ROZHOVOR S MUDR. ĽUBOMÍROM OKRUHLICOM, CSC. PRI PRÍLEŽITOSTI UDELENIA ŠTÁTNEHO VYZNAMENANIA

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc., významná osobnosť a odborná autorita. Uznávaný expert na závislosti. Vyštudoval Lekársku fakultu Univerzity Komenského v Bratislave. Dlhé roky vedie Centrum pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) v Bratislave. Je tiež hlavným odborníkom Ministerstva zdravotníctva SR pre medicínu závislostí.

Počas heroínovej epidémie sa zaslúžil o skoré zavedenie modernej liečby drogových závislostí, ktorá výrazne prispela k zamedzeniu šírenia vírusu HIV medzi užívateľmi drog. Slovensko dnes aj vďaka tomu patrí ku krajinám s najnižším výskytom HIV v Európe aj vo svete.

V deň 30. výročia vzniku SR mu bolo prezidentkou SR udelené štátne vyznamenanie Pribinov kríž I. triedy za mimoriadne zásluhy o sociálny rozvoj Slovenskej republiky, najmä v oblasti zdravotníctva.





Zuzana Kamendy: V roku 1979 si skončil lekársku fakultu, prečo si sa rozhodol pre psychiatriu?

Ľubomír Okruhlica: V rámci praxe som bol na rôznych oddeleniach, no napokon som sa rozhodol pre psychiatriu. Zo všetkých odborov sa mi zdala najkomplexnejšia, najzaujímavejšia a z hľadiska možnosti pomoci som vnímal, že v tomto odbore môžem pomôcť pacientom aj s duševnými ochoreniami, nielen telesnými. Okrem konkrétnej pomoci pacientom ma vždy bavilo skúšať nové veci. Zaujímal som sa o vedecko-výskumnú prácu, a v tomto smere psychiatria ponúkala uplatnenie. Je v nej možné robiť výskum na úrovni vyspelých krajín sveta.

ZK: Od psychiatrie je pomerne dlhá cesta k poruchám v dôsledku užívania psychoaktívnych látok, k závislosti. Prečo si sa rozhodol pre túto odbornosť?

ĽO: Mal som dva hlavné motívy. V rokoch 1989-93 som pôsobil v rámci medzinárodnej technickej pomoci v africkej Zambii. Otvárali sa tam možnosti pre zaujímavú prácu v inej kultúre a ponúkali sa mi nové skúsenosti v oblasti duševných ochorení. V psychiatrickej nemocnici, v ktorej som tam pracoval, bolo množstvo pacientov infikovaných HIV a AIDS. Nevedel som, aký veľký je v Zambii problém s HIV, prioritne som tam išiel liečiť psychiatrických pacientov. Že väčšina pacientov je HIV pozitívna, dokonca už vo fáze AIDS, som zistil až na mieste. Toto ochorenie má okrem fyzických prejavov aj neurologicko-psychiatrické.

Keď som sa vrátil z Afriky v roku 1994, na Slovensku sa rozbiehala epidémia užívania heroínu. Vo vyspelých krajinách v západnej Európe tento problém vznikol už skôr, objavilo sa HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, a s tým súvisiace tragédie, tak som sa rozhodol pre liečbu závislostí. Chcel som zabrániť, do akej miery sa bude dať, rozbehnutiu HIV medzi užívateľmi drog u nás, a tým pádom aj minimalizovať riziko prenosu na ostatnú populáciu.

Druhým dôvodom bolo, že v psychiatrii, predovšetkým v diagnostike, je veľmi limitované použitie objektívnych laboratórnych metód. V oblasti medicíny závislostí je ale možnosť veľmi dobre využiť hlavne toxikologické vyšetrenie na diagnostiku, aj na monitorovanie liečby. Je to pre lekára v praxi veľmi dôležité.

ZK: Po otvorení hraníc v roku 1989 sa Slovensko otvorilo drogovému trhu. Ako to v Bratislave vyzeralo, keď si sa v roku 1994 vrátil zo Zambie? Čomu ľudia verili?

LO: Demokracia, okrem prevažujúcich pozitív, ktoré sú jasné, so sebou priniesla aj problémy. Otvorenie hraníc umožnilo pohyb drog. Začali sa vyskytovať prípady pacientov so závislosťou od heroínu. Mladí ľudia, ktorí majú tendenciu skúmať nové veci a zážitky, začali skúšať drogy. Dialo sa to hlavne vo veľkých mestách, kde bola kúpyschopnosť obyvateľstva, predovšetkým v Bratislave. Naša mládež neverila propagande, alebo osvete, ktorá dovtedy fungovala, že drogy sú zlé, nebezpečné, že sa pre ne zomiera. Mladí ľudia mali čiernobiele zmýšľanie. Mysleli si, že všetko bol výmysel komunistického režimu, že tie drogy vôbec nie sú také nebezpečné. Videli kamarátov, ktorým sa po pár užitiach heroínu nič nestalo.

Takto sa užívanie rozbiehalo, a keď som prišiel z Afriky, objavili sa už pacienti so závislosťou od heroínu. Prišli sami s tým, že nevedia sa zbaviť drog a majú silné abstinenčné príznaky. Pre mňa to bolo zaujímavé, začal som študovať, ako je možné tieto abstinenčné príznaky liečiť. Medicínske postupy v tomto smere veľmi rýchlo progredovali, nastúpila alternatíva minimalizácie poškodenia, teda harm reduction. Otvorila sa potreba a možnosť rýchlo zaviesť nové postupy. Toto všetko bolo pre mňa veľkou výzvou.

ZK: Keď si sa vrátil z Afriky, CPLDZ už existovalo. Pre aké problémy sa ľudia vtedy najčastejšie liečili?

LO: CPLDZ malo oddelenie na Jaskovom rade a boli tam prakticky len pacienti so závislosťou od alkoholu. Keď som sem prišiel, v ambulanciách bolo sedem pacientov za deň, čo je dnes nepredstaviteľné. Začali sme s programom liečby pre závislých od heroínu. Objavili sa ľudia, ktorí mali závislosť od heroínu, najčastejšie to bolo fajčením, mali veľmi silné abstinenčné príznaky, riešili ich doma nasucho, a väčšinou nevydržali.V detoxifikácii sme podľa nemeckého vzoru začali používať kodeín, moderné preparáty ešte neexistovali.

Keď sme zaviedli detoxifikáciu opioidami, začali prichádzať pacienti. Pamätám si, vtedy ich nebolo veľa, v prvom roku tak 10-12. Objavili sa aj prví dvaja, ktorí si pichali, kamaráti. Hneď nato sme zaviedli možnosť výdaja a výmeny striekačiek. Bol to prvý harm reduction program výmeny striekačiek na Slovensku, streetwork vtedy ešte neexistoval. Rozbehlo sa to ako snehová guľa, rýchlo prišlo veľa ľudí, nehovoriac o tom, že stále rástol počet užívateľov heroínu v Bratislave.

ZK: Odkiaľ prišiel nápad so substitúciou?

LO: Vtedy bol riaditeľom CPLDZ MUDr. Novotný. Ja som mal na starosti liečbu závislosti od heroínu. Vtedy ešte pervitín prakticky neexistoval, bo-

li fajčiari marihuany, ale tí sa nechodili liečiť. Naštudoval som si, ako sa závislosť od heroínu lieči vo svete. Zistil som, že v západnej Európe, ale najmä v USA, sa používa vysoko účinná metadónová substitučná liečba. V tejto liečbe pacienti prestávali injekčne užívať heroín, nešírili sa teda krvnou cestou infekčné ochorenia. Išiel som na veľký kongres o substitučnej liečbe do Washingtonu, kde som získal základné vedomosti a následne som požiadal o Hubert Humphrey Fellowship na Johns Hopkins University v USA. Jeden akademický rok som tam strávil na metadónovej klinike, kde som sa oboznámil so všetkými postupmi a spôsobmi liečby. Po návrate sme začali s metadónovým programom ako prví ešte v bývalej ČSR, skôr ako Česi a Poliaci. V tom čase k nám denne prichádzalo 20 nových pacientov so žiadosťou o liečbu pre závislosť od heroínu.

ZK: Dodnes ma prekvapuje, že nápad so substitúciou v konzervatívnom slovenskom prostredí prešiel.

ĽO: Prešiel kvôli tomu, že ľudia sa báli chorôb omnoho viac ako v súčasnosti. Neexistovala taká možnosť liečby HIV ako dnes. Veľa prípadov bolo smrteľných. A druhým dôvodom, ktorý bol ešte dôležitejší, bola veľká kriminalita. Jeden z cieľov alebo efektivity substitučnej liečby, či už metadónovej alebo buprenorfínovej je, že utlmí užívanie, ľudia sa stiahnu z drogovej scény, nepotrebujú peniaze na to, aby kupovali drogy. Heroín nebol lacný a užívatelia, ktorí sa neliečili, sa dostali do dlhov a museli zháňať prostriedky, často nelegálnym spôsobom. V tom čase bola v Bratislave veľká pouličná kriminalita. Užívatelia drog vylamovali autá, aby ukradli autorádiá, ktoré potom predávali na čiernom trhu, strhávali sa ženám retiazky z krku alebo vytrhávali kabelky, vyskytovali sa lúpeže a krádeže v obchodoch. Toto je kriminalita, ktorej sa spoločnosť bojí. To presvedčilo politikov, že treba niečo robiť. Politici sa obrátili na zdravotníkov a veľmi rýchlo sa napokon prešlo k substitučným programom.

ZK: Aká je na Slovensku momentálne situácia čo sa týka drogových závislostí v porovnaní minulosťou?

ĽO: Nedá sa to povedať presne. Čísla štatistík sú obmedzené terapeutickými kapacitami, ktoré sú limitované personálne. Psychiatri majú tak plné ambulancie, že len málokedy prijímajú nových pacientov. Objavil sa pokrok v toxikologických metódach. V minulosti nebolo možné okrem dychovej skúšky na alkohol overiť si abstinenciu. To znamená, že keď si človek v minulosti deň pred návštevou lekára nevypil, nedalo sa preukázať, že doma pije. Dnešnými metódami dokážeme zistiť, či konzumoval alkohol aj 3 –

4 dni dozadu. V širokom teréne však lekári – psychiatri často nemajú takéto možnosti. V minulosti boli ľudia závislí prevažne na jednej droge, dnes sa často stretávame aj s kombináciami drog.

ZK: Pre akú závislosť sa Slováci najčastejšie liečia teraz?

LO: Číslo jeden v dopyte po liečbe u nás je dlhodobo alkohol. Závislosť od alkoholu je najčastejšia duševná diagnóza, pre ktorú sú ľudia hospitalizovaní na psychiatrických oddeleniach. Ak pod pojmom drogy hovoríme o tých, ktoré sú na zozname zákonom kontrolovaných omamných a psychotropných látok, tak je to v súčasnosti na prvom mieste marihuana s najväčším počtom ľudí, ktorí ju niekedy v živote užili, či užívajú.

Ale pokiaľ ide o tých, čo v najväčšom počte vyhľadávajú liečbu, na prvom mieste je u nás metamfetamín, ktorý po opakovanom užití často a rýchlo vedie u človeka k silnej závislosti. Treba však povedať, že počet injekčných užívateľov klesá.

ZK: Čo považuješ za najpálčivejší problém v oblasti medicíny závislostí na Slovensku v súčasnosti?

LO: Prevencia má neraz len limitované možnosti. Najväčším problémom v oblasti medicíny závislostí je nedostatok kapacít. V každej spoločnosti sa nájdu ľudia, ktorí budú užívať drogy. Títo ľudia hľadajú pomoc. Aby sa dopyt mohol uspokojiť, aby sa zabraňovalo zdravotným a spoločenským dôsledkom závislosti, je potrebné mať vybudovanú sieť zdravotníckych aj nezdravotníckych zariadení. Je to otázka celospoločneského prístupu k tejto problematike.

Je potrebné, aby sieť zariadení absorbovala tých, ktorí to potrebujú. Musí mať zabezpečené finančné aj personálne kapacity. Musí pokrývať štát geograficky. Momentálne máme na Slovensku dve nízkoprahové centrá v Bratislave a jedno v Nitre, ostatná časť nie je pokrytá. Kapacity sú dobré vtedy, keď pomoc dostane každý, kto o ňu požiada.

ZK: Existujú nové postupy v oblasti medicíny závislostí, ktoré sa vo svete už skúšajú, či zavádzajú do praxe?

LO: Momentálne v Európe a rozvinutých krajinách sveta evidujeme pokles dostupnosti a kvality zdravotníckej starostlivosti. Toto nie je len slovenský fenomén. Pociťujeme hlavne nedostatok personálu. Napriek tomu, že do rezortu prichádza viac financií, tak sa len spomaľuje zhoršovanie situácie. V takomto stave je veľmi zložité zavádzať nové metódy, aj keď mož-

nosti liečby napredujú. Množstvu ľudí by sa dalo rýchlo pomôcť, keby sa u nás obnovila liečba disulfiramom. V okolitých krajinách je dostupný, no u nás nie je registrovaný. Farmaceutickým spoločnostiam sa na Slovensku pre nízku cenu jeho výroba neopláca. V CPLDZ v Bratislave ho ako jediní máme na špeciálny dovoz, ale to nie je riešenie. Rovnako nie je všade dostupná metadónová liečba. Iba u nás a v Banskej Bystrici. Vo svete sa skúmajú aj nové možnosti liečby. Ide napríklad o použitie niektorých halucinogénov na liečbu porúch, ako sú postraumatická stresová porucha, či liečebné využitie marihuany. My sme však malá krajina, aby sme si mohli dovoliť vývoj a experimentovanie, pretože je to drahé.

ZK: Svetová zdravotnícka organizácia v oblasti znižovania škôd spôsobených alkoholom odporúča znižovanie jeho dostupnosti, zvyšovanie ceny, či zákaz reklamy. Myslíš si, že by sme na Slovensku v prípade alkoholu a tabaku mali k tomu pristúpiť?

ĽO: Je zásadný rozdiel medzi vnímaním alkoholu a tabakových výrobkov. V Európskej únii sú alkoholické nápoje zaradené medzi potraviny, tabakové výrobky nie. Preto sme na úrovni EÚ mohli prijať prísne direktívne opatrenia. Pokiaľ ide o celospoločenskú prevenciu, tak účinné by bolo výrazne obmedziť reklamu alkoholických výrobkov, znížiť počet predajných miest (len v limitovaných predajniach) a výrazne zvýšiť cenu. To by mohlo pomôcť. Pokiaľ ide o vyslovene represívne opatrenia, treba si uvedomiť, koho tým trestáme, ak to má byť účinné. Nie som za to, aby bol trestaný človek, ktorý je užívateľ, za to, že konzumuje drogu/alkohol, alebo za to, že sa uňho nájde malé množstvo drogy pre vlastnú potrebu. Takých ľudí treba v prvom rade liečiť. Závislosť je choroba. V prípade alkoholu a tabaku je možné sankcionovať a odobrať licencie tým, ktorí ho predávajú napr. neplnoletým. Ako zdravotník vnímam, že by nebolo potrebné prijímať prísnejšie systémové regulačné riešenia na obmedzenie propagácie, predaja a tým konzumácie alkoholu, ak by sme mali tak rozvinuté zdravotníctvo, že by sme vedeli už pri preventívnych prehliadkach rýchlo zistiť, že daný pacient veľa pije, alebo užíva drogy. Dostal by kvalitnú liečbu čo najskôr. My však teraz takéto terapeutické kapacity nemáme.

ZK: Okrem toho, že si riaditeľom CPLDZ a hlavným odborníkom MZ SR pre medicínu závislostí, ešte stále máš aj klinickú prax. Dokážu Ťa ešte pacienti po rokoch niečím prekvapiť?

ĽO: Som zvedavý, zaujímajú ma nové veci. Teraz ma potešila nová klasifikácia gamblingu u užívateľov pervitínu, ktorý, ako sa ukazuje, je i nie je

pravým gamblingom. Je to veľmi pekný model toho ako vzniká správanie, ktoré je pre človeka, aj pre jeho blízkych problémové a dá sa tomu zabrániť liečbou závislosti od pervitínu. Pokrok v oblasti medicíny závislostí napreduje, my ho objavujeme, máme možnosť takto spresniť diagnostiku a zlepšiť pre pacientov liečbu.

ZK: 30 rokov sa venuješ závislostiam, na to musí mať človek určitú osobnostnú výbavu. Ako bojuješ proti vyhoreniu?

LO: Neviem, či vyhorenie vôbec existuje. Vymysleli sme ho a pomenovali. Podľa mňa je to únava. Únava tu bola odjakživa. Ja proti nej bojujem tým, že behám a športujem, nazývam to rehabilitáciou.

ZK: Myslíš si, že šport má aj uplatnenie v úprave životného štýlu pre pacientov liečených pre závislosť?

LO: Môže mať, veľmi však záleží od toho, čoho sú pacienti schopní. Keď niekto abstinuje, či už od alkoholu alebo iných látok, tak by si mal z hľadiska nielen fyzického zdravia, ale aj vyplnenia času, nahradiť príjemné zážitky. Dá sa to napríklad rekreačným športom. Navyše to prináša benefit z hľadiska vyplnenia voľného času. Ak však pacienti liečení pre závislosť trpia somatickými ochoreniami, ktoré im športovať neumožnia, je vhodná fyzická rehabilitácia. Dá sa cvičiť aj s vlastnou hmotnosťou. Pohyb môže byť súčasťou prevencie relapsu.

ZK: Vedie sa diskurz o účinných faktoroch v psychoterapii. Považuješ, na základe tvojho dlhoročného klinického pozorovania, za účinné skôr špecifické, alebo nešpecifické faktory psychoterapie?

LO: Je mnoho rôznych psychoterapeutických prístupov, často sú úplne rozdielne, pokiaľ ide o ich teoretický základ. Mal som možnosť vidieť za tých 30 rokov kolegov psychoterapeutov s rôznym zameraním a efekt bol neraz rovnaký. Ak aj boli rozdiely v účinnosti liečby, pripísal by som ich osobnosti terapeutov. V oblasti závislostí však máme overené, vedecky podložené, že funguje kognitívno-behaviorálna psychoterapia. Často to nejde bez farmakologickej liečby.

ZK: Ako vznikol nápad s Inštitútom drogových závislostí Centra pre liečbu drogových závislostí?

LO: Okrem praktickej medicíny, teda liečby a diagnostiky, ma baví aj výskum. Jednou z dôležitých vecí bol práve metadónový program, ktorý sa

zavádzal najprv pilotne, bolo potrebné monitorovať jeho efekt, retenciu, vyhodnocovať ho. V bežnej ambulancii na toto nie sú odborné ani ľudské kapacity. Na hodnotenie metadónového programu postupne nadväzovali ďalšie úlohy, správy pre Ministerstvo zdravotníctva. Správy bolo potrebné pripravovať každý rok, nielen o závislosti od opioidov či alkoholu, ale aj od rôznych nových drog. Problematika sa vyvíja a treba ju študovať. Na to treba ľudí, ktorých to zaujíma. Nemôže to robiť jeden človek, a ani človek, ktorý robí stále kliniku, na to jednoducho nie je čas. V centre sme teda vytvorili samostatný úsek, Inštitút drogových závislostí, ktorý sa takýmto sledovaniam venuje.

ZK: Ktoré konkrétne, vedecky overiteľné veci o závislostiach, by si sa ešte rád dozvedel?

ĽO: Je toho veľa. V súvislosti s tým, čím sa teraz na Inštitúte drogových závislostí zaoberáme, by ma zaujímal biologický mechanizmus, ktorý vedie k tomu, že u niekoho vznikne „gambling disorder". Bolo by zaujímavé, keby sa objavila farmakologická liečba závislosti od metamfetamínov. Alebo ma zaujíma fenomén vedomia, je to fascinujúce, že nevieme ani mechanizmus vzniku celkovej anestézy. Ako sa vedomie človeka zmení, že sme ho schopní rezať a píliť, a on to necíti?

ZK: V deň 30. výročia vzniku SR Ti bolo prezidentkou SR udelené štátne vyznamenanie Pribinov kríž I. triedy za sociálny rozvoj, najmä v oblasti zdravotníctva. Ako vnímaš toto ocenenie?

ĽO: Je to veľká pocta, prekvapilo ma to, ale vnímam to ako verejné uznanie práce všetkých ľudí, ktorí v odbore pracujú. Sám človek nič nedokáže a nebyť množstva ľudí, ktorí sa rovnako snažia pomôcť tým, ktorí majú zdravotné problémy so závislosťami, by som ani ja moju prácu nemohol vykonávať dostatočne efektívne. Uznanie preto patrí aj im.

PhDr. Zuzana Kamendy, PhD.
MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.