

5 VICEVERZA

NOVEMBER 2012 LJUBLJANA SLOVENSKE PSIHIATRIČNE PUBLIKACIJE



Glavni urednik

dr. Brigita Novak Šarotar, dr.med.

Odgovorni urednik

mag. Jure Bon, dr.med.

Uredniški odbor

prof.dr. Peter Pregelj, dr.med.

doc.dr. Maja Rus Makovec, dr.med.

doc.dr. Aleš Kogoj, dr.med

Nataša Dajčman, dr.med.

asist.dr. Blaž Koritnik, dr.med.

Marko Pišljarič, dr.med.

prim. Andrej Žmitek, dr.med.

Jure Koprivšek, dr.med.

Kristijan Nedog, dr.med.

Helena Korošec Jagodič, dr.med.

Peter Kapš, dr.med.

Mateja Strbad, dr.med.

Programski odbor

prof.dr. Martina Tomori, dr.med.

prof.dr. Blanka Kores-Plesničar, dr.med.

prof.dr. Rok Tavčar, dr.med.

prof.dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr.med.

prof.dr. Bojan Zalar, klin.psih.

prim. Gorazd V. Mrevlje, dr.med.

doc.dr. Vesna Švab, dr.med.

Izdajatelj

Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu

Naslov uredništva: Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Domača stran na internetu: www.zpsih.si

Tisk

Martin Ribič s.p.

Grafično oblikovanje

StudioRAZVOJ d.o.o.

KAZALO

Uvodne misli

Brigita Novak Šarotar , Peter Pregelj

Stran 3

Spomin - za nazaj, pogled - za naprej

Miloš F. Kobal

Stran 4

Priložnosti in pasti današnje psihiatrije

Martina Tomori

Stran 7

Pogled varuhinje človekovih pravic na odnose med zdravniki in pacienti

Zdenka Čebašek-Travnik

Stran 14

The Least Restrictive Option

A driving force in the Development of Community Psychiatry

Mark Agius

Stran 19

Na poti do Sekcije specializantov psihiatrije Slovenije

Marko Vrbnjak, Marko Saje

Stran 27

Motnje hranjenja in sladkorna bolezen tip 1

Maja Drobnič Radobuljac

Stran 30

Pacienti s psihično motnjo med žrtvami samomora v različnih časovnih obdobjih

Tomaž Zupanc, Peter Pregelj

Stran 37

UVODNA MISEL

dr. Brigita Novak Šarotar, dr.med.

glavna urednica VICEVERSE

izr.prof.dr. Peter Pregelj, dr.med.

predsednik Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu

Spoštovane kolegice in kolegi!

Po nekajletnem premoru je slovenska psihiatrična revija VICEVERSA ponovno izšla. Razlogov za premor v izhajanju je več, kot najpomembnejšega naj omenimo prehod uredništva revije iz Republiškega strokovnega kolegija za psihiatrijo na Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.

V uredništvu bi se na tem mestu želeli najprej zahvaliti kolegom, ki so v preteklosti VICEVERSO ustanovili ter jo 15 let urejali. Zahvaljujemo se prof. dr. Milošu F. Kobalu, prim. dr. Jožetu Darovcu ter pokojnemu prim.dr. Jožetu Felcu in številnim drugim, ki so aktivno pomagali pri sooblikovanju revije ter navsezadnjem tudi vsem vam, avtorjem, ki ste v preteklosti s svojimi prispevki že obogatili 55. številko VICEVERSE, ki je izhajala med letoma 1992 in 2007.

In kakši so načrti za prihodnost? Želja uredništva je, da bi objavljali strokovne in tudi znanstvene prispevke iz področja psihiatrije, nevroznanosti, psihologije, psihoterapije in psihiatrične zdravstvene nege. Želimo slediti aktualnim dogodkom in spremembam znotraj psihiatrične stroke ter objavljati nove smernice na področju psihiatrije.

Zato naj ta uvod velja kot vabilo vam, drage kolegice in kolegi, k aktivnemu sodelovanju in sooblikovanju VICEVERSE tudi v prihodnje. Ponovno rojstvo VICEVERSE sovпада s 5. Slovenskim psihiatričnim kongresom, v reviji boste našli priložnost za publiciranje vašega bogatega znanja in izkušenj, zato vas vabimo, da svoje prispevke posredujete za objavo. VICEVERSA je v preteklosti pomembno pripomogla k razvoju naše stroke in želimo si, da bi bilo tudi v prihodnje tako.

SPOMIN – ZA NAZAJ, POGLED – ZA NAPREJ

Miloš F. Kobal

VICEVERSA je oživila. Naj se ob tem spomnimo njenih začetkov kot vzpodbudo za njeno ponovno in – upajmo – dolgotrajno izhajanje.

Ima pa svojo zgodovino.

Sredi osemdesetih let prejšnjega stoletja smo se na Psihiatrični kliniki zavzeto vlučevali v raziskovanje. Takrat sta za raziskovalno področje obstajala kot del obsežne birokracije širša republiška usmeritev in ožje strokovno področje raziskav za zdravstvo in socialno varstvo. Pri obeh je psihiatrija sodelovala. V republiški usmeritvi smo se vključili v projekt z nazivom “nevrobiologija”, v področni pa nastopili z nekaterimi manjšimi raziskavami, od katerih se mi zdi še danes koristna pridobitev osnovnih nevropsiholoških testov.

Ob psihiatrijo so se obregnili takratni vodilni organizatorji in ji omalovažujoče očitali, da ne dosega pričakovanih rezultatov in da nima v javnost sporočenih strokovnih objav. Bil sem jezen in užaljen, saj smo bili po preglednicah raziskovalnega dela v dobri sredini stolpca vseh raziskovanj v medicini. Toda, ni bilo publikacij.

Kaj če bi začeli z njimi v lastni režiji, publikacijo pa bi ustanovil takratni Republiški strokovni kolegij (RSK)!? Predsednik tega kolegija primarij dr. Jože Darovec se je takoj ogrel za zamisel. Nič nismo oklevali. Ministrstvo za informiranje je dalo uradni pristanek in publikaciji bi morali poiskati primerno ime. Nismo želeli kakšnega konvencionalnega naziva, pa je prijatelj prim. dr. Gorazd V. Mrevlje predlagal VICEVERSA.

Saj res, v doživljanju mnogih bolnikov je svet realnosti obrnjen in trudimo se, da spet poiščemo skladnost z njo. Gorazdov prijatelj je izdelal posrečen logotip s polovico v imenu obrnjenih črk. Temu smo dodali še podnaslov SLOVENSKE PSIHIATRIČNE PUBLIKACIJE.

Od vsega začetka smo VICEVERSO razumeli kot vseslovenski projekt. Ker je bilo treba izbrati glavnega urednika, smo za to nalogo zaprosili prim. dr. Jožeta Felca, predstojnika Psihiatrične bolnišnice Idrija, za vse nesporno avtoriteto pri strokovnih vsebinah, kot slovenskega pisatelja pa še s posluhom za jezik. Sam sem postal odgovorni urednik.

Ko sva s Felcem vabila kolegice in kolege v uredniški odbor in v sodelovanje pri publikaciji, sva napovedovala nekako takšno razporeditev gradiva:

1. samostojne publikacije kot monografije,
2. periodične publikacije v “revialni obliki”, kot je bila prav VICEVERSA,
3. priročnike in diagnostično-terapevtska pomagala (npr. teste).

Od tega smo skoraj v šestnajstih letih uresničevali publiciranje v "revialni obliki" ter z izdajanjem PRIROČNIKOV. Teh je bilo kar šest. Izdajanja monografij v zamišljeni obliki nismo uresničili.

Prva številka VICEVERSE je izšla marca 1992, zadnja štirinpetdeseta (+ ena brez številke) pa septembra 2007.

Vsebinsko je VICEVERSA ves čas sledila začrtani poti, namreč informiranju in izobraževanju. Ni dosegala ravni strokovne revije z znanstveno-strokovnimi prispevki, z recenzijo in povzetki v tujem jeziku. Takšnega kroga sodelavcev ni bilo mogoče stalneje pričakovati, pa tudi finančni okvir tega ni dopuščal.

Kljub skromnosti ni mogoče prezreti bogastva informativnih in izobraževalnih vsebin, z manjšo prednostjo psihofarmakoterapiji. Občasno so se pojavili sestavki, ki so presegli raven gole informacije, oglasili so se pisci izven ožjega psihiatričnega področja kot sta profesorja Zvezdan Pirtošek in Boris Sket. Doc. dr. Peter Pregelj je na strani VICEVERSE pripeljal prof. Marka Živina z Inštituta za patološko fiziologijo na MF v Ljubljani s pojasnjevanjem transmitsorskih sistemov v možganih. Nekaj številke je bilo prav impresivnih. Že v 5. številki smo objavili sestavke strokovnega srečanja "Prepoznavanje in pomoč ljudem v duševni stiski". 5. številko smo poimenovali "Madrid po Madridu" z objavo vseh prispevkov, s katerimi so slovenski psihiatri nastopili na 10. svetovnem psihiatričnem kongresu v Madridu (23.-28.VIII.1996). 30. številka je bila "jubilejna", v povečanem formatu, z odličnimi članki vodilnih slovenskih psihiatrov in psihologov.

VICEVERSO so kmalu odkrili predstavniki tujih in domačih družb (z izjemo tovarne Lek). Sponzorirali so posamezno številko in v njej objavili lastne, tuje (v originalu ali v prevodu), ali pa domačih avtorjev razprave o posameznem medikamentu. Po preštetju je bilo takšnih publikacij približno polovica. Toda, "navijaštva", kot pravi Darovec, nikoli ni bilo.

Na pobudo Jožeta Darovca je Inštitut za biomedicinsko informatiko MF v Ljubljani VICEVERSO vključil v medicinski informativni sistem. Tako so lahko pisci v VICEVERSO in Priročnike navajali svoje prispevke v bibliografijah, objave pa je v svoj sistem vnašal tudi COBISS.

VICEVERSE se za njenega življenja spominjam predvsem zaradi tesnega sodelovanja in mnogoterega dopisovanja s pokojnim primarijem dr. Jožetom Felcem. Bilo je poživljajoče, tako v uspešnih trenutkih kot v obdobjih blizu obupa in brezperspektivnosti.

Tako sva po šestnajstih letih in petinpetdesetih številkah skupaj skovala odločitev, da sta naju bolezen in starost že presegli in da je treba VICEVERSO izročiti mlajšim kolegom. Lahko bi govoril o oklevajočem odzivu, pa še ta je čez čas zamrl. Vmes so nekateri želeli VICEVERSO ohraniti. Dr. Brigita Novak-Šarotar se je oglasila s pismom, ki nosi datum 18.5.2006 in je bila pripravljena vstopiti v njeno uredništvo. Kot urednica se je podpisala na naslednji, zadnji številki.

A plamen je ugašal in ugasnil. Najlepše slovo VICEVERSI je zapisal primarij Felc v svojem zadnjem pismu (10.1.2010): "Bilo je prijetno! Tudi zato, ker je bilo iskreno!"

VICEVERSA je oživljena. Treba je gledati naprej. Nisem primeren človek. Nikoli ne hodim nazaj in cukam ljudi za rokav, češ, jaz sem to in to storil bolje. Naj vsaka generacija poišče svojo pot in tudi odgovarja zanjo.

Če pa siva glava le pove kaj za prihodnjost, bodo moje besede iste ali podobne kot v VICEVERSI pred enajstimi leti (2001).

Še naprej velja, da bo v ospredju dobro izobražen psihiater (in seveda psihiatrinja), skupaj z nadvse pomembno vzgojo srca, torej njegova človečnost, da ustvarja ljubeznivo bližino s svojim bolnikom.

Hrbtenica našega strokovnega dela naj bo vzporedno raziskovanje. Za bazične probleme se bo treba povezovati z bolj organiziranimi inštituti medicinskih fakultet, toda aplikativne so vselej dosegljive – in koristne, ker nas obvarujejo preveč ustaljene rutine, a jo tudi izboljšajo.

Brez besed stojim pred mrežo psihiatričnih ustanov. Jih je dovolj? Jih je premalo? Smo slabo organizirani in približani bolnemu človeku? Organizatorji imajo - v primerjavi z nami v preteklosti - obsežno mrežo bolnišnic, dispanzerjev, zasebništv, organizacij civilne družbe. Zametki "komunalne psihiatrije" v preteklosti zaradi (neo)kapitalizma izginjajo, s čim jih bomo nadomestili? Notranja demokracija, ki naj bi jo gojile terapevtske skupnosti, je ogrožena. Poprej veljavno načelo bio-psiho-socialnega pristopa nadomešča, po mojem, pretirano oklepanje psihofarmakoloških sredstev, s premalo podaljševanja v "psiho" in socialno okolje bolnika. Tam so pričakovanja na civilni družbi, ki pa se mora izviti iz nenaklonjenosti, celo sovražnosti do psihiatrije. Po prepričanju mnogih kolegic in kolegov Zakon o duševnem zdravju bolj sovražno obravnava psihiatrijo, kot pa resnično ščiti bolnika. Skoraj ni v njem besedice o razvoju in iskanju novih oblik zdravljenja in rehabilitacije.

Vse to dogajanje zahteva, po mojem, strnitev naših vrst, utrditev ponosa in zavedanja, da delujemo v eni najbolj razgibanih medicinskih strok novega stoletja. Tega združevanja in pripadnosti je – po mojem – v tem trenutku, v slovenski psihiatriji premalo. Bodo "mladi" spremenili razmerja in okrepili naše moči!?

Gre pa tudi za ugled in razumevanje naše stroke v najširši javnosti. Vsa prizadevanja v tej smeri gredo v okvir destigmatizacije bolnika in stroke. Res je v javnih občilih srečati mnogo imen naših kolegic in kolegov. Pred mnogimi leti sem govoril o vtisu, da pri tem govore o "tisti dobri, razcveteni, le zanje pomembni psihiatriji". Še vedno manjka beseda o drugih, obremenjujočih pojavih, o resničnem trudu tudi v najresnejših razmerah, ki pa jih obvladujemo in spreminjamo na bolje.

Izrečene besede nikakor ne želijo biti popotnica "novi" VICEVERSI. Publikacijo bodo oblikovali njeni ustvarjalci. Upam, da bo katera od misli postala drobno zrno tudi v njihovih prizadevanjih.

Priložnosti in pasti današnje psihiatrije

Martina Tomori

Značilen vpogled v identitetne dileme, pojmovanje prihodnosti naše stroke, priložnosti in pasti, med katerimi se danes pretika psihiatrija, nam ponuja forum glasila Svetovnega združenja psihiatrov, ki ga je odprl Heinz Katchnig, naš sosed iz Avstrije, sicer vpliven lik v združenju. Svoj članek(1) je Katchnig naslovil zelo uradno: Ali so psihiatri ogrožena vrsta? Opazovanja notranjih in zunanjih izzivov poklicu. V tem prispevku, ki torej prihaja prav z vrha naše stroke, je hudo črnogledo in po srednjeevropsko nergaško izpostavil vprašanja, ki naj bi se v tej ali oni obliki pojavljala v psihiatričnih glasilih. Po teh je povzel, da psihiatriji grozi bodisi, da bo izginila v drugih medicinskih strokah(2), bodisi, da bo izgubila svoje mesto v medicini(3). Zastavlja vprašanje, če in kako bo psihiatrija preživela proti drugi polovici 21. stoletja. Katchnig opisuje tri notranje in tri zunanje izzive naši stroki, ki naj bi bili vir njene ogroženosti.

Prvi notranji razlog (po Katchnigu), ki izpodkopuje preživetje psihiatrije, je ne/zanesljivost in ne/uporabnost diagnoz po obeh kvalifikacijskih sistemih (DSM in ICD). Avtor postavlja pod vprašaj mejo med bolezensko motnjo in homeostatičnimi odzivi posameznika na različne življenjske obremenitve. Citira Redlicha(4), ki je pred 50 leti ugotavljal, da psihiatrija zapušča otok psihiatričnih bolezni in se utaplja v brezmejnem morju človeških težav (za mene osebno, ki sem se osebno in javno veliko ukvarjala z vprašanjem ocene »normalnosti«, je to splavanje psihiatrije z otoka v morje pravzaprav začetek skupnostne psihiatrije in smiselno širjenje pojma zdravja).

Drugi notranji vir ogroženosti psihiatrije je po Katchnigu zmanjševanje zaupanja v z dokazi podprta znanja. Ob tem odpira vprašljivost podatkov, ki jih stroka zbira z raziskovanjem, predvsem z randomiziranimi vzorci(5).

Tretji notranji razlog za negotov položaj psihiatrije vidi avtor Foruma v pomanjkanju zanesljive (absolutne?) teoretične osnove naše stroke (»Vprašaj tri psihiatre, pa boš dobil štiri odgovore!«). Poudarja, da so vnaprejšnja prepričanja in mazaški pristopi prisotni povsod v medicini, a nikjer ne cvetijo tako bogato kot v psihiatriji. Delo, ki je pri mnogih psihiatrah usmerjeno le v enovrstno psihopatologijo (npr. zdravljenje oseb s psihozo ali odvisnih od alkohola), omejuje mnogim psihiatrom širino in strokovno zanesljivost pri ostalih psihiatričnih problematikah. Zunanjim, tudi medicinsko izobraženim opazovalcem gre težko v glavo še vedno precej očitna razcepljenost psihiatrov med biološkim in psihosocialnim razumevanjem duševnih motenj(6).

Med zunanjimi izzivi naše stroke vidi Katchnig najprej nezadovoljstvo pacientov z oskrbo, ki so je deležni s strani psihiatrov (vse številnejša so njihova mnenja in opisi osebnih izkušenj, ki jih objavljajo »uporabniki« psihiatrije na spletu).

Drugi zunanji izziv je tekmovanje drugih medicinskih strok s psihiatrijo: ti pogosto izkoriščajo stigmo, povezano s psihiatričnim zdravljenjem in »polovijo« paciente, ki se želijo tej stigmati izogniti. Zlasti nevrologi imajo z rastočim razumevanjem bioloških dejavnikov pri razvoju in zdravljenju duševnih motenj vse trdnejši

alibi za tako poseganje v psihiatrično problematiko. Psihoterapevti, psihologi in socialni delavci pa prenašajo svoj delež pri obravnavi oseb z duševno motnjo vse bolj na področje zasebne prakse, ven s polja psihiatrije in često tudi brez osnovne povezave z njo. Pomanjkanje psihiatrov, posebno v nekaterih regijah (očitno to ni značilno le za Slovenijo), tak premik obravnave oseb z duševno motnjo še bolj omogoča in spodbuja. Opozorilo, ki se še posebno vsebinsko povezuje z organizacijo in strokovnostjo skupne psihiatrije, prihaja – zanimivo – iz Velike Britanije: Psihiatri morajo še naprej videti pacienta na prvi liniji obravnave duševne motnje in ne le kot supervizorji, ob tem ko obravnavo zastavijo in opravljajo drugi profili. Če se kot vsevedni konzultanti srečujejo le z majhnim številom pacientov, pri tem pa izvajajo supervizijo nad tistimi, ki obravnavajo ogromno število trpečih, je le še vprašanje časa, kdaj bodo izgubili spoštovanje, kredibilnost in kompetenco(7).

Tretji vir zunanje ogroženosti psihiatrije je po Katchnigu negotova podoba te stroke. Razloge za to vidi v stereotipih te vrste in zmotnih prepričanjih javnosti, ki ga še vedno presenečajo: na lastnem primeru vidi, da ljudi še vedno osupne, če je psihiater »čisto normalen«. Stigmatiziranost se še vedno kaže na različne načine: v odnosu do oseb z duševno motnjo, številu mladih zdravnikov, ki se odločajo za to specializacijo, v odnosu zdravnikov drugih specialnosti (ali zdravnikov družinske medicine) do psihiatričnega zdravljenja. Da stigmatizacija ne doleti le oseb z duševno motnjo, ampak tudi zdravnike, ki jih zdravimo, kaže raziskovalni projekt WPA z naslovom »Stigmatizacija psihiatrije in psihiatrov«.

Sumim, da je za Katchnigovim prispevkom skrita pravzaprav njegova namera, da spodbudi argumentirana nasprotovanja izpostavljenim idejam. V tem je tudi uspel. Že Mario Maj, predsednik WPA v času objave tega foruma, se je odzval s pomirjujočim in zelo pozitivno naravnanim prispevkom(8):

Razumeti moramo bistvo problema, pravi, in preusmeriti možnost navedenih tveganj v priložnost za rast. Izzivi so za to, da prerastejo v nove priložnosti. Res ima psihiatrija različna teoretična izhodišča, vendar povezovanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov ni slabost, ampak moč naše stroke. Tako moramo videti in jo še razvijati. Namesto borbe mnenj moramo iskati sinergijo in medsebojno oplajanje teh treh področij. Ni se nam tudi treba ukvarjati z dilemo ali gre pri duševni motnji za patologijo ali vprašanje (morda adaptivne) disfunkcionalnosti, take dileme bodo prej ali slej odpirale tudi druge medicinske stroke. Stigmatizacija psihiatrov je posledica preteklih dogajanj na polju naše stroke, pravi Maj. Svojo kredibilno strokovno podobo moramo razdelati in jo razvijati še naprej. Maj vidi krizo, v kateri morda je psihiatrija, kot razvojno fazo. Bodočnost naše stroke je v naših rokah, in to mnogo bolj kot v rokah naših pacientov ali politikov, je prepričan predsednik Svetovnega združenja psihiatrov.

Katchnigov pesimizem nekako povzema Jablensky(9): Med tem, ko je napredek bioloških znanosti veliko prispeval k večji učinkovitosti mnogih polj medicine – npr. kirurgije, onkologije, kardiologije in klinične imunologije, pa se v psihiatriji to še ni zgodilo. Nova spoznanja nevroznanosti, molekularne genetike in genomike le malo prispevajo k večjim možnostim praktičnega dela. Se pa tudi Jablensky strinja z Eisenbergom(10): psihiatrija je še vedno edina medicinska veda, ki je obdržala zanimanje za bolnika kot osebo, in to v času vse bolj dominirajočih medicinskih subspecializacij, ki izhajajo iz znanj o posameznih organih.

Na pomen medicinske izobrazbe psihiatra (ki ima poleg te še humanistična znanja) opozarjata tudi Nick in Bridget Craddock(11). Pacientu lahko psihiater prav zaradi svoje temeljne medicinske izobrazbe nudi več kot drugi strokovnjaki, ki imajo znanja in posluš za delo z dušo. Ker je izučen za zdravnika in razume

delovanje možganov kot tudi druge povezave v razvoju duševnih motenj, lahko psihosocialna dogajanja smiselno umesti v svoja delovna izhodišča.

Muñoz(12) v dopolnjevanju znanj in zorenju celostne psihiatrove misli vidi zagotovilo za to, da »zlata doba psihiatrije« šele prihaja. Hollisova(13) spodbuja še k večji krepitvi alianse med psihiatrijo in drugimi medicinskimi strokami, pa tudi s pacienti. V reintegraciji psihiatrije v medicino vidi možnost destigmatizacije duševne motnje. Sharfstein(14) pa meni, da psihiatrija ni le živa, ampak celo vse bolj uspeva. Ta njen razcvet pripisuje vznemirljivim novim znanstvenim dognanjem, napredku genetike duševnega zdravja in obnovljenemu zanimanju za psihoterapijo in psihosocialne intervencije.

O močni in pomembni vlogi današnjega psihiatra pri integriranju znanj medicine in humanističnih ved ter prenosu le-teh v klinično prakso govorijo v svojih različno bojevitih in z različno tehtnostjo podprtih prispevkih na forumu še drugi psihiatri, ki jih je izzvala Katchnigova dilema glede identitete in bodočnosti naše stroke. To kažejo že naslovi njihovih prispevkov, kot npr.: »Psihiatri bodo zmagali« in »Psihiatrijo čaka velika prihodnost«...

Ko sem šla prebrat referate na naših preteklih kongresih – v izogib ponavljanju že povedanega – me je prav razveselilo dejstvo, da smo vse te dileme v slovenski psihiatriji odpirali že zelo zgodaj(15, 16, 17). Ob tem me je po svoje presenetilo dejstvo, da se z možno krizo psihiatrije ponovno in še vedno s tako zavzetostjo ukvarjajo v svetovnem vrhu naše stroke (morda je to ostanek moje infantilne predstave, da očetje vejo vse in da so jim vsaki dvomi tuji). Vse skupaj me je spomnilo na podobno presenečenje, ko je po več letih prišla v mojo ordinacijo mlada ženska, sposobna in že uspešna doktorica znanosti, ki sem ji pred leti pomagala, da se izvleče iz adolescentske krize, pa sem ob zaključku tiste obravnave verjela, da je punca rešena dvomov o sebi in separacijskih dilem. Čeprav na njenem obrazu zdaj ni bilo več motečih aken in se ni več mučila ob nihanju med ugodjem in aksezo, čeprav je znala s člani svoje generacije že zdravo in učinkovito sodelovati, se mednje ustvarjalno vključevati, čeprav je bila sposobna že odlično delati in že skoraj odlično tudi ljubiti – pa je prišla pri prehodu proti svoji dokončni osebni avtonomiji in samostojnosti v ponovno krizo pri prevzemanju lastne vloge starša in vzpostavljanja neogrožujoče bližine s svojimi starši, ki so ji prej omogočili zorenje in ji odpirali pogled v svet, ki ga zdaj uspešno obvladuje sama. Podobno kot ta mlada ženska je tudi psihiatrija pred novo fazo svojega potovanja. Morala bo razviti jasno sliko o sebi, prepoznavati bo morala svoje šibke točke brez sramu in prizadetosti in jih obvladovati tam, kjer ji je to res pomembno. Začutiti bo morala razkošje te svoje osebne avtonomije in z njo obogatiti svojo zrelejšo ustvarjalnost. Ob tem pa se bo morala čutiti udobno ob družini, v kateri je rasla, brez zamer za pretekle in še vedno včasih potrebne odvisnosti od nje.

Kako pa je z dilemami, priložnostmi in pastmi v današnji slovenski psihiatriji?

Vpogled v to se mi sestavlja pri mnogih pogovorih s slovenskimi psihiatri in s spoznavanjem njihovega kliničnega in raziskovalnega dela v stroki – tistimi, ki so svoje poglede o stroki že dozoreli in z njimi uskladili ter označili svoje delo in tistimi, ki na galejo šele vstopajo, še utrjujejo prijem svojih vesel in še iščejo tokove, po katerih bodo pluli.

Prvi so osnovno dilemo – biti dober psihiater – že nekako razrešili. Nekateri tudi tako, da so delo bolj prilagodili realnim možnostim in omejitvam kot pa začetni zavzetosti. Zadovoljni so na točki, ki jo lahko opišemo kot »dovolj dober psihiater« (podobno kot psihodinamično usmerjeni ostajajo pri »dovolj dobrem

staršu« ali »dovolj dobri dojki«, kar psihiatrija lahko tudi je). Prejšnje idealne predstave so obrusili ob omejitvah in ovirah vsakodnevnega soočenja s stvarnimi možnostmi in zahtevami svojega delodajalca in investitorja. Ti psihiatri se ne razlikujejo med seboj in pri svojem delu s pacienti toliko po svojem osnovnem kliničnem znanju, gotovosti in zanesljivosti v diagnostiki, prepoznavanju psihopatologije in zastavljanjem klasifikacijskih kategorij, celo tudi ne dosti v odločitvah glede izbire metode zdravljenja pri posameznem pacientu. Razlikujejo pa se po tem, kakšen je njihov odnos do t. im. »subkliničnih motenj«, torej tistih, ki jih sicer ne najdemo med kriteriji za postavitev diagnoze, pa vseeno lahko bistveno vplivajo na človekovo duševno ravnovesje, njegovo odpornost za stres in celotno kakovost njegovega življenja in življenja njegovih bližnjih. To so motnje samopodobe, disfunkcionalnost v medosebnih odnosih, nefleksibilnost vedenjskih vzorcev, zavirajoča prepričanja in toga življenjska stališča. Prav razlike v občutljivosti psihiatra za te dimenzije pacientove osebnosti lahko odločajo med dobrim in dovolj dobrim psihiatrom.

Sama kot najresnejšo past pri delu psihiatra vidim v opravljanju dela, ki ga preprosto imenujemo rutinsko. To je lahko strokovno korektno, povsem skladno s strokovnimi smernicami, natančno in se kaže v izvidih z vsemi potrebnimi postavkami: anamnezo, psihičnim statusom, opisom intervencije, navedbo zdravil, diagnozo in datumom kontrolnega pregleda. Manjka pa iskra, ki se prižge med pacientom in njegovim zdravnikom, radovednost za vse, kar je posameznika privedlo v težave s seboj in drugimi, prepoznavanje njegove odpornosti in zdravih sil, ki so terapevtu lahko največji zaveznik, upoštevanje vsega, kar pacientu oblikuje vsakdan, v katerem trpi, se veseli, obupuje in upa. Prav iskanje in odpiranje teh dimenzij prinaša v psihiatrično obravnavo priložnosti, ki nazadnje odločajo o izidu zdravljenja. To, kako je pacient s strani svojega psihiatra prepoznan kot oseba, posebna in drugačna od vseh drugih, pokaže, kako dober je psihiater. Škodo, ki jo prinaša past rutinskega dela – ne glede na strokovno doslednost in korektnost – čutita oba, pacient in psihiater. Oba z njo zamujata priložnosti, ki jih vsebuje kreativno in dinamično delo v naši stroki.

Za mlade psihiatre, torej tiste, ki v stroko šele vstopajo, so v sodobni psihiatriji v veljavi kriteriji »dobrega psihiatra«, ki jih je pripravil Royal College of Psychiatrists v Veliki Britaniji(18, 19).

Ti kriteriji so:

- obvladovanje kliničnih spretnosti in sposobnosti
- sposobnost dobre komunikacije in poslušanja
- razumevanje pomena skupinske dinamike
- sposobnost za ustvarjanje ozračja v timu, kjer so osebna mnenja spoštovana in upoštevana
- sposobnost odločanja
- pripravljenost za oceno dela osebja
- osnovno razumevanje načel managementa
- razumevanje in upoštevanje vloge ter položaja ranljivega pacienta
- empatija in opogumljanje pacientov in njihovih svojcev
- kritičen odnos in ozaveščenost lastnih čustvenih odzivov v klinični situaciji

Ti kriteriji so prilagojeni naravi psihiatričnega (vključno timskega) dela in se dopolnjujejo še z bolj splošnimi zahtevami, ki jih za vse zdravnike določa še General Medical Council(20). Ta posebej poudarja zdravnikovo dolžnost, da svojega pacienta spoštuje, s tem pa spoštuje in upošteva njegovo dostojanstvo, pravico do

zasebnosti in lastnih vrednot, da obvladuje lastna drugačna prepričanja, ki ne smejo ovirati ali omejevati pomoči pacientu.

Ob teh načelih se seveda odpirajo čisto posebna vprašanja. Ali dober psihiater postaneš? Ali to lahko tudi prenehaš biti? Je identiteta dobrega psihiatra v obeh smereh povezana z identiteto dobrega človeka? Se je podobi dobrega psihiatra mogoče približati tudi z izogibanjem pastem in reševanju iz njih, če so nas te že vklebile, ter s sledenjem priložnostim, ki nam jih daje naš poklic?

Priložnosti in pasti, ki sestavljajo delo psihiatra in vplivajo nanj, ne določajo le osebni dejavniki psihiatra in njegovega pacienta, temveč zelo pomembno tudi širši družbeni, sistemski, ekonomski in vse bolj tudi politični dejavniki.

Ni le formula, ki jo danes izgovarjamo vsi, ampak trda resničnost, da živimo v kriznem času in da se to še kako odraža tudi na duševnem zdravju (ne le na psihosocialni funkcionalnosti) prav vseh ljudi v našem prostoru. Psihiater mora to upoštevati pri svojem delu in prepoznavati poseben vpliv te krize pri vsakem od svojih pacientov posebej. Ena najnevarnejših pasti, pasti, ki našim pacientom najmanj pomaga in jim celo lahko najbolj škoduje, je, če psihiatri na vdajo v tej krizi kar pristanejo. To pomeni, da – tako kot tudi mnogi od tistih, ki od nas potrebujejo in tudi pričakujejo pomoč – v teh razmerah razvijemo vzorce pojmovanja, s tem pa tudi ravnanja in doživljanja nemočne žrtve. Tipičen primer pasti, v katero padeta skupaj morda dobronamerni psihiater in njegov pacient, je predaja v obliki iskanja invalidske ocene. Prepričana sem, da je vsakemu psihiatru zelo jasno, kdaj je ta postopek sprožen iz strokovno zdravstvenih razlogov (teh je v psihiatriji vse manj) in kdaj zakriva reševanje povsem drugega, socialnega in eksistenčnega problema. Vsi dobro vemo, da prilagoditvene motnje in somatizacija nista indikatorja za izgubo delazmožnosti. Kot tudi ne depresivna epizoda. Že vprašanje postopka, kaj šele predlog psihiatra zanj – sproži premik iz dejavnega prizadevanja zase, aktivacije osebnih sil in moči, predstave o sebi kot človeku, ki si je zmožen dejavno napolniti življenje v smeri predstave o lastni nesreči, nesposobnosti in vlogi žrtve. Kadar iskanje potrdila o invalidski še ni preračunana lažja pot do vsaj nekakšne socialne in gmotne varnosti, pa je lahko pot do socialne izolacije, pasivnosti in umika iz življenjske dinamike.

Na to, kako učinkovito in za kakšno ceno, pa tudi s kakšno posledično izkušnjo o sebi in o svetu, človek premaguje svoje majhne in velike krize, vpliva veliko dejavnikov. Iz krize izide človek močnejši in sposobnejši le, če jo premaguje dejavno in če v reševanje težav investira svoje lastne moči, zaupanje vase in v druge, pozitivno razmišljanje o možnih rešitvah in poti do njih, povezanost z drugimi in sodelovanje z njimi, občutja pripadnosti, spodbudne soodvisnosti, lojalnosti in osebnega poguma.

Kot nas psihiatre uči že stroka, je bistveni del krizne intervencije, pomoč pacientu, da aktivira svoje zdrave moči in pozitivne življenjske motive. Pri narodu, ki je že tako preveč naravnan v iskanje krivde pri sebi in pri drugih, v samouničevanje in iskanje razlogov prej za poraz kot za prizadevanja za zmago, je še toliko bolj pomembno spodbujati pozitivne rešitve in krepitev funkcionalnih strategij za obvladovanje stresa. To je prava priložnost za to, da psihiater ob svojih znanjih in usposobljenosti za pomoč svojemu pacientu izkaže tudi svojo osebno zavzetost v terapevtskem procesu. Ta je še posebno v kriznih okoliščinah lahko učinkovit le, če ne ostaja zgolj na rutinski ravni.

Psihiatri ob svoji osnovni naravnosti, da pojmujejo človeka v vseh njegovih razsežnostih in upoštevamo celoten kontekst njegovega življenja, razumemo pomen, moč in težo zunanjih pritiskov in obremenitev, ki lahko ogrozijo človekove obrambne potenciale v stresu in preizkušnjah. Ne le iz teorije, ampak iz nešteti

izkušenj iz dela s pacienti, ki v svojih stiskah izbirajo napačne poti in s tem dodatno ogrozijo svoje življenje, ali pa ga celo izgubijo, vemo, kateri zunanji vplivi ta proces reševanja stiske lahko obrnejo v usodno smer, k praktično zagotovljenemu porazu. Vemo, kako vpliva strah na človekovo samopodobo in njegove sile, potrebne za preživetje. Vemo, da je biti majhen, nemočen in izpostavljen nadvladi drugega, boleče in ponižujoče ali pa ob strahopetnosti tudi udobno. Izguba občutja lastne vrednosti vzbuja samozaničevanje, to pa tudi sovražnost do drugih. Sili v iskanje njihovih slabih točk, utrjuje negativen, že v osnovi kritičen in odklonilen odnos do njih. Ne spodbuja k povezovanju, sodelovanju, krepitvi lastnih pozitivnih motivov in spoštovanju motivov drugega človeka, ne olajšuje druženja z drugimi v prizadevanju za spremembe na boljše. Ne jača, ampak duši prilagoditvene potenciale, ki bi bili v stiski in v stanju krize še posebno potrebni in odločilni za njeno rešitev. Izguba energij v črno močvirje zamer, občutij prikrajšanosti in krivice, nepovrnjenih dolgov generacij nazaj, negativnih pojmovanj in predsodkov lahko resno okrni ustvarjalne potenciale celih generacij. Sešteva se z nezadovoljstvom in razočaranjem ob aktualnih težavah, če ob teh ne vidi poti ven in naprej. Zastrašen in zagrenjen človek ne more biti kreativen, v svojo temo vleče še druge. Zato se morda nikoli več ne bo boril za svetlobo. Naj mi bo dovoljena metafora, ki je – žal – tudi podoba realnosti: Otrok, ki je lačen (takih je v Sloveniji zdaj za eno desetino), se od tistih, ki v šoli še imajo kosilo umika tja, kjer ga duh po hrani ne sooča s svojo prikrajšanostjo. Ne razume, zakaj tudi on ni deležen toplega obroka in ne mara vseh tistih, ki ga morda (še) imajo. Noče se družiti z njimi in poln občutij krivične neizpoljenosti se ne more vključevati v proces izobraževanja, ki bi ga – edini – usposobil za kasnejšo samostojnost in dostojno preživetje. Vsakovrstna, tudi tista prava lakota in občutje prikrajšanosti nista dobra podlaga za dober način utrjevanja zdrave samozavesti in zadovoljujoče samopodobe. Ali bomo te otroke, brez pravih znanj, ki jim jih ne morejo dati razvrednoteni učitelji in brez perspektiv in spodbud, ki jih niso deležni s strani staršev, ki v krču čakajo na položnice in izgubo zaposlitve, čez nekaj let srečevali v svojih ambulantah, ko se bodo brez zaupanja vase vdajali samouničevalnim silam ali pa se jih bomo bali na cesti, kjer bodo svojo »moč« izkazovali nad nemočnimi? Doživljanje brezupnosti za prihodnost, podkrepjeno z jezo in resigniranostjo bližnjih odraslih, se v tako usmerjanem in še spodbujanem ozračju razraščata in preusmerjata ogromne razvojne energije generacij odraščajočih. Si je mogoče predstavljati, da to ne bi vplivalo na odrasla življenja teh, ki danes odraščajo?

Spet ne le teorija in temeljna humanistična znanja, ki se jim psihiatri zaradi narave svoje stroke ne moremo odpovedati in zmanjševati njihovega pomena, ampak tudi naše izkušnje iz dela s pacienti, nas opozarjajo na šibke točke populacije, ki so ji namenjena naša znanja in strokovna usposobljenost. Naš nacionalni značaj, ki je svoje glavne poteze oblikoval preko vseh zgodovinskih in epigenetskih procesov, prinaša – žal – tudi določeno polje ranljivosti v slovensko družbo. Te so lahko hvaležno prijemališče za izražanje moči, oblasti, groženj in širjenja strahu. Zato so vsakršna prizadevanja za premagovanje teh šibkosti in njihovo odpravljanje z razvojem pozitivnih, dejavnih, tvornih in ustvarjalnih spodbud še toliko bolj pomembna. Psihiatrova priložnost pri tem ni omejena le na pomoč posamezniku, ki je na tem, da bo svojo bitko izgubil, ampak je podana tudi na polju preventivnih dejavnosti, ki naj bi razvijale, varovale in promovirale zdrave osebne potenciale posameznikov in populacije. Ta priložnost pa je povezana tudi z našo osebno in zdravniško odgovornostjo, z našimi lastnimi potenciali za pozitivne spremembe, motiviranostjo za prispevek svojega deleža pri zmanjševanju trpljenja in tudi osebnim pogumom.

Literatura:

1. Katchnig H. Are psychiatrists an endangered species? *Observations on internal and external challenges to the profession.* *World Psychiatry* 2010; 9: 21-28.
2. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NE et al (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd ed.* Oxford: Oxford University Press, 2009: 17-27.
3. Malhi G.S. Professionalizing psychiatry: from 'amateur' psychiatry to a mature profession. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 255-8.
4. Redlich F. The concept of health in psychiatry. In: Leighton AH, Clausen JA, Wilson RN (eds). *Explorations in social psychiatry.* New York: Basic Books, 1957: 138-64.
5. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 243-51.
6. Luhrmann TM. *Of two minds. An anthropologist look at American psychiatry.* New York: Vintage Books, 2000.
7. Gee M. New Ways of Working threatens the future of the psychiatric profession. *Psychiatr Bull* 2007; 31:315.
8. Maj M. Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry* 2010; 9: 1-2.
9. Jablensky A. Psychiatry in crisis? Back to fundamentals. *World Psychiatry* 2010; 9: 29.
10. Eisenberg L. Is psychiatry more mindful or braver than it was a decade ago? *Br. J. Psychiatry* 2000; 176: 1-5.
11. Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefits from a psychiatrist's medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010; 9: 30-31.
12. Muñoz R. The golden years of psychiatry are in the future. *World Psychiatry* 2010; 9: 31-32.
13. Hollis S. Bridging a cultural divide within medicine: a role for psychiatrists? *World Psychiatry* 2010; 9: 32-33.
14. Sharfstein SS. Psychiatry is alive and well. *World Psychiatry* 2010; 9: 33-34.
15. Tomori M. Ali je psihiatrija v krizi? *Zdrav Vestn*, 1998; 67, 2: 53-55.
16. Tomori M. Psihiatrija včeraj, danes in jutri – v očeh pacienta. *Slovenski psihiatrični kongres, Portorož, 2004.*
17. Tomori M. Psihiater pred preizkušnjo – med teorijo in prakso. V: Novak Šarotar B (ur.), Bon J (ur.), Pregelj P (ur.). *Program in zbornik prispevkov.* Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2008: 26.
18. Royal College of Psychiatrists. *Good Psychiatric Practice. Council Report CR83* London: Royal College of Psychiatrists, 2000.
19. Bhugra D, Sivakumar K, Holsgrove G, Butler G, Leese M. What makes a good psychiatrist? *World Psychiatry* 2009; 8: 119-120.
20. General Medical Council. *Good Medical Practice.* London: GMC; 1998.

Pogled varuhinje človekovih pravic na odnose med zdravniki in pacienti

Ombudsman's view on the relations between physicians and patients

Asist. dr. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med., spec. psihiatrije

Varuh človekovih pravic RS, Dunajska 56, 1000 Ljubljana

www.varuh-rs.si

zdenka.cebasek-travnik@varuh-rs.si

Ključne besede: opazovanje odnosov, pritožbe, analiza težav, učenje odnosov, zakonodaja

IZVLEČEK

Odnosi med zdravniki in pacienti so vedno čustveno obarvani, zato jih je smiselno opazovati in analizirati tudi iz metapozicije. Takšno analizo je na podlagi osebnih zgodb in pritožb pacientov opravila varuhinja človekovih pravic, ki tudi predlaga ukrepe za izboljšave na področju izobraževanja zdravnikov, kar naj bo urejeno tudi z zakonskimi in podzakonskimi predpisi.

ABSTRACT

Relations between doctors and patients are always characterised by emotions, and it is also thus sensible to observe and analyse them from a meta position. On the basis of personal stories and complaints from patients, such analysis was performed by the Human Rights Ombudsman, who also proposes measures for improvements in the area of education of doctors, which should be regulated also by laws and regulations.

Odnos med zdravniki in pacienti ter položaj opazovalca

O odnosu med zdravniki(1) in njihovimi pacienti lahko razpravljamo na različne načine glede na to, katero značilnost tega odnosa želimo izpostaviti. Pomemben je tudi pogled opazovalca teh odnosov, saj so pogledi zdravnikov, pacientov in svojcev na isti zdravstveni problem ali dogodek v procesu zdravljenja lahko zelo različni. Na to vplivajo tako narava bolezni, kot znanje in izkušnje ter osebne značilnosti vseh udeležencev opazovanega odnosa. Ta je dostikrat nabit s čustvi. Za čim bolj objektivno ocenjevanje tega odnosa je dobro, če je opazovalec v metapoziciji, torej v položaju, ki mu omogoča čustveno čim bolj nevtralni pogled brez neposredne osebne povezave oziroma navezave na posameznega udeleženca. Tudi če so nekateri opazovalci že po svoji vlogi (na primer novinarji) nevtralni opazovalci, lahko vidimo, da so bolj naklonjeni eni stran(ki) takega odnosa, strokovna združenja spet drugi. Pri pripravi tega prispevka izhajam iz položaja varuhinje človekovih pravic(2), ki mi v veliki meri omogoča pogled iz metapozicije. Čeprav sem po izobrazbi zdravnica, v času mandata varuhinje nisem članica nobene zdravniške stanovske organizacije in tudi ne izvajam neposrednega nadzora nad delom zdravnikov.

Kot varuhinja imam dostop do vseh virov, ki so nastali ali nastajajo v odnosu med posameznikom in državnimi organi, organi lokalne samouprave in nosilci javnih pooblastil, kar dejansko pomeni dostop do podatkov iz javnih zdravstvenih zavodov, od koncesionarjev, njihovih nadzornih mehanizmov (inšpekcije, ministrstvo) in do stanovskih združenj v delu, ki se nanašajo na njihova javna pooblastila. Mojo metapozicijo nekoliko slabi dejstvo, da sem vedno starejša in kot taka potencialna uporabnica zdravstvenih storitev.

Obravnave pobud pri Varuhu človekovih pravic RS (Varuh)

Opazovanje odnosov med zdravniki in pacienti mi omogočajo predvsem pobude posameznikov ali določenih skupin, tudi poklicnih, ki pri Varuhu človekovih pravic RS (Varuh) iščejo pomoč ali vsaj nasvet. Kot zdravnica imam pri obravnavi teh pobud nekaj prednosti, saj poznam delovanje zdravstvenega sistema, pa tudi stiske kolegov zdravnikov. Te stiske izvirajo iz različnih odnosov, ki jih zdravniki vzpostavljajo s pacienti, delodajalci, kolegi, svojimi družinskimi člani in prijatelji, z mediji, pa tudi s stanovskimi organizacijami. Po drugi strani pa dobivamo tudi pobude pacientov, ki se pritožujejo nad delom zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, pa tudi nad ravnanjem zdravstvene zavarovalnice in invalidskih komisij. Vsako leto dobimo tudi nekaj pobud o nekorektnem delu zdravnikov, ki so sodni izvedenci in torej delujejo zunaj zdravstvenega sistema. Čeprav je Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)(3) prinesel precej možnosti in pritožbenih poti za urejanje odnosov med zdravniki in pacienti ter uvedel zastopnike pacientovih pravic, se pacienti še vedno obračajo tudi na Varuha. Ker so zastopniki pacientovih pravic dolžni pošiljati svoja letna poročila tudi Varuhu, imamo vpogled tudi v njihovo delo.

Varuh dobi torej precej informacij o odnosih med zdravniki in pacienti. Čeprav vsako pobudo(4) obravnavamo posebej, nam pregled nad vsemi pobudami s področja zdravstva, pa tudi poročila zastopnikov pacientovih pravic, nakazujejo nekaj sistemskih težav. V pobudah dobimo veliko osebnih zgodb, ki so obarvane s čustvi in pričakujejo opredelitev s strani opazovalca (komu verjeti, pritrditi, pomagati, ...), hkrati pa lahko o odnosih povedo več kot debeli spisi izvidov in različnih poročil. Vendar za analizo odnosov, znotraj katerih delujejo zdravniki, potrebujemo tudi bolj objektivne podatke, listinske dokaze in manj

¹ Izraz *zdravniki* je v tem prispevku uporabljen kot enotna oznaka za vse zdravnike in zobozdravnike, ne glede na njihov spol, specializacijo ali način opravljanje poklica.

² Varuh/varuhinja človekovih pravic je v parlamentu izvoljen državni funkcionar, ki vodi in predstavlja Varuha človekovih pravic RS, ki je z ustavo določena kategorija oziroma institucija za varovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin v razmerju do državnih organov, organov lokalne samouprave in nosilcev javnih pooblastil.

³ Zakon o pacientovih pravicah /ZPacP/ Ur.l. RS, št. 15/2008

⁴ Pobuda je skupna oznaka za vsako vlogo Varuhu človekovih pravic RS, v kateri posameznik ali skupina ljudi podaja predlog za ugotavljanje morebitnih kršitev človekovih pravic ali temeljnih svoboščin.

izražen osebni odnos. Na ta način lažje odkrivamo skupne značilnosti pojavov oziroma dogodkov, kot so na primer napake in odzivi nanje, pa tudi pripravimo predloge za rešitve težav.

Pomen osebnih zgodb

Osebnosti zgodbe vzbudijo našo pozornost in nas spodbudijo k razmisleku, še posebej, če gre za zgodbo bolne zdravnice(5). Dotaknila se me je zgodba kolegice, do katere odnos zdravstvenih delavcev "ni bil nič drugačen kot do drugih pacientov", kar je v tem primeru pomenilo, da je bil hladen, birokratski, neprijazen, nekolegialen. Strah me je ob misli, da so se končali časi, ko so zdravniki znali in hoteli izkazovati spoštovanje do bolnih kolegov in jim vsaj v malenkostih, kot je termin pregleda, lahko ustregli, se s kolegom v stiski znali pogovoriti, mu stati ob strani in mu pomagati tako po strokovni kot človeški plati. Bi se morali tega ponovno naučiti? Menim, da je to nujno, sicer bodo »nič drugačni odnosi« postali standard in stalnica v smeri nastajanja razosebljene medicine, kar se nekako ujema s spremembami običajnih vrednot v družbi.

Opisu odnosa, kot ga je doživela kolegica zdravnica, dodajam citat iz pisma neke druge pacientke (z njenim dovoljenjem, a anonimno), ki o teh odnosih govori še bolj nazorno:

Ampak bo že. Sem bila tudi na kontroli v Ljubljani prejšnji petek, me doktorca (DD) ni poklicala do srede, dogovor je tak, da te pokliče zdravnik, no v sredo me končno je, bla, bla, v glavnem po moje sploh ni pogledala izvidov. Katastrofa. Sedaj me je predala dr. DDD, hvalabog, me je klical že včeraj, pa nisem videla, pa me je ravnokar spet klical, je rekel takoj na sprejem, pa sem mu rekla, da ne morem, ker moram še določene obveznosti opraviti. Ja vem, najprej sem jaz..... . No, se je sprijaznil, moram pa takoj po antibiotike, groza, moj ne dela, sigurno ga nadomešča DDDD, sestro ma pa tako, da če me bo danes zajebavala, jo ven nesem iz njenga pajzlca, častna beseda. Sploh zde, ko je tolk prehlajenih, pri njej pa je tako, da čakaš tri ure najmanj. Halo??? Res, sam naj me zeza.

Navajam še nekaj zgodb iz medijev:

Ravno v dneh, ko sem prejela vabilo k pripravi tega prispevka, me je poklical gospod M. N. Prepričana sem, da ime in žalostno usodo njegovega otroka pozna večina slovenskih zdravnikov. Poklical je, da bi se mi osebno zahvalil, za to, da sem jim prisluhnila, jih razumela v njihovi bolečini tudi v trenutkih, ko niso zmogli biti prijazni in spoštljivi do mene. Da sem znala slediti jasnemu cilju – izboljšanju odnosov med medicinskim osebjem in pacienti.

Naslednja zgodba govori o zdravnikovih težavah, a iz povsem drugačnega zornega kota. Omenjeni zdravnik je zabredel v težave zaradi nezakonitega pridobivanja analgetikov. O tem se je veliko pisalo, predvsem v luči domnevnega kaznivega dejanja, nisem pa zasledila novice o tem, da bi ga kdo predstavil kot človeka, kot zdravnika v stiski. Sprašujem se, ali je pred njegovo medijsko izpostavljenostjo kdo od kolegov vedel za njegove (zdravstvene) težave ali stiske, povezane z njimi? Ali je bil deležen kakšne medicinske obravnave? Kako preživlja sedanje obdobje svojega življenja? Ali to sploh koga zanima, na primer njegovega delodajalca, stanovske kolege, zdravniško zbornico? Morda se bo nekoč sam opogumil in nam zaupal svojo zgodbo, ki bi mene zanimala predvsem v tem, kaj je s strani kolegov najbolj pogrešal in kaj jim je najbolj zameril. Iz njegovih izkušenj bi lahko naredili kaj dobrega za tiste, ki se bodo morda znašli v podobni situaciji.

Varuhova analiza težav v odnosih med zdravniki in pacienti

Ker smo pri Varuhu iz prejetih pobud in drugih informacij ocenili, da je za večino težav v teh odnosih značilna slaba komunikacija in nepoznavanje ustreznih načinov odzivanja na konflikte, smo želeli preveriti, kakšna znanja s tega področja v času študija pridobijo študenti medicinskih fakultet in drugih izobraževalnih ustanov, ki usposabljaajo za poklice v zdravstvu. Vsem smo poslali prošnjo, da nas seznanijo, kako so v njihove študijske programe vključene naslednje teme:

- komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacienti ter njihovimi svojci,
- napake, ki jih pri svojem delu lahko naredi zdravstveni delavec,
- pritožbeni postopki v zdravstvu,
- načini strokovne in psihološke pomoči zdravstvenemu delavcu, ki se znajde v stiski.

Ob prijetni ugotovitvi, da so nam odgovorili vsi, smo se zamislili nad vsebino odgovorov. Izkazalo se je, da so izpostavljene vsebine vključene v študijske programe na zelo različne, med seboj težko primerljive načine. Ponekod predstavljajo poseben predmet (z različnimi nazivi), drugje so sestavni del skoraj vseh predmetov - ob sicer slabo opredeljenih načinih podajanja teh snovi. Zelo različen je bil tudi obseg pouka - od ene ure predavanj in seminarja, prek obsežnih obveznih ali izbirnih vsebin.

Razlike v izobraževanju nedvomno vodijo do neenakega znanja pri diplomantih, ki se pogosto znajdejo v istem delovnem okolju. V konkretnih situacijah ima to neenako znanje za posledico neenako ravnanje, še posebej, če zaposleni nimajo jasnih (tudi napisanih) navodil, kako ravnati v izpostavljenih situacijah. Za ponazoritev: ni velikih razlik v študiju in prepoznavanju posameznih bolezenskih slik, so pa ogromne razlike v učenju o tem, kako se odzvati na opaženo oziroma ugotovljeno napako poklicnega kolega. Posledica ugotovljenih nedorečenosti in nejasnosti so lahko tudi hude osebne stiske zaposlenih (ne le zdravnikov!), za katere pa naš zdravstveni sistem ne predvideva nobene pomoči v smislu razbremenitve ali pravnih nasvetov.

Predlogi za izboljšave

Tako, kot smo za področje varovanja pacientovih pravic dobili Zakon o pacientovih pravicah, bi bilo prav, da bi dobili tudi Zakon o zdravnikovih pravicah, ali vsaj dopolnili Zakon o zdravniški službi⁽⁶⁾ z določili, ki bi tudi zdravnikom omogočala pridobitev strokovne pomoči, kadar se sami znajdejo v stiski.

Snovalci izobraževanja za zdravnike pred strokovnim izpitom bi lahko namesto dolgočasnih predstavitev zakonodaje (to si lahko res prebere vsak sam – samo ustrezne napotke potrebuje) uvedli obvezne tečaje iz komunikacije, mediacije in »umetnosti zdravljenja⁽⁷⁾«, kakršen je bil izveden nekajkrat tudi na medicinski fakulteti v Ljubljani. Ministrstvo za zdravje bi moralo čim prej uvesti enotni sistem za odzivanje na napake in "dogodke" v zdravstvu, ne glede na status izvajalca. Takšen sistem že poznajo v mnogih državah.

Slovensko zdravniško društvo bi lahko opustilo diskriminatorno prakso podeljevanja manjšega števila kreditnih točk za izobraževanja o temah, namenjenim težavam zdravnikov. Lahko bi tudi spodbudilo akcijo z naslovom »Tudi dober zdravnik sme biti prijazen« in tako prispevalo k izkoreninjenju preveč razširjenega mnenja, da zdravnik s prijaznostjo zakriva svojo nestrokovnost. Nujno bi bilo ponovno vzpostaviti

⁶ Zakon o zdravniški službi (uradno prečiščeno besedilo) /ZZdRS-UPB3/ Ur.l. RS, št. 72/2006 Spremembe: Ur.l. RS, št. 107/2010-ZPPKZ

⁷ Izbirni predmet na univerzi: Umetnost zdravljenja <http://www.pozitivke.net/article.php/LunderZaletelKragelj-UmetnostZdravljenja>, dosegljivo 15.10.2012

prepričanje, da je spoštljiv in empatičen odnos do pacienta pomemben del medsebojnega zaupanja in s tem uspešnega zdravljenja.

Zdravniški zbornici Slovenije predlagam, da naj bo njena prihodnja investicija namenjena zdravnikom v stiski, na primer v obliki dostopa do 24-urne telefonske pomoči (podobno že imajo policisti). Prepričana sem, da bi slovenski zdravniki vsaj toliko kot Domus medica potrebovali majhno ustanovo, poimenujmo jo "Odmik", ki bi nudila strokovno pomoč zdravnikom v obliki preventivnih zdravniških pregledov, protistresnih programov, individualnih svetovanj za različna področja, kot so karierno, zdravstveno, medosebno, pravno ... in znotraj katere bi lahko deloval tudi ombudsman(8, 9) za zdravnike.

Če (ali dokler) pa omenjeni predlogi ne bodo zaživel, pa se zdravniki s svojimi pobudami lahko obrnete tudi na Varuha (www.varuh-rs.si) in varuhinjo. S svojim znanjem, razumevanjem in pooblastili vam bomo pomagali najti prave odgovore ali vsaj prisluhnili temu, kar želite povedati.

⁸ David DeMaso, MD, on the office of Clinician support <http://www.childrenshospital.org/chnews/09-02-04/demasso.html>, dosegljivo 15.10.2012

⁹ Montijo M, Nelson K, Scafidi M, St Pierre D, Tarrant D, Vistan J, Withmore M. Bridging Physician-Patient Perspectives Following an Adverse Medical Outcome. <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2011/fall/50-commentary/4168-adverse-medical-outcomes.html>, dosegljivo 15.10.2012

The Least Restrictive Option

A driving force in the Development of Community Psychiatry

Mark Agius

Department of Psychiatry University of Cambridge

Clare College Cambridge

South Essex Partnership Trust

Key Words: Mental Health Services, Neurobiology, Human Rights, Community Psychiatry.

ABSTRACT

Here we argue that the development of community psychiatry across a number of nations of Europe is due to the present availability of effective treatments for mental illness, and an increased knowledge of how the brain responds through its plasticity, to both mental illness and its treatment. Furthermore, the development of community psychiatry is the result of the development of an increased understanding of and respect for human rights within the countries of Europe. We describe the system of community psychiatry at present functioning in the UK. As a philosophy of care, community psychiatry can only be justified if we take into account the need to respect the rights of the individual and the need therefore to use the least restrictive (but effective) option in delivering mental health care.

Since the day that Philippe Pinel ordered that the chains be removed from the psychiatric patients at the Salpêtrière Hospital for Insane Women in Paris in 1795, a tension has always existed in psychiatry between a perceived need to restrain patients with mental illness for their own safety and that of others and an overriding need to treat patients who have mental health problems with respect for their human rights. The reality is that worldwide, chains have not entirely disappeared from psychiatry. It is known that chains are still used by families to restrain mentally ill patients in rural India and Pakistan. Perhaps symbolic of the change in mental health treatment to less restrictive methods of management and treatment and hence the change to community psychiatry, which is the subject of this article, is the change from such use of chains in Aceh Province Indonesia to a community psychiatry system after the Tsunami of Boxing Day 2004. Physical restraint and confinement of the mentally ill (called pasung in Indonesia) is common in Aceh. In 2010, the local government initiated a program called Aceh Free Pasung 2010. The main goal of the program is to release the mentally ill in the province from restraint and to provide appropriate medical treatment and care. As a consequence of the development of a community mental health system as well as the introduction of a health insurance system in Aceh (together with the national health insurance scheme for the poor) both access to free hospital treatment for people with severe mental disorders and treatment in the community has been enabled, including for those patients who had been in pasung (1). Thus in Aceh, the evolution of two centuries of psychiatric care in Europe has developed over a single year.

Indeed, in Europe, from the time of Pinel to the late part of the twentieth century, psychiatric care was delivered in large institutions or mental hospitals, in which were accommodated many thousands of psychiatric beds. This remains the case in many European countries. Often these hospitals had beautiful grounds, and they provided an economic way of caring for the mentally ill at a time when there were few effective treatments for them.

However conditions in these mental hospitals were often overcrowded, and the lack of privacy and institutionalisation did not necessarily always lead to the full recognition of the patients' dignity as a human being (2).

The next move forward in the treatment of mentally ill patients was the discovery of effective medication for the treatment of mental illness, typified by the first use of chlorpromazine in mental illness in 1952 (3) by Laborit, Deniker and Delay (4).

The presence of effective treatments in turn led to, over the 1970's to 2000's to the gradual implementation in many parts of Europe of more and more community based treatments, with reduction in number of bed days spent in hospital, increased treatment in the community, closure of many wards in psychiatric hospitals, and the implementation of a system of community teams to provide support to patients in the community. It simultaneously led to the re-development of the remaining psychiatric wards so that they became more oriented towards recovery from mental illness. The orientation of these wards towards recovery can now, at least in the British system, be audited by such a tool as DREEM, which will demonstrate that a ward treats patients in a way which respects their human rights including such issues as enabling them to express their spirituality (5).

Also contributing to the development of community psychiatry has been the development of the biopsychosocial Model of mental illness. The discovery of DNA by Watson and Crick has led to the development of an understanding of the genetics of psychotic illness, in particular the idea that mental illness is caused by many genes, each of which has a small effect (6), and it has become increasingly evident how the impact of psychological influences such as childhood adversity affects the brain's response to

stress (7,8) and its plasticity (9), causing an increased propensity to mental illnesses such as depression [10]. Furthermore the development of epigenetics has shown how, and by what mechanisms, the environment impacts on mental illness (11). Hence we now have a much greater understanding than heretofore of the influence that society, psychological factors and the environment have on mental illness. Meanwhile, it has become possible, with the aid of neuroimaging techniques such as MRI, to view the changes which take place in the brain as a result of mental illness (12), and even to begin to stage such illnesses as schizophrenia, much as we can stage cancers, so that treatment of mental illness can be planned and outcomes measured (13,14). MRI also enables changes to morphology caused by medical treatment to be observed (15,16).

Thus, there is now a strong and ever developing scientific underpinning for the development of more community oriented treatments for mental illness, and these are becoming more and more effective.

The teams which are used to manage mental illness in the community are generically known as Community Mental Health Teams.

All of these teams are composed by psychiatrists, nurses (Community Psychiatric Nurses), social workers, occupational therapists, psychologists, and are lead by a consultant [senior] psychiatrist.

It is of great importance that the teams work in conjunction with the patient's general practitioner. Indeed, there is evidence that, where effective shared care protocols are in place with general practitioners, the outcomes of treatment of such illnesses as depression are significantly improved (17,18).

Within the British system, a number of different community psychiatric teams are described. Each of these teams are 'interlocked' with the others so as to produce a complete service. The teams include : Community Mental Health Teams, Crisis and Home Treatment Teams, Assertive Outreach Teams, Early Intervention in Psychosis Teams.

Community Mental Health Teams

The Community Mental Health Teams [CMHT] are staffed by psychiatrists, nurses, social workers, occupational therapists, clinical psychologists and others. They cover a locality or catchment area in a particular location. They were the first teams to be set up, and are still the mainstay of community mental health services. They now are devised into two sub-teams for greater efficiency, one of which is concerned with the assessment of patients, while the other sub-team continues to work with patients in the medium to long term in such a way as to facilitate recovery from mental health problems. They take all cases of moderate-severe severity, and take patients in the medium to long term. The case load per staff member should be about 30 each. One issue with community mental health teams is that they do tend to discharge patients back to their general practitioners if they do not attend. CMHTs may use brokerage case management.

Crisis Resolution and Home Treatment Team

The Crisis Resolution Team [CRT] is for adults with severe mental illness who are in crisis, and would otherwise require hospitalisation. The illnesses dealt with include: schizophrenia/ other psychoses, depression and bipolar affective disorder. The CRT offers the patient home treatment and follows the patient up for 6 weeks. The patient is then referred on to an appropriate team for longer term follow up or discharged.

The Crisis Resolution Team is aiming to achieve treatment in least restrictive environment, with minimum disruption to patient's life. It works in a range of settings, including having access to 'crisis beds', for very short term assessment and treatment if this is necessary. The Crisis Resolution Team acts as a 'gatekeeper' to mental health services. It provides immediate community based treatment 24 hours a day, 7 days a week. It remains involved till the crisis is resolved and the patient is linked with ongoing care. If patient is admitted to hospital, the Crisis Team may help with discharge planning and early discharge.

The Crisis Resolution Team aims to reduce patients' vulnerability to crisis and to maximise resilience. Home treatment is used because people like to be treated at home. This particularly refers to ethnic minorities like South Asians. Furthermore, if the only treatment is an antipsychotic or an antidepressant and regular benzodiazepines, it may not be necessary to admit to hospital, provided appropriate supervision can be given and the home environment has been assessed so as to be sure home treatment is safe and effective.

A home treatment team should deliver a model of care which includes providing a designated named worker for each patient, offering intensive support with frequent contact and visits, as well as ongoing risk assessment and assessment of needs. It should work assertively. It should offer appropriate medication, practical help with daily living, including benefits, psychological interventions including problem solving, stress management and counselling. It should improve the patient's social networks, and work with families or carers. It should offer psycho-education to both patients and their carers, and should implement relapse prevention, by helping patients identify early signs of relapse, and sharing the relapse prevention plan with the patient, general practitioner, carers and family. Finally it should be able to, where necessary, offer respite care using appropriate beds and work with inpatient services and other teams (19).

Assertive Outreach Team

An assertive outreach team is for patients with serious mental illness - usually chronic, e.g. schizophrenia or bipolar affective illness or borderline personality disorder. These patients will have a high level of disability, and are usually difficult to engage with.

They include patients who are frequent relapsers, and are frequently admitted to hospital. They also include patients with complex needs, including violence, persistent offending, persistent self harm, neglect, poor response to treatment, dual diagnosis of substance misuse and serious mental illness, having been detained under the mental health act, having unstable accommodation or homelessness. Any combination of these situations may make the patient appropriate for the assertive outreach team.

An assertive outreach team should be able to deliver the development of meaningful engagement with patients, and provide evidence-based interventions to promote recovery. It should increase stability within the patients' lives, facilitate personal growth and provide opportunities for personal fulfilment. It should provide a service that is sensitive and responsive to service users' cultural, religious and gender needs. It should support the patient and his/her family/carers for sustained periods. It should promote effective interagency working, and ensure effective risk assessment and management.

Working assertively means working assertively with patients 'as you find them, where they are'. It means assessing patients needs, and offering to help them with those needs, and meaning it, so that the patient can have confidence in the team. It means not giving up on people. It means not discharging people if they do not attend, but instead finding out why they have not done so (they may be relapsing).

It means being willing to meet people where they want to meet - the shops, a pub, the football ground, etc. It means keeping plugging your message, but not aggressively. Working assertively as a method is

common to crisis intervention, early intervention and assertive outreach teams. To achieve this, the staff must have a limited caseload - 12 each as a maximum.

The principles of care on which assertive outreach is based are that the team is self-contained, responsible for providing the full range of interventions, that it includes a single responsible medical officer who is an active member of the team, that treatment is provided on a long-term basis with an emphasis on continuity of care, that the majority of services are delivered in community, that the emphasis is on maintaining contact with service users and building relationships, that care co-ordination is provided by the assertive outreach team, and that the individual members of the team have a small caseload.

An assertive outreach team should deliver the following interventions:

- A team approach, being age, culture and gender sensitive, offering regular review,
- Working assertively, offering frequent contact, offering help with basic daily living, including skills, offering appropriate medication, and ensuring that decisions on medication include the patient,
- Offering psychological interventions, including CBT,
- Working with families/carers to give support and understanding of the illness, by offering psycho-education,
- Treating co-morbidities, offering social intervention to reduce isolation,
- Attending to the patient's physical health,
- Helping the patient to access educational and employment opportunities, preventing relapse by showing the patient how to identify early signs of relapse,
- And finally working effectively with Crisis intervention and inpatient teams (19).

Early Intervention in Psychosis Team

An Early intervention in psychosis team is an assertive team which works specifically for three years with patients who have a first episode of psychosis. It works on the assertive model with these patients for three years in order to attempt to optimise treatment outcomes in these young people.

The Early Intervention team is attempting to reduce stigma, raise awareness of psychosis, reduce delay, engage meaningfully with patients, intervene effectively, and promote recovery.

It is useful to have specific teams for these patients because the age of onset of psychosis coincides with a critical period in the patients' life for education, training, employment, sexual relationships, leaving home and starting their own family.

In order to achieve this, an early intervention team will follow the guidelines described below (19,20,21):

- - A strategy for early detection and assessment of frank psychosis is an essential component of early intervention.
- - Following referral of a case, a key worker should be appointed soon, in order to engage with the client and family / friends through the first three years (the critical period) within a model of assertive case engagement.
- - An assessment plan and a collaborative assessment of needs, which is both comprehensive and collaborative, and driven by the needs and preferences of the client and their relatives and friends should be drawn up.
- - The management of acute psychosis should include low dose, preferably atypical antipsychotics and the structured implementation of cognitive therapy.
- - Family and friends should be actively involved in the engagement, assessment, treatment and recovery process.

- - A strategy for relapse prevention and to counter treatment resistance should be implemented.
- - A strategy to facilitate the client's return to work and valued occupation should be developed within the critical period.
- - It should be ensured that the basic needs of daily living - housing, money and practical support are met.
- - Assessment and treatment for co-morbidity should be undertaken and the team should ensure that a local strategy to promote a positive image for people with psychosis is adopted.
- We have been able to demonstrate that such an Early Intervention Team does produce better outcomes in the treatment of first episode psychosis than treatment as usual, thus justifying the assertive approach (22). Once a less assertive approach is adopted, after three years, our results show that the benefits are lost (23), but at least one study suggests that if the assertive approach is maintained after five years, the improved outcomes are maintained (24). One consequence of this is that it seems likely that it is the assertive care provided by care co-ordinators from community teams which is crucial to the outcome of the management of psychotic patients in the community (25).

The key to mental health treatment in the community is care planning. Care Planning in the UK is referred to as the Care Plan Approach (CPA). For each patient, the care-coordinator carries out a full assessment of the risks which the patient poses, and of the patient's needs. The care-coordinator will then draw up a care-plan, which will detail all the care which the patient will receive, and who will provide the care. This plan will be agreed at a meeting which will be attended by the patient, the family, the care-coordinator, the psychiatrist, the general practitioner (if he is available), and other team members who will provide some of the care.

The plan will be agreed collaboratively with the patient and the family. It will be signed by all parties concerned, including the psychiatrist. The plan will be reviewed at a formal meeting of those concerned. Such a meeting will be held every six months or more frequently if necessary. All parties will be given a copy of the care plan. This system is essential to the smooth and safe delivery of care.

In Slovenia, a small pilot Community Team, working on an assertive model has been trained and is working in Ljubljana. There is also a team in Maribor. Both these teams have visited the UK as part of their training (26).

One hopes that there will be further development along these lines. However, although Community Mental Health Teams are very useful in the development of psychiatry, they are a very costly human resource. Therefore in order for a nation to embrace the commitment to provide its people with community mental health services, it is necessary that it be understood that the prime motivation for doing this is not the saving of money by closing large outmoded hospitals, but the provision to the people of mental health services which respect their rights and dignity, indeed the application of the principle in mental health of choosing, when dealing with patients, the least restrictive option.

References:

1. Ibrahim P, Marthoenis M, Minas H. Aceh Free Pasung: Releasing the mentally ill from physical restraint. *International Journal of Mental Health Systems* 2011, 5:10
2. Bentall, R. P. (2003) *Madness Explained: Psychosis and Human Nature* London: Penguin Books Ltd. ISBN 0-7139-9249-2
3. López-Muñoz F, Cecilio A, Cuenca E, Shen W W, Clervoy P, Rubio G. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Annals of Clinical Psychiatry* 2005; 17 (3): 113–35.
4. Turner T. Chlorpromazine: unlocking psychosis. *BMJ* 2007; 334 (Suppl 1): s7
5. Bhui K et al *Outcomes Compendium*. National Institute for Mental Health in England. 2008.
6. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry*. 2005 ;186:364-6
7. Goh C, Agius M. The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? *Psychiatr Danub*. 2010 ;22(2):198-202
8. Frodl T, O'Keane V. How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiol Dis*. 2012 Mar 9.
9. O'Keane V, Frodl T, Dinan TG. A review of Atypical depression in relation to the course of depression and changes in HPA axis organization. *Psychoneuroendocrinology*. 2012; 37(10):1589-99.
10. Carballedo A, Lisiecka D, Fagan A, Saleh K, Ferguson Y, Connolly G, Meaney J, Frodl T. Early life adversity is associated with brain changes in subjects at family risk for depression. *World J Biol Psychiatry*. 2012 Apr 20.
11. Pregelj P. Gene environment interactions in bipolar disorder. *Psychiatr Danub*. 2011 ;23 Suppl 1:S91-3.
12. Koutsouleris N, Schmitt GJ, Gaser C, Bottlender R, Scheuerecker J, McGuire P, Burgermeister B, Born C, Reiser M, Möller HJ, Meisenzahl EM. Neuroanatomical correlates of different vulnerability states for psychosis and their clinical outcomes. *Br J Psychiatry*. 2009 ;195(3):218-26
13. Agius M, Goh C, Ulhaq S, McGorry P. The staging model in schizophrenia, and its clinical implications. *Psychiatr Danub*. 2010 ;22(2):211-20.
14. Agius M: *Outcome Measures in Psychiatry*. *Psychiatr Danub*. 2010 ;22 supp 1 ; 38-41
15. Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C, Zipursky R, Sharma T, Kahn RS, Keefe RS, Green AI, Gur RE, McEvoy J, Perkins D, Hamer RM, Gu H, Tohen M; HGDH Study Group. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 ;62(4):361-70
16. Vermetten E, Vythilingam M, Southwick SM, Charney DS, Bremner JD. Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2003;54:693-702.
17. Agius M, Murphy CL & Zaman R: Does Shared Care help in the treatment of Depression? *Psychiatr Danub*. 2010 ;22 supp 1 ; 18-22.
18. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unützer J, Lin EH, Walker EA, Bush T, Rutter C, Ludman E. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry*. 2001 ;158(10):1638-44.
19. Department of Health Policy implementation guide 2001.
20. IRIS Guidelines North Birmingham Trust 1999.
21. Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. An Early Intervention for Psychosis Service as compared with Treatment as Usual for First Psychotic Episodes in a standard Community Mental Health Team; *Basic Concepts and the Service*. *Psychiatria Danubina* 2007, 19; 5–9.

22. Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. *Three year outcomes of an Early Intervention For Psychosis Service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard Community Mental Health Team - Final Results. Psychiatria Danubina 2007; 19;130-138.*
23. Agius M, Hadjinicolaou AV, Ramkisson R, Shah S, Ul Haq S, Tomenson B, Zaman R. *Does Early Intervention for Psychosis Work? An analysis of Outcomes of Early Intervention in Psychosis based on the Critical Period Hypothesis, Measured by Number of Admissions and Bed Days Used over a period of Six Years, the first three in an Early Intervention Service, The second Three in a Community Mental Health Team. Psychiatr Danub. 2010 ;22 supp 1 ; 63-67*
24. Zaytseva Y, Gurovich IY, Shmukler A. *Effectiveness of the integrated long-term program of management of patients after first psychotic episode in 5-year follow-up. Psychiatr Danub. 2010 ;22 Suppl 1:S92-4*
25. Friis S. *Early specialised treatment for first-episode psychosis: does it make a difference? The British Journal of Psychiatry 2010 ;196, 339–340*
26. Agius M, Furlan M, Bulic I, Zmuc L, Zajelda B, Susnik V, Jeric A. *The development of a Leonardo Program for teaching Community Psychiatry. Psychiatria Danubina 2006; 18; 193-199.*

Na poti do Sekcije specializantov psihiatrije Slovenije

Marko Vrbnjak, Marko Saje

Pred približno 14 leti se je med tedanjimi slovenskimi specializanti psihiatrije zasnovala zamisel o ustanovitvi nacionalne zveze. V letošnjem letu specializanti psihiatrije ustanovljamo Sekcijo specializantov psihiatrije Slovenije pri SZD (v nadaljevanju sekcija specializantov). K dokončni ustanovitvi sekcije specializantov je poleg trajne iniciative vse od začetka močno prispeval tudi v letošnjem letu sprejet pogoj s strani Evropske federacije specializantov psihiatrije (European Federation of Psychiatric Trainees, v nadaljevanju EFPT), ki po novem določa oziroma zahteva obstoj formalne nacionalne zveze z namenom ohranitve polnopravnega članstva države v EFPT.

EFPT je neodvisna in neprofitna organizacija evropskih združenj specializantov psihiatrije, v katero je trenutno včlanjenih že 30 evropskih držav. Je prva tovrstna mednarodna organizacija, uradno pa je priznana tudi s strani Evropskega odbora za psihiatrijo in Evropskega odbora za otroško in mladostniško psihiatrijo. Formalno je bila ustanovljena v Utrechtu marca leta 1993, iniciativa pa je bila postavljena že junija 1992 v Londonu. Slovenija je postala uradna članica leta 1998. Cilj EFPT kot krovne organizacije je prvenstveno krepitev in usklajevanje standardov izobraževanj na področju specializacije iz psihiatrije širom Evrope, predvsem preko sodelovanja z ostalimi mednarodnimi organizacijami in nacionalnimi telesi. EFPT vsakoletno organizira tudi forum evropskih specializantov psihiatrije, katerega se običajno udeležita nacionalna predstavnika specializantov splošne ter otroške in mladostniške psihiatrije in na katerem aktivnosti poleg strokovnih predavanj potekajo predvsem v obliki delovnih skupin, ki s svojim kontinuiranim delom tudi predstavljajo jedro aktivnosti EFPT po zaključenem forumu. Slovenija ima od samih začetkov vključevanja v aktivnosti EFPT vzpostavljeno neformalno strukturo specializantov s predstavnikom splošne ter otroške in mladostniške psihiatrije. Prvi slovenski delegat je specializante psihiatrije prvič zastopal na EFPT leta 1998 v Belgiji, od leta 2005 naprej pa predstavniki specializantov Slovenijo tudi neprekinjeno aktivno zastopajo na forumih EFPT.

Letošnji, jubilejni 20. forum EFPT je potekal od 21.-26. 5. 2012 v Sorrentu v Italiji. Tradicionalno predsednik in člani odbora prvega dne predstavijo organizacijo in dejavnost EFPT v preteklem letu, vodje delovnih skupin predstavijo delo in dosežke svojih skupin, čemur sledijo kratke predstavitve in poročila posameznih držav članic.

Pomembni temi v poročilih delovnih skupin za Slovenijo sta bili iz področja delovne skupine za mednarodne izmenjave in delovne skupine za ustanovitev nacionalne zveze specializantov. Slovenija se je kot ena izmed ustanovnih članic delovne skupine za izmenjave v letošnjem letu že pridružila nekaterim ostalim državam, ki so v pilotni fazi projekta konec leta 2011 omogočile kroženje tujim specializantom kot opazovalcem v svojih ustanovah.

Poročilo delovne skupine za ustanovitev nacionalne zveze specializantov za Slovenijo žal ni bilo tako ugodno. Izpostavljeno je bilo, da Slovenija, ki v omenjeni delovni skupini še ni sodelovala, nima nacionalne zveze specializantov psihiatrije, katero za polnopravno članstvo v EFPT po novem zahteva pravilnik. Ker se je tako pojavilo vprašanje nadaljnjega polnopravnega članstva Slovenije v EFPT se je Slovenija aktivno vključila v omenjeno delovno skupino in se s tem zavezala k ustanovitvi nacionalne zveze.

Slovenija je bila v poročilih delovnih skupin omenjena tudi na področju psihoterapije, kjer še vedno aktivno sodeluje, med drugim se je letos na omenjenem področju tudi vključila v vseevropsko raziskavo.

Po zaključku poročil delovnih skupin so države članice glasovale o oblikovanju novih. Obstoječim delovnim skupinam so se pridružile tri: skupina za preučevanje zdravja zdravnikov, skupina za oblikovanje pravilnika EFPT in skupina za transkulturalno psihiatrijo.

Dan se je zaključil z obhodom plakatov, ko že tradicionalno vsaka ekipa držav udeleženk pripravi plakat s predstavitvijo svoje države na čimbolj kreativen način, nato pa udeleženci izberejo zmagovalni plakat pri čemer se je letos tudi Slovenija tesno potegovala za laskav naziv s končno zmagovalko Srbijo.

V naslednjih dneh se je večina udeležencev posvetila delu v skupinah, večeri pa so potekali v znamenju navezovanja in krepitve mednarodnih stikov.

Zadnji dan srečanja je namenjen skupnim predstavitvam ciljev in nalog delovnih skupin. Sledijo predstavitve programov in kandidatov za mesta v vodstvu EFPT in bodočega predsednika. Izvoljeni predsednik ima dve leti časa za pripravo in organizacijo naslednjega srečanja, njegov mandat predsednika pa se prične ob naslednjem srečanju EFPT. Vse odločitve se na zasedanju foruma sprejemajo z dvigom zastavic držav polnopravnih članic.

Kot že omenjeno delovne skupine predstavljajo jedro aktivnosti EFPT, namenjene pa so predvsem prepoznavanju pomembnih tem na področju specializacij oziroma stroke. Čas aktivnosti delovnih skupin je seveda omejen s trajanjem samega foruma in je zato namenjen predvsem prepoznavanju težav in zadajanju ciljev za tekoče leto. Udeleženci delovnih skupin postanejo nacionalni koordinatorji za določeno področje, saj se najpomembnejše delo opravi v matičnih državah udeleženkah, delovno skupino pa na evropskem nivoju usmerjajo in koordinirajo vodje delovnih skupin s pomočjo sodobnih oblik komuniciranja (spletna pošta, videokonference).

Med že dlje časa obstoječimi delovnimi skupinami pod okriljem EFPT, ki običajno na forumu pridobi tudi po največ novih članov, je delovna skupina za psihoterapijo (»psychotherapy working group«), v katero je vključena tudi Slovenija. Skupina je v letošnjem letu izvedla vseevropsko raziskavo med specializanti psihiatrije o mnenju glede pomembnosti psihoterapije in potrebe po njeni vključitvi v redni program specializacije.

Ena izmed trenutno aktivnejših je tudi delovna skupina za mednarodne izmenjave (»exchange working group«), ki je ponovno zaživela na 19. forumu EFPT leta 2011 v Pragi in takrat zasnovala načrt za prvi evropski program izmenjav na področju psihiatrije, odslej pa se projekt nenehno krepí in izpopolnjuje. Namen sledi poslanstvu EFPT in je omogočiti specializantom psihiatrije preko relativno krajših, 2-6 tedenskih izmenjav ter statusa opazovalca, spoznavanje različnih sistemov za ohranjanje duševnega zdravja ter ostalih programov specializacije iz psihiatrije drugje po Evropi, promoviranje poznavanja medkulturnih razlik in krepitev evropske mreže sodelovanja na področju psihiatrije, ne nazadnje pa tudi pridobivanje dodatnih kliničnih in tudi akademskih izkušenj. Prva pilotna faza projekta je bila izvedena v začetku letošnjega leta, ko se je vključil le del držav, v drugi fazi pa so se pridružile še nekatere ostale države, med drugim tudi Slovenija s Psihiatrično kliniko Ljubljana, ki tujim specializantom omogoča kroženje na določenih enotah klinike. Po zaključku kroženja specializant pridobi tudi certifikat, izdan s strani EFPT, predvidene pa so tudi druge oblike priznavanja kroženja, kot npr. uveljavljanje znotraj samega programa specializacije, kar pa mora posameznik urejati individualno na lokalni ravni. Odziv peščice specializantov, udeleženi v pilotni fazi, je bil celo nad pričakovanji, pokazal pa se je tudi že prvi interes slovenskih specializantov po udejstvovanju v projektu.

Slovenija je od letošnjega foruma naprej tudi aktivno vključena v že sicer ustaljeno delovno skupino za raziskave (»research working group«), ki je aktivna na več področjih, njen trenutno najvidnejši projekt pa bo predstavljen tudi na EPA prihodnje leto v okviru ECPP (Early Career Psychiatry Program).

Prav tako smo se z našo specializantko otroške in mladostniške psihiatrije letos ponovno vključili tudi v istoimensko delovno skupino, katere glavni cilj je implementacija poslanstva EFPT tudi na področju otroške in mladostniške psihiatrije.

Stališče EFPT je, da so odločitve in naloge, ki si jih zadajo posamezne države tekom zasedanja, učinkovite predvsem v državah, v katerih so specializanti psihiatrije povezani v nacionalnem združenju. Tako je bila v okviru EFPT kot pomoč na poti preostalim evropskim državam, ki takšnih oblik povezovanja še nimajo, osnovana stalna mednarodna delovna skupina za ustanovitev nacionalne zveze specializantov (Establishing a National Trainee Association workgroup, v nadaljevanju ENTA). Naloge delovne skupine ENTA so vzpostavljanje stikov s skupinami specializantov psihiatrije v evropskih državah, ki še nimajo nacionalnih združenj, nudenje informacij in svetovanje pri pogosto težavnih začetkih. Prav v ta namen je skupina ENTA izdala splošne smernice in navodila specializantom pri ustanavljanju nacionalnih zvez v obliki vodiča, ki zainteresiranim državam nudi pomoč v obliki osnovnih korakov pri začetkih organizacije, a vsebuje tudi mnoge rešitve zapletov, ki so se po izkušnjah držav članic že ali bi se šele lahko pojavili. V primeru le – teh je naloga vodje skupine, da deluje kot mednarodni posrednik preko spletnih konferenčnih dejavnosti, pisem podpore in priporočil, v izrednih primerih pa tudi z osebnim obiskom in mediacijo. Tekom zasedanja delovne skupine ENTA udeleženci pripravijo letne načrte za posamezne države, ki se predvsem izvajajo med letom, skupina pa se takrat sestaja na spletnih konferencah, kjer poroča o napredku in morebitnih zapletih. Člani delovne skupine tako dobijo priložnost tudi med letom iskati rešitve v skupini in izmenjati izkušnje. Slovenija je bila na srečanju EFPT 2012 v Sorrentu zaradi celovitosti nacionalnega načrta ustanovitve nacionalne zveze predlagana in tudi izglasovana kot vodja delovne skupine ENTA, kar predstavlja še posebno zavezo k izpolnitvi zadanih ciljev.

Pet mesecev po srečanju je za nami veliko dela in v naše veliko veselje in ponos se projekt formalne ustanovitve Sekcije specializantov psihiatrije Slovenije uresničuje po zadanem načrtu. Ob tej priložnosti se zato želimo specializanti psihiatrije zahvaliti slovenski strokovni javnosti in še posebej vsem, ki ste nas pri tem podpirali, nas bodrili in nam pomagali. Hvala!

Dodatne informacije: www.efpt.eu

Motnje hranjenja in sladkorna bolezen tip 1

Eating disorders and type 1 diabetes

Asist. dr. Maja Drobnič Radobuljac, dr. med. 1

Psihiatrična Klinika Ljubljana

maja.radobuljac@psih-klinika.si

Ključne besede: otroci in mladostniki, sladkorna bolezen tip 1, motnje hranjenja, motnje prehranjevanja, namerno omejevanje insulina

Keywords: children and adolescents, type 1 diabetes, eating disorders, disordered eating behavior, intentional insulin omission

IZVLEČEK

Kronična bolezen v razvojnem obdobju močno poseže na vsa področja delovanja mlade osebe in s tem predstavlja dejavnik tveganja za razvoj spremljajočih duševnih motenj. Pričujoč prispevek se dotika ene najpogostejših kroničnih bolezni v otroštvu in adolescenci, sladkorne bolezni tip 1 (SBT1), ter njenega vpliva na razvoj motenj hranjenja pri dekletih. Opisane so glavne značilnosti SBT1 in sodobni načini njenega zdravljenja; fenomenologija, epidemiologija ter etiologija sopojavnih motenj hranjenja in glavni principi obravnave deklet s to komorbidnostjo.

ABSTRACT

Chronic physical disorder inevitably affects many important areas of functioning in a developing person and as such represents a risk factor for the development of comorbid mental disorders. The present article describes one of the more common chronic physical disorders of childhood and adolescence, type 1 diabetes (T1D), and its influence on the development of eating disorders in adolescent females. It delineates the main characteristics of T1D and its contemporary treatment as well as phenomenology, etiology and epidemiology of comorbid disordered eating behavior and eating disorders and the main principles of management of adolescent females with these comorbidities.

Uvod

Kronična bolezen, še posebej če se ta pojavi zgodaj, močno zamaje temelje vsega, kar otrok potrebuje za varen in zdrav razvoj: telesno zdravje, stabilen in predvidljiv družinski sistem, sprejetost in prisotnost v vrstniški skupini, neprekinjen dostop in zmožnost šolanja in ne nazadnje možnost udejstvovanja v dejavnostih, ki nudijo sprostitev, veselje in potrditve. Na ta način predstavlja dejavnik tveganja za razvoj nekaterih duševnih motenj. Po drugi strani pa lahko omogoča družini, da se preko uspešno premaganih kriz bolj poveže in s tem tvori še bolj stabilno okolje za odraščajočega, mladi osebi, ki dobro sodeluje pri zdravljenju, lahko daje izkušnjo uspešnega reševanja problemov, več občutek samoučinkovitosti in pozitivno vpliva na samopodobo.

Različne kronične bolezni različno vplivajo na tveganje za razvoj psihopatologije. V prispevku se bom omejila na prikaz vpliva sladkorne bolezni tip 1 (SBT1) na pojav motenj hranjenja pri dekletih.

Sladkorna bolezen tip 1

Sladkorna bolezen tip 1 je ena najpogostejših kroničnih bolezni v otroštvu in adolescenci. Sodi med kronične avtoimune bolezni žlez z notranjim izločanjem. Gre za pomanjkanje inzulina v telesu, kar povzroča kronično hiperglikemijo, katere posledica so lahko življenje ogrožujoča stanja kot je diabetična ketoacidoza, kasnejši kronični zapleti (diabetična retinopatija, nefropatija in periferna nevropatija) kot tudi povečano tveganje za srčno-žilne bolezni. V letih 1990-2005 je bila njena incidenca v starostni skupini 0-14 let 11,67/100000, prevalenca v populaciji pa približno 0,1 %.(1)

Ob ostalih ukrepih temelji zdravljenje SBT1 pri otrocih in mladostnikih na rednem odmerjanju inzulina z mehanskimi injektorji, dandanes pa v Sloveniji večinoma z inzulinsko črpalko. Ta v podkožje dovaja stalne "bazalne" odmerke inzulina, ki jim ob obroku pacient sam (ali starši) s pritiskom na gumb dodajo "bolus". Velikost bolusa izračunajo sami, oziroma ga izračuna računalniški program v črpalki, glede na količino zaužitih ogljikovih hidratov v posameznem obroku.(2)

Poleg rednih merjenj krvnega sladkorja sodelovanje v zdravljenju SBT1 zahteva tudi stalna strukturirana izobraževanja (t.i. Šola sladkorne bolezni), ki vključujejo področja SBT1, zdravega in pravilnega prehranjevanja ter spodbujanje k redni telesni aktivnosti.(2) To pomeni stalno obremenjenost bolnika in celotne družine s prehrano, štetjem ogljikovih hidratov (ali energetske vsebnosti) v zaužiti hrani, merjenjem krvnega sladkorja in rednim odmerjanjem inzulina. Ti otroci in mladostniki tako že zelo zgodaj spoznajo način delovanja inzulina v telesu, kar s seboj prinaša tako zaščito pred slabo presnovno urejenostjo kot tudi možnosti manipulacije in odmerjanja inzulina "po svoje".(3)

Motnje hranjenja

Motnje hranjenja so danes med najpogostejšimi duševnimi motnjami. Pojavljajo se predvsem pri dekletih v adolescenci in v zgodnji odrasli dobi s prevalenco med 1 % in 10 %.(4) Mednje uvrščamo (po deseti izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-10)) anoreksijo nervozo, atipično anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, atipično bulimijo nervozo, prenajedanje povezano z drugimi psihološkimi motnjami, bruhanje povezano z drugimi psihološkimi motnjami, ter druge in neopredeljene motnje hranjenja.(5) Naslednje klasifikacije bodo verjetno vključevale še novejša oblike motenj hranjenja, vendar opis le-teh presega namen pričujočega prispevka. Čeprav MKB-10 jasno opredeljuje diagnostične kriterije posameznih oblik motenj hranjenja, pa klinične izkušnje kažejo, da se te pojavljajo znotraj spektra

kliničnih sindromov, ki se med seboj razlikujejo po resnosti. Tako lahko pri posameznih bolnicah opazujemo simptome, ki se stopnjujejo od enostavnih motenj prehranjevanja (občasno izpuščanje obrokov oz. hujšanje, ki ne vpliva na zdravstveno stanje) in same po sebi še ne pomenijo bolezenskega stanja, vse do hudih kliničnih oblik motenj hranjenja, ki lahko ogrozijo življenje.

Strokovnjaki s področja motenj hranjenja pri SBT1 pa se posebej posvečajo tudi blažjim motnjam prehranjevanja, t.i. podpraznim oblikam, pri katerih so simptomi manj resni ali se pojavljajo v zadnjih treh mesecih redkeje, kot to določajo diagnostična merila za motnje hranjenja, saj tudi te vplivajo na presnovno urejenost in dolgoročno predstavljajo povečano tveganje za razvoj kroničnih zapletov bolezni.(6-10)

Epidemiologija motenj hranjenja pri bolnikih s SBT1

Po prvih objavah sredi 80-ih let prejšnjega stoletja, ki so ugotovljale povezavo med anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in SBT1 (11-13), je število raziskav na tem področju močno poraslo. Te raziskave se med seboj zelo razlikujejo po diagnostičnih merilih, po uporabljeni metodologiji, velikosti vzorca in po starosti vključenih bolnikov, ter posledično po zbranih rezultatih. Medtem, ko so nekateri raziskovalci ugotavljali povečano incidenco motenj hranjenja pri mladih ženskah s SBT1 (7,11,12,14-20), drugi razlike v incidenci niso dokazali.(8, 21-28) Tem zadnjim raziskavam očitajo, da so bili vzorci premajhni, da so bile preiskovanke premlade (mlajše kot je povprečna starost, pri kateri se motnje hranjenja ponavadi začnejo pojavljati), raziskave niso vključevale kontrolnih skupin, statistična moč vzorcev je bila premajhna in/ali pogosto niso uporabile strukturiranih diagnostičnih intervjujev za ugotavljanje motenj hranjenja.(29) Danes velja, da so predvsem purgativne oblike motenj hranjenja med dekleti in mladimi odraslimi ženskami s SBT1 vsaj dvakrat pogostejše kot v zdravi populaciji, restriktivne oblike motenj hranjenja pa se v populaciji s SBT1 pojavljajo enako pogosto kot med zdravimi.(9) Kontrolirane raziskave, ki so z intervjujem ugotovljale prevalenco motenj hranjenja med mladimi ženskami s SBT1 so pokazale, da se motnje hranjenja purgativnega tipa v tej populaciji pojavljajo v 0-11 %, v splošni populaciji pa med 0-7,5 %, njihove podprazne oblike pa pri 6-33 % sladkornih bolnic in 0-24 % zdravih preiskovank (Tabela 1).(6,15,20,22,23,25,28,30)

Avtorji (starost preiskovank)	Število preiskovank	Motnje hranjenja		Podprazne motnje	
		SBT1	Kontrole	SBT1	Kontrole
Fairburn in sod.22 (18-25 let)	54 (67)	11 %	7,5 %	/	
Peveler in sod.25 (11-18 let)	33 (33)	9 %	6 %	/	
Striegel-Moore in sod.28 (8-18 let)	46 (46)	0 %	0 %	33 %	24 %
Mannucci in sod.23 (15-60 let)	62 (148)	8 %	6 %	33 %	22 %
Vila in sod.20 (13-19 let)	52 (46)	8 %	2 %	6,5 %	1,7 %
Engstrom in sod.15 (12-18 let)	89 (89)	7 %	0 %	/	
Jones in sod.6 (12-18 let)	356 (1098)	10 %	4,5 %	13,8 %	7,7 %
Colton in sod.30 (9-14 let)	101 (303)	2 %	0 %	6 %	1 %

Tabela 1: Raziskave o prevalenci motenj hranjenja med dekleti in mladimi odraslimi ženskami s SBT1, ki so uporabile strukturirane intervjuje in kontrolno skupino

Namerno omejevanje inzulina

Za purgativne oblike motenj hranjenja je značilna uporaba različnih vedenj s katerimi želi oseba preprečiti povečanje telesne teže po zaužitih kalorijah. Oblika teh vedenj, značilna samo za bolnike s SBT1, je opuščanje ali aplikacija premajhnih odmerkov inzulina. 5 Ko si oseba s SBT1 po obroku aplicira premajhen odmerek inzulina glede na količino zaužitih kalorij, se ji znatno poveča koncentracija sladkorja v krvi, zaradi česar pride pri takem bolniku do povečanega nastajanja urina in glikozurije. Rezultat je izločanje velikih

količin glukoze (in s tem kalorij) z urinom in hitrega zmanjšanja telesne teže zaradi izgube tekočine in kalorij. 31 Ta vedenja se med bolniki s SBT1 pojavljajo bistveno pogosteje kot same motnje hranjenja, saj njihovo prevalenco ocenjujejo na 6,5-37,5 %.(17,22,25,26,28,32-34) O omejevanju inzulina poroča 1 % predadolescentnih deklic (30,35), 11 % mladostnic (6), ter kar 30 % odraslih žensk s SBT1.(10) Tako kot motnje hranjenja se tudi omejevanje inzulina opisuje predvsem pri ženskah s SBT1, saj je ta pojav med moškimi bolniki izjemno redek.(21, 33)

Etiologija motenj prehranjevanja pri dekletih in mladih odraslih ženskah s SBT1

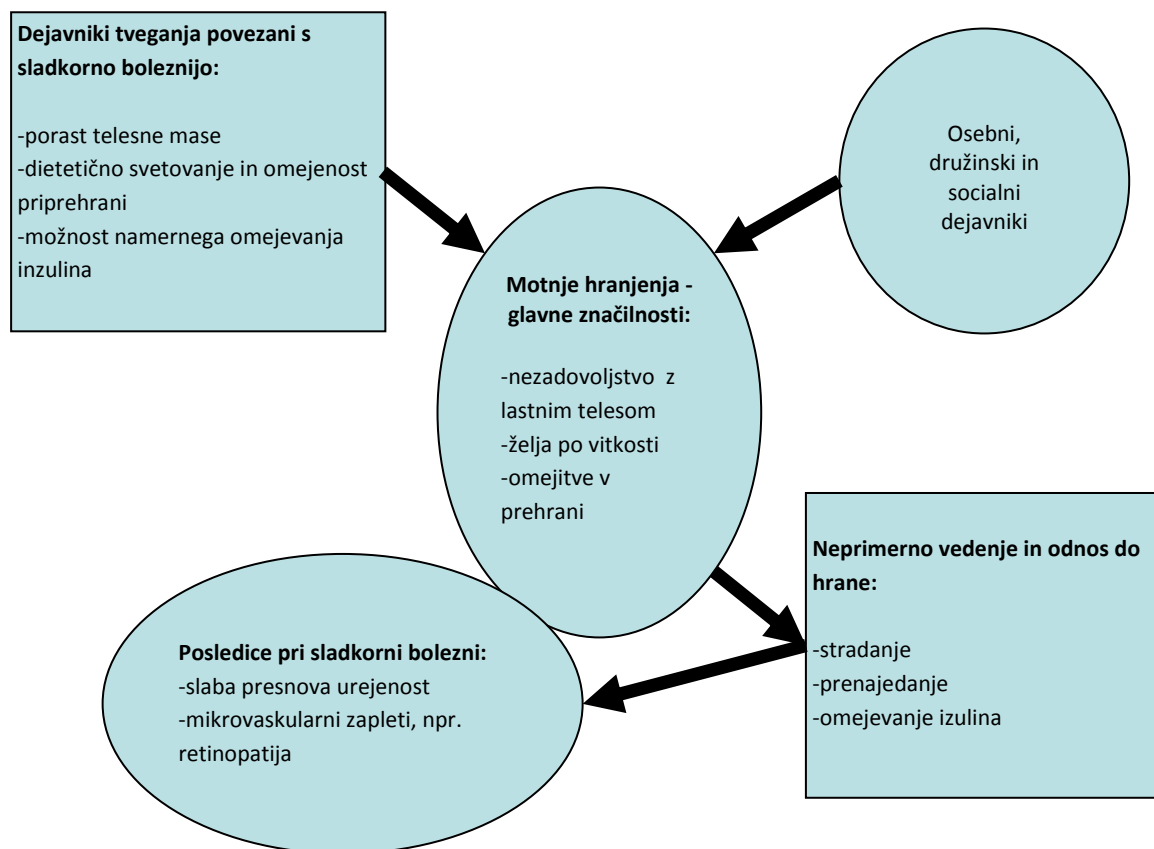
Pri razvoju purgativnih oblik motenj prehranjevanja pri dekletih in mladih odraslih ženskah s SBT1 gre za interakcijo več dejavnikov, ki so povezani tako s samim odraščanjem, kakor tudi s SBT1 in njenim zdravljenjem. Razdelimo jih lahko v različne skupine:(5, 36)

- **Biološki dejavniki**
Podobno kot pri depresiji so tudi pri bolnicah z bulimijo ugotavljali spremembe v ravnovesju nevrottransmitterjev serotonina in noradrenalina. V družinah bolnic z bulimijo so pogostejše debelost in depresivne motnje. Motnje hranjenja povezujejo tudi z visoko porodno težo, debelostjo v otroštvu in značilnimi osebnostnimi lastnostmi (impulzivnost, velika potreba po zunanji pohvali, rigidnost, pridnost, storilnost in perfekcionizem).
- **Socialni dejavniki**
Vedno zahtevnejše norme, ki jih ženskam postavlja zahodni svet z nasprotujočimi si reklamnimi sporočili (vitke ženske so lepe, zdrave, dobre in uspešne, poleg tega pa dobro in veliko jedo ter zlahka shujšajo).
- **Družinski dejavniki**
Vse vrste motenj hranjenja so pogostejše v družinah, kjer je pri starših prisotna duševna bolezen, je partnerstvo med staršema nefunkcionalno, kjer so pogosti konflikti ali katera koli oblika zlorabe. Motnje hranjenja so pogostejše v družinah, kjer se starši v starševskih vlogah ne znajdejo, so vzgojno nemočni, uporabljajo hrano kot vzgojni pripomoček, ter v družinah, kjer je izražanje čustev sprejemljivo le preko telesnih simptomov (visok delež aleksitimije).
- **Psihološki dejavniki**
Bolnice z bulimijo imajo pogosteje slabo samopodobo, velik del lastne vrednosti pripisujejo ravno telesni podobi, pogosto imajo težave z zahtevami adolescence, svojih konfliktov ne ponotranjijo v takšni meri kot dekleta z anoreksijo, so jezne in impulzivne.

Dejavniki posebej povezani s SBT1:(9)

- slaba samopodoba zaradi porasta telesne teže, ki je posledica učinkovitega zdravljenja z inzulinom,
- občutek omejenosti pri prehrani, zaradi močnih poudarkov na prehrani, stalne preokupacije z dieto oziroma prehrano, ki je del zdravljenja sladkorne bolezni;
- namerno omejevanje inzulina je enostavna in priročna metoda za hujšanje, ki se je lahko poslužujejo le sladkorni bolniki.

Vplive na razvoj motenj hranjenja pri SBT1 prikaže model, ki so ga razvili Daneman in sod. (Slika 1).(9)



Slika 1: Model interakcije med SBT1 in motnjami hranjenja (Daneman in sod.)(9)

Klinična obravnava motenj hranjenja in prehranjevanja pri mladostnicah s SBT1

Pri klinični obravnavi teh komorbidnosti je ključnega pomena timsko sodelovanje (pedo)psihiatra ali kliničnega psihologa s pediatričnim diabetološkim timom. Pediater diabetolog bo prvi, ki bo prepoznal, da bolnica pri zdravljenju SBT1 ne sodeluje več v enaki meri, da je njena presnovna urejenost slabša, po računalniških odčitkih inzulinske črpalke pa bo ugotovil, da so bili odmerki inzulina prenizki. Največkrat bo dovolj ponovna edukacija mladostnice in družine, ter motivacijski postopki s strani diabetološkega tima, v težjih kliničnih primerih pa bodo vključili tudi strokovne (pedo)psihiatrične službe, kjer bo obravnava potekala po principih zdravljenja motenj hranjenja. V teh primerih je izjemnega pomena dobra in redna komunikacija med vsemi strokovnjaki, ki konkretno bolnico (in njeno družino) obravnavajo.

Zaključek

Sladkorna bolezen je ena najpogostejših kroničnih bolezni s katerimi se srečujemo zdravstveni delavci, ki obravnavamo otroke in mladostnike. S seboj prinaša tako pomembna tveganja, kot v določeni meri tudi prednosti za razvijajočo osebo. Eno takšnih tveganj pri dekletih in mladih odraslih ženskah predstavlja možnost manipulacije z inzulinom in s tem povezan razvoj motenj prehranjevanja in hranjenja, ki te bolnice zaradi neposrednega vpliva na presnovno urejenost mnogo bolj ogrožajo kot telesno zdravo populacijo. Iz tega razloga je pomembno, da tudi psihiatrična stroka pomaga pri zgodnjem odkrivanju in zdravljenju stanj, ki jih sicer morda še ne bi opredelila kot potrebne ukrepanja.

Literatura:

1. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyurus E, Green A, Soltesz G. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009; 373: 2027-33.
2. Battelino T. CSII and continuous glucose monitoring in children and adolescents. In: Pickup J, ed. *Insulin Pump Therapy and Continuous Glucose Monitoring*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 53-68.
3. Drobnič Radobuljac M, Bratina N, Tomori M, Battelino T. Sladkorna bolezen tip 1 in psihosocialni dejavniki tveganja v mladostništvu. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 664-75.
4. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18: 31-47.
5. Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. - 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
6. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Bmj* 2000; 320: 1563-6.
7. Steel JM, Young RJ, Lloyd GG, Clarke BF. Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: associations with painful neuropathy and other complications. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 294: 859-62.
8. Wing RR, Nowalk MP, Marcus MD, Koeske R, Finegold D. Subclinical eating disorders and glycemic control in adolescents with type I diabetes. *Diabetes Care* 1986; 9: 162-7.
9. Daneman D, Rodin G, Jones J, Colton P, Rydall A, Maharaj S, et al. Eating disorders in adolescent girls and young adult women with type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum* 2002; 15: 83-105.
10. Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Anderson BJ, Weinger K. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31: 415-9.
11. Hudson JI, Wentworth SM, Hudson MS, Pope HG, Jr. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia among young diabetic women. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 88-9.
12. Rodin GM, Daneman D, Johnson LE, Kenshole A, Garfinkel P. Anorexia nervosa and bulimia in female adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: a systematic study. *J Psychiatr Res* 1985; 19: 381-4.
13. Szmukler GI. Anorexia nervosa and bulimia in diabetics. *J Psychosom Res* 1984; 28: 365-9.
14. Birk R, Spencer ML. The prevalence of anorexia nervosa, bulimia, and induced glycosuria in IDDM females. *Diabetes Educ* 1989; 15: 336-41.
15. Engstrom I, Kroon M, Arvidsson CG, Segnestam K, Snellman K, Aman J. Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. *Acta Paediatr* 1999; 88: 175-80.
16. Lloyd GG, Steel JM, Young RJ. Eating disorders and psychiatric morbidity in patients with diabetes mellitus. *Psychother Psychosom* 1987; 48: 189-95.
17. Rodin G, Craven J, Littlefield C, Murray M, Daneman D. Eating disorders and intentional insulin undertreatment in adolescent females with diabetes. *Psychosomatics* 1991; 32: 171-6.
18. Rosmark B, Berne C, Holmgren S, Lago C, Renholm G, Sohlberg S. Eating disorders in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 547-50.
19. Stancin T, Link DL, Reuter JM. Binge eating and purging in young women with IDDM. *Diabetes Care* 1989; 12: 601-3.

20. Vila G, Robert JJ, Nollet-Clemencon C, Vera L, Crosnier H, Rault G, et al. Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin-dependent diabetes mellitus. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995; 4: 270-9.
21. Bryden KS, Neil A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB. Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22: 1956-60.
22. Fairburn CG, Peveler RC, Davies B, Mann JI, Mayou RA. Eating disorders in young adults with insulin dependent diabetes mellitus: a controlled study. *Bmj* 1991; 303: 17-20.
23. Mannucci E, Ricca V, Mezzani B, Di Bernardo M, Piani F, Vannini R, et al. Eating attitude and behavior in IDDM patients. *Diabetes Care* 1995; 18: 1503-4.
24. Meltzer LJ, Johnson SB, Prine JM, Banks RA, Desrosiers PM, Silverstein JH. Disordered eating, body mass, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 678-82.
25. Peveler RC, Fairburn CG, Boller I, Dunger D. Eating disorders in adolescents with IDDM. A controlled study. *Diabetes Care* 1992; 15: 1356-60.
26. Powers PS, Malone JI, Coovert DL, Schulman RG. Insulin-dependent diabetes mellitus and eating disorders: a prevalence study. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 205-10.
27. Robertson P, Rosenvinge JH. Insulin-dependent diabetes mellitus: a risk factor in anorexia nervosa or bulimia nervosa? An empirical study of 116 women. *J Psychosom Res* 1990; 34: 535-41.
28. Striegel-Moore RH, Nicholson TJ, Tamborlane WV. Prevalence of eating disorder symptoms in preadolescent and adolescent girls with IDDM. *Diabetes Care* 1992; 15: 1361-8.
29. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, Maharaj SI, Colton PA, Jones JM, et al. Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2002; 53: 943-9.
30. Colton P, Olmsted M, Daneman D, Rydall A, Rodin G. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care* 2004; 27: 1654-9.
31. Crow SJ, Keel PK, Kendall D. Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 1998; 39: 233-43.
32. Biggs MM, Basco MR, Patterson G, Raskin P. Insulin withholding for weight control in women with diabetes. *Diabetes Care* 1994; 17: 1186-9.
33. Neumark-Sztainer D, Patterson J, Mellin A, Ackard DM, Utter J, Story M, et al. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. *Diabetes Care* 2002; 25: 1289-96.
34. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Aponte JE, Jacobson AM, Cole CF. Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care* 1994; 17: 1178-85.
35. Colton PA, Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Rodin GM. Five-year prevalence and persistence of disturbed eating behavior and eating disorders in girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 2861-2.
36. Serbec K, ed. *Zbornik: Motnje hranjenja*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2012.

Pacienti s psihično motnjo med žrtvami samomora v različnih časovnih obdobjih

Asist. dr. Tomaž Zupanc, dr. med.

Inštitut za sodno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana
tomaz.zupanc@mf.uni-lj.si

Peter Pregelj

Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje
Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

Ključne besede: samomor, žrtve samomora, psihična motnja, bolezni odvisnosti, psihiatrično zdravljenje
Key words: suicide, suicide victims, mental illness, substance abuse, psychiatric treatment.

Izhodišča:

Samomor je pomemben javnozdravstveni problem, pogosto povezan s pojavljanjem psihične motnje. Namen raziskave je prikazati deleže pacientov z ugotovljeno psihično motnjo med vsemi žrtvami samomora v različnih časovnih obdobjih.

Metode:

V raziskavo smo vključili vse žrtve samomora, ki so bile obravnavane na Inštitutu za sodno medicino v Ljubljani med 1. januarjem 2000 in 31. decembrom 2007. Pregledali smo obdukcijske zapisnike in priloženo zdravstveno dokumentacijo. Iz zbrane zdravstvene dokumentacije smo zbrali podatke o psihičnih motnjah in boleznih odvisnosti žrtev samomora ter samomoru med zdravljenjem psihične motnje. Oblikovali smo skupine žrtev samomora glede na prisotnost ali odsotnost psihične motnje, ali bolezni odvisnosti ter skupino psihiatričnih pacientov z dokončanim samomorom med psihiatričnim zdravljenjem in jih primerjali med seboj po obdobjih od leta 2000 do leta 2007 (2000-2001; 2002-2003; 2004-2005; 2006-2007).

Rezultati:

Med preučevanimi obdobji so se značilno razlikovali deleži žrtev samomora med skupinami žrtev s psihično motnjo (36,0% vs. 10,3% vs. 34,3% vs. 34,8%), boleznijo odvisnosti (11,8% vs. 25,8% vs. 9,5% vs. 6,7%) in ostalih žrtev samomora (52,2% vs. 36,9% vs. 56,2% vs. 58,5%) ($p < 0,001$; $\chi^2 = 67,442$; $df = 6$). Preučevanje skupin žrtev samomora s psihično motnjo ali boleznijo odvisnosti (48,1% vs. 35,8% vs. 38,0% vs. 38,7%), žrtev z dokončanim samomorom v času bolnišničnega zdravljenja psihične motnje (5,5% vs. 1,7% vs. 6,2% vs. 3,6%) ter ostalih žrtev (46,4% vs. 62,5% vs. 55,8% vs. 57,6%), je pokazalo, da so se deleži žrtev samomora med obdobji značilno razlikovali ($p < 0,05$; $\chi^2 = 14,019$; $df = 6$).

Zaključek:

Izgleda, da se delež žrtev samomora z ugotovljeno psihično motnjo razlikuje po posameznih časovnih obdobjih. Vendar pa so potrebne dodatne raziskave za pojasnitev dejavnikov, povezanih z ugotovljenimi spremembami.

Background:

Suicide is an important public health problem. The aim of the present study was to evaluate shares of suicide victims with mental disorders over selected time periods. Methods: All the suicide victims autopsied at the Institute of Forensic Medicine in Ljubljana between January the 1st 2000 and December the 31st 2007 were included in our retrospective study. We surveyed all the autopsy reports and other medical documentation in the reports from this time period and gathered data about mental diseases, substance abuse of the suicide victims and psychiatric in-patients suicides. We formed groups of suicide victims with or without mental disease or substance abuse and a group of psychiatric in-patients with completed suicide and compared them according to selected periods from year 2000 to year 2007 (2000-2001; 2002-2003; 2004-2005; 2006-2007).

Results:

Among selected periods shares of suicide victims in the group of victims with mental disease (36,0% vs. 10,3% vs. 34,3% vs. 34,8%), and in the group of victims with substance abuse (11,8% vs. 25,8% vs. 9,5% vs. 6,7%), and in the group of other victims of suicide (52,2% vs. 36,9% vs. 56,2% vs. 58,5%) were statistically different ($p < 0,001$; $\chi^2 = 67,442$; $df = 6$). Analysis of the group of suicide victims with mental disease or substance abuse (48,1% vs. 35,8% vs. 38,0% vs. 38,7%), and the group of suicide victims among psychiatric in-patients (5,5% vs. 1,7% vs. 6,2% vs. 3,6%), and group of other suicide victims (46,4% vs. 62,5% vs. 55,8% vs. 57,6%), showed statistic difference among groups in selected periods ($p < 0,05$; $\chi^2 = 14,019$; $df = 6$).

Conclusions:

It seems that share of suicide victims with mental disorder change over time. However, further research is needed to evaluate factors associated with observed variations.

Uvod

Med dejavniki, povezanimi s samomorilnim vedenjem, je psihična motnja, ki jo je potrebno zdraviti bolnišnično, eden izmed pomembnejših dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje in samomor.(1,2) Večina samomorov je povezanih z motnjami razpoloženja, preostali pa so v povezavi z drugimi psihiatričnimi stanji, vključno shizofrenijo, sindromom odvisnosti od alkohola, zlorabo drugih psihoaktivnih snovi in osebnostnimi motnjami.(3) Bolniki s sočasnim pojavljanjem psihične motnje in samomorilnega vedenja pogosto potrebujejo bolnišnično zdravljenje. Še posebej so samomorilno ogroženi po odpustu iz bolnišnice.(1) Z odmikom časa od sprejema pacienta s psihično motnjo v bolnišnico in odpustom iz bolnišnice se zmanjšuje tudi tveganje za samomor.(4) Pomemben dejavnik tveganja za samomor je samovoljna prekinitve zdravljenja v psihiatrični bolnišnici.(5,6) Samomor pacientov s psihično motnjo je v psihiatričnih bolnišnicah redek dogodek,(7) vendar je nevarnost, da bi pacienti zdravljeni v psihiatrični bolnišnici umrli zaradi samomora 40 do 50 krat večja kot v splošni populaciji.(8) Med bolniki s psihično motnjo, ki se ne zdravijo bolnišnično, pa je pogostnost samomorov nižja.(9)

Med žrtvami samomora je delež žrtev odvisnih od alkohola med 20 in 35 odstotkov.(10,11) Večjo porabo čistega alkohola na prebivalca povezujejo z večjo pojavnostjo samomorilnega vedenja in večje je število dokončanih samomorov.(12) Samomorilno ogroženost posameznikov s sindromom odvisnosti od alkohola ocenjujejo na 7 odstotkov.(13)

Namen raziskave je ovrednotiti morebitne razlike v deležih samomorov med preučevanim obdobjem in vlogo različnih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na zmanjševanje deležev samomorov med skupinami žrtev samomora s psihično boleznijo, motnjami odvisnosti in splošno populacijo.

Metode

Opravili smo retrospektivno raziskavo, v katero smo vključili vse žrtve samomora, ki so bile obravnavane na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani med 1. januarjem 2000 in 31. decembrom 2007. Pregledali smo 7799 obdukcijskih zapisnikov oseb, ki so umrle v ljubljanski regiji in na področju severo- in jugozahodne Slovenije. Zbrali smo podatke o spolu in starosti žrtev samomora ter načinu in kraju samomora. Iz zapisnikom priložene zdravstvene dokumentacije smo v primeru 863 žrtev (81,3 odstotkov) zbrali podatke o morebitnih psihičnih motnjah žrtev samomora in v primeru 783 žrtev (73,8 odstotkov) podatke o morebitni prisotnosti bolezni odvisnosti. Žrtve samomora smo razdelili v skupine glede na prisotnost psihične bolezni in/ali bolezni odvisnosti oziroma skupino žrtev samomora, ki se

niso zdravile zaradi psihične motnje pred dokončanim samomorom. Skupine žrtev samomora smo razdelili glede na prisotnost in/ali odsotnost psihične bolezni in/ali bolezni odvisnosti v skupine po dvoletnih časovnih obdobjih od leta 2000 do 2001, 2002 do 2003, 2004 do 2005 in 2006 do leta 2007 ter jih medsebojno primerjali.

Rezultati

V preučevano skupino žrtev samomora je bilo vključenih 1061 oseb. Največje število žrtev samomora je bilo obravnavanih v časovnem obdobju od leta 2006 do leta 2007 (295 žrtev oziroma 27,8 odstotka) in najmanjše v letih od 2002 do 2003 (234 žrtev oziroma 22,9 odstotka). Najvišja je bila povprečna starost v skupini žrtev samomora v časovnem obdobju od leta 2000 – do leta 2001 ($50,8 \pm 17,7$ leta), nato v obdobju od leta 2006 – do leta 2007 ($50,3 \pm 19,4$ leta) in od leta 2004 do leta 2005 ($48,0 \pm 18,2$ leta) ter najnižja v skupini žrtev samomora od leta 2002 – do leta 2003 ($46,4 \pm 15,0$ leta). Post hoc analiza je pokazala, da se je povprečna starost žrtev samomora značilno razlikovala ($p < 0,05$) med prvim in drugim preučevanim časovnim obdobjem.

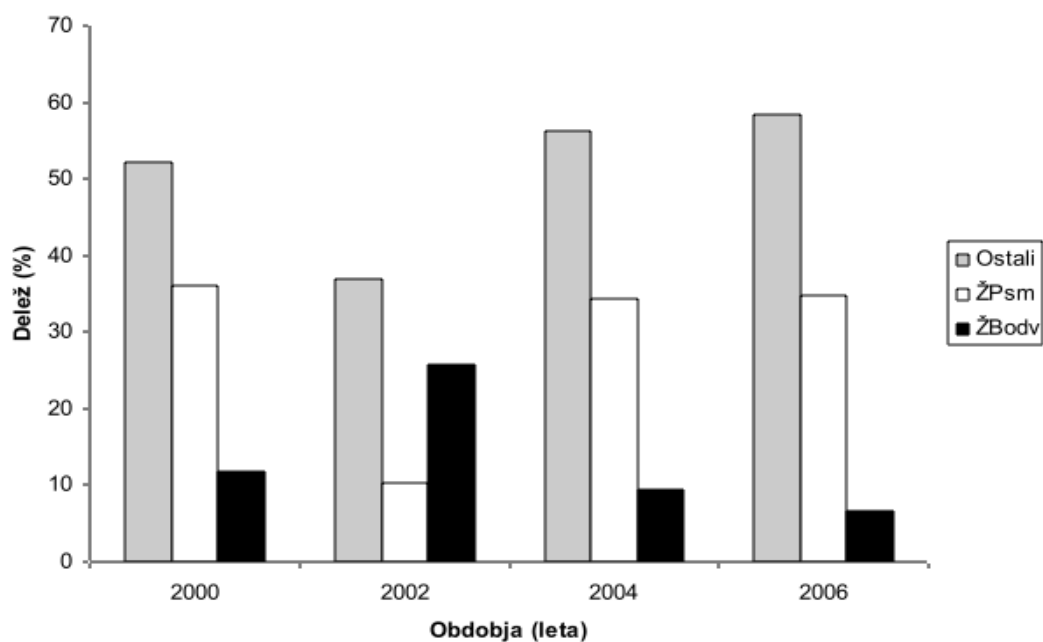
Žrtve samomora so se značilno razlikovale tudi po spolu ($p < 0,001$; $\chi^2 = 34,847$; $df = 3$). V prvem časovnem obdobju je bilo 170 žrtev (71,1 odstotka) moškega spola in 96 žrtev (28,9 odstotka) ženskega spola, v drugem 206 (88,0 odstotkov) moških in 28 (12,0 odstotkov) žensk, v tretjem 195 (66,5 odstotka) moških in 98 (33,5 odstotka) žensk ter v obdobju od leta 2006 do 2007 207 (70,2 odstotka) moških in 88 (29,8 odstotka) žensk. Razmerje med moškimi in ženskami je bilo 2,8 : 1.

Največ žrtev samomora med moškimi in ženskami (156 vs. 63 žrtev) je bilo v starostni skupini od 50 do 59 let. Po številu žrtev med moškimi in ženskami je sledilo starostno obdobje od 40 do 49 let (154 vs. 46 žrtev) in med moškimi od 30 do 39 let (132 žrtev) oziroma med ženskami od 60 do 69 let (46 žrtev).

Iz obdukcijskim zapisnikom priložene zdravstvene dokumentacije smo dobili podatke o morebitnih psihičnih motnjah žrtev samomora, boleznih odvisnosti in samomoru žrtev med bolnišničnim zdravljenjem psihične motnje.

Med preučevanimi obdobji nismo ugotovili značilnih razlik ($p > 0,05$) v deležih žrtev samomora med skupinama žrtev samomora brez in s psihično motnjo in/ali boleznijo odvisnosti. Deleži žrtev samomora po obdobjih so bili 52,2 odstotka (106 žrtev) oziroma 47,8 odstotka (97 žrtev) v prvem obdobju, 63,9 (124 žrtev) oziroma 36,1 odstotka (70 žrtev) v drugem obdobju, 56,2 odstotka (136 žrtev) oziroma 43,8 odstotka (106 žrtev) in 58,5 odstotka (131 žrtev) oziroma 41,5 odstotka (936 žrtev) v predzadnjem in zadnjem obdobju.

Deleži žrtev samomora v skupini žrtev samomora s psihično motnjo, skupini žrtev med pacienti z boleznijo odvisnosti in skupini ostalih žrtev samomora, so se med obdobji značilno razlikovali ($p < 0,001$; $\chi^2 = 67,442$; $df = 6$) (slika 1). Največ žrtev samomora je bilo v skupini ostalih žrtev v obdobju od 2006 do 2007 (131 (58,5 odstotka) žrtev) in najmanj v drugem obdobju (124 (36,9 odstotka) žrtev), sledita prvo in tretje obdobje s 106 (52,2 odstotka) žrtvami oziroma 136 (56,2 odstotka) žrtvami. Med žrtvami s psihično motnjo je bil delež žrtev najnižji v drugem obdobju (20 (10,3 odstotka) žrtev), med ostalimi obdobji pa ni bilo razlik v deležih žrtev (73 (36,0 odstotka) žrtev vs. 83 (34,3 odstotka) žrtev vs. 78 (34,8 odstotka) žrtev). Največ žrtev samomora je bilo v skupini bolnikov z boleznijo odvisnosti v drugem obdobju (50 (25,8 odstotka) žrtev) in najmanj v zadnjem obdobju (15 (6,7 odstotkov), ki mu sledita tretje in prvo obdobje (23 (9,5 odstotka) žrtev oziroma 24 (11,8 odstotkov) žrtev).

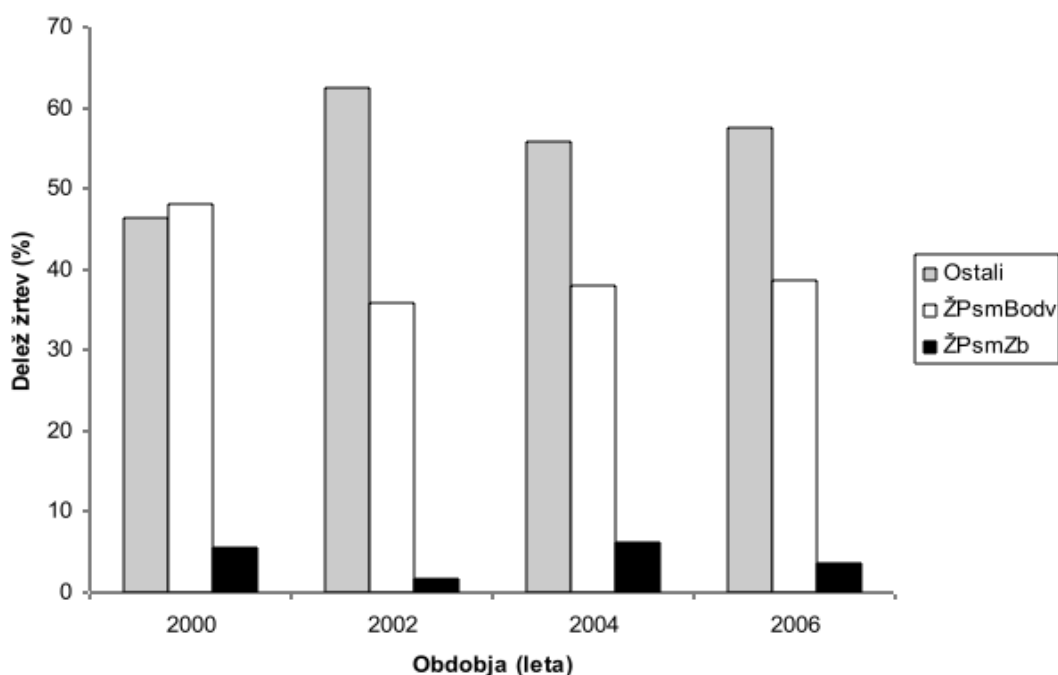


Slika 1: Žrtve samomora s psihično motnjo, boleznijo odvisnosti in ostale žrtve samomora po preučevanih obdobjih. Deleži žrtev preučevanih skupin so se po obdobjih značilno razlikovali (χ^2 -test; $p < 0,001$). Delež žrtev samomora s psihično motnjo je bil najvišji v prvem obdobju in najnižji v drugem obdobju, žrtev z boleznijo odvisnosti, v drugem in najnižji v zadnjem obdobju ter ostalih žrtev v zadnjem in najnižji v drugem preučevanem obdobju.

ŽPsm = žrtve samomora s psihično motnjo

ŽBodv = žrtve samomora z boleznijo odvisnosti

Preučevanje skupin žrtev samomora brez psihične motnje, s psihično motnjo in/ali boleznijo odvisnosti, ter žrtev samomora v času bolnišničnega zdravljenja psihične motnje, je pokazalo, da so se deleži žrtev samomora med obdobji značilno razlikovali ($p < 0,05$; $\chi^2 = 14,019$; $df = 6$) (slika 2). Delež samomorov med bolniki brez psihične motnje je bil najnižji v prvem obdobju in najvišji v drugem obdobju (46,4 odstotka (84 žrtev) vs. 62,5 odstotka (110 žrtev) vs. 55,8 odstotka (135 žrtev) vs. 57,6 odstotka (128 žrtev)), medtem ko je prišlo do sprememb v deležu samomorov po obdobjih med žrtvami s psihično motnjo med prvim obdobjem, ko je bil delež samomorov najvišji in ostalimi (48,1 odstotka (87 žrtev) vs. 35,8 odstotka (63 žrtev) vs. 38,0 odstotkov (92 žrtev) vs. 38,7 odstotka (86 žrtev)). V primerjanih obdobjih je bila razlik tudi med deleži žrtev samomora med žrtvami samomora v času bolnišničnega zdravljenja, kjer je bil delež najnižji v drugem (1,7 odstotka (3 žrtve)) in najvišji v tretjem obdobju (6,2 odstotkov (15 žrtev)), v zadnjem 3,6 odstotka (8 žrtev) in v prvem 5,5 odstotka (10 žrtev).



Slika 2: Žrtve samomora s psihično motnjo ali boleznijo odvisnosti, žrtve samomora v času zdravljenja psihične motnje v bolnišnici ter ostale žrtve samomora po preučevanih obdobjih. Deleži žrtev preučevanih skupin so se po obdobjih značilno razlikovali (χ^2 -test; $p < 0,05$). Delež žrtev samomora s psihično motnjo ali boleznijo odvisnosti je bil najvišji v prvem obdobju in najnižji v drugem obdobju, žrtev, ki so se v času dokončnega samomora zdravile v bolnišnici v tretjem in najnižji v drugem preučevanem obdobju ter ostalih žrtev v drugem in najnižji v prvem obdobju.

ŽPsmBodv = žrtve samomora s psihično motnjo ali z boleznijo odvisnosti

ŽPsmZb = žrtve samomora s psihično motnjo med bolnišničnim zdravljenjem

Razprava

Preliminarni rezultati raziskave so pokazali, da je število žrtev samomora v skupini žrtev z boleznimi odvisnosti naraslo v obdobju 2002 do 2003 in se zatem zmanjševalo. O vzrokih porasta žrtev samomora v obdobju od 2002 do leta 2003 lahko le ugibamo in vzrok porastu iščemo v družbenih razmerah, odnosu do samomora in porabi alkohola. Po ocenah odnos slovenske javnosti do samomora ni ne dopusten in tudi ne samomoru nasprotujoč.(14) Odnos do samomora je bolj verjetno rizični kot varovalni dejavnik za samomorilno vedenje.(15) Ugotovljeno je bilo tudi, da je medsebojna povezanost med porabo alkohola na prebivalca in količnikom samomorilnosti v neki državi odvisna od navad v rabi alkohola v obravnavani populaciji.(16,17) V obdobju, ki je bilo zajeto v naši raziskavi, ni bilo značilnih sprememb v povprečni porabi alkohola na prebivalca v Sloveniji, čeprav je bila oblika krivulje porabe alkohola valovita in je v opazovanem obdobju poraba alkohola na prebivalca v posameznih letih naraščala oziroma padala.(18) Zmanjševanje števila žrtev samomora med tistimi z boleznijo odvisnosti v našem vzorcu je posredno v skladu z ugotovitvami raziskave, opravljene na slovenski populaciji žrtev samomorov med letoma 1997 in 2005, ki je pokazala, da sta v Republiki Sloveniji po uveljavitvi »Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA)« v mesecu marcu leta 2003 sledili takojšnje zmanjšanje števila žrtev samomorov in statistično značilno zmanjšanje števila žrtev samomorov med moškimi.(19) Podobno so opazili padec števila samomorov s prisotnostjo alkohola v krvi tudi med protialkoholno kampanjo v Rusiji in Estoniji, po zaključku kampanje pa je sledil porast števila samomorov, povezanih z rabo alkohola pred dokončanim samomorom,20 kar pa ni

slučaj v našem vzorcu, kjer je opazen trend zmanjševanja števila samomorov med tistimi z motnjo odvisnosti.

V preučevanem vzorcu žrtev samomora smo ugotovili, da je bilo število žrtev samomora med žrtvami s psihično motnjo in tistimi, ki so se zaradi psihične motnje zdravile v času dokončnega samomora v psihiatrični bolnišnici najnižje v drugem obdobju (od leta 2002 do leta 2003). Čeprav ima alkohol kot komorbidni dejavnik vpliv na pojav psihičnih motenj in pojav samomorilnosti,(21) zmanjšanje števila samomorov med bolnišnično zdravljenimi bolniki s psihično motnjo in ostalimi bolniki s psihično motnjo gotovo ni le posledica nadzora nad dostopnostjo in rabo alkohola. Obstaja veliko večja verjetnost, da je zmanjšanje števila žrtev samomora med bolnišnično zdravljenimi psihičnimi bolniki posledica izboljšane obravnave, nadzora in prepoznave teh bolnikov v psihiatričnih bolnišnicah,(22-24) čeprav hkrati obstaja možnost, da so pacienti samomor storili doma po zaključku zdravljenja in odpustu iz bolnišnice.(25) Ugotovili so namreč, da je ogroženost pacientov s psihično motnjo največja v obdobju neposredno po odpustu iz bolnišnice.(25-27) Na število samomorov v psihiatričnih bolnišnicah v veliki meri vpliva notranja organiziranost bolnišničnih enot in socialni dejavniki.(28) Morda je zmanjšanje števila samomorov v obeh skupinah žrtev s psihično motnjo v enakem časovnem obdobju tudi rezultat zdravljenja z novimi generacijami antidepresivov, saj različne študije opozarjajo na pogosto neustrezno zdravljenje žrtev samomora z depresivno motnjo,(29) oziroma na ustrezno zdravljenje žrtev z antidepresivi v mesecu pred samomorom le v primeru 25 odstotkov žrtev samomora.(30) Vendar so si rezultati študij o vplivnosti zdravljenja z antidepresivi na pojavnost samomorov nasprotujoči, saj je pozitivna povezava med zdravljenjem z antidepresivi in preprečevanjem samomorov potrjena le v treh od sedmih raziskav.(28)

Zaključek

Izgleda, da se delež žrtev samomora z ugotovljeno psihično motnjo razlikuje po posameznih časovnih obdobjih. Vendar pa so potrebne dodatne raziskave za pojasnitev dejavnikov povezanih z ugotovljenimi spremembami.

Literatura:

1. Qin P, Agerbo E, Mortensen P B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 765-72.
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, planes, and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008; 192:98-105.
3. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 205-28.
4. Hoyer EH, Olsen AV, Mortensen PB. Suicide risk in patients hospitalised because of affective disorder. A follow stud, 1973-1993. *J Affect Disord*. 2004; 78: 209-17.
5. Dong JYS, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases of in-patient suicides. *J Affect Disord*. 2005; 87: 91-9.
6. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J Turnbull P, et al. Suicide in current psychiatroc in-patients: a case control study. *Psychol Med*. 2007; 37: 831-7.
7. Hunt IH, Bickley H, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. *J Affect Disord*. 2012; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.019>.
8. Ajdacic-GrosV, Lauber C, Baumgartner M, Malti T, Rössler W. Inpatient suicide-a 13 years assessment. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 120: 71-5.
9. Mann JJ. The neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003; 4: 819-28.
10. Caces FE, Harford T. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United states, 1934-1987. *J Stud Alcohol*. 1998; 59: 455-61.
11. Pirkola SP., Isometsä ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol*. 2000; 35:70-5.
12. Brady J. (2006): The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol Alcohol* 41(5):473-8.
13. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998; 172: 35-7.
14. Kocmur M, Dernovšek MZ. Attitudes toward suicide in Slovenia: a cross-sectional survey. *Int Soc Psychiatry*. 2003; 49: 8-16.
15. Arnautovska U, Grad OT. Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*. 2010; 31: 22-9.
16. Landberg J. Per capita alcohol consumption and suicide rates in the U.S., 1950-2002. *Suicide Life Threat Behav*. 2009; 39: 452-9.
17. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*. 2001; 96(1Suppl): S59-75.
18. Kovše K. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2007 [publicited Oktob 20 2012] Dosegljivo na: http://ivz.arhiv.over.net/javne_datoteke/datoteke/775-PorabacalkoholacinkazalcicskodljivecrabecalkoholacvcSlovenijicvclctuc2007_27_10_2009.pdf
19. Pridemore WA, Snowden AJ. Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: an interrupted time-series analysis. *Am J Public Health*. 2009; 99: 915-20.
20. Värnik A, Kølves K, Väli M, Tooding LM, Wasserman D. Do alcohol restriction reduce suicide mortality? *Addiction*. 2007; 102: 251-6.
21. Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 13-22.
22. Dong JYS, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases of in-patient suicides. *J Affect Disord*. 2005; 87: 91-9.

23. Kapur N, Hunt IM, Webb R, Bickley H, Windfuhr K, Shaw J, et al. National confidential inquiry into suicide and homicide. Suicide in psychiatric in-patients in England, 1997 to 2003. *Psychol Med.* 2006; 36: 1485-92.
24. Jones RM, Hales H, Butwell M, Ferriter M, Taylor PJ. Suicide in high security hospital patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46: 723-31.
25. Ho TP. The suicide risk of discharged psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64: 702-7.
26. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62: 427-32.
27. HøyerEH, Licht RW, Mortensen PB. Risk factor of suicide in inpatients and recently discharged patients with affective disorders. A case control study. *Eur Psychiatry.* 2009; 24: 317-21.
28. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nev Ment Dis.* 2010; 198: 315-28.
29. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry.* 1994; 151: 530-6.
30. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104: 458-65.

