

OBVLADOVANJE ODVISNOSTI PRI PSIHOTIČNIH DUŠEVNIH MOTNJAH

Vesna Švab*

Ključne besede: dvojna diagnoza, zdravljenje, obvladovanje, psihosocialni pristop, multidisciplinarno delo.

Key words: double diagnosis, treatment, coping, psychosocial approach, multidisciplinary team work.

Izvleček

V članku opisujem pogostost duševnih motenj, pri katerih se pojavljata diagnoza za psihoze in odvisnosti. Iz analize razlogov za visoko pogostost teh motenj izhajajo specifične metode zdravljenja in organizacije služb, ki pri nas na to skupino duševnih motenj še ne odgovarjajo ustrezno. Predstavljam dva modela zdravljenja dvojnih diagnoz. Uspešna pomoč je mogoča le ob sodelovanju strokovnjakov različnih strok.

Uvod

Število pacientov, ki imajo psihotično duševno motnjo in so odvisni od psihoaktivnih substanc (PAS) je veliko. Z bolniki z dvojnimi diagnozami se srečujemo v vsakdanji klinični praksi, so pogosti obiskovalci naših ambulant in so pogosto ponovno sprejeti v bolnišnice. Prognoza shizofrenije in drugih psihotičnih duševnih motenj je pri njih slabša kot pri drugih pacientih. Pacienti z dvojnimi diagnozami trpijo zaradi dveh vrst težav, ki so si v nekaterih pogledih podobne. Huda duševna motnja (v angleščini: severe mental disorder) je, tako kot odvisnost, motnja v delovanju možganov, ki vpliva na mišljenje, vedenje in čustvovanje. Obe motnji sta kronični, vendar ju je mogoče zdraviti. Za obe motnji je vsaj v začetnih obdobjih značilno minimaliziranje ali popolno zanižanje težav, pri obeh se pojavljajo občutki sramu, nemoči in odrinjenosti (3).

* doc.dr. Vesna Švab, dr. med. Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje

Pogostost

Klinično izkušnjo potrjujejo z raziskovalnimi ugotovitvami. Iz raziskovalne naloge Koprivška (2002) (5) povzeman, da se zloraba psihoaktivnih substanc pojavi pri polovici vseh obolelih za shizofrenijo, pri moških vsaj še enkrat pogosteje kot pri ženskah. 48% ljudi s shizofrenijo in 56% ljudi z bipolarno motnjo ima tudi težave z odvisnostjo, v primerjavi s 17% druge populacije (1). Posebej pogoste so dvojne diagnoze pri mladih samskih moških s slabo izobrazbo, brezdomcih in tisti, ki se pogosto vračajo v bolnišnice (4). Zaradi kompleksnosti težav je tudi zdravljenje ljudi z dvojno diagnozo kompleksno. Dvojna diagnoza je torej prej pričakovana kot izjemna. Razlogi za kombinacijo obeh motenj so številni.

Vzroki

Koprivšek (5) je v svoji specialistični nalogi opisal različne genetske, osebnostne in situacijske razloge za pojav dvojnih diagnoz. Poudariti je treba, da bolniki s psihotičnimi motnjami pogosto začnejo uživati PAS zaradi povečane tesnobe, strahu in negotovosti, ki se pojavljajo ob izbruhu psihoze. Bolniki s psihotičnimi motnjami pa so tudi bolj nagnjeni k odvisnosti kot drugi ljudje.

Razlogi za povečano nagnjenost k odvisnosti so kompleksni:

1. pacienti poročajo, da jih k uporabi PAS ženejo osamljenost, dolgočasje, nespečnost in tesnoba, torej podobni razlogi kot druge ljudi, vendar so ti razlogi pri ljudeh s psihozo pogostejši;
2. bolniki s psihotičnimi motnjami so bolj občutljivi za učinke PAS. Že majhne količine PAS sprožijo ponovitve njihove psihotične motnje. V prid tezi o večji občutljivosti govori tudi dejstvo, da pri bolnikih z dvojnimi diagnozami redko opazimo abstinenčne krize ali telesne posledice odvisnosti, ki sicer nastanejo ob uživanju velikih količin PAS;
3. ljudje z duševnimi motnjami niso le bolj občutljivi za PAS, temveč te substance tudi pogosteje zlorablajo. Zlorabe PAS pri tej skupini pogosteje povzročajo socialne posledice (prizadetosti, manjzmožnosti) kot so socialna izolacija, siromaštvo, slaba izobrazba, nezaposlenost in težave pri bivanju, do brezdomstva (6).

Zdravljenje

Ob uspešnem zdravljenju in obvladovanju psihoze veliko bolnikov uživanje PAS opusti, ko pride do izboljšanja njihovega stanja. PAS pogosteje opustijo ženske kot moški in tisti/tiste, ki živijo v stabilnejših socio-ekonomskih razmerah. Njihovo število doseže vsaj petdeset odstotkov (50%) bivših odvisnikov (7).

Načini zdravljenja ljudi z dvojnimi diagnozami so različni in se prilagajajo vzrokom za nastanek teh motenj. Najbolj uspešni so tako imenovani integracijski pristopi, ki ne ločujejo procesa zdravljenja psihoze od procesa zdravljenja odvisnosti. V teh kliniki prevzamejo odgovornost za zdravljenje odvisnosti in za zdravljenje psihoze, torej za uvajanje medikamentozne antipsihotične ali anti-depresivne terapije in vzdrževanje tega zdravljenja in za učenje socialnih veščin. Začnejo hkrati z motivacijskimi postopki za zdravljenje odvisnosti. Zdravljenje oseb z dvojnimi diagnozami poteka praviloma ambulantno. V bolnišnicah se navadno opravi le oceno stanja in začne z motivacijo.

Izkazalo se je, da so posebej uspešni tisti programi, ki omogočajo spremljanje in nadzor pacienta, vsaj v vmesnem obdobju priprave na zdravljenje odvisnosti in seveda takrat, ko je pacient nevaren sebi ali drugim. Uspešni so programi, ki se izvajajo v skupnosti in so dovolj dolgotrajni. Okrevanje po kombiniranih duševnih motnjah namreč lahko poteka tudi nekaj let. Pri obeh hkratnih motnjah namreč bolnik prehaja skozi različne faze v procesu zdravljenja in okrevanja.

Avtorji zdravljenje bolnikov z dvojnimi diagnozami in njihovo obvladovanje delijo na več faz. Predstavila bom dva opisana uspešna modela, ki se razlikujeta bolj po natančnosti opisa obravnave kot po vsebini. Prvega je opisal Minkoff s sodelavci in ima štiri faze (8):

Prva faza je stabilizacija akutne motnje. Sem sodi omilitev ali ukinitve akutnih psihotičnih simptomov in prenehanje uživanja psihoaktivne substance (abstinenca).

Druga faza je vključitev v proces zdravljenja, kamor sodi uvajanje vzdrževalne terapije in vstopanje v vzdrževanje abstinence.

Tretja faza je vzdrževanje zdravja s preprečevanjem ponovitev bolezni in ponovitve odvisnosti – sem sodi vzdrževalna antipsihotična terapija in vključitev v različne oblike preprečevanja odvisnosti (klubi zdravljenih alkoholikov, ambulantna obravnava, skupine za samopomoč itd.).

Zadnja faza zdravljenja je proces okrevanja, ki pomeni pridobivanje novih spretnosti za obvladovanje posledic obeh vrst motenj.

Naštetim fazam, ki se pri posameznih bolnikih prepletajo, je potrebno prilagoditi načine zdravljenja.

V procesu zdravljenja in okrevanja je pomembno terapevtsko orodje **terapevtov odnos** do bolnika. V nasprotju s klasičnimi metodami zdravljenja odvisnosti, je treba pri pacientih z dvojno diagnozo najprej razumeti, da so terapevtove možnosti za obvladovanje odvisnosti bolj omejene kot pri ljudeh, ki ne trpijo zaradi psihotičnih duševnih motenj.

Prvi korak k uspešnemu zdravljenju je vzpostavitev tesnega empatičnega odnosa, v katerim terapevt priznava in razume razloge, zaradi katerih se bolnik zateka v odvisnost. To so poskusi obvladovanja psihotične motnje s PAS, olajšanje, ki jih uživanje teh snovi prinaša v njegovo psihično doživljanje, zmanjšanje stranskih učinkov zdravil (kot npr. z nikotinom in kavo), olajšanje druženja in vzpostavitev identitete odvisnika, ki je manj stigmatizirana kot identiteta duševnega bolnika. Upoštevati je treba osamljenost in brezup, ki sta posledica hude in ponavljajoče se duševne motnje in spoštovati bolnikovo izbiro glede prenehanja z odvisnostjo ali njenega nadaljevanja (9).

Drugi model so oblikovali Drake in sodelavci (10):

Proces zdravljenja se začne z **motivacijo**. Motivacijski postopki so tisti, ki omogočijo pacientu, da sam prepozna ali oblikuje svoje življenjske cilje. V motivacijskem postopku prepoznavamo, na kakšen način pacienta pri doseganju teh ciljev ovira uživanje PAS.

Prvi korak je **ocena**. Problem dvojnih diagnoz se v večini služb za duševno zdravje podcenjuje in pogosto spregleda. V pomoč so lahko ocenjevalne lestvice: tudi pri nas so že uporabljali Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI) (11), ki je standardiziran in uspešen pripomoček. V medicinskih okoljih je treba uporabiti (z dovoljenjem pacienta) tudi urinske teste in o težavah z odvisnostjo vprašati sorodnike ali druge spremljevalce. Ocenjujemo tudi področja socialnih odnosov, družine, prijateljev, prostočasovnih dejavnosti, zaposlitve, izobrazbe in finančno stanje.

Proces zdravljenja se nadaljuje z **vključevanjem** (engagement), **prepričevanjem**, **aktivnim zdravljenjem** (zmanjševanjem količine užitih PAS) in se zaključuje s **preventivo ponovitve bolezni (relapsa)**.

Vključevanje: Načrt zdravljenja naj upošteva vse nujne potrebe pacienta in njegovih bližnjih, na primer težave s stanovanjem, prehrano in oblačenjem, potrebe po zdravljenju vseh telesnih težav in stiske v socialnem okolju. Dolgoročni cilji, ki jih oblikujemo z bolnikom že na začetku zdravljenja, so navadno usmerjeni v socialno okolje, zaposlitev in učenje vedenjskih tehnik za obvladovanje socialne tesnobe. Pomembno je zagotoviti podporo sorodnikov in prijateljev za jemanje zdravil, vključiti pacienta v podporne mreže v skupnosti, pomagati pri

vzpostavitvi ter vzdrževanju abstinence, zagotoviti zdravila, s katerimi obvladujemo simptome in ovirati odvisniško vedenje.

Načrtovanje skrbi (to je načrtovano vodenje v skupnosti) naj bo intenzivno (dovolj veliko število osebja in pogostost stikov) in naj poteka v skupnosti. Pri velikem številu pacientov je vsaj v omejenem obdobju potrebno zagotoviti visoko stopnjo nadzora: sem sodijo pregledi urina, hospitalizacije proti volji, nadzor v bivanjskem okolju in podobno, vsaj dokler pacient ne zmore prevzeti odgovornosti za abstinenco.

Programi so v začetku usmerjeni bolj v preprečevanje škode, izobraževanje in povečevanje motivacije, kot v popolno abstinenco. Pomembno vlogo ima kognitivno-vedenjsko svetovanje. Skupina vrstnikov ali skupina za samopomoč je navadno pomemben vzvod za obvladovanje težav, čeprav za uspešnost teh programov nimamo raziskovalnih dokazov.

V fazo vključevanja sodi tudi proces **učenja o odvisnosti**, pri katerem bolniku ponudimo dovolj informacij o PAS, da bo lažje sprejel odločitve o nadaljevanju zdravljenja odvisnosti. V procesu izobraževanja se izogibamo obsojanju in vrednostnim sodbam ter vztrajamo pri empatičnem odnosu, ki ga uporabljamo tudi pri kasnejših konfrontacijah, to je omejitvah, ki jih vgrajujemo v proces zdravljenja in rehabilitacije. Psihiater lahko zahteva dovolj dolgo abstinenco, preden zniža odmere zdravil, socialni delavec lahko zahteva dovolj dolgo vključitev v program zdravljenja, preden usmeri pacienta v zaposlitveni program in podobno. Tudi ob teh omejitvah je treba vztrajati pri zagotavljanju varnosti in sprejetosti pacienta. Najboljše rezultate dosegajo v skupinah vrstnikov, kjer mogočajo izmenjavajo izkušenj in omejevanje, kot ga priporočijo tisti, ki so preživeli podobno izkušnjo (6).

Faze vključevanja pomeni predvsem vzpostavitev terapevtskega odnosa. Prezgodnji poskusi doseči abstinenco se ne končajo ugodno.

Faza prepričevanja je proces v katerem skušamo identificirati bolnikove življenjske cilje in ga/jo opogumiti, da prevzame pomembne odločitve o svojem življenju.

Faza aktivnega zdravljenja pomeni dejansko zmanjševanje količine PAS, ki jih bolnik uživa in obvladovanje psihotičnih simptomov. V to fazo sodijo družinska podpora in svetovanje, vključevanje v skupine vrstnikov, učenje socialnih veščin, individualno vedenjsko kognitivno svetovanje, vključevanje v delo in pristočasovne dejavnosti itd.

Zadnja faza je preprečevanje ponovitve bolezni (relapsov), ki jih v procesu zdravljenja ljudi z dvojnimi diagnozami ne vidimo kot napake in odpovedi, temveč kot običajne ovire pri obvladovanju kronične bolezni. V tem obdobju skušamo vzdrževati bolnikovo zavest o njegovi veliki občutljivosti za PAS in razvijamo načine opazovanja bolnika (samopomoč, terapevtski pregledi, reševanje težav v

družini, zaposlitev). Z opisanim pristopom lahko dosežemo bistveno boljše (dolgotrajnejše) remisije (10%-20% na leto), kar je dva do štirikrat več kot pri klasični obravnavi(12).

Najdaljše spremljanje bolnikov z dvojno diagnozo so v svoji študiji opravili hrvaški avtorji, ki so spremljali odvisnost od alkohola pri 312 bolnikih s shizofrenijo 20 let in odkrili, da se pogostost odvisnosti le malo spreminja. Ti bolniki so bili le v klasični psihiatrični obravnavi (13).

Povzetek:

Integriran pristop, ki naj bi izboljšal prognozo teh bolnikov, ima nekaj posebnih, za izpeljavo programov bistvenih značilnosti. To so:

- spremljanje bolnika v skupnosti, ki je bolj uspešno kot zdravljenje v bolnišnici;
- prilagodljivost programov posameznemu bolniku;
- multidisciplinarna obravnava z vključitvijo pacienta in svojcev;
- delitev odgovornosti in
- dolgotrajnost obravnave (14).

Službe

Tradicionalne službe za zdravljenje ljudi z dvojnimi diagnozami so (pri nas še vedno) organizirane tako, da sta zdravljenje psihoze in odvisnosti ločena glede na kraj (mesto) zdravljenja, finančna sredstva, delovne skupine itd. Vključitveni kriteriji za sprejem so različni. Pogosto se dogaja, da pacienta ne sprejme nobena služba: sprejem na oddelek za zdravljenje psihotičnih motenj se odkloni zato, ker je oseba pod vplivom PAS, oddelek za zdravljenje odvisnosti pa pacienta odkloni zato, ker je psihotičen. Ljudje z dvojnimi diagnozami težje pridejo tudi do stanovanj s podporo, do dnevnih centrov in drugih podpornih skupin.

Pomanjkanje raziskav na področju dvojnih diagnoz je poseben izraz stigmatizacije te skupine pacientov, ki je v psihiatričnih službah med najbolj odrinjenimi.

Rehabilitacija pri ljudeh z dvojno diagnozo pomeni izbiro novega načina življenja in ne le izogibanje uživanju PAS

Reference:

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264: 2511–18.
2. Linszen DH, Dingemans PM, Lentor ME. Cannabis use and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of general Psychiatry* 1994; 51: 273–9.
3. Mueser KT, Drake RE, Wallach M. Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors* 1998, 23: 717–34.
4. Cuffel BJ. Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use and course. In: Drake RE, Mueser KT (ed.). *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder: II. Research and Clinical implications*. San Francisco 1996. Jossey-Bass: 93–105.
5. Koprivšek J. Shizofrenija in zloraba psihoaktivnih substanc. Specialistična naloga. Medicinska fakulteta. Katedra za psihiatrijo. Ljubljana 2002.
6. Drake R, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. In: Pita DD, Spaniol LR. *A Comprehensive guide to integrated treatment*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston 2002: 143–71.
7. Drake RE, Wallach MA. Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 780–2.
8. Minkoff K. *Intervention Strategies for People with Dual Diagnosis*. *Innovations and Research* 1993; 2(4): 11–7.
9. Minkoff K. Program components of a comprehensive integrated care system for seriously mentally ill patients with substance disorders. In: Minkoff K, Drake RE. (ed.). *An overview in dual diagnosis of major mental illness and substance disorder*. San Francisco. Jossey Bass 1991.
10. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial aspects to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26: 105–18.
11. Rosenberg SD, Drake RE, Wolford GL, Mueser KT, Oxman TE, Vidaver RM, Carrieri KL, Luckoor R. *Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument*. *Am J Psychiatry* 1998; 155(2): 232–8.
12. Dixon L, McNarry S, Lehman AF. Remission of Substance Use Disorder Among Psychiatric Inpatients with Mental Illness. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (2): 239–43.
13. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Folnegovic Z, Marusic A. Influence of alcoholism on prognosis of schizophrenic patients. *Journal of studies on Alcohol* 1995; 56: 622–7.
14. Mueser TM, Drake RE, Noorsy DL. Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Practice in Psychiatry and Behavioural Health* 1998; 4: 129–39.