

ŁUKASZ KAMIENSKI*

Uniwersytet Jagielloński

ORCID: 0000-0002-7622-2078

Ból po amerykańsku. Dramat opioidowy w pięciu aktach

Pain – American style: The opioid drama in five acts

CYTOWANIE

Kamiński Łukasz (2018). *Ból po amerykańsku. Dramat opioidowy w pięciu aktach*. „Studia Krytyczne” Nr 6: 31–44.

ABSTRAKT

Najpoważniejsza epidemia narkotykowa w amerykańskiej historii nie została wywołana przez nieumiarkowane rekreacyjne stosowanie narkotyków ani przez podstępną działalność karteli narkotykowych. Trzema powodami, które przyczyniły się do wybuchu współczesnego kryzysu opioidowego, były: zmiana paradygmatu w leczeniu bólu i związana z nią nierozważna praktyka lekarzy, działalność wielkich koncernów farmaceutycznych (Wielkiej Farmy) oraz brak wystarczająco restrykcyjnej kontroli ze strony władz państwowych. Konceptualizując epidemię w kategoriach tragedii, artykuł naśladuje strukturę dramatu. Poszczególne części – pomyślane w formie „aktów” – syntetycznie przedstawiają genezę i rozwój epidemii, omawiają jej charakter i zasięg oraz analizują środki zaradcze podjęte ostatecznie w celu okiełznania problemu. Oprócz oczywistego zaostrzenia regulacji prawnych, omówiono nowe metody leczenia uzależnienia od opioidowych środków narkotycznych, takie jak szczepionki antyopiodowe i przeciwciałową stymulację mózgu.

SŁOWA KLUCZOWE

ból, heroina, leczenie bólu, opioidy, Stany Zjednoczone, uzależnienie, Wielka Farma

ABSTRACT

The worst drug epidemic in US history did not result from an uncurbed recreational use of narcotics, nor from the perfidious operation of drug cartels. The three root causes

* Uniwersytet Jagielloński, Instytut Amerikanistyki i Studiów Polonijnych, Rynek Główny 34, 31-010 Kraków; e-mail: lukasz.kamienski@uj.edu.pl

that contributed to the eruption of the present-day opioid crisis were: a paradigm shift in pain treatment combined with the reckless practices of physicians, the Big Pharma, and insufficiently restrictive state supervision. By conceptualizing the epidemic as a tragedy, the article takes on the structure of a drama. The subsequent parts framed as “acts” synthetically explain the origins and reformulation of the epidemic, depict its character and scope, and discuss the ultimate countermeasures undertaken to curb the problem. Apart from legal restrictions, interesting novel methods to treat opioid dependence such as anti-opioid vaccines and brain stimulation devices are presented.

KEY WORDS

addiction, Big Pharma, heroin, opioids, pain, pain treatment, United States

Wczoraj z choroby wyleczony. Umarłem wieczorem za sprawą lekarza

Matthew Prior

Co roku setki tysięcy ludzi w biednych krajach umiera w agonii, nie mając dostępu do narkotycznych środków przeciwbólowych. Każdego roku dziesiątki tysięcy Amerykanów traci życie z powodu ich przedawkowania. Chociaż mieszkańcy Stanów Zjednoczonych stanowią ok. 4,5% światowej populacji, to w 2010 r. przypadło na nich 95% globalnego zużycia hydrokodonu i 80% oksykodonu (Gounder 2013). Od dwóch dekad stosowanie wydawanych na receptę opioidów przybierało w USA na sile, ukazując kolejne odsłony społecznego dramatu, w którym leczenie bólu przekształcało się w nałóg.

Akt I. Ból

To jedna z najczęstszych dolegliwości człowieka, jego odwieczny endogeny przeciwnik. Niekiedy staje się chorobą samą w sobie. Ostry i przewlekły powoduje nie tylko cierpienie, ale czasem w ogóle uniemożliwia normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Dodatkowo, dojmujący i chroniczny ból wywołuje głębokie depresje, prowadzące niekiedy do myśli i prób samobójczych. Problem jest więc poważny i może dotyczyć każdego.

Od połowy lat 90. nastąpiła radykalna zmiana podejścia do bólu w środowisku medycznym w Stanach Zjednoczonych. Jak do tego doszło, że z symptomu zaniechanego stał się obiektem nadmiernej farmakoterapii? Otóż w latach 80. w czasopismach medycznych ukazało się kilka opartych na niepewnych dowodach tekstów, których autorzy przekonywali, wbrew dominującemu dotąd pogładowi, że długotrwałe stosowanie opioidów w leczeniu bólu nienowotworowego jest bezpieczne. Na przykład na łamach „New England Journal of Medicine” Jane Porter i Hershel Jick twierdzili, że leczenie opioidami osób bez wcześniejszych nałogów rzadko kiedy powoduje powstanie uzależnienia (Porter, Jick 1980: 123). Podobne wnioski zaprezentowano

w 1986 r. w czasopiśmie „Pain” (Portenoy, Foley 1986: 171–186). I chociaż za każdym razem zalecano rozważę, to temat podchwyciły wielkie koncerny farmaceutyczne, takie jak Prudue Pharma i Endo Pharmaceuticals, skutecznie lobbingując na rzecz swoich niezwykle agresywnie reklamowanych, potężnych i, jak miało się wkrótce okazać, niebezpiecznych produktów (Keefe 2017).

W 2000 r. Joint Commission, niezależna jednostka akredytująca organizacje ochrony zdrowia, wydała sponsorowaną przez Prudue broszurę dla lekarzy, w której wskazano na brak dowodów, że stosowanie opioidów w leczeniu bólu prowadzi do uzależnienia, a dotychczasowe obawy uznano za „niewłaściwe i wyolbrzymione” (Moghe 2016). Rok później komisja wprowadziła standardy pomiaru bólu: pacjenci sami mieli go oceniać na dziesięciostopniowej skali, którą obrazowały buźki – od uśmiechniętej do zrozpaczonej, swoiste emotikony samopoczucia i cierpienia.

Dokonał się paradygmatyczny zwrot. Lekarze poczęli traktować ból jako jeden z „żywotnych wskaźników” wymagających regularnego monitorowania, obok podlegających już rutynowej ocenie temperatury ciała, ciśnienia krwi, pulsu i częstości oddechów. A na przewlekły ból niezwiązany z chorobami nieuleczalnymi coraz częściej i chętniej przepisywali opioidy. Silne narkotyczne leki na dolegliwości karku, kręgosłupa czy zęba? Niektórych być może cierpienie uszlachetnia, jednak w obliczu odbierającej chęć do życia udranki większość pewnie pragnęłaby psychochemicznej ulgi. Panaceum stało się łatwo dostępne.

Akt II. Ukojenie

Na początku było opium, potem dziesięciokrotnie potężniejsza morfina, następnie 5–8 razy od niej mocniejsza heroina. Półsyntetyczne opioidy, takie jak oksykodon (np. OxyContin, Percocet i Percodan) oraz hydrokodon (np. Vicodin i Lortab), są współcześnie najsilniejszymi dostępnymi na receptę środkami przeciwbólowymi. Stymulując receptory opioidowe, głównie w mózgu, hamują przewodzenie bólu, jednocześnie jednak mogą wywoływać uczucie bliskie euforii, są bowiem substancjami psychoaktywnymi. O zawrotnym tempie liberalizacji ich stosowania w Stanach Zjednoczonych świadczą dane. O ile w 1996 r. na OxyContin wypisano nieco ponad 316 tys. recept, o tyle w 2002 r. aż ponad 7 mln (2003: 31). Dwadzieścia razy więcej w ciągu zaledwie sześciu lat (sic!). Jeśli w 1991 r. amerykańscy lekarze wystawili w sumie 76 mln recept na opioidy, to w 2012 r. już niemal 259 mln (2014). Podobne zjawisko towarzyszyło wcześniej medykalizacji depresji i promowaniu „chemicznego szczęścia”. Zachłyśnięcie się Amerykanów antydepresantami – od Valium przez Prozaka do Xanaxu – również dobrze obrazują statystyki. Podczas gdy w 1988 r. wypisano na nie 40 mln recept, to w 1998 r. już 120 mln (Foote, Etheredge 2000: 166).

W 2016 r. antydepresanty brało 60% Amerykanów (Sifferlin 2017). Generalnie, masowej sprzedaży i konsumpcji leków sprzyja nie tylko lobbing producentów, ale też typowo amerykańskie upodobanie do farmaceutyków, oparte na przeświadczeniu, że tabletką pomoże rozwiązać niemal każdy problem. Jednocześnie, nierzadko zaciera się granica między terapeutycznym a pozamedycznym przyjmowaniem leków, co w swej głośnej książce *Wysłuchując się w Prozak* dokładnie opisał Peter Kramer. Z tytułowego antydepresanta, następcy Valium i poprzednika Xanaxu, wielu pacjentów korzystało nie po to, aby wyjść z depresji, ale po to, żeby poczuć się „lepiej niż dobrze” (Kramer 1995: 16). Po grupowym ukojeniu bólu psychicznego przyszła kolej na cierpienie fizyczne.

Akt III. Uzależnienie

Wbrew fałszywym doniesieniom z lat 80. regularne przyjmowanie opioidów prowadzi do wykształcenia się tolerancji i uzależnienia. Ten sam mechanizm działania, który czyni z nich potężne środki przeciwbólowe, często prowadzi również do ich nadużywania. Szacuje się, że uzależnia się około 8% chorych, którym lekarze przepisują opioidy na chroniczny ból. „Boleśnie” przekonało się o tym wiele początkowo niczego nieświadomych pacjentek i pacjentów. Jedną z nich była Devin Lyall z Karoliny Północnej. Na dolegliwości towarzyszące rekonwalescencji po operacji kostki otrzymała Vicodin. Szybko się uzależniła. Wkrótce próbowała silniejszych środków kupowanych na czarnym rynku. Zdobywanie ich było jednak kłopotliwe. W końcu znalazła lekarza, który lekką ręką chętnie wypisywał jej potężniejszy oksykodon: Roxicodone (2016).

Łatwy dostęp do medycznych narkotyków szybko uczynił z nich „legalne dragi” (*legal highs*). Nic dziwnego, że wskaźniki nadużywania wśród pacjentów i rekreacyjnych konsumentów gwałtownie rosły. Wedle ostrożnych szacunków w 2014 r. od opioidów uzależnionych było 168 tys. Amerykanów (2015). Jednak, jak wskazuje Mark Kleiman, czołowy ekspert od polityki narkotykowej w USA, liczba osób cierpiących z powodu zaburzeń wywołanych ich nadużywaniem jest w rzeczywistości znacznie większa (Kleiman 2017: 135). Centra Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) szacowały, że w 2015 r. aż 2 mln Amerykanów nadużywało opioidów (Compton 2017). Naukowcy, urzędnicy i media mówią dziś już nie tyle o poważnym problemie zdrowia publicznego, ile o najgorszym kryzysie narkotykowym w amerykańskiej historii. Czy nie przesadzają?

Epidemia opioidowa różni się od swoich poprzedniczek – heroinowej z lat 60. i 70. oraz cracku z lat 80. – tym, że nie ogranicza się głównie do miast. Najsilniej zaatakowała bardzo rolnicze, a przy tym typowo

białe stany, zwłaszcza Wirginie Zachodnią i New Hampshire. Rozkwitł czarny rynek. Lekowi dilerzy pozyskują towar pochodzący z kradzieży lub od pacjentów handlujących niewykorzystanymi pigułkami. A życie pisze różne scenariusze, jak choćby ten przytoczony na łamach *New Yorkera* przez lekarzkę Celine Gounder: mimo wielkiego cierpienia jej chory na raka pacjent sprzedawał przepisywane mu opioidy, aby utrzymać siebie i żonę. Inny handlował swoimi tabletkami, zdobywając pieniądze na kokainę. W ten sposób jeden nałóg napędzał drugi (Gounder 2013). Źródłem zasilającym podziemie są też fikcyjni pacjenci, którzy wyludniają lekarstwa, symulując silny ból. Przy tym niektórzy medycy wyspecjalizowali się wręcz w hurtowym ordynowaniu opioidów i tak np. w 2013 r. w stanie Delaware aż jedną czwartą wszystkich recept wystawił zaledwie 1% lekarzy (Lopez 2017). Dodatkowo, liberalne regulacje obowiązujące w niektórych stanach (np. na Florydzie) umożliwiły funkcjonowanie pseudo klinik bólu – najczęściej po prostu zwykłych prywatnych gabinetów – zwanych pigułkowymi młynami (*pill mills*), w których lekarze przepisywali, a nierzadko od ręki sprzedawali narkotyczne analgetyki każdemu chętnemu pacjentowi-klientowi (Kirschner, Ginsburg, Sulmasy, 2014: 198–200, Harvin, Weber 2015: 425).

Problem opioidowy rozproszył się niczym światło w pryzmacie, zataczając nowe kręgi i mutując. Wraz ze wzrostem tolerancji organizmu na narkotyk, aby utrzymać jego efekt, trzeba zwiększać dawki. Podobnie w wypadku spowodowanej długotrwałym przyjmowaniem opioidów hiperalgezi, a więc zwiększonej wrażliwości na ból. Sam w sobie kosztowny nałóg staje się jeszcze droższy (na czarnym rynku jedna dziesięciomiligramowa tabletka OxyContinu kosztuje \$5–10, a czterdziestomiligramowa \$25–40). Co zatem robią uzależnieni pacjenci? Szukają tańszego substytutu. Zaczynają brać heroinę, której wywołująca podobny efekt odurzający działka kosztuje od czterech do dziesięciu razy mniej, albo jeszcze tańszy, znacznie potężniejszy, ale też bardzo łatwy do śmiertelnego przedawkowania fentanyl. Na heroinę przerzucają się też ci, którym lekarze odmawiają opioidów z powodu stwierdzonego już uzależnienia. I pomyśleć, że w 1898 r., wprowadzając na rynek heroinę, firma Bayer reklamowała ją jako niezależniący, bezpieczniejszy substytut morfiny i skuteczny lek pozwalający wyjść z nałogu morfinizmu (Bono 2007: 6). Rich Hamburg, wiceprezes organizacji Trust for America's Health, przyznaje: „Gdy zaczynasz stosować przeciwbólowe opioidy, czterdziestokrotnie wzrasta ryzyko, że sięgniesz po heroinę” (cyt. w: Beasley 2017). Jakkolwiek słowa te brzmią szokująco, to potwierdzają je badania: czterech na pięciu amerykańskich heroinistów zaczynało od wydawanych na receptę opioidów. Spirala się zatem nakręca: stosowane w celach terapeutycznych leki torują drogę rekreacyjnej heroinie i jej syntetycznym, jeszcze groźniejszym pochodnym. Carla Goff z Ohio wyznaje: „Zaczełam

brać środki przeciwbólowe, gdy miałam 19 lat. Bolał mnie ząb. Dentysta przepisał mi Vicodin. Uzależniłam się. Później przyjaciel zapoznał mnie z heroiną” (2017). Ustabilizowanie się lub zmniejszenie skali nadużywania opioidów niekoniecznie świadczą więc o wyhamowywaniu epidemii, a raczej o jej przekształceniu, przepoczwarzeniu.

Akt IV. Śmierć

Niewielkie dawki opioidów mogą skutecznie uśmierzać nie tylko ból fizyczny, ale również emocjonalny, zapobiegając tym samym myślom i próbom samobójczym (Locklear 2016). Paradoksalnie jednak, zgodnie z mądrością wyrażoną przenikliwie przez „ojca nowoczesnej farmakologii”, Paracelsusa, *Sola dosis facit venenum*. Każdy lek jest trucizną, każda trucizna jest lekiem, wszystko zaś zależy od dawki. Oto bowiem nadużywane opioidy uzależniają, a przedawkowane zabijają. Spowalniając działanie układu oddechowego i akcję serca, prowadzą do utraty przytomności i zatrzymania oddechu. Ryzyko wzrasta, gdy zostaną spożyte z alkoholem lub lekami psychotropowymi. Dr Tom Frieden, dyrektor CDC w latach 2009–2017, nie koloryzował, mówiąc: „nie znamy żadnych innych leków stosowanych rutynowo w terapii chorób nieterminalnych, które tak często zabijałyby pacjentów.” (Cyt. w: Moghe 2016) W rzeczywistości jest jeszcze gorzej, gdyż uśmiercają one więcej Amerykanów niż wszystkie nielegalne narkotyki razem wzięte. W ciągu ostatnich dwudziestu lat liczba zgonów spowodowanych przedawkowaniem opioidów wrosła ponad trzykrotnie. W latach 1999–2014 nałóg zebrał gigantyczne śmiertelne żniwo ponad 160 tys. Amerykanów. Zestawmy to z Wietnamem, wojną która w niemal dwa razy krótszym czasie (1965–1973) pochłonęła życie 58 tys. amerykańskich żołnierzy, wywołując ogólnonarodową traumę. W 2016 r. odnotowano ponad 42 tys. zgonów, było to pięć razy więcej niż w 1999 r. Opioidy zabiły znacznie więcej osób niż zginęło w wyniku wypadków samochodowych (35 tys.) i ponad dwa i pół razy więcej niż padło ofiarą zabójstw (15,8 tys.) (2016).

To, że uzależnienie od opioidów bywa dopiero pierwszym etapem narkomanii, komplikuje problem. Jeśli skala śmiertelnego przedawkowania opioidów spada wraz z przerzucaniem się pacjentów-użytkowników na heroinę i fentanyl, to właśnie te ostatnie zabijają ich coraz więcej. Od 2010 do 2015 r. liczba zgonów po heroinie wzrosła ponad czterokrotnie do prawie 13 tys. (2018). O ile w 2010 r. odpowiadała ona za 8% wszystkich zejść śmiertelnych z przedawkowania narkotyków, o tyle pięć lat później już za 25% (2017). Epidemia opioidowa, prowadząca bezpośrednio do kryzysu heroinowego, jest główną, chociaż nie jedyną, przyczyną tej tragicznej dynamiki.

W *Wiedzy radosnej* Friedrich Nietzsche pisał: „Bólowi swemu nadałem imię i wołam go «psie» – jest tak samo wierny, tak samo na-

trętny i bezwstydną (...), jak każdy inny pies” (Nietzsche 2003: 163). Rozwijając tę metaforę, opioidy zamieniają Nietzscheańskiego psa w kanapowca. Po pewnym czasie okazuje się jednak, że zwierzę ma wściekliwość – staje się agresywną, kęsającą, a w końcu zagryzającą swego pana bestią. Morfina, która powstała jako silny środek przeciwbólowy, miała przenosić pacjentów w stan błogostanu i marzeń niczym w objęcia Morfeusza, stąd nazwa, jaką nadał jej Friedrich Wilhelm Adam Sertürner, niemiecki farmaceuta, który jako pierwszy wyizolował ją z opium. Przepisywane współcześnie w tym samym celu znacznie potężniejsze opioidy nazbyt często posyłają Amerykanów w zabójcze objęcia Tanatosa.

Akt V. Wybawienie?

Pocałunek boga śmierci można wszakże odwrócić, szybko podając lek antagonistę, głównie nalokson. W kwietniu 2016 r. uratował on życie Prince’owi, jednak gdy tydzień później piosenkarz znów przedawkował fentanyl, nie dostał na czas antidotum, dołączając do rosnącego w zastraszającym tempie grona śmiertelnych ofiar epidemii (Sutherland 2016).

Ogólnokrajowe zagrożenie wywołało w końcu reakcję władz na szczeblu federalnym i stanowym. Zaostrzono zasady stosowania opioidów. Lekarzom nakazano większą ostrożność w wydawaniu ich pacjentom nieonkologicznym, a wytyczne z 2017 r. nie zalecają ich już w leczeniu większości przypadków przewlekłego bólu. W 2014 r. Agencja do Walki z Narkotykami przeniosła opioidy z trzeciej do drugiej kategorii w pięciostopniowej skali kontrolowanych substancji odurzających (tzw. *schedules*), co było posunięciem równoznacznym z uznaniem ich większego potencjału uzależniającego, bardziej szkodliwego działania i węższego spektrum zastosowania medycznego (Lopez 2017). Agencja podjęła też kroki w celu wyeliminowania *pill mills*. W coraz większej liczbie stanów zanim lekarz wystawi receptę, musi najpierw sprawdzić w specjalnej bazie danych, czy już gdzieś tego nie zrobił inny doktor. Do 2016 r. przepisywać można było zapas opioidów na sześć miesięcy, teraz tylko na trzy. Pod koniec 2016 r. Kongres przeznaczył miliard dolarów na zwalczanie epidemii. Dofinansowano i wsparło m.in. centra rehabilitacji dla osób uzależnionych. Obecnie ok. 35 tys. lekarzy, ponad dwukrotnie więcej niż w 2011 r., posiada licencję na wydawanie leku o nazwie Suboxone. Ten zawierający buprenorfinę i nalokson opioid łagodzi objawy abstynencyjne, jest skutecznym środkiem stosowanym w leczeniu nałogu i w przeciwieństwie do metadonu może być przyjmowany w warunkach domowych a nie klinicznych. Mimo wszystko nadal mniej niż 3% lekarzy posiada uprawnienia do przepisywania buprenorfiny, z czego zaledwie jedna trzecia faktycznie ją wypisuje (Bosman 2017). Tak czy inaczej, w rezultacie

powyższych kroków w 2016 r. liczba recept wystawionych na opioidy spadła o 10% w porównaniu z apogeum kryzysu w roku 2012 (2016).

Dostęp pacjentów do leków został ograniczony, co jednocześnie, paradoksalnie, uzmysłowiło ryzyko wylania dziecka z kąpielą. Z jednej strony państwo powinno podjąć bardziej zdecydowane działania, z którymi i tak nazbyt długo zwlekało. Z drugiej strony restrykcje uderzają w chorych, którzy do normalnego funkcjonowania bardzo potrzebują silnych paliatywów. Rozwiązanie nie może oznaczać powrotu do stanu sprzed lat, kiedy ludzie cierpieli z powodu nieleczzonego lub leczonego niewystarczająco bólu, a więc do sytuacji, jaka współcześnie ma miejsce np. w Polsce. Dodatkowo, przyjmowanie opioidów otoczył klimat stygmatyzacji. Nawet najbardziej potrzebujący pacjenci zaczęli się ich obawiać, coraz częściej odmawiając ich przyjmowania.

Jedną z konsekwencji polityk antynarkotykowych jest efekt *balonu* – presja na produkcję w danej lokalizacji powoduje jej przeniesienie do innej. Analogiczne zjawisko *przemieszczenia substancji* zachodzi, gdy w zależności od dostępności i ceny konsumenci zmieniają intoksykant. Obostrzenia nie sprawiają, że ludzie przestają brać, a raczej wymuszają modyfikację upodobań. Tym samym próby stłumienia plagi opioidowej eskalowały problem heroinowy i tak narzmiły już z powodu uzależnionych pacjentów rozpaczliwie przerzucających się na tańszy substytut przepisywanych na receptę opioidów.

Didaskalia: opiatowe *déjà vu*

Prowadzące od 1971 r. globalną wojnę z narkotykami władze Stanów Zjednoczonych dopuściły jednocześnie na własnym podwórku do wybuchu na początku XXI w. o wiele poważniejszego kryzysu narkotykowego, którego głównym źródłem okazała się służba zdrowia. Nie po raz pierwszy w historii jednak lekarze powszechnie i swobodnie przepisujący uzależniające medykamenty stali się katalizatorem epidemii narkotykowej, będąc głównym wektorem jej ekspansji. W dziewiętnastowiecznej Ameryce najczęściej stosowanym lekiem było opium postrzegane wówczas, o czym dobitnie w *Wyznaniach angielskiego opiumisty* pisał Thomas De Quincey, jako panaceum „na wszelkie ludzkie cierpienia” (De Quincey 2002: 84). Nawet Olivier Wendell Holmes, jeden z największych wrogów farmaceutyków, wychwalał je jako jedyne lekarstwo, które przepisywał Amerykanom sam Stwórca (Courtwright 1978: 108). Toteż leczono nim bardzo wiele chorób w tym: astmę, bólę głowy, bronchit, cholera, depresję, czerwonkę, hemoroidy, kiłę, kolkę i malarię (Davenport-Hines 2006: 122–138). Na wszelkie dolegliwości, którym towarzyszył ból, równie chętnie stosowano morfinę. Nie zdawano sobie wówczas jeszcze w pełni sprawy z ich silnie uzależniającego działania, choć, co znamienne, większość mężczyzn zniewolonych przez opiaty stanowili sami lekarze. Od lat 40. do 90. XIX w.

liczba uzależnionych Amerykanów wzrosła ponad sześciokrotnie, do czego w pewnym, choć nie zdecydowanym, stopniu przyczyniła się wojna secesyjna (1861–65), podczas której rzesze rannych i chorych żołnierzy Północy i Południa masowo leczono opium i morfiną (Kamieński 2012: 111–129). W 1914 r. opiumistami lub morfinistami mogło być nawet 300 tys. Amerykanów (Ibid: 101, Quinones 1975: 1010).

O ile w XIX w. doktorzy bez opamiętania ordynujący opium i morfinę nie byli początkowo całkiem świadomi ich szkodliwego działania, o tyle pod koniec XX w. czujność środowiska medycznego uśpiona została w dużej mierze przez Wielką Farmację, na czele z Prude Pharma rodziny Sacklerów (Keefe 2017). Współcześnie, podobnie jak 150 lat temu, nierozważna praktyka lekarzy uwolniła z butelki „makowego” dżina, sprowadzając na amerykańskie społeczeństwo tragiczny problem narkomanii.

Postscriptum: technonauka w poszukiwaniu bezpiecznego panaceum

Czy w przyszłości można będzie zastąpić opioidy równie skutecznymi, ale bezpiecznymi środkami przeciwbólowymi? Jak wykazały wstępne badania, w wypadku wielu chorób terminalnych, zwłaszcza nowotworowych alternatywą mogą być konopie indyjskie. W stanach (i Dystrykcie Kolumbii), w których medyczna marihuana jest obecnie legalna, odnotowano wyraźny spadek śmiertelnych przedawkowań opioidów – średnio o ok. 25%. (Bachhuber, Saloner, Cunningham, Barry 2014: 1668–1673, Ingraham 2017) Całkiem prawdopodobne zatem, że liberalizacja i dekryminalizacja marihuany przyczyniają się do ograniczenia epidemii opioidowej.

Prawdziwą rewolucją będzie jednak wynalezienie skutecznego analgetyku o mechanizmie działania nieskojarzonym z receptorami opioidowymi. Najnowsze badania wskazują, że związek chemiczny oznaczony jako ST034307 blokuje enzym cykazy adenyłowej 1 (AC1) w mózgu, biorący udział w powstawaniu zarówno bólu, jak i uzależnienia od uśmierzających go opioidów. Odkrycie to może pomóc w stworzeniu paliatywów nowej generacji precyzyjnie i wybiórczo blokujących AC1 i niewpływających na inne jej funkcje związane np. z procesem zapamiętywania (Brust, Alongkronrusmee, Soto-Velasquez, Baldwin, Ye, Dai, Dessauer, van Rijn, Watts 2017). Być może pewnego dnia jedna super pigułka pozwoli pokonać jednocześnie silny ból i nałóg opioidowy spowodowany jego wcześniejszym leczeniem. Intensywne prace trwają też nad wynalezieniem swoistej antyopiooidowej szczepionki, opartej na zmodyfikowanej molekuły środka psychoaktywnego (np. fentanylu), która blokowałaby efekt odurzający konkretnej substancji, a tym samym dążenie do ciągłego jego powtarzania i odczuwania. Ponieważ struktura środka pozostaje niezmieniona, podanie go w małej

ilości wywołuje odpowiednią uodporniającą reakcję układu immunologicznego. Badania na myszach dowiodły niezwyklej skuteczności takiej szczepionki, bowiem niezależnie od tego, jaką ilość opioidu im następnie podawano, nie docierał on do ich mózgu. Modyfikacja rozbroiła fentanyl z jego odurzającego działania (Ossola 2016). Czy taki sam efekt uda się osiągnąć u ludzi?

Naukowcy poszukują sposobów rozwiązania problemu kryzysu opioidowego nie tylko w farmakologii, lecz także w neurotechnologii. Do nowatorskich sposobów leczenia bólu należy stymulacja elektryczna nerwów. Na przykład czipowy implant kalifornijskiej firmy Nevro wszczepiany pod skórę i wysyłający delikatne puls elektryczny do zakończeń nerwowych rdzenia kręgowego jest skutecznym sposobem zwalczania bólu kręgosłupa. Jeśli jednak ktoś ma opory przed tego typu inwazyjną technologią, dostępne są również urządzenia niewymagające operacji i stymulujące nerwy obwodowe przez skórę, jak na przykład produkowane przez firmę SPR Therapeutics z Cleveland (Mullin 2017). Szybko rosnący popyt wywołał dynamiczny rozwój rynku tego typu nieryzykowne, bo niezależniące technologie paliatywne.

Za pomocą nieinwazyjnej przezczaszkowej stymulacji można modyfikować aktywność mózgu, a tym samym stany emocjonalne, kognitywne i behawioralne. W listopadzie 2017 r. Agencja Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) dopuściła do stosowania w leczeniu nałogu opioidowego urządzenie firmy Innoative Health Solutions z Indiany o nazwie Neuro-Stim System Bridge. Mały czip umieszczony za uchem stymuluje elektrycznie obszar mózgu odpowiedzialny za otrzymywanie i odczytywanie informacji na temat bólu, tym samym zmniejszając odczuwanie bólu towarzyszącego zespołowi odstawiennemu. Znacząco ułatwia to detoks i wychodzenie z nałogu (Blau 2017). Fakt, że FDA zdecydowała się dopuścić na rynek urządzenie, którego skuteczność potwierdziło jedynie pojedyncze badanie z udziałem 73 pacjentów, z których co prawda 88% po zaledwie pięciu dniach stosowania zdołało zerwać z uzależnieniem od opioidów, dobitnie świadczy o tym, jak poważny jest kryzys narkotykowy, z jakim zmagają się amerykańskie społeczeństwo. Od dawna nie jest to już bowiem wyłącznie problem medyczny, lecz dotkliwe zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego i społecznego, a więc również bezpieczeństwa wewnętrznego państwa.

Spółeczeństwo późnonowoczesne, zdiagnozowane w latach 80. XX w. przez Ulricha Becka jako „społeczeństwo ryzyka”, opiera się na paradoksach. Z jednej strony w bezprecedensowy sposób sprzyja i generuje rozwój naukowo-techniczny, który coraz szybciej i dogłębniej zmienia styl i jakość życia jego członków. Z drugiej strony w równie szybkim tempie i na równie wielką skalę wytwarza nowe rodzaje ryzyka. Jak pisze bowiem Beck, „w zaawansowanej nowoczesności społeczna pro-

dukcja bogactwa idzie w parze ze społeczną produkcją ryzyka” (Beck 2004: 27). Toteż nauka staje się ciągłym źródłem pączkującego ryzyka. I tak, zmiana podejścia w leczeniu bólu znacząco zwiększyła ryzyko uzależnienia wśród pacjentów, wywołując następnie zbierający śmiertelne żniwo kryzys opioidowy. Sposobem na ograniczenie go są – obok zaostrzania regulacji prawnych – wysiłki naukowo-badawcze służące z jednej strony odkryciu nowych, nienarkotycznych i niezależających metod leczenia bólu, a z drugiej – wynalezienia sposobów skutecznego wychodzenia z nałogu opioidowego.

Optymizmem nie napawa to, że ryzyka nie sposób wyeliminować, można nimi co najwyżej zarządzać i ograniczać je do akceptowalnych społecznie rozmiarów. Taka jest istota ryzyka. Jednak paradoksalnie, to, co stanowi powód jednostkowej i społecznej destrukcji, staje się również silnym bodźcem innowacyjnym, unoszącym całą falę start-upów. Epidemia opioidowa okazuje zatem swoje drugie oblicze, które podążając luźno za amerykańskim ekonomistą Joseph A. Schumpeterem, można by nazwać „kreatywną destrukcją”. W *Kapitalizmie, socjalizmie, demokracji* (1942) wskazał on na arcyważną cechę gospodarki kapitalistycznej – jej nierównomierny rozwój. Postępowi w jednym obszarze towarzyszy zwykle regres w innym. Cechą rynku jest to, że immanentnie wyzwała on i stymuluje innowacje technologiczne oraz organizacyjne, które nieuchronnie niszczą i zajmują miejsce zastanych struktur społeczno-kulturowych i przestarzałych gałęzi, sektorów, branż (Schumpeter 2009). Taka dialektyka leży też u podstaw nowoczesności, o czym jakże trafnie przekonywali Max Horkheimer i Theodor Adorno (2010). Odwracając i raczej swobodnie wykorzystując logikę Schumpetera, można chyba pokusić się o stwierdzenie, że druzgocący i destrukcyjny kryzys opioidowy staje się też ważnym bodźcem i inspiracją do badań w poszukiwaniu przyszłościowych i przełomowych metod i technologii paliatywnych.

Konkluzja: tragizm i nadzieja

Geneza i mechanizm szerzenia się amerykańskiej plagi opioidowej obrazują fundamentalny dylemat profesji medycznej: wybór mniejszej szkody. Powinnością lekarza jest pomoc pacjentowi, a przysięga Hipokratesa zobowiązuje go do nieszkodzenia. Co jednak, gdy krótkoterminowa pomoc przyniesie ostatecznie więcej strat? Opioid uśmierza ból, ale może też uzależnić, wpędzić w nałóg heroinowy lub fentylonowy, a nawet zabić. Lekarz staje przed alternatywą: „czy mam odpowiednio leczyć ból, mając świadomość ryzyka uzależnienia się pacjenta, czy też, chcąc oszczędzić pacjentowi ryzyka nałogu, powinienem zaproponować niepełną i nieodpowiednią terapię?” Lekarz musi zatem zdecydować, co mniej zaszkodzi pacjentom, zaś państwo – ile swobody mu w tym względzie pozostawić.

Jak każda epidemia również współczesna amerykańska plaga opiodowa kiedyś ustąpi, niczym w lekarskim powiedzeniu: „każde krwawienie w końcu ustanie”. Czy opiodowy „krwotok” doprowadzi do *katharsis* w rozumieniu nie tylko uwolnienia od cierpienia, ale też oczyszczenia i przełomu, np. w nowych metodach i technologiach leczenia bólu i nałogu, czy też do katastrofalnej *nemesis*? Historia epidemii narkotykowych pozwala mimo wszystko żywić optymizm, chociaż ostateczny bilans będzie z pewnością dla Amerykanów wyjątkowo bolesny.

Bibliografia

- Assault or Homicide (2018), <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/homicide.htm> [19.01.2018].
- Bachhuber M.A, Saloner B.,Cunningham C.O., Barry C.L. (2014). Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999–2010, *JAMA Internal Medicine* 174(10): 1668–1673;
- Beasley D., *Deadly U.S. heroin overdoses quadrupled in five years: study*, (2017) <https://www.reuters.com/article/us-usa-heroin/deadly-u-s-heroin-overdoses-quadrupled-in-five-years-study-idUSKBN1630EO> [19.01.2018].
- Beck U. (2004), *Spoleczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, przełożył Stanisław Cieśla, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (2015). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Blau M, *FDA clears electronic earpiece to block opioid withdrawal symptoms* (2017), <https://www.statnews.com/2017/11/15/fda-bridge-opioid/> [30.01.2018].
- Bono J. P. (2007). *The criminalistics of controlled substances* [in:] Karch S. B. (ed.). *Pathology, toxicogenetics, and criminalistics of drug abuse*. Boca Raton: CRC Press, 1–75.
- Bosman J. (2017), *Inside a killer drug epidemic: a look at America’s opioid crisis* <https://www.nytimes.com/2017/01/06/us/opioid-crisis-epidemic.html> [29.01.2018];
- Brust T.F., Alongkronrusmee D., Soto-Velasquez M., Baldwin T.A, Ye Z., Dai M., Dessauer C.W., van Rijn R. M., Watts W. J. (2017). Identification of a selective small molecule inhibitor of type 1 adenylyl cyclase activity with analgesic properties. *Science Signaling* 10(467): eaah5381.
- Compton W.M, (2017) *Research on the use and misuse of fentanyl and other synthetic opioids*, <https://www.drugabuse.gov/about-nida/legislative-activities/testimony-to-congress/2017/research-use-misuse-fentanyl-other-synthetic-opioids> [02.02.2018].
- Courtwright D.T. (1978), Opiate addiction as a consequence of the Civil War. *Civil War History* 24(2): 101–111.
- Davenport-Hines R.(2006). *Odurzeni. Historia narkotyków 1500–2000*. Warszawa: W.A.B.
- Draft CDC guidelines for prescribing opioids for chronic pain* (2016), <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm> [25.01.2018].
- Drug overdose death data* (2017), <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html> [19.01.2018];
- Foote S.M, Etheredge L. (2000) Increasing use of new prescription drugs: a case study. *Health Affairs* 19(4): 165–170.
- Gounder C.(2013), *Who is responsible for the pain-pill epidemic?*, <https://www.newyorker.com/business/currency/who-is-responsible-for-the-pain-pill-epidemic> [6.01.2018].
- Harvin A, Weber R. J. (2015). A primer on prescription drug abuse and the role of the pharmacy director. *Hospital Pharmacy* 50(5): 422–428.
- Has opioid abuse affected you? Readers respond* (2017), <https://www.nytimes.com/2017/01/06/us/has-opioid-abuse-affected-you-readers-respond.html> [19.01.2018].

- Heroin overdose data* (2018), <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/heroin.html> [28.01.2018].
- Horkheimer M., Adorno T.W. (2010), *Dialektyka oświecenia. Fragmenty filozoficzne*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Ingraham C.(2017), *Legal marijuana is saving lives in Colorado, study finds*, https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2017/10/16/legal-marijuana-is-saving-lives-in-colorado-study-finds/?utm_term=.f1368d5c99e8 [29.01.2018].
- Kamieński Ł, (2012) *Farmakologizacja wojny. Historia narkotyków na polu bitwy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego,
- Keefe P.R (2017), *The family that built an empire of pain*, <https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain> [31.01.2018].
- Kirschner N., Ginsburg J., Sulmasy L.S,(2014) Prescription drug abuse: executive summary of a policy position paper from the American College of Physician. *Annals of Internal Medicine* 160(3, 4): 198–200.
- Kleiman M.A.R. (2017). High stakes. The future of U.S. drug policy. *Foreign Affairs* 96(2): 135.
- Kramer P.D. (1995) *Wstuchując się w Prozak*. Waldemar Szelenberger, Warszawa: Jacek Santorski & Co.
- Locklear M. (2016) *Tiny doses of opioid could be first fast anti-suicide drug*, <https://www.newscientist.com/article/2076481-tiny-doses-of-opioid-could-be-first-fast-anti-suicide-drug/> [30.01.2018].
- Lopez G. (2017), *The opioid painkiller and heroin epidemic, explained*, <https://www.vox.com/2015/10/1/9433099/opioid-painkiller-heroin-epidemic> [26.01.2018].
- Moghe S. (2016), *Opioid history: from 'wonder drug' to abuse epidemic*, <https://edition.cnn.com/2016/05/12/health/opioid-addiction-history/index.html> [20.01.2018].
- Mullin E (2017), *These new devices promise to fight pain without opioids*, <https://www.technologyreview.com/s/608256/these-new-devices-promise-to-fight-pain-without-opioids/> [31.01.2018].
- NCHS data on drug-poisoning deaths* (2017), https://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/factsheet_drug_poisoning.pdf [28.01.2018].
- Nietzsche F. (2003), *Wiedza radosna*. Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
- Ossola A. (2016), *A vaccine that makes your body destroy opioids*, <https://www.popsi.com/there-could-soon-be-vaccine-for-opioid-overdose> [31.01.2018].
- OxyContin abuse and diversion and efforts to address the problem* (2003) GAO-04-110. Washington: United States General Accounting Office.
- Portenoy R.K., Foley K. M, (1986). Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain* 25(2): 171–186.
- Porter J., Jick H.(1980). Addiction rare in patients treated with narcotics. *The New England Journal of Medicine* 302(10): 123.
- Prescription opioid and heroin abuse* (2014), <https://www.drugabuse.gov/about-nida/legislative-activities/testimony-to-congress/2016/prescription-opioid-heroin-abuse> [25.01.2018].
- Schumpeter J.A. (2009), *Kapitalizm, socjalizm, demokracja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Service R.F. (2017). *Is a new class of painkillers on the horizon?*, <http://www.sciencemag.org/news/2017/02/new-class-painkillers-horizon> [29.01.2018].
- Sifferlin A. (2017). *13% of Americans take antidepressants*, <http://time.com/4900248/antidepressants-depression-more-common/> [25.01.2018].
- Sutherland S. (2016), *Why the pain drug that killed Prince can be especially dangerous*, <https://www.scientificamerican.com/article/why-the-pain-drug-that-killed-prince-can-be-especially-dangerous/> [29.01.2018].
- The National Alliance of Advocates for Buprenorphine Treatment* <https://www.naabt.org/tl/buprenorphine-suboxone-treatment.cfm> [29.01.2018].
- The problem of pain* (2016.) <https://www.economist.com/news/international/21699363-americans-are-increasingly-addicted-opioids-meanwhile-people-poor-countries-die> [23.01.2018].

- Traffic fatalities up sharply in 2015* (2016), <https://www.nhtsa.gov/press-releases/traffic-fatalities-sharply-2015> [19.01.2018];
- De Quincey T. (2002). *Wyznania angielskiego opiumisty i inne pisma*. Warszawa: Czytelnik,
- Quinones M.A. (1975). Drug abuse during the Civil War (1861–1865). *The International Journal of the Addiction* 10(6): 1010.