

MITI, ZMOTNA PREPRIČANJA IN RESNICE O ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI

*Zdenka Čebašek Travnik, Maja Rus Makovec**

Pogled na motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (PAS) oziroma drog je pogosto zamegljen z osebnimi prepričanji in predsodki. Razlogov za to je več. Vsak od nas ima neko osebno izkušnjo s PAS in svoj način za obvladovanje rabe te snovi. Akutne zastrupitve s PAS lahko tako spremenijo vedenje nekaterih ljudi, da ti vzbujajo zgražanje in odpore v svoji okolici. Občutek, da nam je vse jasno, ker imamo osebno izkušnjo in hkrati moralistični pridih do socialnih zapletov rabe PAS, prispeva k temu, da nismo dovolj radovedni za pridobivanje novih znanj. Tako se včasih zgodi, da se bolj zanesemo na osebna stališča v zvezi s škodljivo rabo PAS kot na strokovne izsledke in dognanja.

Najin prispevek je namenjen tistim strokovnjakom, ki se zaradi obilice kliničnega dela in zaradi potrebe po natančnem poznavanju drugih duševnih motenj ne utegnejo sproti seznanjati z izsledki specializiranega področja motenj, ki jih povzročajo PAS, bi pa radi posodobili svoje znanje. Namen prispevka ni prikaz celotnega področja, temveč pojasniti ali odpreti nekatere dileme, ki sva jih pogosto zaznali pri kolegih iz drugih vej psihiatrije.

Vsi smo odvisni od nečesa; od alkohola, nikotina, hrane, odnosov, računalnikov ... Odvisnost ali zasvojenost? Od česa ali od koga?

Kratek pogled v zgodovino nam pokaže, da je bil leta 1968 izraz odvisnost (angl. dependence) uradno sprejet v diagnostični nomenklaturi Svetovne zdravstvene organizacije (MKB-8) in Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM-II). Pred tem letom se je uporabljal izraz zasvojenost (angl. addiction). Izraz odvisnost je predlagala posebna komisija, ki se je hotela izogniti nejasnostim v takratni rabi izrazov zasvojenost, navajenost in telesna odvisnost. **(Maddux JF, Desmond DP. Addiction or dependence? Addiction 2000; 95: 661-5).*

Kasneje, leta 1976, je Edwards s kolegi uvedel koncept sindroma odvisnosti od alkohola in leta 1982 še koncept sindroma odvisnosti od drog. Sindrom je bil

* Asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., Asist. dr. Maja Rus Makovec, dr. med. Psihiatrična klinika, Center za zdravljenje odvisnosti od alkohola, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

definiran kot skupek znakov, pri katerem pa ni nujna prisotnost vseh komponent, saj posamezni znaki niso vedno enako močno izraženi. Koncept odvisnosti je bil najprej ponujen kot izziv za raziskovanje, kot diagnostična kategorija pa uveden v MKB-9 (1977) in se obdržal tudi v MKB-10 (1992). V DSM klasifikaciji je diagnostična kategorija še vedno odvisnost od snovi (substance dependence), ki vsebuje tako odvisnost od alkohola in odvisnost od drog.

Kljub temu, da je pri kliničnem delu izraz odvisnost splošno sprejet, je »zasvojenost« še vedno prisotna tako v imenih strokovnih združenj (Society for the Study of Addiction, American Society of Addiction Medicine), kot v naslovih uglednih strokovnih revij (Addiction, American Journal on Addictions, Addictive Behaviors). V naslovih raziskovalnih člankov pa prevladuje izraz odvisnost (s 59%). Nekateri avtorji predlagajo, da bi pri naslednjih popravkih nomenklature znova uvedli izraz zasvojenost, saj po njihovem mnenju (1) za to odločitev obstajata vsaj dva dobra razloga: vedenjsko motnjo bolje označuje zasvojenost kot odvisnost, poleg tega pa ne bi prihajalo do zmede pri izrazu telesna odvisnost, ki bi tako postala le eden od znakov zasvojenosti. Kakorkoli že, medicinska klasifikacija MKB-10 bo veljala še nekaj časa in vsaj do nove verzije bo ostala tudi diagnoza Sindrom odvisnosti od psihoaktivnih snovi.

Še nekaj besed o izrazu alkoholizem, ki naj bi ga pri strokovnem delu opuščali. Zadeva spominja na dileme ob »zasvojenosti«, saj se je tudi »alkoholizem« nekako ujel v naslove revij (primer: Alcohol and Alcoholism ima najvišji impakt faktor na področju odvisnosti) in ustanov (primer: Alcoholism Treatment Center). Izraz je zelo pogost v raziskovalnem delu in objavljenih člankih, prav tako pa ne moremo mimo dejstva, da je dobro poznan tudi laični javnosti. Zato predlagamo, da se izraz alkoholizem pri kliničnem delu dejansko opusti, njegova uporaba v širšem, predvsem sociološkem smislu pa ostane.

V slovenski strokovni in posledično laični literaturi je glede poimenovanja motenj, povezanih z rabo psihoaktivnih snovi, precej netočnosti. Zmedo povečujejo še izrazi kot je »odvisnost od odnosov« ali »odvisnost od hrane«, zato kaže večkrat pogledati v MKB-10 ali drugo ustrezno literaturo. *(Čebašek-Travnik Z. *Diagnostika odvisnosti in podobnih motenj*. *Isis* 1999; 8(7): 77-8).

Odvisnost ni bolezen, kajti bolezen je nekaj, kar se posamezniku zgodi, odvisni pa si svojo motnjo povzročijo sami (s svojo odločitvijo za uživanje droge in s svojim vedenjem).

Odvisnost je bolezen.

Bolezni se razlikujejo glede tega, kolikšen je delež obolelega pri nastanku določene motnje. Nekatere so genetsko pogojene ali pa jih povzročajo še neprepoznalni zunanji dejavniki. Številne bolezni pa so dejansko posledica posameznikovega vedenja. Med slednje spadajo nekatere vrste raka, bolezni srca, hipertenzija in sladkorna bolezen, pa vendar nihče ne dvomi o tem, da gre za bolezni. Živimo v okolju, ki omogoča enostaven in poceni dostop do velikega števila psihoaktivnih snovi. Velik del populacije te snovi tudi preizkuša in tudi zmore nadzorovati in omejiti rabo bolj škodljivih snovi. Vendar nekateri postanejo odvisni in ne morejo droge preprosto opustiti. Ne bi opisovali dedne in druge biološke determinante odvisnosti. Ugotovimo lahko, kako ni pošteno misliti, da so si »odvisni sami povzročili« svojo motnjo. Tudi oni so začeli z uživanjem snovi, misleč, da bodo lahko prenehali, ko se bodo tako odločili. Ena od temeljnih značilnosti odvisnosti je, da prizadeti povsem (ali delno) izgubi sposobnost nadzora nad rabo droge. Ta »izguba kontrole«, kot jo pogosto imenujemo, opisuje stanje, ko oseba ni več sposobna sama predvideti začetek, trajanje in prekinitev uživanja določene psihoaktivne snovi.

Zanimivi so podatki, ki jih je leta 1998 objavila Physician Leadership on National Drug Policy. Primerjali so, kolikšen delež pacientov upošteva priporočila zdravnikov in kako pogosti so recidivi. Podatki kažejo, da upošteva dietna navodila manj kot 30% sladkornih bolnikov, ki jemljejo insulin in tudi glede uporabe insulina sledi navodilom manj kot 50% bolnikov. V 12 mesecih pride do poslabšanja pri 30-50%. Pri bolnikih s hipertenzijo so rezultati še manj spodbudni. Manj kot 30% jih upošteva dietna priporočila in prav toliko jih redno jemlje zdravila; v 12 mesecih se bolezen poslabša pri 50-60% bolnikov. Situacija glede jemanja zdravil je zelo podobna pri astmi, kjer je odstotek poslabšanja še višji (60-80%). V primerjavi z gornjimi podatki so rezultati zdravljenja odvisnosti (temelječi na abstinenci) dokaj spodbudni. Navodila upošteva do 40% pacientov, do poslabšanja v naslednjih 12 mesecih pa pride le pri 10 do 30% primerov.

Nekatere droge so nevarne, druge pa niso in jih je celo zdravo uživati v zmernih količinah.

Z doslej znanimi metodami ni mogoče napovedati, pri katerih posameznikih že majhne količine PAS predstavljajo tveganje.

Delitev psihoaktivnih snovi v določene skupine in podskupine zaposluje strokovnjake že od takrat, ko so spoznali, da imajo te snovi poleg prijetnih, torej zaželenih, tudi neprijetne ali celo škodljive učinke. Z večanjem obsega znanja se je spreminjal pogled na psihoaktivne snovi. Za vsakdanje življenje sta najbolj uporabni dve delitvi, medicinska (glej MKB-10) in pravniška (zakonodaja), čeprav tudi tu ne gre brez težav. Tako se na primer lahko vprašamo, kako bi uvrstili benzodiazepine, ki jih odvisna oseba kupuje na črnem trgu? Ali pa kanabis, ki ga ponekod uporabljajo v medicinske namene?

Kadar govorimo o psihoaktivnih snoveh, se zavedamo, da so postale del našega življenja. Zato ne presenečajo ideje nekaterih strokovnjakov, da je treba ljudi naučiti odgovorne rabe drog. Odgovorna raba drog naj bi bila tista, ki ne bi povzročala škode ne uživalcu, ne komu drugemu. Na videz vabljiva ideja pa ima hudo sistemsko napako - nihče ne more vnaprej vedeti (oziroma predvideti), pri katerih količinah bo neka droga postala škodljiva zanj ali za druge.

Primeri:

- Koliko cigaret lahko brez škode za svoje zdravje pokadi odrasel moški in kako bo cigaretni dim vplival na njegove otroke?
- Koliko kokaina lahko zaužije uspešen poslovnež, preden se bo pri njem razvila odvisnost?
- Koliko vina lahko spije mlada voznica, da bo vozila enako varno kot takrat, ko je trezna?
- Kolikokrat lahko predpišemo anksiolitik starejšemu pacientu, ki ima blage znake demence?

Še bolj se zaplete pri drogah, ki naj bi imele potencialno pozitiven učinek na človekovo zdravje (alkohol, kofein, marihuana).

Odvisnost je posledica slabih navad in morda še slabega vpliva okolja. Odvisnost je bolezen možganov, zanjo obstajajo biološke determinante.

Učinek PAS je anatomsko in nevrottransmittersko omejen na t.i. hedonsko mezokortikolimbčno pot; večina drog deluje na dopaminergične in opioidne sisteme. Hedonska mezokortikolimbčna pot sega od ventralnega tegmentuma do jedra accumbens in se navezuje na limbični sistem in orbitofrontalni korteks.

Pomembni nevrottransmiterji v mezokortikolimbčnem sistemu so: *(Roberts AJ, Koob GF. *The neurobiology of Addiction. Alcohol World 1997; 21/2; 101 - 106.*);

**(Grace AA. The tonic / phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. Addiction 2000; 95 Suppl 2: 119 - 28).*

- dopamin (Najverjetnejša funkcija je reguliranje motivacije, ojačevanje, koordinacija finih gibov; dopamin je funkcionalno najpomembnejši neurotransmitter mezokortikolimbicnega sistema, vendar povezava med dopaminom in odvisnostjo ni povsem pojasnjena. Najverjetneje dopamin usmerja in ostri pozornost na določene signale). Dopamin je najpomembnejši neurotransmitter, vpleten v odvisnost; vse droge delujejo tako, da direktno ali indirektno povečajo dopaminsko neurotransmisijo v limbicnem sistemu serotonin (regulira telesne ritme, apetit, spolno vedenje, čustvena stanja, spanje, pozornost in motivacijo);
- GABA (primarni inhibitorni neurotransmitter v možganih);
- glutamat (glavni ekscitatorni neurotransmitter v možganih);
- opioidni peptidi (producirajo morfinske učinke vključno z blažitvijo bolečine in dvigom razpoloženja);
- glukokortikoidi (glukokortikoidna adrenohipofiznohipotalamična os je posredno vpletena v odvisnost, ker glukokortikoidi pospešujejo sintezo dopamina).

Mezokortikolimbicne strukture imenujemo tudi “možganski nagrajevalni sistem” in nucleus accumbens možganski “nagrajevalni center”. Nucleus accumbens *** (Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. Alcohol Research & Health; 23 (3): 165-73).* se povezuje pri mediranju ugodja z naslednjimi možganskimi predeli:

- neuroni iz n. accumbensa, ki jih aktivira PAS, pošljejo informacijo v amygdala (ki ima vlogo v modulaciji stresa in čustev);
- v frontalni korteks (predvsem je pomemben dorzolateralni prefrontalni korteks, kjer naj bi bil lociran “nagrajevalni” spomin);
- in v bazalne ganglije, ki imajo vlogo v ponavljajočih načinih razmišljanja in vedenja.

Nevroni, locirani v amygdalnem jedru, tudi pošiljajo informacije v

- dorzolateralni prefrontalni korteks in v
- bazalne ganglije.

- Dorzolateralni prefrontalni korteks pošlje informacije nazaj v
- bazalne ganglije (ta povezava ima verjetno pomembno vlogo pri obsesivno - kompulzivnem vedenju) in v n. accumbens.

Orbitofrontalni korteks, ki inducira kontrolo impulzov, s tem tudi kontrolira dorzolateralni prefrontalni korteks. To so stare strukture za mediranje vedenja, ki sproža občutke ugodja. Preko teh struktur je medirano ugodje pri hranjenju, pitju, reproduktivnem vedenju: gre torej za vedenje, ki je povezano z obstojem posameznika in vrste. Torej je vloga nagrajevalnega sistema evlucijsko pomembna *(Beeder AB, Millman RB. *Treatment of patients with psychopathology and substance abuse*. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG eds. *Substance abuse – a comprehensive textbook*. Baltimore 1992; Williams and Wilkins: 675-90). Pozitivno ojačanje imenujemo proces, ko določeno vedenje (na primer kajenje) zaradi občutkov nagrajenosti postane ponavljajoč se vzorec. Negativno ojačevanje imenujemo vedenje, ko se oseba z uporabo droge nauči izogibanju vedenja, ki povzroča neprijetne občutke (stres, tesnobo). *(Robinson TE, Berridge KC: *The neural basis of drug craving: An incentive - sensitization theory of addiction*. *Brain Research Reviews* 1993; 18: 247 - 291). Psihoaktivne snovi so kemični nadomestki naravnih ojačevalcev: so močnejši kot slednji in z daljšim učinkom.

Samo »ne« je treba reči...

Ovisni ljudje težko vzdržujejo abstinenco zaradi nevrobioloških sprememb v možganih.

Ovisnost od PAS lahko definiramo tudi kot kronično ponavljajočo se možgansko motnjo, za katero so značilne nevrobiološke spremembe, ki vodijo h kompulziji uživanja droge z izgubo kontrole nad uživanjem droge. ***(*Koob GF. Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies. Ann n Y Acad Sci* 2000; 909: 170 - 85). Ovisni ljudje navadno poročajo, da lahko najdejo dovolj motivacije za prenašanje odtegnitvenih znakov, se pa težko uprejo kompulzivni želji po drogi. To željo imenujemo hrepenenje po drogi ali v profesionalnem slengu "craving" (in je eden znakov odvisnosti). Občutek cravinga se povezuje tako z negativnim kot pozitivnim ojačevanjem. Craving funkcionalno delimo v telesni craving (ne-simbolični craving), ki se povezuje s telesnimi znaki po prenehanju dolgotrajnega uživanja PAS in na simbolični craving ali psihološko hrepenenje (čeprav gre seveda za psihofiziološki fenomen). ****(*Wetterling T, Veltrup C, Junghanns K. How to assess craving for alcohol. European Addiction Research* 1997; 3(3): 110-15).

Slednji se dogaja med abstinenco in pogosto vodi k ponovnem uživanju substance.

Ta tip cravinga ima nekatere značilnosti obsesivno kompulzivne motnje. Pričakovanja, ki jih ima odvisen človek do določene snovi, povzročajo lahko močnejši craving kot snov sama. Psihološki craving je dinamičen proces: frekvenca in intenziteta se razlikuje pri posameznikih; povezan je s subjektivno oceno resnosti stanja (če pacient torej misli, da se tega ne da prenesti, potem res ne bo zmožgel vztrajati v abstinenci, četudi ni resnih fizioloških zapletov) *(*Tiffany ST. Cognitive concepts of craving. Alcohol Research & Health 1999;23(3): 215-24*). Zaznavanje cravinga je znak napredka v terapevtskem procesu in ne znak poslabšanja, saj omogoči pacientu iskanje zaščitnih mehanizmov. Če craving-a pacienti ne zaznajo, lahko ponovno užijejo substanco "kot da bi jih nekaj zvelklo". Verjetno gre pri tistih pacientih, ki v obdobju abstinence nikoli ne občutijo želje po PAS, bodisi za zaničanje, bodisi za problem aleksitimčnosti (ko posamezniki s težavo ali pa sploh ne zmorejo zaznati svojih občutkov). Odvisni ljudje imajo na eni strani spremenjene neurotransmitterske mehanizme v možganih, na drugi strani pa v življenju niso dovolj vadili, da bi prišlo do avtomatiziranosti drugih bolj samozaščitnih in zdravih načinov vedenja. Na kratko: ob bolj intenzivni želji imajo slabše razvit aparat za premagovanje teh želja. Farmakoterapija cravinga je v zadnjih letih pomembno napredovala: **(*Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M. Farmakoterapija pri bolezni odvisnosti. V: Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M. ur. Medicina odvisnosti. Ljubljana 1996; Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo – Delovna skupina za odvisnost od alkohola: 125-30*). ***(*Ritson B. Pharmacotherapy in alcohol problems. Current Opinion in Psychiatry 1998; 11: 285-88*).

- po naših izkušnjah se obnese le pri motiviranih pacientih, ki zaznavajo problem (cravinga) in so se tudi sicer pripravljene truditi za abstinenco.
- (Nekatere) paciente je nespodobno spraševati o uživanju drog.

Ali res lahko brez škode opustimo rutinsko diagnostiko rabe psihoaktivnih snovi ?

Raziskave so pokazale, da je odvisnost od alkohola ena od najpogostejše »spregledanih« bolezni, zato so uradne statistike nezanesljive in ne odražajo dejanske prevalece te bolezni. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo s to problematiko

ugotavljajo, da je takšno stanje posledica dveh, med seboj tesno povezanih dejstev: pomanjkljivo znanje o diagnostiki težav, povezanih z uživanjem alkohola in negativen odnos zdravnikov do odvisnosti kot bolezni. Ugotovili so tudi, da več praktičnega znanja vodi do bolj pozitivnega odnosa do odvisnosti in do odvisnih ter obratno, bolj pozitiven odnos vodi do bolj poglobljenega znanja. Vsi zdravniki, ne glede na delovno mesto ali vrsto specializacije, bi morali znati vprašati glede rabe alkohola, oceniti, ali pri pacientu obstajajo težave, povezane z rabo alkohola, ustrezno svetovati in spremljati pacientovo napredek oziroma spreminjanje. Mnogi zdravniki so nevednejši v postavljanju vprašanj, ki so povezana s pacientovimi intimnimi zadevami, zato se jim raje izognejo oziroma o njih govorijo le na pacientovo pobudo (na primer o spolnosti, o smrti). Tudi vprašanja o rabi alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi so dostikrat tabu tema, zato se je zdravniki lotevajo praviloma šele takrat, ko glede škodljivih posledic ni več nobenega dvoma. To pa je lahko istočasno že stopnja odvisnosti, ki jo s pacientove strani zaznamuje zanikanje, zato je vsaka konfrontacija neprijetna za oba – tako za zdravnika kakor za pacienta. Če postanejo vprašanja o rabi alkohola, drugih drog in psihofarmakov del rutinskega pogovora tudi s pacienti, ki z drogami zanesljivo nimajo težav, bo zdravnikov odnos do problematičnega pivca bolj miren in empatičen. V pomoč bo tudi opazovanje neverbalne komunikacije (ali na primer pacient ob vprašanju v zvezi z alkoholom umakne pogled, postane bolj nemiren). Odgovori pacientov bodo bolj iskreni, če v vprašanjih ne bo čutili zdravnikovega morebitnega odklonilnega odnosa do ljudi, ki pijejo več kot on sam.

Pri bolnikih s psihozo res ni tako pomembno, ali uživajo PAS, ker je njihov največji problem že psihoza sama.

Uživanje PAS pri bolnikih s psihozo bistveno vpliva na potek zdravljenja.

Dejstva kažejo, da je odvisnost od PAS ena najpogostejših komorbidnosti pri duševnih motnjah. Odvisnost lahko sproži, povzroči ali poslabša druge duševne motnje; druge duševne motnje lahko povzročijo ali poslabšajo odvisnost. Raziskave so pokazale, da vsaj tretjina bolnikov z drugo duševno motnjo zlorablja / je odvisna od PAS; več kot polovica oseb, ki zlorablja / je odvisna od PAS, izpolnjuje kriterije za drugo duševno motnjo; v odtegnitvenih stanjih se pogosto razvijejo resni psihiatrični simptomi. *(Regier A, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *J Am Med Assoc* 1990; 264(19): 2511-18).

Pri psihozah je stanje glede na dostopne podatke naslednje: ena tretjina

hospitaliziranih pacientov s shizofrenijo je odvisnih od alkohola; polovica moških pacientov s shizofrenijo zlorablja neko PAS. Več kot polovica od pacientov s shizofrenijo, ki so hkrati odvisni od alkohola, med hospitalizacijami uživa alkohol. *(Ziedonis DM, Fisher W. *Motivation based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia. Directions in psychiatry* 1996; 16: 1-8.).

Uživanje PAS pri pacientih s psihozo ni postransko vprašanje, ampak eno od temeljnih, saj uživanje PAS destabilizira drugo motnjo, na primer psihozo (med drugim so isti nevrottransmitterski sistemi vključeni v različne duševne motnje, če se spomnimo samo na dopaminskega).

Alkoholikov se ne spleča zdraviti, saj kar naprej recidivirajo. **Zdravljenje odvisnosti je uspešno - tudi v primerjavi z zdravljenjem somatskih bolezni.**

Na področju zdravljenja odvisnosti obstaja ogromno raziskav, ki ocenjujejo in primerjajo različne oblike ter načine zdravljenja. Količina tovrstnih raziskav je presenetljiva, saj se znotraj psihiatrije v nobeni bolezenski kategoriji ne kaže tolikšna potreba po dokazovanju uspešnosti posameznih metod zdravljenja. Vprašamo se, ali gre za potrebo terapevtov, ki hočejo dokazovati, kako uspešno zdravijo bolezen, ki je drugi niti ne priznavajo ali pa za zahtevo družbe (zavarovalnic, politike, stroke), ki poskuša omejiti stroške, povezane z zdravljenjem odvisnih – torej tistih, ki “so si svojo bolezen nakopali sami”.

Uspešnost zdravljenja odvisnosti je težko ocenjevati, saj je najprej treba določiti kriterije »uspešnosti«. Rezultati tujih raziskav, ki vključujejo sledenje pacientov po zaključenem zdravljenju kažejo, da jih vsaj 40% abstiniira eno leto, vsaj ena tretjina pa dve leti. Podobne rezultate dosegamo tudi v Sloveniji. *(Rus Makovec M. *Analiza terapevtskih učinkov pri zdravljenju bolnikov s sindromom odvisnosti od alkohola. Disertacija. Ljubljana 1994; Medicinska fakulteta, 391 str.*). ***(*Gorše-Goli A. Nekateri socialno psihološke značilnosti odvisnih od alkohola, vključenih v klub zdravljenih alkoholikov. Diplomsko delo. Ljubljana 1997; Pedagoška fakulteta, 136 str.*).

Drugi kriteriji uspešnosti zdravljenja (poleg abstinence) upoštevajo spremembe v zdravstvenem stanju (telesnem in duševnem), statusu zaposlenosti, odnose v družini, odsotnost kriminalnih dejavnosti in podobno. Ker vemo, da abstinenca ni absolutni kriterij uspešnosti, je ne smemo uporabljati kot izključno merilo. Terapevti postavljajo tudi subjektivne kriterije uspešnosti, ki utegnejo biti bolj

v skladu s terapevtovim vrednostnim sistemom kot pacientovimi dejanskimi cilji. Nekatere raziskave so namreč pokazale, da so pacienti bolj ugodno ocenjevali izhod svoje terapije kot njihovi terapevti, ki so po principih projektivne identifikacije pogosto nagnjeni k prevelikim zahtevam in pričakovanjem. Vzpostavljanje abstinence je za velik del odvisnih pacientov hudo stresno dogajanje, saj se morajo uravnovesiti na drugem nivoju nevrofiziološkega funkcioniranja. Tako so v prvih mesecih abstinence pri predhodno dolgotrajnih uživalcih PAS značilne kognitivne motnje (oteženo učenje, spominske motnje) in porast glukortikoidov (kronično stresno stanje). Torej je pri zelo odvisnih posameznikih v začetnem obdobju abstinence kontraindicirano spodbujati prevelike kognitivne zahteve, na primer dokončanje neke šole in podobno, pač pa spodbujati cilje, ki olajšujejo preživljanje tega obdobja (na primer majhni, dosegljivi cilji, telesno gibanje itd.)

Primerjave različnih načinov zdravljenja morajo zadostiti strogim metodološkim merilom pri načrtovanju in izvedbi tovrstnih raziskav. Prevelika različnost raziskovanih populacij in pomanjkljivo kontroliranje posameznih spremenljivk dostikrat onemogočata neposredne primerjave med različnimi programi.

Etiologija odvisnosti je biološka – torej odvisnosti lahko zdravimo z ustreznimi zdravili.

Na nastanek odvisnosti vplivajo biološki, psihološki in sociološki dejavniki – zdravljenje mora biti celostno.

Dognanja s področja nevrobiologije možganov, ki so se z uporabo novih tehničnih možnosti uveljavila posebej v zadnjem desetletju, so velik del psiho- in socioterapevtskih ukrepov potrdila kot ustrezna in le redke zavrgla kot nekoristne. Farmakoterapija pomaga pri obvladovanju želje ali zazdravi oziroma olajša druga komorbidna stanja, ne more pa sama po sebi spremeniti drugih vedenjskih navad, načinov razmišljanja in čustvovanja. *(*Edwards G. Addictive behaviour: the next clinic appointment. In: Edwards G, Dare C eds. Psychotherapy, Psychological treatments and the Addictions. Cambridge 1996: Cambridge University Press: 94-109.*)

Za to je potrebna ustrezna motivacija za spremembo in podpora za vzdrževanje spremembe. Pri odvisnih ljudeh je v njihovem osebnotnem razvoju primanjkovalo čustvenih, kognitivnih in vedenjskih izkušenj obvladovanja življenjskih zahtev brez droge, torej se morajo v procesu zdravljenja "privaditi"

na druge, zanje bolj samozaščitne mehanizme, da jih bodo lahko relativno avtomatično uporabljali. Te spremembe uvajamo s pomočjo ustreznih psiho- in socioterapevtskih ukrepov.

Hkratna opustitev vseh PAS je prehuda obremenitev za pacienta.
Opustitev vseh PAS poveča možnosti za vzdrževanje abstinence.

Skupna farmakološka značilnost različnih PAS je akutna aktivacija možganskih nagrajevalnih mehanizmov. Sami pacienti so genuino, iz svojih praktičnih izkušenj ugotovili, da lažje abstiniirajo od ene droge tako, da uživajo drugo - ponavadi tako, ki velja za bolj sprejemljivo. Tako naj bi se na primer pacienti, ki so odvisni od alkohola, tolažili vsaj s kajenjem, ker "bi bilo za njih preveč težko naenkrat prenehati z vsemi drogami"; ali pa naj od heroina odvisni pacienti v smislu lažjega abstiniiranja spiijejo malo alkohola ali pokadijo malo marihuane. Ko so enkrat vzpostavljene odvisniške funkcionalne poti, za fenomenologijo sindroma odvisnosti ni bistvenega pomena, kolikšna je količina droge in za katero drogo gre, pač pa je pomembno to, da je bila užita. *(Taylor RC, Harris NA, Singleton EG, Moolchan ET, Heishman SJ. Tobacco craving: intensity-related effects of imagery scripts in drug abusers. *Exp Clin Psychopharmacol* 2000; 8(11): 75-87). **(Magura S, Rosenblum A. Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addict Behav* 2000; 25(1): 117-22).

To v praktičnem delu pomeni naslednje: od alkohola odvisni pacienti, ki v času abstiniiranja od alkohola kadijo, vzdržujejo funkcionalne odvisniške spremembe svojega mezokortikolimbicnega sistema in si s tem večajo možnost za ponovno uživanje druge droge (na primer alkohola). Torej je za odvisne paciente koristno, če se potrudijo in hkrati z najljubšo drogo poskušajo prenehati uživati tudi druge droge. Torej ne zato, ker bi bili terapevti kaznovalni do njih, ampak ker si s tem povečajo možnost zazdravitve in olajšajo abstinenco - čeprav v začetku z napornejšo potjo.

Vseeno mi je, če malo pije, da le napreduje v psihoterapiji.
Abstinenca od PAS je pomembna pri vseh pacientih, vključenih v psihoterapevtsko obravnavo.

Sam vnos PAS do te mere spremeni človekovo doživljanje, da ni mogoče spoznati svojih realnih potencialov v dani situaciji. Zato je za proces

psihoterapije pomemben dogovor o ne-uživanju PAS v obdobju procesa psihoterapije. Še posebej je ta dogovor pomemben za tiste paciente v psihoterapevtski obravnavi, ki uživajo PAS na škodljiv način ali so od njih celo odvisni. Odvisni pacienti namreč ne zmorejo bistvenih osebnostnih sprememb, v kolikor ne vzpostavijo stabilne abstinence. Eden od temeljev osebnostne spremembe pri odvisnem pacientu je sprejetje, sprjaznenje z dejstvom, da je odvisen, da ima bolezen svoje zakonitosti ter odžalovanje dejstva, da ne bo več mogel zmerno uživati droge. **(Kaufman E. Critical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychotherapeutic approach. International Journal of the Addictions 1990-1991; 25: 97-116).*

Nekaj misli o terapevtih

Samo odločen in strog terapevt lahko kaj napravi...

Res je sicer, da mora biti terapevt v procesu zdravljenja pogosto spoštljivo odločen; res je tudi, da t.i. karizmatičen terapevt lahko v začetku vzbuja več upanja za rešitev. Vendarle pa omenjeno prepričanje kaže predvsem na predsodke oziroma moraliziranje glede boleznih odvisnosti (kot da gre "le za šibak značaj in pomanjkanje trde roke"), hkrati pa na nepoznavanje razvojnih značilnosti posameznika. Tudi če je močnejše izražena strukturiranost in direktivni pristop v začetni nemoči odvisnega človeka lahko indicirana metoda, je terapevt dolžan odstopati od nje hkrati z ojačevanjem ego mehanizmov svojega pacienta. "Strogi" terapevti praviloma delujejo po principu projekтивne identifikacije: pacientovim bolj ali manj zavestnim pričakovanjem ustrezajo tako, da ga "kregajo" zaradi njegovega odvisniškega vedenja, »zasledujejo« ga, mu »dokazujejo« njegove napake ipd. Tak kontrolirajoč odnos do odvisnih pacientov je poleg etične spornosti škodljiv predvsem zato, ker onemogoča odvisnim pacientom razvijati občutke samoodgovornosti in izkušnjo samoučinkovitosti.

Terapevti boleznih odvisnosti so pretirano direktivni, drobnjakarski, sitnarijo z urniki,...

Gre za ravno nasproten tip predsodkov kot v prejšnji točki: terapevti nimajo pravice igrati vloge »dobričin«, ker to počnejo na račun zdravja pacientov. Zdravljenje odvisnosti je strukturirano tako, da bi lahko pacienti kar najlažje

obvladali svoje kompulzivno vedenje, svoje občutke narcisizma (da za njih ne veljajo določene zakonitosti), občutja eksistencialne praznine, občutja anksioznosti. Nepoznavanje in nesprejemanje določene mere strukturiranosti je posebej v začetnih fazah zdravljenja s strani terapevta strokovno napačno. **(Jakopič J. Delo z odvisnimi od alkohola je pogosto (navidezno ali pa tudi zares) strokovno napačno. V: Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M. ur. Medicina odvisnosti. Ljubljana 1996; Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo – Delovna skupina za odvisnost od alkohola: 91-112).*

Vzdrževanje za paciente koristnih meja deluje seveda terapevtsko s hkratno veliko empatičnostjo terapevtov do odvisnih pacientov.
Ne moremo ga dati zdraviti nekim “terapevtom”...

Terapevti, ki zdravijo boleznimi odvisnosti, imajo različne poklice. Vsak poklic je usposobljen za obravnavo na določenem nivoju motnje. Najbolje obravnava poteka takrat, ko različni poklicni profili timsko sodelujemo; zdravnik je na primer odgovoren za diagnostiko, usmeritev v ustrezno obliko obravnave in zdravljenje komorbidnih stanj. Druge fenomenološke značilnosti boleznimi pa lahko obravnavajo enako dobro (če je zdravnik hkrati psihoterapevtsko usposobljen) ali pa celo bolje drugi poklicni profili.

Znanje s področja boleznimi odvisnosti si lahko pridobi vsak, ki se za to delo zanima, saj je na razpolago dovolj možnosti.

Za uspešno delo na področju odvisnosti je potrebno poglobljeno znanje, osebne izkušnje in ustrezen odnos do drog, do odvisnosti, odvisnih in njihovih bližnjih.

Izobraževanje zdravnikov za delo z odvisnimi je povsod po svetu postalo predmet številnih raziskav. Tako v več državah ugotavljajo, da je tovrstno izobraževanje fragmentirano in slabo koordinirano na vseh stopnjah izobraževanja, tako v dodiplomskem in podiplomskem študiju kot v oblikah nenehnega strokovnega izobraževanja. *** (McAvoy BR. Alcohol education for general practitioners in the United Kingdom – a window of opportunity? Alcohol & Alcoholism 2000; 35(3): 225-9).*

Iz obsežne raziskave o oblikah izobraževanja izhaja dejstvo, da je slušateljem lažje pridobiti teoretično znanje in določene spretnosti v postopkih obravnave

kot pa spremembe v odnosu do odvisnosti. *(*El-Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S, Hodgins D. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. Addiction 2000; 95: 949-57*).

Zato je pomembno, da so bodoči terapevti vključeni v celotni potek zdravljenja, kjer lahko spremljajo proces spreminjanja pri zdravljenjih *(*Rus Makovec M. Zdravljenje sindroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi. V: Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M. ur. Medicina odvisnosti. Ljubljana 1996; Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo – Delovna skupina za odvisnost od alkohola: 112-8*), in pri samem sebi. Te izkušnje ne bi smeli nadomeščati s kratkotrajnimi (v zbiranje informacij usmerjenimi) seminarji. V Sloveniji smo že pred nekaj leti začeli izvajati organizirane oblike izobraževanj na vseh stopnjah študija MF, pripravlja pa se tudi interfakultetni podiplomski študij s področja odvisnosti. Pri organiziranju izobraževanja uporabljamo tudi znanje in izkušnje, ki jih je na področju medicine odvisnosti zbrala The American Society of Addiction Medicine, ki ima z izobraževanjem zdravnikov vseh specialnosti dolgoletno tradicijo.

Namesto zaključka

Avtorici se na koncu sprašujeva, ali je branje najinega članka pri bralcih sprožilo kakšno spremembo v odnosu do psihoaktivnih snovi, do odvisnosti, do odvisnih, do njihovih bližnjih, in nenazadnje do kolegov, ki zdravijo odvisne. Če sva pri kom spodbudili vsaj malo drugačnega razmišljanja, je bil najin namen dosežen.