

ATIPičNA ANTIPSIHOTičNA ZDRAVILA TER PSIHOLOŠKA IN SOCIALNA REHABILITACIJA PRI HUDIH IN PONAVLJAJOčIH SE DUŠEVNIH MOTNJAH

Vesna ŠVAB*

Atipična antipsihotična zdravila pomenijo revolucionaren preobrat v zdravljenju shizofrenije, saj povzročajo bistveno manj ekstrapiramidnih stranskih učinkov kot klasična zdravila, raziskave pa kažejo, da povečujejo tudi sodelovanje v zdravljenju in izboljšujejo spoznavno funkcioniranje. Za prvi atipični nevroleptik klozapin, na primer, dokazujejo, da zmanjšuje negativne simptome bolezni (pomanjkanje energije, splitveno čustvovanje, brezzvoljnost in siromašno mišljenje), izboljšuje socialno in zaposlitveno delovanje ter zmanjšuje nevarnost ekstrapiramidnih stranskih učinkov zdravil (1).

Kljub izrednim uspehom na področju psihofarmakoterapije shizofrenije pa seveda nihče od strokovnjakov ne pričakuje, da bodo atipični antipsihotiki povsem razrešili kompleksne klinične in socialne probleme, povezane s to, po mnenju nekaterih, še vedno najhujšo boleznijo. Naj naštejemo nekaj očitnih problemov.

Nova zdravila lahko izboljšajo klinično stanje. Pojavijo se drugačni, morda blažji, lahko pa tudi za bolnika hujši stranski učinki, na primer vrtoglavica ali porast telesne teže. Ker je predvsem spoznavnih motenj in umaknitvenih simptomov manj, lahko pacienti, ki so prej dolgo ždeli v vsaj relativno varni postpsihotični otopelosti, spoznajo, da so v življenju veliko zamudili; soočijo se s svojo resnično življsko situacijo, ki je največkrat pretresljiva, z osamljenostjo, praznino, revščino in označenjem. Bolniki prepoznajo svoje boleče izgube, ki so jih doživeli v

* Mag. Vesna Švab, dr. med., Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje.

času bolezni in to ima lahko nepredvidljive posledice. Poleg teh bolečin bolj živo ali manj otopelo doživljanje sebe in okolice prinese še druge: pacienti začnejo navezovati partnerske in drugačne odnose, s katerimi imajo posebej tisti, ki so že dolgo bolni, malo izkušenj in se lotevajo nalog, ki so jim bile do sedaj nedosegljive. Nagli in navdušeni posegi v novo odkrito resničnost lahko prinesejo huda razočaranja, saj kljub izboljšanju, še niso zdravi in je boljše počutje le začetek poti.

Ker so boljše spoznavne funkcije primernejše, je boljše tudi razumevanje bolezni in z njo povezane usode. Bolniki so veliko bolj psihološko ranljivi, hkrati pa tudi lažje napredujejo in so bolj dostopni za rehabilitacijska prizadevanja.

Mogoče je, da se bodo zaradi boljšega zdravljenja shizofrenije z atipičnimi nevroleptiki, potrebe po rehabilitacijskih ukrepih in službah povečale, saj bodo pacienti zmogli vstopiti v proces psihosocialne rehabilitacije in v njem vzdržati..

Atipični antipsihotiki pa ne bodo razrešili težav, ki nastanejo zaradi opuščanja zdravil.

Slabo sodelovanje pri zdravljenju se pri shizofreniji največkrat pripiše stranskim učinkom zdravil (ta problem naj bi atipični antipsihotiki razrešili) in spoznavnim motnjam, ki so del bolezni in ki otežujejo mišljenje in učenje. Spoznavne motnje so motnje pozornosti, razlikovanja, procesiranja informacij in njihovega priklica, spominske motnje, deficiti izvrševalnih funkcij in nevromotorne motnje. Bolniki težko usmerjajo svoj miselni tok, se težko vključujejo v dolgotrajnejše pomembne pogovore, oteženo je tudi načrtovanje, razporeditev in moduliranje dejavnosti ter integracija novih informacij. Posledica teh deficitov je slabo ali nikakršno razumevanje lastnih prizadetosti in majhen uvid v lastno bolezen (2).

Ob teh ugotovitvah strokovnjaki navadno pozabljajo, da se sodelovanje pomembno - tudi do 50% - zmanjša tudi, na primer pri dolgotrajnem jemanju antibiotikov ali antihipertenzivov pri tako imenovani normalni populaciji.

Če želimo, da bodo naši pacienti dolgo časa ali celo življenje jemali zdravila, bomo morali v to sodelovanje investirati čas in dovolj energije. Največkrat ni dovolj, da pacienta karamo, ker ne jemlje zdravil. Uspešnejše je, če njegove/njene težave razumemo in upoštevamo ovire, ki jih zdravila in bolezen prinašajo v njegovo/njeno življenje.

Atipični antipsihotiki niso dostopni v depojskih preparatih, zato je za njihovo redno jemanje potrebna kar velika motivacija. Bolniki bodo verjetno bolj mislili na svoj dnevni odmerek potrebnega zdravila, če bodo natančno vedeli, kako deluje, kakšni so njegovi stranski učinki in kakšne možnosti za remisijo jim zdravila omogočajo, kot če tega ne vedo. Verjeti, da bo bolnik jemal zdravila, ki mu delajo težave, zaradi zaupanja do svojega zdravnika in prepričanja v njegovo vsevednost, je nadvse preprosto. V zdravljenju bo dobro sodeloval le dobro informiran bolnik.

Eden izmed uspešnejših rehabilitacijskih pristopov je tako imenovana psihoedukacija - to je sistematični terapevtski pristop, ki temelji na izhodišču, da je shizofrenija bolezen z nevrobiološko osnovo, na katere potek lahko bolnik in njegova družina odločilno vplivata.

Bolniki v izobraževalnih programih navadno poleg znanja o zdravilih, pridobijo znanja o zgodnjih opozorilnih znakih bolezni in o učinkih zdravil. Tako se izboljša sodelovanje pri zdravljenju, kar potrjujejo številne študije. Pacienti, ki sodelujejo v izobraževalnih programih, pridobijo informacije, hkrati pa se pri njih tudi zmanjša negativna simptomatika. Učinki učenja segajo torej dlje od sodelovanja pri zdravljenju in vplivajo na celotno dobro počutje pacientov in na kakovost njihovega življenja (3). Dokazali so, da so učinki izobraževanja pri shizofrenih bolnikih dokaj neodvisni od osnovne psihopatologije in simptomov.

Pri nas se v zadnjih dveh letih uveljavlja PRELAPS program psihoedukacije (Lundbeck), ki na razumljiv in sistematičen način omogoča bolnikom pridobivanje znanj o shizofreniji, njenih posledicah ter možnostih za zdravljenje in za rehabilitacijo. Pomanjkljivost tega programa je, da ne informira o delovanju atipičnih nevroleptikov, temveč le o delovanju klasičnih. Pričakujemo, da ga bomo lahko kmalu dopolnili tudi s temi podatki, ki bodo predstavljeni na podobno nazoren način.

Informacij nismo dolžni le bolnikom, temveč tudi njihovim družinam, ki vsaj v našem okolju pretežno prevzemajo skrb za obolele družinske člane. Te družine so izpostavljene kroničnim stresnim dejavnikom, ki dokazano poslabšujejo njihovo telesno in duševno zdravje, so preobremenjene finančno in psihološko, ob tem pa največkrat tudi osamljene in označene. V nepretrgani skrbi za duševno bolnega otroka ostane le malo prostora za lastna zadovoljstva in upanje. Pogosto se bolečini in zmedenosti pomanjkljivo informiranih družin pridruži še revščina in to breme je po mnenju nekaterih raziskovalcev najtežje od vseh (4).

Družine torej potrebujejo informacije, podporo in upanje. Nova antipsihotična zdravila jim lahko pomagajo k zaupanju, da bo bolezen manj vplivala na družinsko življenje.

Psihosocialna rehabilitacija jim lahko ponudi pomoč pri premagovanju vsakodnevnih težav in jih razbremeni, posebej takrat, ko njihovi oboleli družinski člani že funkcionirajo boljše.

Zgornjim trditvam o potrebnosti učenja o zdravilih navidezno nasprotujejo klinične izkušnje, da je sodelovanje pri zdravljenju z zdravili boljše, če se pri zdravljenju in pri rehabilitaciji ukvarjamo tudi z drugimi področja bolnikovega življenja in ne le z jemanjem medikamentov. Če se služba (navadno psihiatrična) ukvarja le z medikamentozno terapijo, je verjetnost sodelovanja manjša. Dokazali pa so, da lahko socialna podpora, ki jo nudijo delovne skupine v skupnosti, poveča sodelovanje pri zdravljenju. Jemanje zdravil je dokazano najboljša zaščita pred ponovitvami bolezni.

Zato je potrebno rehabilitacijske delovne skupine poučiti o delovanju, učinkovitosti in posledicah zdravljenja z zdravili, saj lahko le tako pričakujemo, da bodo vplivale na sodelovanje bolnikov s psihiatričnimi službami. V svetu se teža skrbi za hude duševne motnje premika iz bolnišnic v pristojnost multidisciplinarnih skupnostnih služb za duševno zdravje. Pri nas je ta premik zelo sramežljiv, vendar se nedvomno večina bolnikov raje zdravi doma kot v bolnišnici. Ponudba zunajbolnišnične, predvsem socialne rehabilitacije narašča in mogoče je, da nas bo večina klinikov morala vstopiti v različne oblike sodelovanja s temi službami, ki poleg družin edine zagotavljajo podporo našim bolnikom zunaj bolnišnice.

Cilji delovanja rehabilitacijskih služb v skupnosti so pogosto slabo definirani. Eden izmed njihovih ciljev je lahko sodelovanje pri psihiatričnem zdravljenju in ta vsaj tistim strokovnim delavcem, ki so v vsakodnevnik stikih z odpuščenimi pacienti še zdaleč ni nepomemben, saj se pri svojih pacientih pogosto soočajo s posledicami opustitve terapije. Menimo, da je prilagojeno in strokovno neoporečno izobraževanje o psihopatologiji in zdravih pomemben način sodelovanja s skupnostnimi rehabilitacijskimi službami, ki bi lahko olajšal izbiro njihovih usmeritev (5).

Nova antipsihotična zdravila ponujajo priložnost za sodelovanje med psihiatrično stroko in psihosocialno rehabilitacijo, s katerim lahko morda dosežemo dejansko izboljšanje v prognozi shizofrenije in drugih hudih in ponavljajočih se duševnih motenj.

Literatura

1. Lieberman JA, Safferman AZ, Pollack S, Szymanski S, Johns C, Howard A, Kronig M, Bookstein P, Kane JM. Clinical effects of clozapine in chronic schizophrenia: response to treatment and predictors of outcome. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1744–52.
2. Jaffe DJ. Thinking symptoms may be more important than positive or negative symptoms in determining outcomes for people with schizophrenia. AMY/NYS Conference. New Jersey 1996.
3. Atkinson JM, Coia DA, Gilmou H, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 199–204.
4. Clark RE. Family costs associated with severe mental illness and substance use. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 808–13.
5. Burns T. Optimising patient management: the team approach. Clear Perspectives. A satellite symposium on schizophrenia - Shaping Treatment Strategies. Cheshire 1998. Zeneca: 14–6.