnika. “

Klinička skala opijatskog apstinencijskog sindroma Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

Za svako pitanje zaokružite broj koji najbolje opisuje pacijentove simptome. Ocjenjujte samo na osnovu očigledne povezanosti sa opijatskim apstinencijskim sindromom. Na primjer, ako je puls ubrzan zato što je pacijent trčao prije procjene, povиšen puls ne treba dodavati ukupnom rezultatu.

Ime pacijenta: _____ Datum: _____ Vrijeme: _____		
Razlog ove procjene: _____		
Puls u mirovanju: _____ otkucaji/min Mjereno nakon što je pacijent sjedio 1 minutu 0 puls 80 ili manje 1 puls 81-100 2 puls 101-120 4 puls preko 120	Gastrointestinalni simptomi: tokom proteklih ½ sata 0 bez GI simptoma 1 grčevi u stomaku 2 mučnina ili nepravilna stolica 3 povraćanje ili proliv 5 više epizoda proliva ili povraćanja	
Znojenje: tokom proteklih ½ sata koje nije uzrokovano temperaturom u prostoriji ili pacijentovom aktivnošću 0 nema drhtavice ili vidljivog znojenja 1 subjektivno prijavljuje drhtavicu ili znojenje 2 vidljivo znojenje na licu 3 vidljiv znoj ispod pazuha ili na licu 4 veliko znojenje lica	Tremor: Posmatranje ispruženih ruku 0 bez tremora 1 tremor se može osjetiti, ali ne i vidjeti 2 vidljiv blag tremor 4 veliki tremor ili grčenje mišića	
Nemir: Zapažanja tokom procjene pacijenta 0 u stanju da sjedi mirno 1 kaže da mu je teško sjediti mirno, ali to uspjeva 3 često premještanje ili nagli pokreti ruku i nogu 5 nije u stanju da sjedi mirno duže od nekoliko sekundi	Zijevanje: Zapažanja tokom procjene pacijenta 0 bez zijevanja 1 zjevnuo jednom ili dvaput tokom procjene 2 zjevnuo tri ili više puta tokom procjene 4 zjeva nekoliko puta u minuti	
Veličina zjenica: 0 zjenice uske ili normalne veličine prema osvjetljenju u prostoriji 1 zjenice su možda veće u odnosu na osvjetljenje 2 zjenice blago proširene 5 zjenice toliko proširene da se vidi samo rub šarenice	Anksioznost ili iritabilnost: 0 Bez 1 pacijent prijavljuje povećanu iritabilnost ili anksioznost 2 pacijent je očigledno iritabilan ili anksiozan 4 pacijent je toliko iritabilan ili anksiozan da je otežana procjena	
Bolovi u kostima i zglobovima: Ako je pacijent imao prethodne bolove, samo dodatna komponenta koja je doprinos apstinencijskog sindroma se ocjenjuje 0 nisu prisutni 1 blaga difuzna nelagoda 2 pacijent prijavljuje oštar difuzan bol u zglobovima/mišićima 4 pacijent trča zglove/mišiće i ne može da sjedi mirno zbog toga	Guščija koža: 0 koža je glatka 3 piloerekcija kože se može osjetiti ili su dlačice uspravljenje na rukama 5 prominentna piloerekcija	
Curenje iz nosa ili suzenje: Ne računajući simptome prehlade ili alergije 0 nisu prisutni 1 začepljen nos ili neobično vlažne oči 2 nos curi ili suzenje 4 nos konstantno curi ili suze teku niz obraze	Ukupni rezultat _____ Ukupni rezultat je suma svih 11 pitanja Inicijalni osobe koja je provela procjenu: _____	

Rezultat: 5-12 = blagi; 13-24 = umjereni; 25-36 = umjereni težak; preko 36 teški apstinencijski sindrom

Kontakt informacije

Zavod za alkoholizam i druge toksikomanije Kantona Sarajevo
Odjeljenje za narkomaniju
Bolnička 25, 71000 Sarajevo
tel: 033 219 738, fax: 033 202 573
e-mail: zalcnarc@bih.net.ba

Savjetovalište za prevenciju i liječenje ovisnosti
Centar za metadonski program održavanja (MST)
Omera Stupca 6, 71000 Sarajevo
tel/fax: 033 221 633
e-mail: msstsavjetovaliste@bih.net.ba
www.zalcnarc.net



Odjeljenje za narkomaniju



Savjetovalište za prevenciju i liječenje ovisnosti
Centar za metadonski program održavanja (MST)

VODIČ ZA PRIMJENU METADONA KOD OVISNIKA O OPIJATIMA

Izdavač:

Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo
JU Zavod za alkoholizam i druge toksikomanije Kantona Sarajevo

Za izdavača:

Prim.dr Mustafa Cuplov

Autori:

Mr. sci dr Nermana Mehić-Basara, primarijus
Dr Hajrudin Hasečić, primarijus
Dr Miloš Pokrajac
Dr Senija Selman

Recenzent:

Prof.dr Ismet Cerić

Tehničko uređenje:

Dubravko Vaniček

Naslovna strana:

Dubravko Vaniček

DTP:

Lorko Kalaš

Štampa:

MAG Plus, Sarajevo

Tiraž:

2000 primjeraka

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

613.81/.83:616-08] (036)

VODIČ za primjenu metadona kod ovisnika o
opijatima / Nermana Mehić-Basara ... [et.al.]. –
Sarajevo : ilustr. ; 25 cm

Bibliografija: str. 32-34

ISBN 978-9958-695-17-9
1. Mehić-Basara, Nermana
COBISS.BH-ID 16437510

Pruži mi ruku

*Pruži mi ruku i ja ću da je primim
Pruži mi pomoć i ja ću da se smirim
Jer ja nisam ovakav rođen
nisam ja oduvijek ovim otrovom vođen.*

*Pruži mi ljubav i ja ću da se smijem
Sunce, pokaži se i ja ću da se grijem
Hvala vam na šansi, hvala na mom životu
Životu koji sam izgubila, životu koji je sad video ljepotu.*

*Imam volje imam snage
Al' to nije sve
Imam ja vas i onda mogu sve.*

Š.A., liječena ovisnica, 2006.