

Viceversa

Slovenske psihiatrične publikacije

ISSN 1318 – 5764

Izdaja

Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo Ljubljana
(predsednik prim. dr. Jože Darovec)

Glavni urednik:

Prim. dr. Jože FELC

Odgovorni urednik:

prof.dr. Miloš F. Kobał, dr. med.

Uredniki:

mag. dr. Zdenka ČEBAŠEK – TRAVNIK, dr. med., doc. dr. Marga KOČMUR, dr. med., doc. dr. Janez MLAKAR, prof. dr. Martina TOMORI, dr. med., prim. Andrej ŽMITEK, dr. med.

Uredniški odbor:

mag. dr. Sabina BERTONCELJ–PUŠTIŠEK, dr. med., Darja BOBEN-BARDUTZKY, dr. med., prim. Jože DAROVEC, dr. med., Viktorija FRANGEŽ–ŽIGON, dr. med., Ana KOC, dr. med. David LAJLAR, dr. med., doc. dr. Tone PAČNIK, mag. Marko PIŠLJAR, dr. med., mag. Vanja REJEC, dr. med., Božidar ROBNIK, dr. med., mag. dr. Maja RUS MAKOVEC, dr. med., prof. Ladi ŠKERBINEK, v.m.s., Dragan TERZIČ, dr. med., doc. dr. Slavko ZIHERL, dr. med.

Publikacijo je na podlagi javnega razpisa (Ur. 1. RS, št. 51/2000 finančno podprl
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Tisk:

Littera picta d.o.o., Ljubljana



VSEBINA

Beseda predstavnika kolegija za psihiatrijo in urednikov	5
--	---

Uvodnika

<i>M. Tomori</i> Razvoj psihiatrične stroke v Sloveniji v naslednjem desetletju	8
--	---

<i>M. Kocmur</i> Načrtovanje v psihiatriji	17
---	----

Članki

<i>M. Kocmur, R. Tavčar, MZ. Dernovšek</i> Učinkovitost Cipramila pri bolnikih z depresijo. Rezultati slovenske raziskave	21
--	----

<i>M. Židanik</i> Odnos med bolnikom in njegovim terapevtom	26
--	----

<i>Z. Čebašek Travnik, M. Rus Makovec</i> Miti, zmotna prepričanja in resnice o odvisnosti od psihoaktivnih snovi	35
--	----

<i>V. Švab, M. Tomori, B. Zalar, MZ. Dernovšek, R. Tavčar, MF. Kobal</i> Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja bolnikov s kroničnimi psihotičnimi motnjami	49
--	----

Raziskovanje

<i>J. Mlakar</i> Kognitivno nevropsihološko raziskovanje psihiatrične simptomatike	59
---	----

Mnenja in razmišljanja

<i>Žmitek</i> Danske refleksije	65
--	----

<i>V. Auer</i> Nekaj dejstev in misli o metadonu v obravnavi odvisnosti	72
--	----

Vinjeta

<i>B. Kores Plesničar</i> Kakšni psihofarmakologi smo?	82
---	----

<i>M. Kravos</i> In memoriam mag.sci. Marijanu Preglu, dr. med.	85
---	----

OB TRIDESETI ŠTEVILKI

Ko so me pred več kot osmimi leti obiskali kolegi z zamislijo, da pričnemo v slovenski psihiatriji izdajati lastno publikacijo, sem jim seveda ponudil pomoč in podporo Republiškega strokovnega kolegija za psihiatrijo. Ob rahli skepsi o možnosti za uresničitev njihove ideje sem se tudi zavedal, da bo ta podpora bolj simbolična, saj kolegij nima stalnih sodelavcev, kaj šele finančnih sredstev. Vendar je bil prevzem izdajateljske funkcije smiselen. S Kolegijem kot izdajateljem publikacij smo poudarili njen vseslovenski značaj.

Tudi naziv publikacije - VICEVERSA - je bil zanimiv in nekonvencionalen. Na nek način kar simbolizira drugačnost naše stroke in hkrati njeno prizadevanje k vračanju nas vseh v resničnost življenja. Podpiral sem zamisel, da bi takšen naziv postal logotip celotne publicistične dejavnosti v slovenski psihiatriji. Z njim bi se predstavljali kot celota, kot korpus, ki naj se pokaže, zlasti navzven, v enotnosti in prodornosti. Tega ni bilo mogoče uresničiti. Razumel sem organizatorje posameznih strokovnih srečanj, da želijo z lastnim imenom ohraniti in potrditi svojo avtonomnost. Zato priznavam in spoštujem ustvarjalno raznovrstnost. Poleg Viceverse se že nekaj let srečujemo z zborniki Psihiatrične bolnišnice v Begunjah na Gorenjskem, s psihoterapevtskimi publikacijami, z zborniki tistih, ki se ukvarjajo z boleznimi odvisnosti, s samomorom in še s katerimi.

Republiški strokovni kolegij pa je moral poskrbeti za »svojo« publikacijo. Imenoval je urednike in uredniški odbor, publikacijo predstavil oblastem in na eni svojih sej v Idriji sprejel soglasen sklep vseh članov, da vsaka od psihiatričnih ustanov financira po vrstnem redu eno izmed števil. Tako smo dobili dve begunjski, eno vojniško, eno mariborsko in eno ormoško številko. Psihiatrična klinika v Ljubljani pa je ves čas zagotavljala razpošiljanje publikacije in druga nujna opravila za njen pravočasen izid.

Kolegij se je občasno posvetil tudi vsebini publikacije. Upošteval je, da posamezno številko podpirajo tuji in domači sponzorji in da želijo ob tem primerno predstaviti svoj medikament. Prepričan sem, da nam je ob tem uspelo ohraniti strokovno korektnost in da ni bilo "navijaštva" za določeno zdravilo. Tako sponzoriranih števil je približno polovica. V teh ali drugače sponzoriranih številkah pa smo ves čas odpirali zahtevo, naj bo publikacija informativna in edukativna. Kar najbolj popolna izobraženost in visoka strokovna raven posameznika in celotne ustanove (bolnišnice, dispanzerja) je po mojem mnenju in vseh sodelujočih v kolegiju zagotovilo, da bomo iz »revnih sorodnikov« (L. Milčinski) postali in ostali enakovredni ter enakopraven del medicine. Prav tako je moje in soglasno mnenje kolegov in kolegic, da brez prof. dr. Kobala, spiritusa agensa in duše urejanja, te publikacije ne bi bilo. Razpravljali smo tudi o drugačnih možnostih, zlasti o izdajanju »prave« revije z znanstveno in strokovno vsebino. K razmisleku o takšni reviji se bodo mlajše generacije zagotovo vračale. Zaenkrat imamo našo Viceverso, ki jo je potrebno ohranjati pri življenju in ji omogočati, da opravlja svojo informativno in izobraževalno nalogo. Z zavestjo, da smo s tridesetimi številkami in tremi priložniki opravili dobro delo, se poslavljam kot predsednik Republiškega kolegija za psihiatrijo, skupaj s člani in članicami njegovega sedanjega sestava. Iskreno se zahvaljujem urednikoma prof. dr. Kobalu in prim. dr. Felcu za nesebično vloženi trud in uspeh in izročam Viceverso-Slovenske psihiatrične publikacije v posebno skrb vsem tistim, ki nas bodo nasledili.

Prim. Jože Darovec, dr. med.

MOJA STRAN DRUGE STRANI

Pisati uvodnik trideseti številki slovenske psihiatrične revije je za glavnega urednika slovesna in hkrati odgovorna zadolžitev. Po eni strani pisca preveva zadovoljstvo, po drugi zadrega. Srečen je, ker je publikacija že osem let povezovalna stalnica stremljenj in naporov, ki se v bolj ali manj posrečeni publicistični obliki izročajo presoji časa - in seveda aktualnim potrebam na prvem mestu. Psihiatrična publicistična dejavnost dosega (tudi na straneh VICEVERSE) glede na število pisocih in bralskega avditorija kdaj presenetljivo visoko strokovno raven, drugič pa je povprečna, vendar plemenito dobrohotna v svoji volji po sporočanju. To ni kruta, ampak radoživa okoliščina majhnosti. Je pa tudi najverodostojnejši izraz stanja, ki odraža občo in slovensko vsakdanjost ter izpričuje visoko kvaliteto medicinske panoge, od katere se pričakuje, da naj bi bila več od tistega, kar je lahko. Taka urednikova refleksija je osebna in morda nekritična.

V zvezi z revijo, ki se kar ohranja in je zaradi trdoživosti in izvirnosti unikatna med medicinskimi in humanističnimi panogami na Slovenskem, naj izrazim svoje občutke. Ti so nekoliko manj vzneseni in optimistični tedaj, ko kot glavni urednik VICEVERSE v svoji notranjosti zavzemam kritičen in čisto oseben odnos do stroke, ki sem ji posvetil življenje. Imam občutek, da je psihiatrija, ki vendarle ni moja zakonska žena, ampak najdražja ljubica, postala v postmodernističnih časih tako suhoparno zresnjena. Razživi se le, kadar ji je omogočeno udejanjati se (samo, predvsem) v okvirih materialne podstati. O vsem drugem, kar so bivajoči enkratni posamezniki (po Heideggerju) – njih upanja, utvare, sanje - pa rajši zadržano molči. Celostnost človeka v njegovi žlahtni ali strašni bio – psiho – socio – duhovni enovitosti je težko uloviti in jo s prepričljivo znanstveno metodološko perfekcijo opredeliti do tiste stopnje, ki je uporabna za vsakdanjo psihiatrično prakso. Zdravnik ali katerikoli biološko, humanistično, religiozološko usmerjen človek ne more in celo ne sme biti zgolj suhoparen analitik, strokovnjak, ki svojo profesionalno legaliteto in legitimnost utemeljuje z nazivi, s številom točk in člankov, prevečkrat samo »člankov«, kakor pa s težko preverljivo uspešnostjo in koristnostjo na oddelku, v dispanzerju, za katedro. V mislih imam težko določljiva razmerja med teoretičnim, praktičnim, etičnim itn. Nekritična prevlada enega nad drugim utegne speljati zdravnika v nevarni egocentrizem, v demagogijo. To pa je nevarno.

Ker je glavni urednik z eno nogo v romantičnih časih humanistične psihiatrije, z drugo pa v današnjem trenutku iskanja materialnih osnov za srečo, ki je od zmeraj in bo za vedno ljubo zdravje, se nostalgичno ozira za največjimi dosežki slovenske psihiatrične publicistike (Bleiweis, Šerko, Milčinski, Kobal in drugi). S pričakovanjem zre v naprežanja, z drugimi besedami: v iskanje resnice, ki ni pogojena le z merljivimi doganjanji morfološkega substrata.

Revija VICEVERSA je za slovensake psihiatre možnost in priložnost, da s publicističnim dejanjem izpričujejo, kakšna je njihova vizija in kateri so dosežki preseganja sebe, povprečja in slovenske zakompleksiranosti. Prijetno in lepo je biti urednik publikacije, ki ima tako visoko zastavljenje cilje. V kriznih trenutkih življenja, stroke in odnosov pa je modro biti soglasen z edinim Slovincem za vse čase – s Francetom Prešernom: Stanu se svojega spomni, trpi brez miru.

Prim. Jože Felc, dr. med.

BESEDA IZZA UREDNIKOVEGA RAČUNALNIKA

Marsikatera generacija slovenskih psihiatrov je razmišljala o lastni stalni publikaciji. Sedanja smo uresničili zaradi zunanje nuje. Odgovorni za medicinsko znanost in raziskovanje so ob koncu osemdesetih let dodajali točke tistim, ki so svoje ugotovitve objavljali v širšem krogu. Psihatriji niso bili posebej naklonjeni. Treba je bilo trmasto dokazovati, da smo v povprečju in da je psihiatrični prispevek slovenski znanosti in raziskovanju primeren našim močem in kar dober. S publikacijo bi svoj položaj še izboljšali. Zato smo se pogovarjali o publikaciji za celoten slovenski prostor, v njegovem središču pa videli Psihiatrično bolnišnico v Idriji, da ne bi kdo kazal na uzurpacijo Ljubljane tudi za področje psihiatričnega raziskovanja.

Časi pa so se v tem spremenili, nastale so drugačne potrebe in razmerja, vendar zamisli o publikaciji ni kazalo zavreči. Prijazni kolegi so celo pogruntali nekonvencionalen naslov publikacije – VICEVERSA – saj je v naši stroki marsikaj drugače od resničnosti. Preskrbeli so nam tudi zanimiv logotip. Nekaj z domačimi sredstvi, nekaj z zunanjo podporo, smo lahko v marcu 1992 izdali prvo številko VICEVERSE Slovenskih psihiatričnih publikacij. Zvrstilo se je 30 števil, vzporedno s tremi priročniki. Število piscev se je pomnožilo, vsebina je postajala zahtevnejša, vedno v smeri informacije in izobraževanja. Posameznih člankov pa ne bi odklonile niti pomembnejše revije.

Ob trideseti številki bi bilo vzpodbudno odgovoriti na vprašanje, kaj posamezniku v psihiatriji, zdravniku, psihologu, medicinskemu osebju, Viceversa sploh pomeni. Leži morda po okenskih policah, ali najde direktno pot v koš?! Odzivov in odmevov imamo (pre) malo.

Kadar se s kolegi pogovarjam o publikaciji, so nekateri polni hvale. Zlasti mlajši psihiatri najdejo v njej dovolj uporabnega gradiva – tudi za specialistični izpit. Z zanimanjem jo jemljejo v roke mnoge medicinske sestre, pa tudi pri nekaterih izven psihiatrije je že doma.

Žal ne moremo ustreči vsem, ki jo želijo na svoj naslov, ker nimamo sredstev za naročniški način njenega razširjanja. Sploh pa z denarjem krparimo od številke do številke. Spoštujemo sponzorje, vendar jim ne popuščamo v propagandnih težnjah za posamezno zdravilo. Ker pa so zdravila sestavni del terapevtske dejavnosti, so po mojem mnenju uporabljive tudi sponzorirane številke, saj so zastavljene informativno in izobraževalno.

Jubilejno 30. številko je na podlagi javnega razpisa finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. S tem je Zavod izrazil svojo pozornost in razumevanje za naše delo. Naj prejme našo zahvalo!

Prof.dr.Miloš F. Kobal

UVODNIKA

RAZVOJ PSIHIATRIČNE STROKE V SLOVENIJI V NASLEDNJEM DESETLETJU

Uvod

Tako kot druge medicinske vede mora tudi psihiatrija v svojem razvoju ves čas usklajevati sodobna dognanja znanosti in stroke s posebnimi značilnostmi in aktualnimi potrebami na področju, kjer deluje. Ob tem mora svoje dejavnosti smiselno prilagajati dejanskim ekonomskim možnostim. Pri strategiji svojega razvoja mora upoštevati tako glavne smernice nacionalnega programa zdravstvenega varstva kot izsledke in tudi organizacijske izkušnje sodobne psihiatrične stroke v svetu, ki v zadnjih dveh desetletjih doživlja izjemno dinamičen razvoj.

Morda še bolj kot druge medicinske stroke pa se mora psihiatrija – zaradi narave problematike, ki jo obravnava – prilagajati socialnim dogajanjem in dejavnikom, ki vplivajo na način življenja prebivalcev in njegovo kakovost, s tem pa tudi specifičnim obremenitvam, ki ogrožajo njihovo zdravje.

V zadnjem desetletju je psihiatrična stroka tudi v Sloveniji že dobro zastavila svoj razvoj. To se zaenkrat mnogo bolj pozna na vsebini njenega dela (in še to ne enakomerno po vsej državi) kot pa v njegovi organizaciji. Za oblikovanje učinkovite in s potrebami slovenskega prebivalstva dobro usklajene strategije razvoja pa bodo potrebne še določene spremembe prav na področju organiziranja psihiatričnih dejavnosti. Ob tem pa bodo nujni tudi smiselni premiki v prostorskih in kadrovskih kapacitetah ter bolj definirane interdisciplinarne povezave psihiatrije z drugimi medicinskimi strokami in drugimi, tudi nezdravstvenimi dejavniki, ki odločilno uravnavajo življenje prebivalcev Slovenije.

Skupine prebivalstva s posebnimi dejavniki tveganja za razvoj motenj duševnega zdravja

Tako kot je poudarjeno tudi v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije glede splošnega zdravstvenega stanja, je tudi s stališča duševnega zdravja med prebivalstvom Slovenije mogoče identificirati skupine, ki so zdravstveno še posebej ogrožene in zato potrebujejo ustrezno usmerjeno strokovno skrb.

Otroci in mladostniki

Otroci in mladostniki so izrazito ranljiv del prebivalstva. Tveganja za njihovo duševno zdravje so povezana z večanjem možnosti za odraščanje v disfunkcionalni družini, s splošnimi neugodnimi spremembami v življenjskih razmerah in s širjenjem zdravju škodljivih navad.

Pravkar zastavljeno, zelo dejavno povezovanje razvojne psihiatrije s pediatrijo in šolsko medicino (v programskih usmeritvah strokovnih združenj vseh teh področij so prvič upoštevane potrebe po interdisciplinarnem povezovanju pri zgodnjem razpoznavanju in obravnavanju otrok, ki jim zdravje ogrožajo neugodni psihosocialni dejavniki) bo na celotnem območju Slovenije treba še razširiti in še bolj strukturirati. Nujna bo še večja obojesmerna povezanost strokovnih timov, delujočih v otroški in mladostniški psihiatriji z različnimi šolskimi in drugimi družbenimi inštitucijami.

Izsledki nevroznanosti na razvojnem področju odpirajo nove možnosti za diferencirano in strokovno indicirano sodelovanje psihiatrije z drugimi medicinskimi strokami pri diagnosticiranju, zdravljenju in preprečevanju nekaterih razvojnih duševnih motenj.

Na celotnem območju države bo treba dvigniti strokovno raven pri obravnavi najbolj perečih oblik psihopatologije, ki ogroža zdravje in tudi življenje slovenskih otrok: depresije, tveganega vedenja, nezgodništva, samomorilnosti, nasilnega vedenja, motenj hranjenja in zlorabe psihoaktivnih snovi. Prav na slednjem območju bo treba (v preventivi in zdravljenju) posvetiti več pozornosti dejansko najbolj ogrožujočemu porastu pitja alkohola in kajenja, obravnavo zlorabe nedovoljenih drog pa bo nujno smotrno razporediti med zdravstvene in nezdravstvene službe ter poskrbeti za bolj dosledno (in preverljivo) upoštevanje zahtev in omejitev stroke (na primer ustrezno upoštevanje indikacij in poteka dela v metadonskih programih).

Še posebno pozornost zahteva populacija nešolajočih se mladostnikov, pri katerih so psihosocialna tveganja za duševno zdravje še posebno pogosta in največkrat spregledana.

Odrasli prebivalci

V psihiatrični praksi se ob dokaj stalnemu številu oseb s psihotičnimi motnjami povečuje delež tistih odraslih oseb ki potrebujejo pomoč ob patoloških odzivih na vsakvrsten stres.

Ti se v ženskem delu populacije kažejo predvsem s porastom depresije, anksioznosti, zlorabe zdravil, somatizacije ter vrste somatiformnih zdravstvenih motenj, pa tudi s povečanjem somatske obolevnosti na področju ortopedskih, presnovnih in onkoloških zdravstvenih motenj, v zadnjem času pa tudi bolezni, ki so bile prej bolj omejene na moški del populacije (kardiovaskularne bolezni).

Pri moških se dekompenziranje ob kroničnem stresu – poleg značilne telesne obolevnosti – vse bolj kaže s sindromom odvisnosti od alkohola, nezgodami (ob delu in prometnimi), erektilnimi motnjami, pa tudi z depresijo.

Psihiatrična pomoč v vseh teh primerih ne more biti učinkovita, če ni celostna in se ne povezuje z drugimi medicinskimi službami, tako s poglobljenim sodelovanjem z osebnimi in družinskimi zdravniki kot z drugimi specialističnimi službami in tudi nemedicinskimi dejavniki (delovnimi, družbenimi organizacijami...).

To je področje, kjer bi moralo biti delo psihiatrov in njihovih sodelavcev naravnano tudi preventivno in kjer bi moralo biti več poudarka na bolnikovi lastni odgovornosti za svoje zdravje in motiviranosti za spreminjanje zdravju škodljivih navad.

Razvoj psihiatrične pomoči osebam s psihotičnimi duševnimi motnjami bo moral – ob strokovno jasno definiranih službah za intenzivno psihiatrično diagnostiko in terapijo v začetnih in akutnih fazah bolezni ter razvojem sodobnega načina dela na intenzivnih hospitalnih enotah s kratko hospitalizacijo in pretehtano usmeritvijo po odpustu – vse bolj spodbujati in omogočati realizacijo načel skupnostne psihiatrije.

Ostareli

Večanje deleža starejših oseb v slovenski populaciji terja tudi razvoj tistih oblik psihiatrične pomoči, ki so značilnostim in potrebam tega dela populacije kar najbolj prilagojene.

Ob ogromnih preventivnih nalogah na tem področju (samopodoba v starosti, odnos do ostarelih, življenjske navade in dejavnosti v tem življenjskem obdobju...) bo potrebno pri diagnostiki in zdravljenju starejših oseb več sodelovanja psihiatrov s strokovnjaki drugih medicinskih strok in sodelovanje v strokovnih interdisciplinarnih timih, ki obravnavajo bolnike npr. v domovih za

ostarele. Strokovnjaki s področja psihiatrije lahko nudijo tudi mnoge koristne usmeritve pri razvijanju različnih sodobnih (pol) strokovnih dejavnosti za to populacijo, ki jih pospešeno razvijajo v vsem sodobnem svetu (stanovanjske skupnosti z možnostjo zdravstvene pomoči in nege ter varovanja ob možnostih za čimbolj funkcionalno in dejavno socialno življenje ostarelih oseb).

Strategija razvoja organizacije psihiatrične dejavnosti

Spremembe v organizaciji psihiatrične službe v Sloveniji izhajajo iz osnovnih strokovnih izhodišč sodobne psihiatrične stroke. Med temi so najpomembnejša naslednja:

- načelo čim bolj dejavnega sodelovanja oseb z duševnimi motnjami v celotnem procesu zdravljenja,
- vključevanje svojcev in različnih socialnih dejavnikov v del terapevtskih in v rehabilitacijske procese,
- optimalne možnosti za to, da so bolniki tudi med samim potekom zdravljenja (kolikor jim to seveda dopušča narava in intenzivnost bolezni) vključeni v svoj naravni življenjski prostor.

Učinkovito uresničevanje teh načel lahko omogoči le krajšanje ležalne dobe, intenziviranje diagnostične in terapevtske obravnave v hospitalnem delu zdravljenja, organiziranje najširšega možnega spektra psihiatričnih dejavnosti v pol- in izvenbolnišničnem okviru ter dobro organizirana sistematična in koordinirana skupnostna psihiatrična služba.

Ker bo intenziviranje in zmanjšanje časovnega obsega hospitalne obravnave oseb z duševnimi motnjami povečalo potrebo po dosegljivi in dovolj fleksibilni, potebam individualnega pacienta dobro prilagojeni psihiatrični pomoči, bo treba še bolj sistematično razvijati specialistično dejavnost v polhospitalnem in ambulantnem okviru z enakomerno razporeditvijo v državi.

Dejavno obojesmerno sodelovanje psihiatrije s skupnostnimi službami (vladnimi in nevladnimi), s svojci pacientov in nemedicinskimi dejavniki, ki v svetu vse bolj oži institucionalno obravnavo oseb s kroničnimi duševnimi motnjami, temelji tako na spremenjenem pojmovanju vloge in deleža psihiatrije pri celostni pomoči tem osebam (pri strokovnjakih in pri laični javnosti!) kot na postopnem strukturiranju psihiatrične službe v smeri, ki jo zahtevajo navedeni trendi.

Ob tem je nujno potrebno razvijanje bolj funkcionalnih povezav med psihiatrijo

in drugimi medicinskimi vejami tako v bolnišničnem kot izvenbolnišničnem okviru in delovanje sistematično organizirane konziliarne psihiatrične službe za bolnike v diagnostičnem in terapevtskem postopku v somatskih zdravstvenih ustanovah v vseh regijah države.

Organizacijske spremembe bodo narekovale tudi ustrezno prilagoditev prostorskih in kadrovskih razmer v vseh psihiatričnih institucijah v Sloveniji. Zato je bistvenega pomena usklajeno načrtovanje investicij in izobraževanje strokovnjakov, ki delajo v psihiatriji in v specialnostih, ki z njo sodelujejo.

Strokovna raven psihiatrične dejavnosti

Sedanje stanje ravni, obsega in poglobljenosti strokovnosti psihiatrične dejavnosti na posameznih področjih Slovenije kaže, da bo treba v naslednjem časovnem obdobju posvetiti več pozornosti dvigu kakovosti tega dela, posebno na nekaterih področjih države. Še posebno to velja za sekundarno raven, torej za specialistično ambulantno in hospitalno psihiatrično dejavnost.

Potrebno bo sestaviti spisek vseh tistih strokovnih dejavnosti, ki morajo po zahtevah in merilih sodobne stroke sestavljati psihiatrično obravnavo v različnih okvirih. (Tako na primer na nekaterih hospitalnih oddelkih psihiatričnih bolnišnic delo s svojci pacientov ni reden sestavni del obravnave bolnikov, prav tako marsikje ni skupinske terapije, terapevtske skupnosti, timske diagnostike in terapije, organizirane konziliarne službe, rednih strokovnih sestankov timov... V nekaterih dispanzerjih ni možna skupinska psihoterapija...).

V okviru terciarnih psihiatričnih storitev se bodo še naprej razvijale visoko diferencirane oblike diagnostičnega in terapevtskega dela v povezavi z raziskovanjem in izobraževanjem. Bolj sistematično bomo sestavili spisek tistih dejavnosti te vrste, ki jih je smiselno izvajati le v klinični ustanovi, glede na to, da je slovenski prostor premajhen, da bi bilo umestno ustvarjati zahtevne pogoje in dopolnilno izobraževati kadre za tako delo na več psihiatričnih ustanovah v državi.

V okvir teh dejavnosti sodijo (v celoti ali pa le v delu celotnega poteka obravnave) predvsem bolj zapletena diagnostika, zlasti tista, ki je povezana še z diferencirano somatsko, npr. nevrofiziološko diagnostiko, ki jo izvajajo v KC, nekatere metode psihoterapevtskega dela, diferencirana obravnava motenj hranjenja, posebne metode hospitalnega in polhospitalnega zdravljenja mladostnikov, uvajanje zahtevnejših psihofarmakoloških obravnav...

Pri oblikovanju in širjenju strokovne doktrine, pripravi smernic za sistematično in racionalno diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo (algoritmi, pisna navodila, evalucijski vprašalniki...) bo pomembna vloga povezovanja RSK in Katedre za psihiatrijo MF.

Da bi se RSK lahko bolj posvetil razvijanju kakovostne in sodobne psihiatrične stroke, bi kazalo aktivirati Svet psihiatričnih bolnišnic, kjer bi predstavniki vseh psihiatričnih zavodov v državi lahko oblikovali in usklajevali organizacijske rešitve vsem znane in skupne problematike ter koordinirali svoje delo na posameznih poljih (ekonomska vprašanja, komunikacija z ZZZS, medsebojno dopolnjevanje v izobraževanju posameznih kadrovskih profilov ...). Ta svet bi lahko - v skladu s strokovnimi izhodišči, sprejetimi na RSK - prevzel tudi dolgoročno načrtovanje kadrovske politike v slovenski psihiatriji, saj bo s širjenjem dejavnosti Zdravniške zbornice pri tej nalogi nujno zbirati in usklajevati kadrovske potrebe za celotno slovensko območje.

Povezava z Zdravniško zbornico bo spodbujala tudi konstruktivno pomoč posameznim zavodom prek strokovnih nadzorov s svetovanjem.

Za bolj usklajen, dosleden in preverljiv strokovni napredek delavcev v psihiatrični stroki bo potrebno zagotoviti sistematično kontinuirano medicinsko izobraževanje za vse profile delavcev.

V vseh psihiatričnih zavodih bo treba izdelati pristop k sistematičnemu in rednemu spremljanju kakovosti dela.

Izobraževanje

Izobraževanje na področju psihiatrične stroke je potrebno na vseh ravneh – od laične javnosti do specializiranih psihiatričnih strokovnjakov.

Osnovna poučenost o duševnih motnjah in o možnosti psihiatrične pomoči, ki preprečuje utrjevanje predsodkov in oblikovanje zmotnih predstav, ne pomaga le osebam z duševno motnjo in njihovim bližnjim, da z večjim zaupanjem sodelujejo pri zdravljenju, temveč je nujna osnova ustreznega odnosa javnosti do duševnih motenj in oseb, ki potrebujejo psihiatrično pomoč. Ta del splošnega izobraževanja bi moral biti bolj vključen v zdravstveno vzgojo v šolah, biti deležen ustrežnejšega pristopa v medijih ter se povezovati z drugimi zdravstvenovzgojnimi in splošnimi humanističnimi vsebinami na ravni

izobraževanja in primarne preventive. Vloga psihiatrije je pri tem le v usmerjanju in poučevanju pedagogov in izvajalcev preventivnih programov.

Neprekinjeno splošno in usmerjeno izobraževanje na svojem področju dela v okviru psihiatrije potrebujejo vsi delavci v psihiatriji. Glede na njihovo predizobrazbo, strokovni profil in dejansko vlogo ter delovne zadolžitve v psihiatrični službi bi moralo biti organizirano njihovo izobraževanje (s preverjanjem znanja) v vseh psihiatričnih zavodih, delno pa tudi v organizaciji izobraževalne službe Psihiatrične klinike (v okviru terciarne dejavnosti).

Potrebno bo izdelati strokovno ustrezna in uporabna učna gradiva za posamezne profile delavcev v psihiatriji (zdravstvena nega na različnih stopnjah z ozirom na posebnosti dela s psihiatričnimi pacienti, psihiatrično socialno delo, delovna in kreativnostna terapija...).

Več poudarka bo potrebno dati mentorskemu delu na vseh poljih psihiatrične dejavnosti. Dolžnosti, obveznosti, odgovornosti in pravice tako mentorjev kot mentoriranih bo mogoče sproti preverjati, registrirati (liste za izpolnjevanje izobraževalnih nalog) in spremljati.

Sistematično bo treba programirati (v skladu s potrebami dela), spodbujati in omogočati bolj dejavno sodelovanje delavcev v psihiatriji na različnih strokovnih srečanjih na vseh ravneh (na bolnišničnih in zunajbolnišničnih oddelkih, bolnišnicah, v Sloveniji in v mednarodnem prostoru).

Za posamezne strokovno bolj kompleksne delovne naloge bo potrebno pripraviti pisna navodila, algoritme, usmeritve in učna gradiva z recenzijo preverjene kakovosti.

Zelo aktualno bo v kratkem specialistično izobraževanje, za katerega smo na Katedri za psihiatrijo pripravili natančen program, usklajen z zahtevami Evropske Unije (UEMS, CAP). Ta program specializacije je bil pri Zdravniški zbornici sprejet in potrjen med prvimi. Evropskih smernic se bo treba držati tudi pri pripravah programov neprekinjenega medicinskega izobraževanja.

Raziskovanje

Prioritete na raziskovalnem področju v psihiatriji in natančnejše usmeritve za učinkovitejše, boljše koordinirano in smiselno usmerjeno raziskovalno delo je bilo izdelano ob ustanovitvi raziskovalnega polja Psihiatrija na področju Medicinskih ved pri Ministrstvu za znanost in tehnologijo s strani podpisane, kot prve koordinatorice za to polje.

Doslej so psihiatrične raziskave izvajali predvsem strokovnjaki Psihiatrične klinike, le izjemoma so opravili manjša raziskovalna dela (izven okvira projektov MZT) nekateri psihiatri in klinični psihologi iz drugih psihiatričnih ustanov kot svoja magistrska oziroma doktorska dela. Raziskovanje nekaterih tem pa bi bilo smiselno povezati na celotnem področju države (na primer študije epidemiologije duševnih motenj, evaluacijo posameznih terapevtskih metod, proučevanje vplivov psihosocialnih dejavnikov na pojavljanje nekaterih duševnih motenj in na kakovost življenja psihiatričnih pacientov ...).

Sistematično bo treba razvijati raziskave tako na polju psihobiologije in nevroznanosti kot na področju psihosocialnih in sociokulturnih dogajanj.

V mednarodni prostor bomo morali še bolj vstopati predvsem s projekti v okviru multicentričnih študij in s transkulturalnimi primerjalnimi raziskavami.

Preventiva

Na ravni primarne preventive pojavljanja in razvoja duševnih motenj je smiselno mesto psihiatrov v vlogi sodelavcev v edukativnem usposabljanju tistih, ki te preventivne programe načrtujejo in izvajajo. Teme, kjer ima psihiatrične stroka povedati kaj več, so za značilno psihopatologijo v Sloveniji nedvomno pomembne: življenjski slog, (ne)zdrave navade, gradnja samopodobe, socialne spretnosti, reševanje stresov, komunikacija, spolnost, prehranske navade...

V sekundarni in terciarni preventivi si bo psihiatrija še naprej prizadevala pri preprečevanju zlorabe psihoaktivnih snovi, motenj hranjenja, tvegane vedenja, zlorabe v družini, samomorilnosti, stigmatizacije in socialne izolacije oseb z duševnimi motnjami. Pri vsem tem preventivnem delu je potrebno interdisciplinarno sodelovanje, tako med medicinskimi strokami kot tudi nemedicinskimi dejavniki.

Prof. dr. Martina Tomori, dr. med., višja svetnica, Predstojnica Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete, Univerza v Ljubljani

Drugi viri:

1. Tomori M. Challenges facing psychiatry in Slovenia. *World Psychiatry*, 1995; 3: 27-28.
2. Tomori M. Mental Health Care in Slovenia. WHO Meeting on Mental Health Care in Europe. Helsinki, 1995.

3. Tomori M. Zdravnik v psihosocialnem sistemu bolnika. V: Brinšek B., Stamos V. (ur.) Nevrotske, s stresom povezane in somatoformne motnje v psihiatriji in splošni medicini. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 15.24.
4. Tomori M. Ali je psihiatrija v krizi? Zdravniški vestnik, 1998;67:53-55.
5. Tomori M., Stergar E. Pinter B., Rus Makovec M., Stikovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998: 5-136.
6. Tomori M. Uvod. V: Tomori M., Zihel S. (ur.) Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta, 1999: 5-9.
7. Tomori M. Childrens Mental Health Risks in a Changing Europe. Mental Health Reforms, 2000; 1:5-7.
8. Tomori M. Child and Adolescent Psychiatry in Slovenia. V: Remschmidt H., Van Engeland H. Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Darmstadt: Springer Verlag, 2000:314-328.

NAČRTOVANJE V PSIHIATRIJI

Zveni kot fraza, toda življenje postaja res vse bolj zapleteno. Ko so nas v preteklosti vprašali, koliko sredstev je treba za zdravljenje določene duševne ali telesne motnje, smo lahko ocenili, koliko je ljudi s tako motnjo. Nato smo lahko izračunali, koliko ljudi, zdravih in postelj je treba za ustrezno oskrbo in kako naj bi se vse to uporabilo. Tak način izračuna je možen tudi danes, vendar ne bo vselej pravšnji.

Kar nekaj razlogov je za to. Prvič: potrebe bolnikov, potrebe skupnosti in potrebe države (vlade) se med seboj le delno prekrivajo. Tako je npr. za vlado pomembno, kako zmanjšati visoke stroške zdravljenja neke motnje; za skupnost je pomembno, da neka bolezenska motnja ne povzroča zapletov v delovanju družbe; bolniku in njegovim svojcem pa postaja vse pomembnejša kvaliteta življenja, tako da ocenjujejo ustreznost nekega zdravljenja tudi prek tega, kako vpliva na kvaliteto te vrste.

Drugi razlog je v tem, da za predvidevanje potreb ljudi, stroškov in izidov zdravljenja ne zadošča več računanje povprečij. Demografskih povprečij, povprečnega odziva na zdravljenje in povprečnega izida zdravljenja namreč ne moremo vselej prevesti na posameznika. Ko smo zdravi, smo drugačni kot takrat, ko smo bolni. Ljudje pripadamo različnim kulturam, imamo različne osebnostne in telesne posebnosti in različno osebno zgodovino, kar vse prispeva k temu, da tudi bolezen sprejemamo na različne načine. Vsakdo se drugače sooča z boleznijo in potrebuje drugačno pomoč. Nekateri sploh ne želijo pomoči, drugi pa je pričakujejo za svoje težave več, kot bi bilo razumno pričakovati; nekateri nočejo pomoči institucionalne medicine, ker so prepričani, da jim lahko pomagajo naravne sile ali pa morda iščejo oporo v alternativnih možnostih zdravljenja.

Tretji razlog pa je v tem, da igrajo pomembno vlogo tudi potrebe zdravstvenih delavcev, čeprav ostajajo te pogosto prezrte kot manj pomembne. Najbrž pa vsi vemo, kako težko se je že v našem majhnem prostoru odločiti npr. za preselitev in delo v odročnejšem kraju, kjer, se nam dozdeva, ni tolikšnih možnosti niti za organizacijo osebnega življenja niti za strokovni razvoj.

Četrti razlog je v izkušnji, da je zelo težko predvidevati potrebe in načrtovati razvoj neke stroke za daljše časovno obdobje. Najbrž se še spominjamo "petletk", ki so predvidevale razvoj različnih področij za petletno obdobje. Izkazalo se je, da so se načrti le redko uresničili, življenje in z njim razvoj je šlo

pač svojo pot, “plani” pa so bili predvsem politično bolj ali manj uporabni papirji.

Iz vsega povedanega pa vendarle ne kaže sklepati, da pač ni mogoče predvideti, kaj se bo v prihodnje dogajalo in da zaradi tega ni treba o prihodnosti niti razmišljati niti načrtovati razvoja. Najbrž pa je res, da dosednji načini “planiranja” ne zadoščajo več, saj ne morejo z zadostno gotovostjo predvideti niti potreb posameznikov niti skupnosti niti ne morejo napovedati možnosti države za zadovoljevanje teh potreb. Načrtovanje bi moralo biti precej ohlapnejše, kot smo ga vajeni. Prav vsi dejavniki sistema bi morali v svoje načrte vgraditi varovalke, ki bi bile sposobne odzivati se na spremembe v potrebah bolnikov, njihovih svojcev, na spremembe v terapevtskih postopkih in možnostih zdravljenja, pa tudi na spremenjene zahteve in možnosti države.

In kako vse to zadeva psihiatrijo?

Kar precej vprašan je še brez odgovora. Čigave potrebe so največje in jih je treba najhitreje reševati? Potrebe bolnikov npr. niso nujno enake potrebam njihovih družin ali pa skupnosti. Načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti je prav zaradi različnosti potreb težavno in se je zato nujno posvetovati z vsemi prizadetimi. V teoriji je to seveda lažje izvedljivo kot v praksi, saj slednja zahteva tudi nove načine komuniciranja in vedenja.

Naslednje vprašanje je, ali so potrebe povezane s samo duševno motnjo, s subjektivnim doživljanjem te motnje ali s pomenom neke neke duševne motnje, kot ga ima ta v skupnosti: s prvima dvema se ukvarja tista neposredna, praktična psihiatrija v bolnišnicah in v ambulantah. Vprašanje pa je, v kolikšni meri naj se psihiatrija ukvarja tudi z družbenim pomenom duševne motnje, posebej tedaj, ko se vse tri dimenzije ne prekrivajo med seboj. Ljudje se namreč včasih počutijo bolj bolne, kot bi glede na motnjo lahko pričakovali; včasih imajo ljudje duševne motnje, zaradi katerih se sploh ne počutijo bolne; včasih pa uporabljamo izraz “norost” za ljudi, ki se niti ne počutijo bolni niti ni moč pri njih najti patološkega substrata. Kaj naj bo torej v takih primerih primerna in za vse sprejemljiva psihiatrična intervencija?

In kaj sploh je učinkovita intervencija? V splošnem velja, naj bi se vrednost in učinkovitost intervencij znanstveno preverjala, vendar to še ne reši problema v celoti. Nekatere intervencije zadevajo bolezen in njene posledice v celoti; nekatere so take, da zadevajo samo del problemov, ki jih povzroči neka motnja. Različne intervencije so lahko učinkovite za različne probleme, ki jih povzroča

bolezen. Vprašanje je, ali so vse te intervence ekvivalentne in če so, za koga: za bolnega posameznika? za populacijo v celoti? ali samo za tiste, ki jih bolezen prizadeva? Kdo nam je pri tem lahko v pomoč? Morda tisti, ki se ukvarjajo s socialnim pomenom bolezni? Psihiatri smo večinoma vrednotili intervence po tem, kako uspešno so ublažile simptome duševne motnje. Danes pa vemo, da mnogi bolniki raje živijo z nekaj več simptomi, pa imajo hkrati manj stranskih učinkov zdravil. Družba pa bi morda še bolje vrednotila tiste intervence, ki bi zmanjšale invalidnost, odvisnost od drugih ali pa ublažile socialne nevšečnosti.

Prav tako ni povsem jasno, kdo je odgovoren za implementacijo nekaterih intervenc. Kadar te zahtevajo znanje in spretnosti zdravstvenega osebja, je problem lahko rešljiv. Težje pa je ob boleznih, pri katerih ni tako jasnega odgovora. Kdo naj npr. uči svojce dementnega bolnika, kako ravnati z inkontinenco, kje dobiti plenice, kako prepričati dementnega, da jih bo nosil ipd. Podoben problem je npr. s kroničnim psihotičnim bolnikom, ki preneha jemati zdravila in nima svojcev, da bi zanj poskrbeli. Ali je zdravstvena (psihiatrična) služba odgovorna, da mu priskrbi in plača ustrezno namestitev? Podobno nejasno je tudi razmerje s pravosodjem in morda še s katerim sistemom. Medicino sicer opredeljujemo kot vedo, ki preučuje in zdravi bolezni, vendar je tudi za nas najbrž ustreznejši nekoliko širši pogled na to, kaj je bolezen in kaj zdravje.

In, končno, kako je z denarjem? Pri zagovarjanju vse večjih potreb zdravstva se radi sklicujemo na to, da se bo drago zdravljenje obrestovalo, ker bo posameznik potem, ko bo ozdravljen, lahko prispeval skupnosti v enaki meri kot zdravi, tako da se bo denar, porabljen za zdravljenje, v nekaj letih povrnil. Seveda pa v resnici ne vemo, ali bo ozdravljeni sposoben ohraniti ali pa si pridobiti službo, da bo sploh lahko delal; ne vemo, koliko časa bo zdrav in kdaj ga utegne spet doleteti neka bolezen ipd. Takšna pogajanja so v svojem bistvu nesmiselna, saj bi morala biti skrb za bolne etični imperativ vsake družbe, tudi tedaj, ko se porabljeni denar ne bo povrnil. To je pomembno tudi zato, ker se s takim stališčem breme odločanja o tem, kdo naj bo deležen zdravljenja in kdo ne, premakne iz zdravstvenega sistema v politični prostor. Naloga zdravnika in drugega zdravstvenega osebja je zagotoviti najboljše možno zdravljenje in podporo tistim posameznikom, ki ju potrebujejo. Naloga politikov pa je, da določi, koliko denarja je država pripravljena porabiti za zdravje.

Morda bi lahko zdravstvene potrebe opredelili kot skupek tistih zahtev posameznikov, njihovih svojcev in skupnosti, na katere se sistem zdravstvenega varstva lahko odzove z učinkovitimi intervencami. V tem kontekstu so

učinkovite intervence tiste, ki imajo predvidljiv in signifikantno pozitiven učinek na problem in so hkrati sprejemljive tako tistim, ki imajo zdravstveni problem kot njihovim svojcem. Ta opredelitev dopušča pragmatično preverjanje potreb po zdravstveni skrbi in je hkrati vpeta v iskanje zavezništva med bolniki, njihovimi svojci, družbo in zdravstvenim sistemom. Če jo sprejmemo, bi to pomenilo, da ima tudi tisti z motnjo brez organskega substrata legitimno pravico iskati in dobiti pomoč; podobno pa se lahko izognemo tudi enačenju epidemioloških predvidevanj o prevalenci neke motnje s potrebami, ne glede na možnosti zdravstvenega sistema, da bi jih zadovoljil. Taka opredelitev poudarja potrebo po znanstvenem preverjanju učinkovitosti intervenc in zagotavlja, da bodo uporabljene le tiste, ki so učinkovite. Vključuje tudi odgovornost zdravstva, da odloči, katere intervence so etično in znanstveno sprejemljive, odločanje o tem, kdo naj ne bo deležen najboljšega možnega zdravljenja, pa prepušča politiki.

*Doc. dr. Marga Kocmur, dr. med,
Direktorica, Psihiatrična klinika, Ljubljana*

UČINKOVITOST CIPRAMILA PRI BOLNIKI Z DEPRESIJO. REZULTATI SLOVENSKE RAZISKAVE*.

*Marga Kocmur, Rok Tavčar, Mojca Z. Dernovšek***

Uvod

Citalopram (Cipramil) je novejši predstavnik antidepresivov iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI). Zdravilo ima nekatere pomembne prednosti, med drugim možnost odmerjanja samo enkrat dnevno, pri čemer titracija odmerka navadno ni potrebna. Kot edini SSRI deluje izključno samo na serotoninški sistem, ne pa tudi na ostale nevrottransmitterske sisteme. Fluoksetin na primer deluje tudi na noradrenalinski sistem, receptorje 5-HT_{2C}, obstaja pa tudi možnost medsebojnega součinkovanja z drugimi zdravili, ki se presnavljajo prek citokromov CYP 2D6 in 3A4. Sertralin deluje tudi na dopaminski in noradrenalinski sistem, receptorje sigma (katerih vloge sicer še ne poznamo), ter v višjih odmerkih na citokrom CYP 2D6. Paroksetin deluje na muskarinske receptorje, na receptorje za dušikov oksid ter na citokrom CYP 2D6. Fluvoksamin se med drugim veže tudi na receptorje sigma ter na citokrome CYP 2D6, 1A2 in 3A4

V nasprotju z ostalimi SSRI je citalopram edini na voljo tudi v parenteralni obliki (sterilni koncentrat za infuzije).

Značilna za citalopram je njegova dobra prenosljivost (1). Zdravilo ne okrepi učinka alkohola, le minimalno vpliva na telesno težo, ne poslabša psihomotoričnih funkcij (2), ne povzroča ortostatske hipotenzije, ne vpliva na EKG in ni kardiotoksičen (3). Tudi ob naključnem ali namernem zaužitju prevelikega odmerka je citalopram zelo varen, saj poročajo, da so bolniki preživeli celo enkratni odmerek 5200 mg (4).

Indikacije

Poleg osnovne indikacije, to je depresije različne stopnje izraženosti ter etiologije (unipolarna, bipolarna), so novejše registrirane indikacije še

* Objavo članka je sponzorirala firma LUNDBECK PHARMA d. o. o. Prešernova c. 1, 2000 Maribor.

** doc.dr. Marga Kocmur, dr. med., doc.dr. Rok Tavčar, dr. med., doc.dr. Mojca Z. Dernovšek, dr. med. Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje.

anksiozno-depresivna motnja, panična motnja in obsesivno kompulzivna motnja. Pojavljajo se tudi poročila o uspešni uporabi citaloprama pri socialni fobiji, premenstrualni disforični motnji (5), sindromu kronične utrujenosti, ter fibromialgiji. Nenazadnje je zaradi svoje visoke specifičnosti citalopram uporaben kot označevalec za serotoninski sistem v in vitro raziskavah.

Preiskovanci in metode

Slovenska raziskava je bila postmarketinška, kar pomeni, da ni bila prvenstveno usmerjena v dokazovanje klinične učinkovitosti citaloprama, saj je bila le-ta že večkrat predhodno potrjena v številnih dvojno slepih raziskavah (1). Namen raziskave je bil predvsem pridobiti klinične izkušnje pri uporabi citaloprama v naturalističnih pogojih, torej v vsakdanji praksi. Raziskava je bila multicentrična, velikega obsega in odprta (nekontrolirana).

Zaradi naturalistične zasnove tudi ni bilo starostnih omejitev za vključevanje bolnikov. Raziskava je zajela hospitalizirane in ambulantne bolnike z depresivnostjo različne etiologije in izraženosti. Tako so bili vključeni bolniki s prvo ali ponovno depresivno epizodo, depresivno fazo bipolarnе motnje, distimijo ter depresivnostjo pri drugih duševnih ali somatskih motnjah. Zlasti slednja skupina bolnikov je navadno izjemno redko vključena v različne klinične raziskave, saj prisotnost telesne bolezni ponavadi predstavlja izključitveni kriterij. Ker pa takšne bolnike pogosto srečamo v klinični praksi, je njihova vključitev v predstavljeno raziskavo zelo pomembna.

Raziskava je trajala skupaj 3 mesece. Poleg pregleda ob vključitvi smo zabeležili tudi stanje ob koncu 1., 2. in 3. meseca. Ob manjkajočih podatkih (izpad oziroma predčasni zaključek raziskave) smo uporabili načelo »last observation carried forward«, kar pomeni, da smo zadnjo zabeleženo oceno šteli kot končno doseženo vrednost in jo uporabili pri ugotavljanju uspešnosti zdravljenja.

Uporabljeni instrumenta sta bila Clinical Global Impression (CGI) za merjenje splošnega kliničnega vtisa ter UKU Scale, s katero smo naknadno, na osnovi izvirnih zapisov v posameznih protokolih, klasificirali neželene učinke zdravila med raziskavo.

Rezultati in razpravljanje

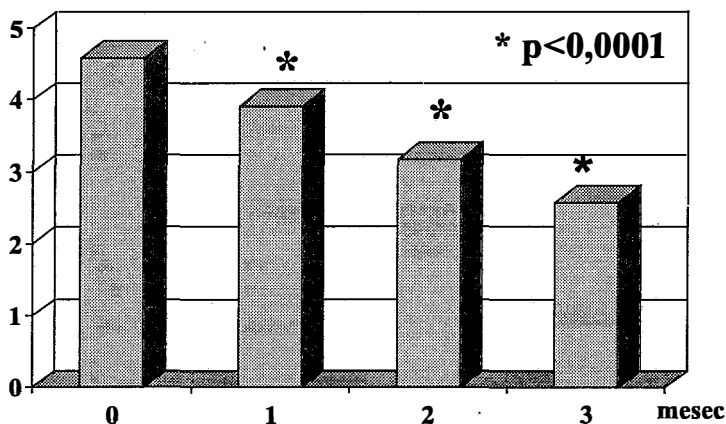
Vključenih je bilo 630 bolnikov, 202 moška (32,1 %) in 428 žensk (67,9 %). Njihova povprečna starost je bila 48,9 let, povprečna telesna teža pa 71,4 kg.

Podatka o telesni višini in telesni teži ob koncu raziskave nimamo, tako da niso možne ocene stanja prehranjenosti in spremembi telesne teže vključenih bolnikov

Med diagnozami je bila na prvem mestu (prva) depresivna epizoda (33,3 %), nato ponavljajoča se depresivna motnja (24,1 %), distimija (11,9 %) in depresivna faza bipolarnе motnje (3,2 %). Ostali vključeni bolniki so se zdravili zaradi depresivnosti ob drugih duševnih (24,6 %) in telesnih motnjah (8,1 %), kar dobro odraža sestavo bolnikov z depresijo, s katerimi se srečuje psihiater.

Slika 1 prikazuje spreminjanje povprečne vrednosti ocene skupnega kliničnega vtisa po lestvici CGI. Vrednosti CGI so se statistično značilno znižale že po prvem mesecu in trend se je nadaljeval vse do tretjega meseca oziroma zaključka raziskave. Navedeni rezultati so v skladu z ugotovitvami drugih avtorjev primerljivih raziskav (6,7).

Slika 1: Povprečne vrednosti po lestvici CGI (1 = ni bolan, 7 = zelo hudo bolan)



Povprečni dnevni odmerek citaloprama je ob začetku raziskave znašal 19,3 mg, po 1. mesecu 22,1 mg, po 2. mesecu 23,5 mg in ob koncu raziskave 23,3 mg. Ob tem velja spomniti, da je citalopram na voljo v tabletah po 20 mg, tako da je večina bolnikov prejela le po eno tableto dnevno, kar pomembno vpliva na boljše sodelovanje pri zdravljenju.

V razpredelnici 1 so navedeni neželeni učinki zdravila, ki so se pojavili med zdravljenjem. Poleg že znanih težav s strani prebavil, kar se pogosto pojavlja tudi pri drugih SSRI (6, 7), velja opozoriti zlasti na zelo majhen vpliv na telesno težo ter na izredno redke motnje spolnih funkcij. Slednje je citalopram bistveno

redkeje povzročal v primerjavi s paroksetinom in nekaterimi drugimi antidepresivi (7). Prav tako ni bilo ekstrapiramidnih stranskih učinkov, ki so sicer opisani pri fluoksetinu in sertralinu (zlasti kot akatizija), psihične ali fizične odvisnosti, motenj spomina (kot so npr. opisane pri tricikličnih antidepresivih), hipotenzije, fotosenzibilnosti in galaktoreje ali ginekomastije.

Razpredelnica 1: Pogostnost in izraženost nekaterih neželenih učinkov citaloprama. Povprečna ocena izraženosti je podana na lestvici od 1 (blago) do 3 (močno izražen simptom). Pogostnost motenj erekcije in ejakulacije je izračunana le za moške, amenoreje pa za ženske, vsi ostali odstotki se nanašajo na celoten vzorec.

simptom	pogostnost	ocena
nespečnost	9,6 %	2,36
zaspanost	5,7 %	1,91
utrujenost	5,9 %	2,32
nemir	4,4 %	2,34
tresenje	7,3 %	1,94
glavobol	28,5 %	2,26
suha usta	10,0 %	1,95
slabost	14,3 %	2,18
driska	3,3 %	2,09
zaprtje	2,8 %	2,22
hujšanje	1,6 %	2,70
zmanjšanje libida	0,4 %	2,00
motnje erekcije	1,4 %	2,00
motnje ejakulacije	1,1 %	2,00
anorgazmija	0,1 %	3,00
amenoreja	0,2 %	3,00

Glede na navedeno ni presenetljivo, da je velika večina bolnikov (87,8 %) nadaljevala zdravljenje s citalopramom tudi po zaključku raziskave. Med 36 bolniki, ki niso nadaljevali zdravljenja s citalopramom, jih je 27,8 % prejelo triciklične antidepresive, 13,9 % moklobemid, po 5,6 % pa tianeptin ali drug SSRI, ostali pa so prejeli druga zdravila (večinoma stabilizatorje razpoloženja). Ob tem velja opozoriti, da sodobne smernice za zdravljenje depresije ne priporočajo menjave enega SSRI z drugim, če prvi ni bil učinkovit, saj bistvenih razlik v klinični učinkovitosti med posameznimi SSRI ni (različni pa so neželeni učinki in razpolovna doba).

Zaključek

Citalopram se je v naturalističnih pogojih pokazal kot učinkovito, dobro prenosljivo in varno zdravilo za zdravljenje depresivnosti različnih etiologij in izraženosti. Večina bolnikov je nadaljevala zdravljenje s citalopramom tudi po koncu raziskave.

Literatura

1. Montgomery SA, Rasmussen JGC. Citalopram 20 mg, citalopram 40 mg and placebo in the prevention of relapse in major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 6 (Suppl 5): 71-3.
2. Nyth AL, Gottfries CG, Lyby K et al. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 138-45.
3. Rasmussen SL, Overø KF, Tanghøj P. Cardiac safety of citalopram: prospective trials and retrospective analyses. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19: 407-15.
4. Barbey JT, Roose SP. SSRI safety in overdose. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 15): 42-8.
5. Wikander I, Sundblad C, Andersch B et al. Citalopram in premenstrual dysphoria: is intermittent treatment during luteal phases more effective than continuous medication throughout the menstrual cycle? *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18: 390-8.
6. Kyle CJ, Petersen HEH, Overø KF. Comparison of the tolerability and efficacy of citalopram and amitriptyline in elderly depressed patients treated in general practice. *Depression Anxiety* 1998; 8: 147-53.
7. Patris M, Bouchard JM, Bougerol T et al. Citalopram versus fluoxetine: a double-blind, controlled, multicentre, phase III trial in patients with unipolar major depression treated in general practice. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 129-36.

ODNOS MED BOLNIKOM IN NJEGOVIM TERAPEVTOM

*Miloš Židanik**

UVOD

V večini zahodnoevropskih držav in tudi v naši državi se zdravstveni sistemi spreminjajo. Politično-ekonomske sile spodbujajo razvoj tržne medicine, usmerjene v dobiček in tehnologijo. Paradoksalno je, da v času globalne komunikacije in internetne generacije vsepovsod ugotavljajo upad komunikacije med bolniki in zdravniki, kar vodi v nezadovoljstvo bolnikov, njihove naraščajoče pritožbe, tožbe zaradi zdravniških napak in v vedno večjo uporabo alternativnih zdravnih metod. Po drugi strani pa je v zadnjem desetletju prišlo do premika v razmišljanju znotraj družbe – današnji bolniki postajajo koristniki zdravstvenih storitev in so aktivni soudeleženci pri sprejemanju zdravnikovih odločitev (1). Kaplan (2) je z analizo izjav 7730 bolnikov dokazal, da zapuščajo tiste zdravnike, ki jim aktivne soudeležbe ne dopuščajo. V naši državi, kjer še vedno vlada pomanjkanje zdravnikov, še posebej v psihiatriji, tega pritiska tako izrazito še ne čutimo. Vendar vedno bolj govorimo o potrebnem številu opredeljenih bolnikov in še posebej privatni zdravniki med nami se vedno bolj zavedajo pritiska s strani Zdravstvene zavarovalnice glede števila opravljenih storitev. Hkrati ob tem opažam, da bolniki vedno bolj poznajo in tudi zahtevajo svoje pravice, vedno pogosteje posegajo po pravnih sredstvih, grozijo s tožbo ali sredstvi javnega obveščanja. V psihiatriji imamo sicer to prednost pred drugimi specialnostmi v medicini, da se po eni strani bolniki neradi identificirajo z duševnim bolnikom in zato redkeje svoje zgodbe opisujejo v sredstvih javnega obveščanja, po drugi strani pa imamo s strani svoje stroke dejansko veliko moč, da lahko bolnikove pritožbe predstavimo v sklopu njegove osebnosti in psihične motnje. Vendar gre tu lahko tudi za naše obrambe in odpore, da bi pogledali globlje v način, kako vzpostavljamo odnos s svojimi bolniki. Najbrž ni naključje, da imajo nekateri kolegi pogostejše spore z njimi in/ali njihovimi svojci kot drugi. Kje smo torej psihiatri, ki nam je komunikacija glavno diagnostično in terapevtsko orodje?

* Miloš Židanik, dr. med., Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Sodna ul. 13, 2000 Maribor.

POZITIVNI IN NEGATIVNI ELEMENTI V ODNOSU MED BOLNIKOM IN ZDRAVNIKOM

Značilno je, da imajo najštevilčnejše pritožbe bolnikov opraviti s pomanjkljivo komunikacijo z zdravnikom in ne z njegovo nestrokovnostjo. Najpogostejša pritožba je, da jih zdravniki ne poslušajo. Bolniki želijo več in boljše informacije glede poteka njihove bolezni, njene prognoze, stranskih učinkov terapije, čustvenih težav in nasvetov, kaj lahko sami naredijo zase (1). Zdravnike, ki razumejo čustvene potrebe svojih bolnikov in se nanje odzivajo in ki se zavedajo potrebe po pozitivnem medsebojnem odnosu, bolniki praviloma ne tožijo (3). Številne raziskave so pokazale, da imamo zdravniki drugačne poglede na to, kaj je dobra in učinkovita komunikacija, kot jih imajo bolniki. Te razlike vplivajo na kvaliteto odnosa, na bolnikovo odzivnost pri jemanju zdravil, na njegovo poznavanje bolezni in bolezenski izid (1). Kvaliteten pogovor med jemanjem anamneze in načrtovanjem zdravljenja vpliva na čustveno stabilnost in izzvenevanje bolezenskih znakov, tako objektivno merljivih, kot sta padec krvnega tlaka in krvnega sladkorja, kot subjektivno občutenih, kot je npr. bolečina (4).

Včasih je bolnik zelo redko zamenjal svojega zdravnika. Nova zakonodaja je na možnost zamenjave zdravnika opozorila in jo olajšala. V raziskavi razlogov za zamenjavo so bolniki najpogosteje navajali grob ali slab zdravnikov odnos do njih in slabo dostopnost zdravnika. Najpogostejša pritožba je bila, da so v odnosu čutili distanco. Nezaupanje v zdravnikovo strokovnost in osebne značilnosti zdravnika so bile redke razlog za zamenjavo (5). Zadovoljstvo z zdravnikom in dobra odzivnost – upoštevanje zdravnikovih navodil, je večje pri starejših bolnikih, pri bolnikih iz nižjih socialno-ekonomskih razredov in pri tistih, ki so pred kratkim potrebovali zdravniško pomoč. Preiskovanci so kot najvažnejšo značilnost dobrega zdravnika navedli njegovo sposobnost dajanja informacij (6). V teoriji je model sodelovanja med zdravnikom in bolnikom dobro zastavljen. Ima štiri značilnosti. Prva ugotavlja, da sta v odnosu dva – bolnik in njegov zdravnik, druga, da oba izmenjujeta informacije, tretja, da oba dosežeta dogovor o izbrani terapiji in četrta, da dosežeta dogovor o začetku terapije. Tako teorija. Praksa pa pokaže, da niti prvi dve značilnosti, ki predstavljata osnovo za sodelovanje med zdravnikom in bolnikom, pri zdravniškem pregledu praviloma nista prisotni (7).

RAZVOJ ODNOSA MED BOLNIKOM IN ZDRAVNIKOM

Odnos med bolnikom in zdravnikom se gradi postopno preko treh faz (8):

Vzpostavitev odnosa. Prva faza pomeni premostitev začetnih odporov do vstopa v terapevtski odnos, aktivno iskanje zdravnika, ki bi se lahko ustrezno odzival na bolnikove želje ali dogovor za termin pri zdravniku, ki so ga bolniku priporočili znanci.

Faza vrednotenja terapevta. Ta razvojni stadij pomeni preverjanje odnosa, iskanje znakov, da se zdravnik zanima za bolnika. Bolnik zdravnika primerja z drugimi zdravniki, najprej v sebi na podlagi dosedanjih izkušenj, zatem še v razgovoru z znanci in prijatelji.

Faza uravnoteženja. Ta faza pomeni testiranje zdravnika, postavljanje mej ter končno vzpostavitev medosebnega odnosa.

Vzpostavitev odnosa je torej dinamičen proces z aktivnim bolnikom, ki išče zdravnika, ki ustreza njegovim predstavam o idealnem zdravniku, izbira in primerja informacije, da preveri svoj izbor in skupaj z zdravnikom postavi za oba sprejemljive meje v njunem odnosu. Ko je odnos enkrat vzpostavljen, uravnotežen in dogovorjen na neverbalni ravni, omogoča pretok informacij med obema tudi na neverbalnim in v primerih tesnejšega in globljega odnosa tudi na nezavedni ravni. Zanimiva je bila raziskava, opravljena pri 22 zdravnikih in njihovih 336 bolnikih, z namenom ugotavljanja povezave med predpisovanjem zdravil in pričakovanjem bolnikov, da bodo dobili recept. Ugotovili so, da so zdravniki zdravilo predpisali tistim bolnikom, ki so pričakovali zdravilo, skoraj trikrat pogosteje kot tistim brez teh pričakovanj. Ko pa je zdravnik mislil, da bolnik od njega pričakuje zdravilo, ga je predpisal celo desetkrat pogosteje kot tistim, za katere je ocenil, da teh pričakovanj nimajo (9).

RAZDELITEV VLOG

V fazi uravnoteženja si bolnik in njegov zdravnik razdelita vloge, ki jih bosta imela v odnosu – ali bo komunikacija med njima uravnotežena, usmerjena bolj na bolnika ali bolj na zdravnika. Primerjava načina komunikacije, ki je orientiran na bolnika in načina, ki je orientiran na zdravnika pri dveh skupinah bolnikov – v prvi so imeli bolniki nizko, v drugi pa visoko stopnjo anksioznosti - je pokazala, da so bili anksiozni bolniki bolj zadovoljni s komunikacijo, v katere središču je bil zdravnik (pri teh je bil po razgovoru z zdravnikom upad njihove anksioznosti skoraj statistično značilen), v drugi skupini pa so bili bolniki bolj zadovoljni, če so bili sami nosilci pogovora (10).

Osnovna dinamična značilnost v odnosu je moč, sposobnost, da nekaj napravimo in delujemo v socialno sprejemljivih okvirjih. Občutimo jo, ko prepoznamo, kako naša dejanja vplivajo na druge in kako drugi vplivajo na nas. Ko nekaj naš občutek moči zavre, iščemo alternativne poti samopotrjevanja in če so zaprte tudi te, posežemo po nasilju (11). Kaj to pomeni v odnosu med bolnikom in zdravnikom? V osnovi je zdravnik tisti, ki ima v odnosu več moči – oba sta na njegovem teritoriju, v ambulanti, kjer je zdravnik tisti, ki postavlja pravila. Poleg tega ima zdravnik znanje, ki se z močjo dopolnjuje. Znanje lahko moč usmerja in s tem vpliva na vzpostavitev odnosa. Bolnik zdravnikovo moč seveda začuti in se zave svojega podrejenega položaja že s čakanjem v čakalnici. Če se zaradi svojih osebnostnih razlogov s tem ne more sprijazniti (v spomin mi prihajajo direktorji, ki po recepte pošiljajo svoje tajnice in profesorji, ki ne želijo sedeti v čakalnici skupaj s svojimi študenti), skuša v odnosu z zdravnikom iztržiti čimveč moči zase. Zato je tako važen prvi stik – če si v prvem stiku bolnik pribori več moči, kot smo mu je pripravljeni dati, bomo to pozneje zelo težko popravili. V mislih imam ljudi, ki se jim zdi samo po sebi umevno, da pridejo do svojega zdravnika kadarkoli in kjerkoli, ga kličejo in vznemirjajo v njegovem prostem času in ga kličejo domov. Zdravnik vedno bolj popušča in je vedno bolj nezadovoljen z vzpostavljenim odnosom, ki ga ne zna več popraviti. Včasih poseže po nasilju v upanju, da bo bolnik njun odnos sam prekinil. V mislih imam predpisovanje sicer korektne terapije, a z več stranskimi učinki, terapijo z neprijetnimi načini aplikacije, pogostejšim jemanjem ter pošiljanje na neprijetne diagnostične preiskave. Taka oblika nasilja včasih nudi drobne občutke zadovoljstva in lažne občutke, da ponovno dobivamo nekaj več kontrole nad situacijo. Tako je torej v primeru, ko je bolnik v odnosu močnejši od zdravnika. Pogosto pa je situacija ravno obratna.

ARHETIP BOLNIKA IN ZDRAVNIKA

Jungovski analitik Guggenbuehl-Craig (12) razmišlja, da se arhetip ali prirojena možnost vedenja v tipični življenjski situaciji pojavlja v bipolarni obliki. Tako je v vsakem človeku prisoten arhetip zdravitelj-bolnik. Eden brez drugega ne obstajata, le eden z drugim. Ko nekdo zboli, se ta arhetip aktivira. Bolnik išče zunanjega zdravitelja, hkrati pa se aktivira notranji, intrapsihični zdravitelj. Pri mnogih boleznih je pomoč zunanjega zdravnika nujno potrebna, vendar noben zdravnik ne more zares uspešno pomagati brez sodelovanja notranjega zdravnika. Zdravnik sicer lahko zašije rano, toda nekaj v bolnikovem telesu ali njegovi psihi mora sodelovati in pomagati, da bo bolezen premagana in da se bo rana zacelila.

Isti bipolarni arhetip se nahaja tudi v zdravniku. Kot »notranji bolnik« v bolniku spodbuja »notranjega zdravitelja« v zdravniku, tako tudi »notranji bolnik« v zdravniku spodbuja »notranjega zdravitelja« v bolniku. Ker pa človeška psiha težko prenaša težo bipolarnosti, ego bipolaren arhetip razcepi, en pol izrine v nezavedno in ga projecira navzven. Tako bolnik projecira svojega notranjega zdravitelja na zdravnika, ta pa svojega »notranjega bolnika« na bolnika. Takšno projeciranje enega pola arhetipa na zunanji svet lahko res prinese trenutno zadovoljstvo, dolgoročno pa to pomeni, da je psihični proces zdravljenja zavrt. V tem položaju se bolnik ne zanima več za svoje okrevanje. Pasivno pričakuje, da ga bodo zdravnik, sestre, bolnišnica, pač pozdravili. Sam ne čuti več nikakršne odgovornosti za lastno ozdravitev. Zdravnikovih navodil se drži ali pa ne, zdravila jemlje ali pa jih meče proč. V zdravniku prihaja do nasprotne situacije. Vedno bolj dobiva vtis, da šibkost, bolezen in rane nimajo z njim ničesar opraviti. Počuti se kot močan zdravitelj – rane imajo samo pacienti, on sam je pred njimi varen. Bolniki živijo v čisto drugačnem svetu kot on sam. Razvije se v zdravnika brez ran in zato v bolniku ne more več spodbuditi bolnikovega notranjega zdravitelja, postane samo-zdravnik in pacient je zanj samo-pacient. Zdravnik ni več sposoben videti svoje lastne ranljivosti in možnosti, da tudi on zboli, bolno vidi le v drugem. Bolezen objektivizira in se distancira od svojih slabosti, bolnika degradira na objekt svojega zdravljenja. Ta odnos potem vzdržuje s pomočjo moči. Če bolnik upa podvomiti v njegova navodila, takoj začuti njegovo moč, »Kdo je tu zdravnik – vi ali jaz?«. Potem bolniki po zdravljenju v bolnišnici sprašujejo svoje osebne zdravnike, če imajo z njimi drugačen odnos in če si je njihov notranji zdravitelj že opomogel, zakaj so sploh ležali v bolnišnici in opravljali neke preiskave. Kako so te predstave živo prisotne v naši družbi, lahko vsake toliko začutimo v sredstvih javnega obveščanja, ki vedno govorijo o »bogovih v belem«, kadar je govora o zdravnikih. In čeprav sem bil ob teh pripombah sam pogosto osebno užaljen, se nehote sprašujem, ali smo se temu položaju vsevednega in vsemogočnega zdravnika resnično odpovedali.

ODNOS MED BOLNIKOM IN PSIHIATROM

Odnos med bolnikom in psihiatrom je bistvenega pomena za uspešno diagnosticiranje, dober načrt zdravljenja in odzivnost bolnika v terapiji. Pri nas so vse terapije praviloma dolgoročne in trajajo več mesecev, let, včasih tudi doživljenjsko. Zato je odnos z bolnikom tisti, na katerem se izgradi in pade vsaka terapija, ne le psiho-, temveč tudi psihofarmakoterapija. Psihiatri smo v

nasprotju s somatskimi zdravniki morda v nekoliko težjem položaju. Psihično dekompenzirani bolnik je praviloma v globljem psihičnem regresu kot telesno bolan pacient in kaže večje navezanostne tendence. Zato pogosto pritiska na svojega terapevta, da prevzame nase avtonomijo, ki sicer pritiče njemu in da preko projekтивne identifikacije psihiatra prisili v iskanje rešitev za svoje življenje. Po drugi strani moramo psihiatri v nekaterih sicer zelo redkih, a vendarle obstoječih primerih, dejansko prevzeti bolnikovo avtonomijo nase. Kje potegniti ločnico, kdaj je bolnikova realitetna kontrola do te mere okrnjena, da smo do tega upravičeni, pa je vedno predmet osebne presoje posameznega psihiatra. Zato nekateri pogosteje, drugi pa redkeje prevzemajo nase odgovornost za bolnikove odločitve.

Psihiater in moč. V našem odnosu z bolnikom se moramo zavedati, da imamo večjo moč nad njim in njegovim življenjem kot drugi kolegi. Bolnika lahko dobesedno zapremo in ga oropamo vsakršnega dostojanstva, lahko mu odvzamemo opravilno sposobnost in ga zdravimo ter tudi predstavimo invalidski komisiji proti njegovi volji. Na sprejemnih oddelkih so bolniki povsem odvisni od naše odločitve, ali jim bomo dovolili kaj zasebnosti (obleka, nakit, telefon, pisma) ali ne. Najbrž ni naključje, da je v MKB-10 (13) ena izmed diagnostični kategorij trajna osebnostna spremenjenost po duševni bolezni, ki pomeni pretirano odvisnost od drugih, prepričanje o spremenjenosti ali zaznamovanosti zaradi bolezni, kar vodi v socialno izolacijo, pasivnost in nenehno pritoževanje zaradi svoje bolezni. Pogosto lahko v bolniku začutimo strah pred tem, da bi se preveč odprl in potem dobil »psihiatrično diagnozo« in zdravila. Verjame, da ne bo mogel dobiti službe, ko se bo razvedelo, da je obiskoval psihiatra. Zaradi vsega tega je bistvenega pomena, da ohrani bolnik med pogovorom in pri načrtovanju terapije čimveč avtonomije. Tudi pri hospitalizaciji zoper njegovo voljo je važno, da ohrani vsaj del občutka moči, da ima do neke mere še kontrolo nad situacijo in svojim življenjem. Tako je potrebno, da mu točno razložimo, kaj se bo z njim zgodilo – da bodo prišli policisti, reševalci in zdravnik, da bo sprejet ne glede na svojo odločitev, da pa je važno, da pri sprejemu pove, da se z zdravljenjem ne strinja in da bo v tem primeru v treh dneh z njim navezal stik preiskovalni sodnik, ki bo določil sodnega izvedenca, ki se bo z njim pogovoril v roku enega meseca. Če bolniku postopek razložimo na ta način, tudi večkrat zapored, če je to potrebno, se verjetno namestitvi na oddelek ne bo fizično upiral. Podobna slika se ponovi na oddelku – če bolniku dopustimo čimveč avtonomije v skladu s trenutnim stanjem, bo tudi raje sodeloval med zdravljenjem. Vsak bolnik se zelo hitro nauči, kaj mora reči, da bo njegov oddelčni psihiater z njim zadovoljen – da so počuti boljše, odkar jemlje zdravila, da je zadovoljen s terapevtskim osebjem,

da več ne razmišlja o samomoru, oz. da so prividi in prisluhi izzveneli že po prvih odmerkih terapije. Tako bo dosegel, da bo prej odpuščen, vendar v svojem življenju ne bo ničesar razrešil, zdravil ne bo jemal in tudi na kontrolo se ne bo oglasil. In še ena priložnost bo zamujena.

Ali se naj z bolnikom dogovorimo, katera zdravila bo jemal? To je zelo važno vprašanje. S tem, ko nekomu predpišemo zdravila, predremo njegovo bariero in stopimo v njegovo notranjost. Pomembno je, da bolnik vzame zdravila, ki jih potrebuje. Kako torej doseči dogovor? Prva stopnica so jasne informacije, zakaj razmišljamo o neki vrsti zdravila in kaj si od tega obetamo. Stavek, ki dela čudeže pri bolnikih, ki še imajo ohranjeno realitetno kontrolo, je: »Jaz ne rečem, da ta zdravila morate jemati, sem pa prepričan, da vam lahko pomagajo.« Tako ima bolnik občutek, da ima neko možnost izbire. Drug, podoben način, je predlog, da bolnik jemlje zdravila vsaj en mesec in pol, češ da jih potem še vedno lahko opusti, bo pa vsaj imel izkušnjo, koliko mu zdravila lahko pomagajo. Včasih se zgodi, da se z bolnikom, ki je do sedaj jemal več zdravil hkrati, dlje časa dogovarjam, da jemlje še naprej vsaj najbolj bistveno zdravilo, ostalo pa lahko opusti. Na ta način, bo jemal vsaj to, ne pa opustil vse hkrati. Če tukaj bolniku ne pustimo niti malo manevrskega prostora, ne bomo na kontrolah dobili realnih informacij, katera zdravila in v katerem odmerku jih jemlje. Večkrat sem od bolnikov slišal, ko sem prebral priporočeno terapijo, da že nekaj let jemljejo zdravila v bistveno drugačnih odmerkih, kot je zapisano na ambulantnem kartonu. Po možnosti jemljejo Akineton po potrebi ob halucinacijah in Nozinan za spanje. Če bolniku ne prepustimo vsaj delčka avtonomije, ne bomo nikoli vedeli, kakaj terapija nima učinka.

In druga področja? Mislim, da je pri drugih področjih slika podobna. Če izvzamem izjemne situacije, načeloma prepuščam bolniku trenutek, ko se odloči za hospitalizacijo. Svojo nalogo vidim predvsem v smislu nekakšnega posvetovalnega organa. Z bolnikom greva skupaj skozi možne rešitve, med katerimi potem bolnik izbere eno. Glede na situacijo včasih tudi dodam, kakšno je moje mnenje, kaj bi bilo v določeni situaciji morda le najboljše. Ko sem še bil zaposlen v bolnišnici, sem glede trajanja hospitalizacije najprej vprašal bolnika, kaj on meni o tem, sedaj pa ga sprašujem po njegovi želji in pričakovanju, kako pogosto bi se videvala na ambulantnih kontrolah. Potem sledi dogovor glede na mojo presojo in objektivne možnosti.

Je bolnikova avtonomija breme ali olajšanje za zdravnika? Rekel bi, da oboje. Vendar v različnem smislu – breme je predvsem v časovni dimenziji – za bolnika, ki ima vpliv na svoje zdravljenje, potrebujemo bistveno več časa kot za bolnika, namesto katerega mislimo in presojamo sami. Obstaja pa bistveno

večje olajšanje na čustvenem nivoju – nase ne jemljemo odgovornosti za bolnikovo življenje. Ni nam treba presojudati, ali je nek partner primeren za bolnika ali ne, ali je neka služba zanj primerna ali ne. Če se želi odseliti, naj se, a ne na našo sugestijo. Ko bo kaj narobe, nam bo bolnik sicer hitro pripisal krivdo za nastalo situacijo. In imel bo prav. Z odgovornostjo za bolnikovo življenje si naložimo tudi odgovornost za njegovo zdravje in njegove odločitve. Obstaja zanimiva raziskava, opravljena pri psihiatrjih. Kot posebno vrsto negativne čustvene izkušnje so vzeli samomor bolnika, ki ga je vodil posamezni psihiater: 68% psihiatrov, ki so sodelovali v raziskavi, je imelo takšno izkušnjo. 33% od teh je pri sebi opazilo simptome v smislu slabega razpoloženja, nespečnosti in razdražljivosti. 42% je potrdilo, da so pri sebi opazili spremembe pri strokovnem pristopu. Postali so previdnejši pri obravnavi samomorilnih vsebin pri bolnikih, bolnike so pogosteje usmerjali na hospitalizacijo. 15% se jih je predčasno upokojilo (14). Žal med temi podatki ni analize odnosa – koliko avtonomije v terapiji so psihiatri iz teh skupin dopuščali svojim bolnikom.

ZAKLJUČEK

Odnos med bolnikom in zdravnikom je odvisen od obeh osebnosti, ki si v medsebojni dinamiki razdelita vloge in meje. Širše družbeno gledano je prisoten premik v kakovosti omenjenega odnosa v smer večje avtonomije pacienta. Ta ima vedno večjo vlogo pri odločanju o svojem zdravljenju, tudi v odnosu s svojim psihiatom. To je pomembno tako za večjo osebno motiviranost za terapijo in izboljšanje stanja, boljšo odzivnost za jemanje zdravil, pa tudi za večjo čustveno razbremenitev nas psihiatrov.

Literatura

1. Maryn S. Improving doctor-patient communication. *BMJ* 1998;316:1922-1930.
2. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124: 497-504.
3. Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual* 1999; 14(4):153-9.
4. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 152: 1423-1433.
5. Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Gould S. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Fam Pract* 1997; 14(1):49-57.

6. Durantez TJ, Garcia Tirado GMC. The physician-patient relationship and the clinical interview (I): the opinion and preferences of users. *Aten Primaria* 1997 Jan;19(1):18-26.
7. Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 2000; 50(6):829-40.
8. Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *Br J Gen Pract* 1998; 48(432):1391-4.
9. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315 (7107):520-3.
10. Graugaard PK, Finset A. Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: an experimental study. *Psychosom Med* 2000; 62(1): 33-9.
11. Pfohl S. Images of deviance and social control: a sociological history. 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill, 1994.
12. Guggenbuehl-Craig A.: Pomoč ali premoč. Ljubljana, Sophia, 1997; 98-114.
13. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. 10th ed. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja, 1995: 363.
14. Alexander D A, Klein S, Thompson, Gray N M, Dewar I G, Eagles J M. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000; 320:1571-1574.

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 neprepoznadni 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 mezokortikolimbično pot; večina drog deluje na dopaminergične in opioidne sisteme. Hedonska mezokortikolimbična pot sega od ventralnega tegmentuma do jedra accumbens in se navezuje na limbični sistem in orbitofrontalni korteks.

Pomembni nevrottransmitterji v mezokortikolimbičnem 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 evucijsko 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...

Odvisni ljudje težko vzdržujejo abstinenco zaradi nevrobioloških sprememb v možganih.

Odvisnost 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*). Odvisni 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 nevrottransmitterske 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 prevalence 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 nevrottransmiterski 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 glukokortikoidov (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 projektivne 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 bolezn 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 bolezni pa lahko obravnavajo enako dobro (če je zdravnik hkrati psihoterapevtsko usposobljen) ali pa celo bolje drugi poklicni profili.

Znanje s področja bolezni 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, pripravljajo 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.

VPLIV PSIHOSOCIALNE REHABILITACIJE NA KAKOVOST ŽIVLJENJA BOLNIKOV S KRONIČNIMI PSIHOTIČNIMI MOTNJAMI

*Vesna Švab, Martina Tomori, Bojan Zalar, Mojca Z. Dermovšek,
Rok Tavčar, Miloš F. Kobal**

POVZETEK

Psihosocialna rehabilitacija se je v zadnjih letih v Sloveniji razvijala v okviru nevladnih organizacij kot pretežno socialno gibanje s podporo psihiatrične stroke. Z raziskavo smo ocenjevali socialno funkcioniranje sto bolnikov s kroničnimi psihotičnimi duševnimi motnjami in kako na te dejavnike vplivajo rehabilitacijske službe, ki smo jih organizirali v okviru Slovenskega združenja za duševno zdravje ŠENT. Učinke rehabilitacije smo ocenjevali s primerjavo med dvema skupinama bolnikov: tistimi, ki so vključeni v rehabilitacijske službe in tistimi, ki so vključeni le v ambulantno psihiatrično vodenje. V raziskavo smo skušali vključiti tudi bolnike v dnevni oskrbi naše klinike, vendar so njihove značilnosti v tolikšni meri različne, da primerjava v obliki primerov in kontrol ni možna. Ugotavljamo, da na socialno delovanje pacientov bolj vplivajo socialni kot klinični dejavniki. Rehabilitacijske službe prevzemajo skrb za bolj socialno ogroženo skupino pacientov in nudijo omejene možnosti za zadovoljevanje njihovih potreb, predvsem tistih, ki so socialne narave. Predlagamo smernice za razvoj rehabilitacije teh bolnikov v Sloveniji.

UVOD

Skupnostne rehabilitacijske službe za osebe s kroničnimi psihotičnimi motnjami nastajajo v Sloveniji v okviru nevladnih organizacij.

V Slovenskem združenju za duševno zdravje ŠENT** rehabilitacijske službe sledijo modelu Assertive Community Living – ACL (1), ki nudi posameznikom prilagojeno podporo pri obvladovanju bolezni, vsakdanjo pomoč pri reševanju

* Asist. Vesna Švab, dr. med., prof. dr. Martina Tomori, dr. med., dr. Bojan Zalar, univ. dipl. psihol., doc. dr. Mojca Z. Dermovšek, dr. med., doc. dr. Rok Tavčar, dr. med., prof. dr. Miloš Kobal, dr. med. Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje.

običajnih življenjskih težav in ki vpliva na okolje z izobraževanjem družin in širjenjem socialne mreže. Osebe v teh službah nudi tudi podporo pri zaposlovanju. Razmerje med osebjem in pacienti je nizko (1:10). Intenzivnost podpore je različna glede na potrebe posameznega bolnika, vendar je mogoče, da pridejo pacient v stik kadarkoli (24 ur na dan).

Rehabilitacija je organizirana preko modela načrtovanja skrbi, kar pomeni, da za vsakega posameznega bolnika delovna skupina naredi rehabilitacijski načrt, ki mu skuša slediti v časovno omejenem obdobju. V delovni skupini so strokovnjaki, ki nudijo podporo, pomoč in strokovne storitve ter bolnik in njegovi svojci. Odgovornost za izpeljavo načrta se deli med člani delovne skupine. Rehabilitacijski načrt se periodično preverja in prilagaja morebitnim spremembam v funkcioniranju pacienta in spremembam v njegovem okolju.

ACL model skrbi je v literaturi pogosto opisan. V pregledu revij (MEDLINE) smo našli več kot 60 člankov, ki opisujejo načela in uspešnost tega modela. Pregledne študije ACL in z ACL primerljivih rehabilitacijskih pristopov v tujini kažejo na njihovo relativno dobro uspešnost, predvsem kar se tiče zmanjšanja števila hospitalizacij, bolj samostojnega bivanja in izboljšanja delovanja na nekaterih življenjskih področjih, kot sta zaposlitev in socialni odnosi. Zadovoljstvo z življenjem se poveča, vendar so opisane spremembe trajne le, če so tudi službe dostopne neprekinjeno (2). Približno polovica študij ACL modela opisuje tudi zmanjšanje psihopatoloških znakov. Študije se razlikujejo glede ocene izboljšanja kakovosti življenja. Socialno delovanje bolnikov pa se po večini študij bistveno ne izboljša. (3).

Z raziskavo smo skušali ugotoviti ali ŠENTove rehabilitacijske službe delujejo uspešno in kakšne so specifične značilnosti in iz njih izhajajoče potrebe bolnikov v našem okolju. Naše delovne hipoteze so bile naslednje:

- Bolniki, vključeni v rehabilitacijo (raziskovana skupina: RS) imajo manj socialnih prizadetosti kot bolniki, ki niso vključeni v rehabilitacijo, a prav tako prejemajo vzdrževalno nevroleptično terapijo (kontrolna skupina: KS);
- RS ima manj psihopatoloških simptomov kot KS;
- RS ocenjuje, da je njena kakovost življenja boljša.

** ŠENTove službe so danes v Ljubljani, Kranju, Radovljici, Kopru in Mariboru. Osebe, ki ima različno izobrazbo (socialni delavci, pedagogi, delovni terapevti, medicinske sestre) se mora v prvem letu svoje službe vključiti v izobraževalni program, ki vsebuje naslednje sklope: načela psihosocialne rehabilitacije, osnove psihopatologije, osnove teamskega dela, kognitivne in vedenjske terapije, učenje socialnih in vsakdanjih veščin, pomen in vloga supervizije, človeške pravice psihiatričnih bolnikov, načrtovanje skrbi. Osebe je vključeno v redno supervizijo.

METODE

Opazovani bolniki

Primerjali smo 50 bolnikov, vključenih v rehabilitacijske službe ŠENTA, s 50 bolniki, ki nimajo rehabilitacijske podpore. Skupini bolnikov sta primerljivi po diagnozah (MKB 10), starosti (+ – 2 leti) in spolu. Kriteriji za vključitev v raziskavo so bili kroničnost psihotične motnje (več kot en sprejem v bolnišnico) in očitna prisotnost vsaj dveh skupin prizadetosti na področjih zaposlovanja, skrbi zase ali socialnega vedenja. Tretja skupina bolnikov so tisti, ki so vključeni v dnevno oskrbo v naši bolnišnici.

Instrumenti raziskave

Uporabljali smo vprašalnike WHO Disability Assessment Schedule (DAS), vprašalnik po Krawiecki in sodelavcih, vprašalnik o življenjskem standardu (Standard of Living - SOL) in vprašalnik o kakovosti življenja (Quality of life po Heindrichsu in sodelavcih -QoL).

DAS je vprašalnik Svetovne zdravstvene organizacije s katerim ocenjujemo celotno vedenje, izvajanje socialnih vlog ter pozitivne in negativne dejavnike okolja, ki so jim pacienti izpostavljeni, torej socialno delovanje bolnikov in okoliščine, ki ga spremljajo. Intervju opravimo z bolniki, njihovimi najbližjimi in, če je mogoče, z drugimi opazovalci (psihiatri, socialni delavci, osebje v rehabilitacijskih službah) ter uporabimo popise bolezni. V oceni tako združimo objektivne in subjektivne ocene socialnega delovanja ter končno oceno prepustimo usposobljenemu strokovnjaku.

Vprašalnik po Krawiecki in sodelavcih je kratka ocena psihopatologije, ki vsebuje pozitivne, negativne in čustvene simptome za oceno dolgotrajnih psihotičnih motenj.

- Standard of living (SOL) je ocena socialnih in ekonomskih okoliščin v katerih živi pacient;
- QoL je subjektivna ocena pacienta, to je njegova zadovoljnost z medosebnimi odnosi, zaposlitvijo, psihičnim počutjem, dejavnostjo in premoženjem.
- Raziskavo je odobrila Medicinska etična komisija pri Ministrstvu za zdravstvo RS.

Analiza podatkov

Vrednosti ocen po DAS, vprašalnika po Krawiecki in sodelavcih, SOL in QoL med pacienti iz obeh skupin: v rehabilitacijo vključenih in ne vključenih oseb, smo preverjali s χ^2 testom.

REZULTATI

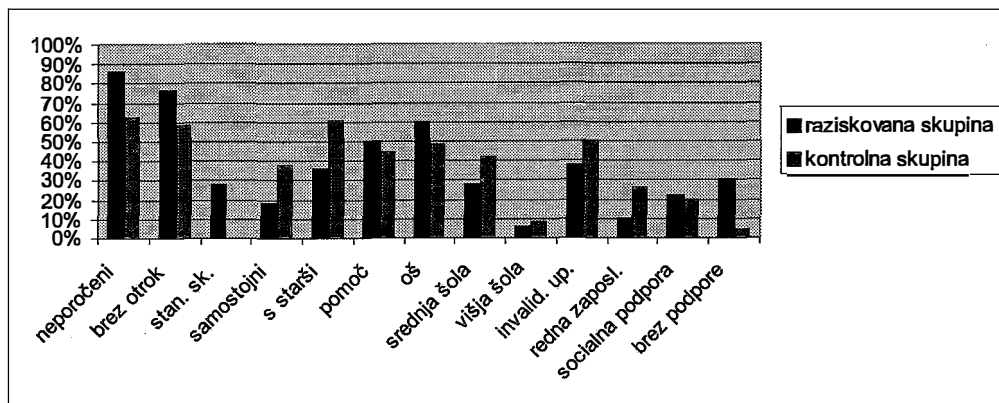
Tabela 1: *Diagnostične kategorije po MKB 10:*

DIAGNOZA:MKB 10	MOŠKI	ŽENSKE
F 20.0 DO F 20.5	15	24
F 21.0	1	1
F 25.0	2	0
F 20.0 F 70.	0	2
F 06.2	2	0
F 31	2	1

Dvojno diagnozo, sočasno prisotnost odvisnosti od alkohola in psihotično duševno motnjo, smo diagnosticirali pri devet parih bolnikov in bolnic v opazovani in v kontrolni skupini (18%).

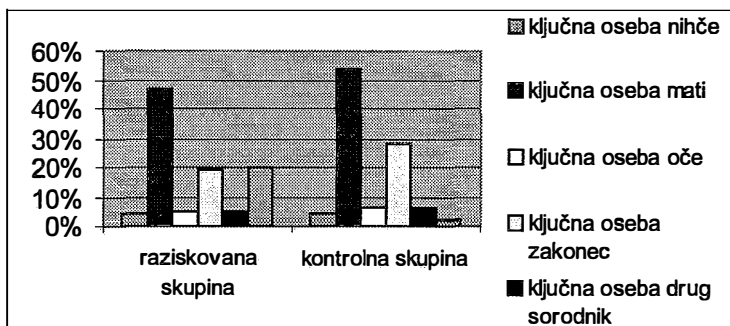
Povprečna starost v obeh skupinah je 34,9 let (SD = 7,8 let).

S sliko 1. opisujemo nekatere značilnosti obeh skupin, ki niso statistično pomembne, vendar v celoti nakazujejo večjo socialno ogroženost RS.



Slika 1. *Značilnosti skupin bolnikov*

S sliko 2. predstavljamo razliko v povezanosti z družinskimi člani ali drugimi ljudmi v RS in KS. Ključna oseba je tista, s katero bolnik preživi največ časa.



Slika 2. Povezanost z družinskimi člani

Primerjava med raziskovano in kontrolno skupino

DAS

Primerjava med skupinama kaže, da so statistično pomembne razlike v korist raziskovane skupine pri naslednjih spremenljivkah: več rednih dejavnosti ($p = 0,000$) in dejavnosti v prostem času ($p = 0,023$). Skupne prednosti so večje ($p = 0,000$), vendar so večje tudi skupne izpostavljenosti ($p = 0,052$), posebej neprimeren izgled ($p = 0,004$). Kontrolna skupina deluje bolje na področju starševstva ($p = 0,027$) in ukrepanja v nujnih primerih ($p = 0,065$). Člani kontrolne skupine živijo bistveno pogostejše s svojimi družinami in tam niso izpostavljeni hujšim pritiskom ($p = 0,410$) ali odklanjanju ($p = 0,437$).

KGV

Klinično razlik med skupinama ni. Razlike so le socialne narave.

QoL

Pacienti v rehabilitacijskih službah so ocenjevali, da je njihovo družinsko življenje slabše ($p = 0,0380$), da je slabša njihova socialna iniciativnost ($p = 0,0581$), hkrati pa je njihov odnos do zaposlitve slabši ($p = 0,0268$). Ob tem

pa so bolniki RS redkeje povsem brezdelni ($p=0,0966$) in redkeje brezvoljni ($p=0,0809$). So manj sposobni za empatijo ($p=0,0437$) in manj čustveno odzivni ($p=0,0132$).

SOL

Socialnoekonomske značilnosti RS so izrazito slabše kot v KS, saj so v RS revnejši ($p=0,0015$), imajo manj prihrankov ($p=0,0592$), redkeje uporabljajo telefon ($p=0,0092$), so redkeje lastniki koles ($p=0,0092$) in obdelujejo manj lastnih vrtov ($p=0,0024$). Pogosteje so samški ($p=0,0388$), imajo manj otrok ($p=0,0377$) in redkeje živijo s svojimi družinami ($p<0,0001$). So pa prijateljstva v tej skupini pogostejša in to tako z zdravimi osebami ($p=0,0030$) kot z drugimi bolniki ($p<0,0001$). RS pogosteje potrebuje pomoč v vsakdanjem življenju ($p=0,0010$).

Stikov z zdravstvenim osebjem imata obe skupini približno enako, vendar pa je stikov s socialnimi delavci in drugimi strokovnjaki veliko več v RS ($p<0,0001$). Člani RS so redkeje redno zaposleni ($p=0,0373$), redkeje opravljajo priložnostno delo ($p=0,0138$), so pa pogosteje vključeni v programe usposabljanja ($p<0,0001$).

Bolniki hospitalizirani v dnevni oskrbi

Bolniki v dnevni oskrbi so imeli vsaj enega člana primarne družine. Najpogosteje so bili hospitalizirani zaradi socialnih razlogov. Poleg prevladujoče diagnoze shizofrenije (pri 71 % bolnikov) je bila pogosta tudi diagnostična skupina duševne manjrazvitosti. V primerjavi z drugimi hospitaliziranimi bolniki so imeli najboljše ocene kakovosti življenja in samostojnosti in učinkovitosti, splošnega kliničnega vtisa in najmanj moteno vedenje ter največ stikov z zunanjim svetom. Zaradi bistveno višje starosti bolnikov v dnevni oskrbi jih nismo mogli uskladiti z drugima dvema skupinama (bolniki v rehabilitacijskih službah in ambulantnimi bolniki), tako da tudi nismo opravili statističnih primerjav med skupinami. Očitno se bolniki v dnevni oskrbi bistveno razlikujejo po sociodemografskih in bolezenskih značilnostih od obeh ostalih skupin in predstavljajo bolnike s hujšim potekom bolezni.

RAZPRAVA

Na podlagi zbranih rezultatov smo morali zavrniti prvi dve hipotezi raziskovalne naloge. Lahko pa smo potrdili tretjo, da bolniki v rehabilitacijskih službah na več področjih ocenjujejo kakovost svojega življenja kot boljšo.

Demografske značilnosti pacientov v raziskavi kažejo, da se pri nas v rehabilitacijske službe vključuje bolj socialno ogrožena skupina pacientov, ki je izpostavljena nekaterim slabim prognostičnim dejavnikom. Ti so predvsem socialne narave. To potrjujejo rezultati vprašalnika o življenjskem standardu in o kakovosti življenja. Bolniki v obeh skupinah večinoma živijo v tesni povezanosti s svojimi primarnimi družinami. Skoraj polovica bolnikov potrebuje pomoč pri vsakdanjih življenjskih opravilih, kar pomeni, da družine obolelih prevzemajo poglavitno breme skrbi zanje. Dokazano pomanjkanje družinskih vezi v RS lahko kaže na to, da v preteklosti podpora družinam v tej skupini ni bila zadostna. Zato opozarjamo na potrebo po vsestranski podpori tem družinam, ki bi se morala začeti že v bolnišnici. Menimo, da je prvi korak k izboljšanju skrbi za svojce in skrbnike sistematično izobraževanje osebja v psihiatričnih, socialnih in nevladnih institucijah, ki se s to populacijo ukvarja.

Neugodni prognostični dejavniki so za RS tudi pogostejša nezaposlenost, neugoden (neprilagojen) zunanji videz in skromnejši dohodki. Slabši odziv na nepričakovano situacijo v RS nakazuje, da so v tej skupini hujše tudi spoznavne motnje. Opisane okoliščine in značilnosti RS povečujejo socialno izolacijo, zmanjšujejo samospoštovanje in povečujejo stigmatizacijo. Nezaposlenost in gmotna prikrajšanost sta vir nepretrganega stresa, ki lahko vodi k slabšemu socialnemu delovanju in pogostejšim ponovitvam bolezni. Predvidevamo, da je eksistenčna stiska v RS pomemben razlog, da se bolniki vključujejo v rehabilitacijske službe in da tam iščejo predvsem možnosti za zaposlitev in boljše pogoje za preživetje.

Kljub opisanim težavam pa bolniki v RS ocenjujejo, da je kakovost njihovega življenja na nekaterih področjih boljša. Manjša brezdelnost in brezvoljnost sta glede na visoko stopnjo zunanje podpore, ocenjene po DAS, lahko posledica rehabilitacijskih prizadevanj, ki v RS vplivajo na zmanjšanje negativne psihotične simptomatike. Sklepamo, da so programi prilagojeni specifičnim potrebam vključenih pacientov.

Ena izmed najbolj pomembnih ugotovitev raziskave je, da so razlike v značilnostih opazovanih skupin glede socialnega funkcioniranja in kliničnih znakov bolezni majhne (niso statistično pomembne). Razlike med skupinama se

pojavnajo pretežno pri življenjskih okoliščinah, v katerih skupini živita in pri subjektivni oceni kakovosti življenja. Medtem, ko sta socialna varnost in podpora družine pri raziskovani skupini slabša, je njihova kakovost življenja na nekaterih področjih bistveno boljša. Ti navidezno nasprotujoči ugotovitvi, kažeta na to, da je podpora v rehabilitacijskih službah primerna in da pomembno pripomore k občutku dobrobiti, za katero je sicer objektivno malo razlogov. Glede na slabe prognostične dejavnike v RS bi lahko pričakovali, da bo ta skupina slabše socialno funkcionirala ali da bo imela več znakov bolezni. Odsotnost razlik nakazuje, da so rehabilitacijske službe uspešne tudi pri obvladovanju bolezni in zmanjševanju prizadetosti.

Ena izmed največkrat dokazanih in praktično najbolj pomembnih raziskovalnih ugotovitev v psihiatrični epidemiologiji (4) je, da je shizofrenija povezana z revščino in slabim socialnim položajem. Raziskovalci dokazujejo, da kakovost življenja psihiatričnih bolnikov v skupnosti največkrat najbolj zmanjšujejo neugodni socialni dejavniki, v katerih živijo (5,6,7), zato sklepajo, da je potrebno v skupnostnih programih vplivati predvsem na socialne probleme te populacije (8). Na socialno delovanje pa vplivajo tudi klinični dejavniki. V naši raziskavi sta to lahko predvsem siromašnost govora in neprimernost odziva na nepričakovano situacijo, ki sta posledica spoznavnih motenj (9) in negativne simptomatike (10).

Rehabilitacijski programi ŠENT-a vplivajo na socialne dejavnike, ki jih DAS opredeljuje kot pozitivne dejavnike okolja. Ti programi odgovarjajo delu potreb po zaposlovanju bolnikov in po organizaciji prostočasovnih dejavnosti. Negativni vplivi posebnih izpostavljenosti, med katerimi je posebej pomembna gmotna prikrajšanost, so težje dostopni našim intervencijam. Glede na slabe prognostične dejavnike: nižjo izobrazbo, življenje brez partnerja, dela na slabo plačanih delovnih mestih (11), socialnega in ekonomskega pomanjkanja – nezaposlenosti in gmotne prikrajšanosti (12), je pri pacientih, vključenih v rehabilitacijo, podpora nujno potrebna. Menimo, da bi morali pri tej posebej ogroženi skupini bolnikov vplivati tudi na njihove kognitivne funkcije z učenjem socialnih in vsakdanjih spretnosti ter s kognitivno in vedenjsko terapijo.

V zdravstvenem sistemu, ki ne financira nevladnih rehabilitacijskih služb, ne moremo zagotoviti kognitivne terapije in nepretrganega učenja vsakdanjih spretnosti, ki bi lahko pripomogli k zmanjševanju spoznavnih motenj. Prav tako ne moremo zagotoviti nepretrganega in strokovno neoporečnega dela s svojci, ki so prav v raziskovani skupini posebej obremenjeni in so skrb pogosto

opustili. V opisanih razmerah bi morale pretežen del teh terapevtskih dejavnosti prevzeti bolnišnice, ki so za takšno obravnavo ustrezno finančno in strokovno usposobljene. V okviru Republiškega strokovnega kolegija za psihiatrijo smo zato oblikovali Delovno skupino za rehabilitacijo, ki se bo (ob ustrezni podpori vodstev) poskušala sistematično lotiti zastavljenih nalog. Osnovna naloga te delovne skupine je vzpostaviti kontinuiran sistem skrbi, ki naj se začne v bolnišnicah in nadaljuje v skupnostnih rehabilitacijskih službah.

Raziskava lahko pripomore k ustrežnejšemu načrtovanju rehabilitacijskih služb v bolnišnicah in v skupnosti. Rezultati so pomembni za izobraževanje osebja tovrstnih služb, bolnikov, svojcev in širše javnosti. Z raziskavo se vključujemo tudi v širši nacionalni program zmanjševanja stigmatizacije oseb z duševnimi motnjami.

ZAKLJUČEK

V skupnostne rehabilitacijske službe se v Sloveniji vključujejo mlajši in socialno ogroženi bolniki. Glede na značilnosti vključenih pacientov ocenjujemo, da so prioritete naloge rehabilitacijskih služb, ob omejenem financiranju, zaposlovanje pod prilagojenimi delovnimi pogoji ter redno, kontinuirano in sistematično delo z družinami, ki naj se začne že v bolnišnici. Psihiatrična bolnišnica, ki je praktično edini prejemnik zdravstvenih sredstev za psihotično bolne, mora prevzeti del rehabilitacijskih prizadevanj, predvsem tistih, ki se tičejo psihoterapevtskih storitev, izobraževanja osebja in koordinacije služb. Rezultati raziskave kažejo, da so kljub omejenemu delovanju rehabilitacijske službe uspešne in nakazujejo možne negativne posledice, upoštevaje značilnosti vključene populacije, če teh služb ne bi bilo.

Najpomembnejša naloga rehabilitacije v Sloveniji in morda tudi v drugih razvijajočih se deželah je zaščititi ljudi s psihiatričnimi prizadetostmi pred socialnim in ekonomskim nazadovanjem in zlorabami, ki se takšnemu socialnemu položaju kaj lahko priključijo.

Literatura

1. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 392-397

2. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of self report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 99-105.
3. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 37-66.
4. Hafner H, Fatkenheuer B, Nowotny B, Wan der Heiden W. New perspectives in the Epidemiology of Schizophrenia. *Psychopathology* 1995; 28: 26-40.
5. Pinkey AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspectives. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 89-91.
6. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 752-754.
7. Lehman AF, Rossidente S, Hawker F. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 901-7.
8. Lehman AF, Ward NC, Linn LC. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1271-5.
9. Jaffe DJ. Thinking symptoms may be more important than positive or negative symptoms in determining outcomes for people with schizophrenia. *AMY/NYS Conference* 1996, New Jersey.
10. World Health Organization. *Schizophrenia: an international follow up*. Wiley and Sons, Chichester, 1979.
11. De Jong A, Giel R, Wiersma D. Social Disability and Outcome in Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 631-636.
12. Eaton WW, Thar R, Fedreman B, Melton B, Liang K. Structure and course of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 127-134.

RAZISKOVANJE

KOGNITIVNO NEVROPSIHOLOŠKO RAZISKOVANJE PSIHIATRIČNE SIMPTOMATIKE

*Janez Mlakar**

Uvod

Kognitivna nevropsihologija preučuje procese predelave informacij v človeškem osrednjem živčevju. Že v klasični neurologiji so nekateri znameniti nevrologi kot npr. Broca, Wernicke, in drugi razlagali nevrološke simptome z motnjami v prenosu informacij med možganskimi predeli. V 19. stoletju je Lichtheim razvil diagrame možganskih funkcij in mest poškodb, ki so pojasnjevali nevrološke motnje. Te prve teorije so bile slabo podprte z izkustvenimi podatki in ob takratnem poznavanju možganskih funkcij niso pojasnjevale vse mnogovrstnosti klinične simptomatike.

Danes so kognitivne nevrološke znanosti, vključno z nevropsihologijo, že močno razvite in uveljavljene. Obstoji obsežna literatura s tega področja, tako znanstveno raziskovalna kot klinično aplikativna (1, 2). Manj je razvita uporaba kognitivne paradigme na področju psihiatrije. Med prvimi vplivnimi raziskovalci kognitivnih procesov pri shizofreniji je treba omeniti Christopherja D. Fritha (3), ki je dal tudi odločilno pobudo, da smo na Psihiatrični kliniki v Ljubljani pred kakimi petnajstimi leti začeli s kognitivnimi raziskavami.

Empirično preučevanje psihiatrične simptomatike

Psihiatrična simptomatika je za znanost poseben izziv, saj vse do danes še ni povsem dognanih razlag psihopatoloških fenomenov. Poskusov, da bi ponudili sprejemljivo razlago, pa je bilo zelo veliko.

* doc. dr. Janez Mlakar, univ. dipl. psihol. Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje

Na področju eksperimentalne psihologije je bilo v preteklem stoletju predlaganih na desetine teorij in narejenih na tisoče eksperimentov, zlasti v zvezi s shizofrenijo, vendar so bili rezultati pičli. Dobro empirično preverjena in konsenzualno sprejeta je bila predvsem ugotovitev, da so pri shizofreniji prisotne specifične motnje pozornosti, kakšna pa je narava teh motenj, v teh študijah niso uspeli dognati. Odličen pregled nad raziskovanji s tega področja podajata Neal in Oltmanns (4).

Nevrobiologija je naredila velik napredek v raziskovanju nevrobioloških procesov pri psihiatričnih boleznih, vendar na tem bazičnem nivoju ni mogoče pojasniti posameznih psihiatričnih simptomov. Široko sprejeta dopaminska hipoteza npr. postavlja dopaminsko hiperaktivnost kot enotno razlago za tako različne simptome kot so blodnje in halucinacije. Motnje na nevrobiološkem nivoju so motnje informacijskega medija (nevrotransmisije), posamezen simptom pa se oblikuje v zavesti (ali vedenju) zaradi spremenjenega informacijskega procesa.

Vrsto razlag, tudi zelo izdelanih in nanašajočih se na posamezne vrste simptomov, ponuja psihodinamska teorija (5), ki pa gradi na post-hoc eksplanacijah. Te predpostavljajo delovanje intrapsihične dinamike, katera ni niti introspektivno dojemljiva (ker je nezavedna), niti objektivno dostopna (ker je intrapsihična), tako da na osnovi teh teorij ni bilo nikoli mogoče postaviti znanstvenih napovedi, ki bi bile empirično preverljive. Psihodinamske teorije ne uporabljajo empirične, temveč hermenevtično - razlagalno metodo; ne odkrivajo efficientne vzročnosti, pač pa finalno in eksemplarno vzročnost doživljajskega sveta. Mesto psihodinamske psihologije ni med naravoslovnimi vedami, pač pa je uveljavljena kot terapevtska hipoteza, ki v doživljajskih terminih razlaga psihične težave in posameznikom pomaga razumeti in integrirati njihovo doživljanje.

Kognitivni pristop

Kognitivna paradigma ne prinaša samo novega načina gledanja na psihologijo, tudi ne samo nove metodologije, ampak razkriva nov sloj realnosti. V organizmu ne potekajo samo fizikalni, biokemični in elektrofiziološki procesi, ampak tudi informacijski procesi. Informacijski nivo se v hierarhiji znanstvenih pristopov uvršča med biokemični in psihološki nivo. Kakor na splošno velja, da dogajanj na hierarhično višjem nivoju kompleksnosti ne moremo pojasniti z nižjim nivojem, tako je tudi kognitivne procese nemogoče deducirati iz

nevrobioloških, pa tudi psiholoških (zavestnih) ne iz kognitivnih (informacijskih). Pač pa je mogoče opazovati paralelizem na različnih nivojih: kadar se nekaj spreminja na zavestnem nivoju, se nekaj dogaja tudi na vseh hierarhično nižjih nivojih: informacijsko-procesnem, elektrofiziološkem in biokemičnem.

Kognitivna paradigma je zapolnila vrzel, ki je pred tem obstajala med psihološkim in nevrobiološkim nivojem. Poskusi vzpostavitve empirično preverljive povezave med psihološkimi in nevrobiološkimi dogodki so bili pred vzpostavitvijo kognitivne paradigme neuspešni. Konkretno: ni bilo mogoče pokazati, da z neko psihično vsebino korelira določen nevrobiološki proces oz. obratno. Pri uvajanju kognitivne paradigme pa se je izkazalo, da je mogoče dvoje: 1. psihičnim vsebinam prirediti določen informacijski (kognitivni) proces, 2. informacijskemu procesu prirediti specifičen nevrobiološki proces. Kognitivni nivo predstavlja vmesnik med psihičnim in nevrobiološkim, s katerim lahko empirično preučujemo odnose med biološkim in psihičnim dogajanjem. Neuspeh starejših znanstvenih razlag psihičnih fenomenov je bil v tem, da so povezovale dve ravni, ki nista neposredno povezani. Vmes je še raven informacijskega dogajanja, ki bistveno določa naravo dogodkov, ki jih zato ni mogoče razumeti brez upoštevanja "informacijskega" prispevka k strukturiranju dogodkov, ki ga daje kognitivni proces.

Psihiatrična simptomatika je zelo primerno raziskovalno področje za kognitivno znanost: na eni strani so prisotne empirično preverljive in operacionabilne psihične spremembe, na drugi pa je mogoče dobiti nevrobiološke parametre: lokalizacijo možganske aktivnosti (funkcijsko slikanje) spreminjanje elektrofiziološke aktivnosti. Kognitivna paradigma omogoča teoretično modeliranje informacijskega procesa in postavljanje napovedi po modelu, ki jih je mogoče na realnih naravnih pojavih (simptomih) preverjati in tako pridobivati vse bolj ustrezne modele naravnega informacijskega procesa. Po drugi strani pa je tem modelom mogoče iskati nevrobiološki korelat v bioloških procesih, ki spremljajo neko simptomatiko.

Uporaba kognitivne paradigme se je v psihiatriji uveljavila šele pred nekaj leti pod imenom kognitivna nevropsihiatrija. Ime vsebuje vse tri bistvene komponente te vede: je kognitivna, ker preučuje informacijske procese; je neuro-, ker išče povezavo z nevrobiološkimi procesi; in je psihiatrija, ker ima za predmet preučevanja psihiatrične simptome.

Mejnik v konstituiranju te veje kognitivnih znanosti je gotovo ustanovitev revije Cognitive Neuropsychiatry leta 1996. Pomembni prispevki so se pojavljali že v

osemdesetih letih v mnogih znanstvenih članih v različnih revijah. Zainteresiran bralec bo dobil dober vpogled v kognitivno nevropsihološko metodologijo in problematiko s prebiranjem leta 1994 izdane knjige *The Neuropsychology of Schizophrenia* (6).

Naše raziskave

V slovenski psihiatriji je razumevanje za razvoj raziskovanja psihopatologije na kognitivnem nivoju že v 80-ih pokazal prim. dr. Jože Darovec, takratni direktor Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani, ki je podpiral delovanje Raziskovalne enote za kognitivno nevropsihologijo. V okviru te enote so se izvajali raziskovalni projekti, ki jih je podpiralo Ministrstvo za znanost in tehnologijo. Projekte je vodil sprva prof. dr. Miloš Kobal, potem pa prof. dr. David B. Vodušek, raziskovalno delo pa sva usmerjala in izvajala predvsem kolega Jože Jensterle in pisec teh vrstic. V dobrem desetletju smo prišli do nekaterih svojih rezultatov, ki so našli tudi mednarodni odmev. Tukaj bi omenil zlasti tri področja, na katerih smo dali svoj raziskovalni prispevek.

1. Kontrola psihičnih procesov in fenomeni vplivanja pri shizofreniji.

S psihološkimi eksperimenti smo pri bolnikih, pri katerih je bil aktualno prisoten simptom vplivanja (t.j. doživljanja bolnika, da tuje sile neposredno posegajo v njegovo duševnost in usmerjajo njegove misli in voljo) ugotovili, da je pri njih prisoten deficit notranjega nadzora (central monitoring, self monitoring), ki se kaže pri kognitivnih nalogah, ki sicer niso povezane s patologijo. Ko izgine simptomatika vplivanja, tudi deficita nadzora ni več. Rezultate teh eksperimentov smo interpretirali kot empirično podporo za Frithov model shizofrenskih motenj, ki teoretično predpostavlja, da je okvarjen »monitoring« vzrok za omenjeno doživljajsko simptomatiko. Objava teh ugotovitev (7) je naletela na razmeroma širok odmev. Pomen našega prispevka je v tem, da je med prvimi, ki je na empiričen način pokazal na povezavo med specifičnim kognitivnim deficitom in psihiatričnim simptomom.

Do podobnih rezultatov so prišli tudi avtorji replikativnih raziskav (8). Vprašanje kontrole psihičnih procesov ostaja še naprej ena od pomembnih tem kognitivne nevropsihiatrije (9).

2. Kognitivni mehanizmi pri shizofrenski dezorganizaciji.

Z natančnim preučevanjem kognitivnih deficitov pri dezorganiziranih bolnikih

smo identificirali posamezne bolnike, ki po vzorcu svojih motenj ne potrjujejo danes prevladujočih predstav o naravi shizofrenske dezorganizacije, ki naj bi jo povzročal nefunkcionalen supervizijski pozornostni sistem. S študijami posameznih dezorganiziranih shizofrenskih bolnikov je Jože Jensterle pokazal, da pri njih niso prisotni nekateri najbolj značilni kognitivni deficiti, ki izhajajo iz motenega supervizijskega sistema: tako je pri njih odkril normalno ali celo supra-normalno sposobnost inhibicije dominantnih odgovorov.

V letos objavljenem članku (10) smo predlagali nov način razumevanja kognitivnega deficita pri dezorganizacijskem sindromu, ki po našem pojmovanju v predstavljenih primerih ne izhaja iz pomanjkanja selektivne inhibicije, pač pa iz neustreznega procesiranja kontekstualnih informacij. Zaključke smo argumentirali z rezultati na različnih preizkusih specifičnih komponent kognitivnega procesa.

3. Razlikovanje genuinega negativnega sindroma od sekundarnega.

J. Jensterle ob primerjanju kognitivnih deficitov pri različnih shizofrenskih sindromih ugotovil, da lahko na osnovi zelo specifičnih in izrazitih kognitivnih posebnosti natančno identificiramo negativni shizofrenski sindrom. Ocenjevalne lestvice negativnega sindroma, ki jih danes uporabljajo po svetu, ne dajejo veljavnih diferencialnih diagnoz. S kognitivnimi kriteriji je mogoče pokazati na neveljavnost teh postopkov. Mnogi kontradiktorni rezultati v sodobnih psihofarmakoloških in nevrobioloških študijah negativnega sindroma izvirajo iz te temeljne neveljavnosti kriterijskih ocenjevalnih lestvic.

V nadaljнем delu nameravamo razviti neropsihološki model negativnega sindroma in izdelati diagnostični postopek, ki bo temeljil na veljavnem kognitivnem konstrukt negativnega sindroma in bo uporabljal kognitivne kriterije za veljavno in zanesljivo diagnozo tega sindroma.

Perspektive

Razvoj kognitivne nevropsihiatrije je šele v začetku. Odpirajo se možnosti, da psihiatrično problematiko zajamemo z novih vidikov. Na ta način se odprejo nove povezave tudi z nevrobiološkimi raziskavami in psihofarmakologijo. Vsako odkritje na področju nevropsihiatrije pa hkrati posega tudi na področje normalne psihologije in odkriva strukturo kognitivnih procesov, ki so prisotni tudi pri zdravem človeku.

Viri

1. Gazzaniga M.S. (Ed.) (1995). *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge: Bradford; Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology
2. White R.F. (Ed.) (1992). *Clinical Syndromes in Adult Neuropsychology: The Practitioner's Handbook*. Amsterdam: Elsevier.
3. Frith C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
4. Neal J.M, Oltmanns T.F. (1980). *Schizophrenia*. New York, John Wiley & Sons.
5. Enoch M.D., Trethowan W. (1991) *Uncommon psychiatric syndromes (3rd ED.)*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
6. David A.S, Cutting J.C., Eds. (1994). *The Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
7. Mlakar J., Jensterle J., Frith C.D. (1994). Central monitoring deficiency and schizophrenic symptoms. *Psychological Medicine*, 24, 557-564.
8. Stirling J.D., Hellewell J.S.E. & Quraishi N. (1998). Self-monitoring dysfunction and the schizophrenic symptoms of alien control. *Psychological Medicine*, 28, 675-638.
9. Blakemore S.J., Wolpert D.M, Frith C.D. (1999). *Recognising One's Own Actions: The Neural Correlates of Self-Monitoring*. Referat na 3. letnem srečanju Association for the scientific study of consciousness, London Ontario, Junij 1999.
10. Jensterle J., Mlakar J, Vodusek D.B., Frith C.D. (2000). Disorganisation in schizophrenia need not result from a failure to inhibit dominant response tendencies. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2000, 5 (2), 105-121.

MNENJA IN RAZMIŠLJANJA

DANSKE REFLEKSIJE

*19. oktober 2000, osem zvečer, soba 212 v
Skodsborg Kur hotel & Spa, Danska.*

Sedim pri mizi, oči imam vnete od klorirane vode bazena The Vigoeer Centre (Health Club), kjer sem skušal oddati negativne vibracije po celodnevem sodelovanju na Lundbeckovem seminarju o motnjah razpoloženja. Pišem prispevek za prof. Kobala, točneje za jubilejno 30. številko slovenske psihiatrične publikacije *Vice versa*. "Diskete oddajte do 28. oktobra", je naročil gospod profesor. 26. in 27. oktobra pa so letošnji "Begunjski dnevi" in svojega predavanja še nimam v dokončni obliki, da ne omenjam dela v zvezi z organizacijo. Do sredine decembra naj bi bil gotov moj del prevoda neke zelo zanimive knjižice. Pred tremi dnevi sem dobil po pošti učbenik psihopatologije za precej specifično skupino študentov, napisal naj bi recenzijo. Z Dašo še nisva začela novega ciklusa psihoedukacije staršev bolnikov s shizofrenijo. Nimam še dokončnega koncepta magistrske raziskave in če bo šlo tako naprej, bom prej starostnik kot magister. Hkrati pa živim v prepričanju, da sem po duši otrok narave in sem nevoščljiv predsedniku Kučanu, ki je po nedeljskih volitvah odšel v hribe (jaz sem sestavljal predavanja za "Begunjske dneve").

Čemu tako dolg in kalimerovski uvod? Skušam si zagotoviti prizanesljiv sprejem besedila, ki ga pravkar pišem. Prof. Kobal je bil mnenja, da si lahko ne le privoščim svoj pogled na slovensko psihiatrijo, ampak o njem tudi pišem. Tako zvalim lahko del krivde nanj, če kaj ne bo prav. V preteklih letih sem se namreč večkrat prepričal, da mi praviloma ne uspe razlagati svojih pogledov, ne da bi hkrati vsaj nekoliko razburil duhove. Bralec, ki s kakim mojim razmišljanjem ne bo soglašal, naj si mirno reče, da pač prim. Žmitek gleda preveč enostransko in da z zadevo ni dovolj seznanjen. Vnaprej opozarjam, da so vsi problemi obravnavani nekoliko poenostavljeno, saj v takšnem prispevku drugače najbrž ni mogoče.

Pa k stvari. V psihiatrijo sem padel tako rekoč nehote leta 1982, ko so v Begunjah rabili zdravnika. Ko so mi povedali za razpis, nisem imel nobene prave predstave, kaj naj bi tam počel. Ker sem rabil službo, sem šel pogledat – in ostal tam. (Včasih razmišljam, kaj bi storil danes, če bi bil postavljen pred enako možnost.)

Kot popoln začetnik sem z zanimanjem poslušal pogosto ostre debate o tem, ali

je posamezna duševna motnja biološkega ali psihodinamskega izvora. Bilo je videti, kot da sta to edini možnosti, ki pa druga drugo povsem izključujeta (tisti, ki so razmišljali o socialni etiologiji, so običajno podprli psihodinamike). Ko so se mi nekoliko odprla vrata v tujino, sem presenečen spoznal, da ima v načelu vsaka psihoza svojo psihodinamiko in vsaka nevroza svojo biologijo, vse skupaj pa se dogaja v (zelo pomembnem) socialnem kontekstu. Zdi se mi, da je v celovitosti pogleda na etiologijo in patogenezo duševnih motenj slovenska psihiatrija vsaj na deklarativni ravni precej napredovala.

Zatakne pa se, kot je že v navadi, pri praktičnih vprašanjih. Tako npr. utemeljujejo določene aspekte zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog z razlago, da gre nedvomno za "prave bolezni", saj ugotovitve o motenem delovanju receptorjev dokazujejo biološko etiologijo. (To razmišljanje me spominja na cvetko z današnje razprave: "Pri fobičnih motnjah je danes mogoče s slikovnimi preiskavami možganov dokazati patologijo, torej gre v bistvu za NEVROLOŠKO problematiko!" Prosim lepo!) Dejstvo, da je pri neki duševni motnji ugotovljeno odstopanje od normalne možganske funkcije, seveda samo po sebi ne pove prav nič o etiologiji ali potrebi po medikamentoznem zdravljenju. Že danes je namreč jasno, da je mogoče določene duševne motnje z dokazljivo možgansko patologijo uspešno zdraviti bodisi z zdravili, bodisi s psihoterapijo – in v obeh primerih se tudi možganska patologija normalizira. Ali: prof. Farde je letos spomladi v Ljubljani predaval o korelacijah med značilnostmi dopaminskega neurotransmitterskega sistema in določenimi osebnostnimi potezami. Bomo zato osebnostne poteze uvrstili med bolezenska stanja?

Nihalo razumevanja posameznih duševnih motenj se torej trenutno pomika nekoliko bolj v smeri biološkega, kar pa seveda ne pomeni, da so biološke metode zdravljenja zato kaj bolje izvajane. Pri kolegih, ki jih izraziteje zanima psihoterapija, včasih opažam prav nenavaden paradoks: ko uporabljajo medikamente, jih pogosto odmerjajo dokaj visoko, čeprav ima bolnik moteče stranske učinke. Poskusi interpretacije tega fenomena bi močno preseгли obseg članka.

Naj nadaljujem s pojmom "biološko zdravljenje". Pred nekaj leti se je kolegi, ki v stroki kotira visoko, zapisalo (citiram po spominu), da smo v slovenski psihiatriji uspeli odpraviti biološke metode zdravljenja. Šlo je za zapis, namenjen novinarjem ob svetovnem dnevu duševnega zdravja. Pustimo ob strani, da je zdravljenje z zdravili tudi biološka metoda. Takrat "smo" uspeli odpraviti elektrokonvulzivno zdravljenje (EKZ). Z zanimanjem sem pričakoval reakcijo tistih krogov, ki so dotlej gledali na "elektrošok" in na psihiatrijo v

celoti izrazito nenaklonjeno. A ni bilo nobenih pohval. Nasprotnik je mirno prezrl žrtev figure in preprosto preselil svoje sile na drugo krilo.

Strokovna javnost je izvedela, da se EKZ ne izvaja več zaradi dotrajanosti aparature. Kar se tiče tehtnosti utemeljitve, bi lahko rekli tudi: "... zato, ker ne, in pika." Trdim, da bi v Sloveniji morala obstajati možnost uporabe EKZ. Pa ne zato, ker nas kolegi iz psihiatrično razvijenih držav čudno gledajo, ko jim povemo, da te metode zdravljenja ne uporabljamo, niti ne zato, ker nam urgentni medicinci zatrjujejo, da se ob njih nihče ne obregne, ko izvajajo defibrilacijo srca. Preprosto zato, ker sodobne smernice za zdravljenje psihoz in afektivnih motenj navajajo povsem konkretne indikacije za EKZ. Tudi v slovenskih smernicah za zdravljenje shizofrenije, ki jih je sprejel Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, smo umestili to metodo zdravljenja. Tako smo žal priporočili nekaj, česar ni mogoče izvajati.

Občasno se pojavijo govorice o ponovni uvedbi EKZ, ki pa spet kmalu potihnejo, ne da bi se kaj zgodilo. Merodajni pravijo, da še ni prišel čas. In ko bo prišel čas, bo ugovor nasprotnikov zelo logičen: "Kako pa ste doslej zmogli brez njega?" Mediji, ki so ukinitev mirno prezrli, bodo ob ponovni uvedbi ostri in neusmiljeni. Utemeljitev, da se je v obdobju brez EKZ pač nekaj več depresij kronificiralo in da je verjetno kak depresivni bolnik več naredil samomor, ne bo nikogar prepričala. Razen zdravnikov z intenzivnih oddelkov, ki pa so v to prepričani že zdaj.

Kot zanimivost navajam, da v tujini še vedno izvajajo kirurško zdravljenje duševnih motenj (po starem psihokirurgija). Glavna indikacija je zelo intenzivna in moteča obsesivno kompulzivna motnja, ki ne reagira na vrsto korektno izpeljanih postopkov zdravljenja. Pogostost takšnih operacij v zahodnih državah (npr. ZDA, Velika Britanija, Skandinavija, države Beneluksa) je takšna, da bi v Sloveniji indicirali eno operacijo na eno do dve leti. S tem nikakor ne želim predlagati slovenskim nevrokirurgom, naj pričnejo izvajati takšne posege. Opozoriti hočem na način razmišljanja v zvezi s psihiatrijo. Vemo, da tudi slovenski nevrologi občasno predlagajo operacije na možganih zaradi epileptičnih napadov, ki se ne ublažijo ob zdravljenju z zdravili. Bolniki potujejo zaradi takšnih operacij v tujino. Nihče se ob tem ne razburja, gre pač za "medicinsko" indikacijo, za odločitev na tehtnici tveganja in koristi. Zakaj je razmišljanje ob psihiatričnih indikacijah tako zelo drugačno?

Nikakor pa nočem trditi, da bi v Sloveniji morali EKZ (in še manj kirurško zdravljenje duševnih motenj) izvajati v večjem obsegu. Če gledamo s stališča celotne populacije oseb z duševnimi motnjami, bi bila pogostost uporabe

zanemarljivo nizka. Povsem drugačno razmerje velja za uporabo vedenjsko kognitivne psihoterapije (VKT). Na tem področju je Slovenija v zadnjih letih izrazito napredovala. V času moje specializacije je bila dinamska ali analitsko orientirana psihoterapija domala sinonim za psihoterapijo nasploh in možnosti izobraževanja na področju VKT praktično ni bilo. Teh možnosti je sedaj dovolj. Verjetno bo VKT kmalu dobila enakopravno mesto tudi v programu podiplomskega študija iz psihoterapije na Medicinski fakulteti. Pomembno se mi zdi, da to izobrazbo pridobi poleg psihologov in drugih sodelavcev tudi čimveč psihiatrov. Ti pač lahko ob VKT predpisujejo tudi zdravila in se zato lažje lotevajo zdravljenja bolnikov z resnejšimi duševnimi boleznimi, ki bi sicer ostali brez takšne obravnave, pa jo zelo potrebujejo. Tu mislim bolnike s shizofrenijo in drugimi psihotičnimi motnjami ter tiste z resnejšimi depresijami. Tudi takšne indikacije so že dobile potrditev v korektno izpeljanih kliničnih študijah.

Ob gornjem stavku se pozornost usmeri na drugo področje, kjer so opazne pozitivne spremembe v slovenski psihiatriji – to je raziskovanje. Objave slovenskih avtorjev (gre za klinične psihologe in psihiatre) v svetovni literaturi kažejo, da se je vendarle tudi državljanom male dežele na sončni strani Alp mogoče prebiti v ostru mednarodni konkurenci. Ne trdim, da pred desetletjem takšnih objav ni bilo. Nedvomno pa je danes izbor kolegov, ki so takšne uspehe sposobni in voljni uresničiti, bistveno širši kot nekdaj. Pri objavah raziskovalnih člankov ni pomemben le prispevek slovenske psihiatrije k svetovnemu znanju in promocija naše znanosti. Zelo koristni so tudi “stranski učinki” raziskovalnega dela. Zaradi študija brezštevilnih člankov, ki je pogoj za izvedbo raziskav, se viša nivo slovenskega psihiatričnega znanja. Od tega pa imajo neposredno korist bolniki. Dodati velja, da bi večja institucionalna podpora slovenski prodor v psihiatrično znanost še okrepila.

Preskok v razmišljanje o bivalnih in delovnih pogojih slovenskih psihiatričnih bolnišnic bo vsekakor trd pristanek. Ublažiti ga želim s humorjem, ki je menda najbolj zrel obrambni mehanizem (ne vem, ali to velja tudi za njegovo črno različico). Moja privatna definicija duševne bolezni namreč pravi, da je to tista motnja v duševnem blagostanju, ki ob zadostni izraženosti zahteva zdravljenje prizadete osebe v stavbi, ki je prvotno bila zgrajena za povsem drug namen, praviloma stoji izven večjih naseljenih krajev in načelno za takšno zdravljenje ni primerna. Ne glede na primernost te definicije je treba priznati, da v resnici povsem drži.

Od vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic je bila edino klinika v Polju zgrajena za tak namen – pred mnogimi leti. Vse ostale je dobila psihiatrija, ko jih prejšnji

lastniki niso več potrebovali. In kaj se zgodi, ko jim trudoma uspe v kaki od bolnišnic z adaptacijo povečati kvadraturu in s tem narediti bolnikom znosnejše pogoje bivanja? Takoj zaidejo v finančne težave, ker rabijo sedaj več osebja, več kurilnega olja, več denarja za vzdrževanje ... Prav jim je, kaj pa niso bili z malim zadovoljni. Psihatrija ima najnižji normativ za določanje števila osebja, daleč za dermatologijo. Glede na izjemno velik pomen "človeškega dejavnika" pri zdravljenju duševnih motenj je logika tega dejstva povsem hermetična. Morda bodo na tem področju sčasoma postali naši zavezniki tisti, ki v medijih zahtevajo humanizacijo psihiatrije. Ni samo besedna igra, če zapišem, da je pogoj za bolj človeško psihiatrijo pač zadostno število ljudi.

Begunjska bolnišnica. Direktor mi ne pusti naštevati, kdo vse so bili v preteklosti uporabniki te stavbe; pravi, da te stvari mečejo slabo luč na psihiatrijo. Verjetno ima prav. Dogajale so se v tej hiši prijetne, pa tudi zelo hude stvari. Še živijo ljudje, ki so se v begunjski graščini upravičeno bali za svoje življenje. Včasih moramo kakega od njih sprejeti na zdravljenje. Tudi na zaprti oddelek...

Direktorji bolnišnice so vse od njene ustanovitve dalje zgledno skrbeli za stavbo in govorili o "sožitju sodobne medicinske ustanove in kulturne dediščine". Obiskovalci hvalijo urejenost bolnišnice in njeno posebno atmosfero. Ostaja pa dejstvo, da nas muči kronično pomanjkanje prostora in da je funkcionalnost zgradbe daleč od optimalne, čeprav so zidarji kar naprej v hiši.

Adaptacije, za katere itak nikoli ni dovolj denarja, so vedno omejene še z neizprosnim nadzorstvom spomeniškega varstva. Begunjska graščina ima status kulturnega spomenika državnega pomena. Trenutno iščejo po bolnišnici prebeljene freske (hudobno si predstavljam, da se arheologi s svojim orodjem zapodijo po prostorih Kliničnega centra...). In kdo, mislite, to iskanje financira? Uganili ste. Menim, da v tem primeru ne gre za sožitje med medicino in kulturo, ampak za nek povsem drug odnos, ki ga opisujejo npr. učbeniki mikrobiologije in parazitologije.

Če ne moremo biti zadovoljni s prostori, pa gre na bolje, kar se tiče ljudi. Zadnjih nekaj let je opaziti povečano zanimanje zdravnikov za psihiatrijo, tako da je na razpise za prosta delovna mesta kar precej prijav in je mogoče med kandidati izbirati. Mlajši kolegi so prinesli nov veter, drugačno gledanje na psihiatrijo. Nekako so bolj normalni, bolj optimistični. Za razliko od tradicionalnega gledanja dajejo večji pomen znanju. Menijo, da tudi psihiater, odvisno od svojih sposobnosti in veščin, lahko dela boljše ali slabše in da se to odraža na usodi bolnikov. Da potek bolezni ni neka neodvisna spremenljivka, na katero ni mogoče vplivati z intervencijami od zunaj. Zdi se jim, da ni dovolj

samo "biti ob bolniku" in mu s tem nuditi oporo in zaščito. Da je, recimo, bolje bolniku izboljšati zmožnost za delo, kot ga napotiti na invalidsko komisijo. Da je včasih bolje bolnika naučiti relaksacijskih tehnik kot mu predpisati anksiolitik. Da obstajajo v psihiatriji prav tako indikacije in kontraindikacije za posamezne postopke kot v ostali medicini in da ni prav dosti intervencij, ki bi koristile kar vsem bolnikom po vrsti. Da je zdravnikov čas dragocen in si je treba izoblikovati prioritete. Da je lahko tudi delo drugega medicinskega osebja bolj strukturirano in učinkovito.

Seveda so razlogi tako za "tradicionalno" kot za bolj sodobno gledanje na psihiatrijo. Nikakor ne želim razvrednotiti predanega in globoko humanega dela starejših kolegov. Slovenska psihiatrija ima to srečo, da se (vsaj od druge vojne dalje) razvija kontinuirano, brez večjih zasukov. Ni treba daleč iskati primerov, kako škodljive so lahko premalo premišljene in preveč radikalne spremembe. V Sloveniji imamo to srečo, da napredek v stroki izrašča nekako organsko iz dela prejšnjih generacij. In kolikor lahko sam ocenim, so starejši kolegi izrazito ponosni na ambiciozno mladež.

Vloga psihiatrične klinike ni dovolj dorečena. Poleg izvajanja pouka naj bi za slovenski prostor izvajala tudi funkcijo terciarne ustanove. Regionalne bolnišnice bi tako imele možnost preusmeriti bolnike, ki potrebujejo posebej zahtevne diagnostične in terapevtske postopke, na kliniko. Zaenkrat ta možnost ne obstaja. Klinika sprejema bolnike tako kot regionalne bolnišnice - s "svojega" območja ali, kot temu pravimo, "po regionalnem principu". Ocenjujem, da sedanje stanje, ki ga vsi sprejemamo kot nenapisano pravilo, pravzaprav ovira hitrejši razvoj slovenske psihiatrije.

Druga pomanjkljivost klinike je ta, da nima forenzičnega oddelka. V preteklosti je bilo stališče kolegov, ki so s se s forenziko največ ukvarjali, da so duševno bolni storilci kaznivih dejanj prav tako bolniki kot vsi drugi in naj se tudi zdravijo pod enakimi pogoji. Vendar nas zgledi iz tujine in izkušnje iz dela s takimi bolniki prepričujejo, da temu ni povsem tako. Taki bolniki pogosto potrebujejo drugačno obravnavo, ki je na običajni oddelkih ni mogoče zagotoviti v zadostni meri. Problematični so lahko tudi varnostni ukrepi. Sedanja rešitev je po moji oceni manj ugodna tako za duševno bolne storilce družbi nevarnih in kaznivih dejanj, ki ne pridejo do ustrezno strokovne obravnave in rehabilitacije, kot za ostale bolnike, ki jim takšno sobivanje dodatno in brez potrebe zaplete oddelčni režim. Menim, da bi sodila oskrba forenzičnih bolnikov med terciarne storitve klinike. Ob tem pa bi bilo nujno finančno in kadrovsko sodelovanje pravosodja.

Samo še ena pritožba, potem pa končam. Gre za primere. Financiranje bolnišnic naj v bodoče ne bi več temeljilo na bolniško oskrbnih dnevih, ampak bi npr.

hospitalizacija enega bolnika s shizofrenijo predstavljala en primer. Kolikor vem, vse podrobnosti sicer še niso natanko določene. Skrbi pa me, da tak način financiranja ne bo spodbujal strokovne rasti psihiatrije. Zakaj? Odgovor je preprost: bolnišnice bodo zaslužile več, če bo bolnik hospitaliziran krajši čas. To je v principu dobro. Ni pa dobro, da se bo po krajši hospitalizaciji bolnik hitreje vrnil (tudi za hitrejšo vračanje bodo bolnišnice motivirane).

Poglejmo si primer zdravljenja odvisnih od alkohola. Bolnika bomo sprejeli na detoksikacijo. V bolnišnici ga bomo obdržali kakih deset dni, da bo prekinil s pitjem, prebrodil abstinenčno krizo in se telesno popravil. Ne bomo se pretirano trudili, da bi ga vključili v kompleksno zdravljenje odvisnosti, saj bi nam trimesečna hospitalizacija prinesla le izgubo. Ga bomo pa z veseljem ponovno sprejeli, ko se bo v recidivu ponovno obrnil po pomoč. Podobno velja za zdravljenje večine duševnih motenj.

Morda je financiranje po primerih pisano na kožo kirurškim oddelkom – če gledamo v povprečju, je holecista holecista, vrat stegenice je vrat stegenice. Boljše delo in boljša organizacija na oddelku jim omogočita manj postoperativnih zapletov, krajše ležalne dobe in več zaslužka. Za strokovnost dela v psihiatriji pa me ob takšnem načinu financiranja nekoliko skrbi. Ne trdim, da je sedanji način plačevanja storitev bistveno boljši, vendar smo ga navajeni. Novi sistem bo potreboval toliko varovalk in prilagoditev, da se mi zdi njegova koristnost vprašljiva.

Bodi dovolj, da ne bo tudi zame veljala oznaka “skriboman”, ki si jo je samokritično nadel prof. Kecmanović. Zakaj sem se pravzaprav spustil v to pisanje? Če izpustim izvenzavestne nagibe, ki jih po definiciji ne morem poznati, vidim dva razloga. Prvi: ker me pogovori s kolegi, ko se dobimo v odmorih strokovnih srečanj, prepričujejo, da je v naši psihiatriji res tako. In ker me pogovori s kolegi iz tujine prepričujejo, da bi bilo lahko tudi drugače.

S tem nikakor ne mislim, da je slovenska psihiatrija slaba, čeprav sem ji napisal več kritike kot pohvale. Zdi se mi na primernem strokovnem nivoju, predvsem pa je zelo humana. Odnos do bolnika se mi zdi v povprečju boljši kot v kaki drugi medicinski veji, morda tudi boljši kot v kaki tuji psihiatriji. V nasprotju s tem, kar včasih lahko preberemo v medijih, sem trdno prepričan, da so slovenski psihiatri dobri in čuteči ljudje. Veseli me, da se lahko družim z njimi. Ali, kot je imel navado reči slovenski alpinist Joža Čop: “Pa hvala, k’ smo pr’jatli!”

*prim. Andrej Žmitek, dr. med.
Psihiatrična bolnišnica
4275 Begunje na Gorenjskem*

NEKAJ DEJSTEV IN MISLI O METADONU V OBRAVNAVI ODVISNOSTI

Uvod

Odvisnost je kronična duševna motnja z mnogimi vidiki etiologije, poteka, posledic, načinov zdravljenja in prognoze. Pri vzročnih dejavnikih govorimo v okviru znane sheme medsebojnih interakcij človeka, okolja in drog o prepletanju človekovih bioloških, psihičnih in psihodinamskih predispozicij s socialnimi dejavniki ter farmako-dinamskimi lastnostmi drog. V zadnjem času posvečamo vedno več pozornosti primarnim psihiatričnim soboleznim. Hitro pa se širijo tudi nova znanja na področju nevrobioloških osnov in genetskih predispozicij odvisnosti. Pokazalo se je sicer, da stvari niso tako enostavne, da bi jih lahko razvozlati z "genom za odvisnost" (katerega odkritje so že napovedovali oz. slavili), vendar je spoznavanje genetskih zasnov prispevalo k spremembam v pojmovanju in zdravljenju odvisnosti.

Nevrobiološke osnove odvisnosti

Z odkritjem opioidnih receptorjev in telesu lastnih opioidnih snovi (endorfinov) so se v zvezi z nastankom in razvojem (heroinske) odvisnosti pojavile tudi domneve o (1):

- premajhnem številu (ali premajhni senzitivnosti) receptorjev za endorfine,
- primarno zmanjšanjem izločanju endorfinov (zaradi katerega pride do odvisnosti že pri relativno kratkotrajni uporabi opijatov) ali
- preveliki koncentraciji domnevnih antagonistov endorfinov.

O tem teče več raziskav, nedvomnih potrditev še ni. Vendar statistični podatki kažejo, da le omejen odstotek prebivalstva, ki poskusi opijati, doživi njegovo euforijo.

Dopaminergični nagrajevalni krog

Vedno več vemo tudi o motnjah v dopaminergičnem neurotransmitterskem sistemu, ki posreduje občutke nagrajevanja (2, 3); ta je najbrž odgovoren za to, da odvisnik ne more iz odvisnosti kljub njenim uničevalnim učinkom (droga zaradi posredovanja občutkov ugodja v tem krogu postane ojačevalec svoje

lastne rabe oz. kompulzivne zlorabe oz. odvisnosti). Pomembna nova spoznanja so prinesle ugotovitve, da laboratorijske živali v poskusih razvijejo poželenje po istih psihoaktivnih snoveh kot ljudje ter da si droge aplicirajo samo v nekatera možganska področja - centralni dopaminski sistem nagrajevanja. Anatomsko gre za dopaminergične nevrone sprednjega tegmentalnega področja, ki potekajo v limbični sistem in prefrontalni del skorje. V akumbensovem jedru so ti nevroni tudi močno kolateralno oživčeni (npr. z nevronskimi končiči endogenih možganskih opioidov, odgovornih za odpravo bolečine pri akutnih poškodbah). V zvezi z odvisnostjo govorimo o sindromu nezadostnega nagrajevanja, ki naj bi ob skupnih genetskih temeljih vključeval tako bolezní odvisnosti kot nekatere druge impulzivno-kompulzivne bolezni, pri katerih so pomemben dejavnik motnje v delovanju dopamina.

Sobolezni

Med vzročnimi dejavniki vedno večji pomen pripisujemo tudi primarnim psihiatričnim so-bolezni, med katerimi izstopajo predvsem hiperaktivnost (hiperkinetičnost) z motnjami pozornosti (ki često pomeni tudi kasnejši razvoj motenj vedenja), osebnostne motnje (npr. čustveno neuravnovešena osebnostna motenost), latentne in manifestne depresije, anksioznosti ter latentne oz. bolj ali manj manifestne endogene psihoze.

Hiperaktivnost (po MKB hiperkinetičnost) z motnjami pozornosti je ena najpogostejših psihičnih motenj otrok, ima jo približno vsak deseti do sedmi deček. Če vemo, da so njene pomembne značilnosti impulzivnost, kompulzivnost, prenačljenost reakcij, dovezetnost za negativno samopotrjevanje ter vplive drugih ipd., je njena povezava z boleznimi odvisnosti razumljiva (4, 5). Velika verjetnost zlorabe snovi oz. razvoja odvisnosti obstaja pri 15-20% otrok s to motnjo.

Vse več je torej podatkov o bioloških osnovah bolezni odvisnosti, ki dobivajo svoj odmev tudi v uspešnem razvoju in rabi zdravil.

Visoko in nizko prazni programi obravnave odvisnih

Zaradi omenjene multidimenzionalnosti odvisnosti se danes vsi štrinjajo, da en sam način obravnave oz. zdravljenja ne more biti uspešen, ampak jih mora biti odvisnikom na voljo več (6). Odvisnost običajno (dlje časa) poteka ciklično, kar pomeni, da se poskusi abstinence izmenjujejo z recidivi, uživanje samo ene

droge s kombiniranim uživanjem, bolj destruktivno uživanje z manj destruktivnim ipd. Vsako od omenjenih obdobjev zahteva pragmatičen in prilagodljiv pristop.

Tako poznamo v obravnavi odvisnih od nedovoljenih drog visoko in nizko pražne programe. Prvi (predvsem terapevtske skupnosti pod okriljem različnih organizacij in interesnih skupin) so namenjeni tistim, ki so odločeni za trajno abstinenco.

Nizko pražni programi pa so namenjeni tistim, ki abstinence še ne zmorejo; njihov cilj je odvisnim omogočiti, brez hujših zdravstvenih posledic prebroditi obdobja najhujše odvisnosti. Seveda je njihov pomemben cilj tudi zmanjševanje družbenih problemov v zvezi z rabo nedovoljenih drog. Ti programi so doživeli svoj razmah sredi 80-ih kot odgovor na epidemijo hepatitisa in HIV-a; s pojavom AIDS-a je tveganje, okužiti se z virusom HIV, naredilo manj pomembne praktično vse druge probleme, povezane z uživanjem drog.

Eden najpomembnejših stebrov nizkopražnih programov je nadomeščanje (vzdrževanje) z metadonom.

Nadomeščanje (vzdrževanje) z metadonom

Metadon (heptanon) je sintetični opioid, ki se v črevesju, za razliko od naravnih opijatov, dobro resorbira in ga lahko apliciramo tudi peroralno. Farmakodinamske osnove njegovega delovanja v obravnavi odvisnosti so jasne: ker zasede (predvsem) opijatne receptorje, omejuje poželenje odvisnih po heroinu. Obenem pa ne povzroča eforije, zaspanosti ali nezmožnosti čutiti emocije in bolečine. Njegova glavna pomanjkljivost je, da ima visok potencial psihične in telesne odvisnosti. Čeprav je od leta 1972, ko je ameriška agencija za zdravila (FDA) odobrila njegovo uporabo za zdravljenje zasvojenosti z opijati, metadonsko vzdrževanje postalo najbolj razširjena oblika obravnave odvisnih od heroina v svetu, obstajajo o tem še vedno zelo različni, skoraj diametralno nasprotni pogledi.

Razhajanja

Eno od bistvenih razhajanj je vprašanje, ali je abstinenca za večino odvisnih dosegljiv cilj ali ne; in če je - kdaj. Lowinson (7) meni, da brez zdravil (kamor prišteva tudi metadonsko vzdrževanje) lahko uspešno zdravimo manj kot 10-30% "trdih" odvisnikov. Zagovorniki metadonskega nadomeščanja poudarjajo,

da le-to omogoča normalno in produktivno življenje velikemu delu tistih odvisnikov, ki (še) ne zmorejo prekiniti z uživanjem heroina in bi sicer živeli na družbenem obrobju, sredi kriminala, posebnosti v seksualnem ravnanju itd. Podatki kažejo, da se v metadonskih programih običajno zbirajo najtežji odvisniki, se pravi tisti iz najtežjih družinskih razmer ter z resno psihiatrično soobolevnostjo. A. Pišec (8) je v mariborskem centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti ugotavljal dodatno duševno motnjo pri 44-ih odstotkih vzdrževancev, od tega pri 36% moških in celo 85% žensk. Pri 30-ih odstotkih je šlo za osebnostno motenost, pri 11,6 odstotka (4,9% pri moških in 45% pri ženskah) za endogeno psihično obolenje (v ne-metadonski skupini je imelo dodatno duševno motnjo le 32% odvisnikov).

Podatki iz nemških programov (9, 10) govorijo o 50-60% soobolevnosti pacientov v vzdrževalnih programih; za shizofrenijo navajajo 5-odstotno prevalenco, kar je 5 krat toliko kot sicer med prebivalstvom. Depresijo jih navaja 35%, 22% jih je že poskusilo samomor. Po podatkih iz Berlina izhaja 70% vzdrževancev iz razbitih družin in imajo v anamnezi hujše zlorabe, zanemarjanja in nasilja. V Hamburgu je 43% vzdrževancev poskusilo samomor že pred vstopom v program vzdrževanja, od tega 38% že v otroštvu ali zgodnjem mladostništvu. Vse to nedvomno govori za velike psihične obremenitve in socialno marginaliziranost teh ljudi. Poleg tega jih ima 70% za sabo enega ali več poskusov v abstinenco usmerjene terapije.

Nekateri avtorji metadonu poleg uspešnega omiljevanja notranjih napetosti in anksioznosti pripisujejo tudi določene antipsihotične učinke.

Vsekakor je do razmaha metadonskega vzdrževanja prišlo predvsem zato, ker noben drug sistem pomoči ni mogel zajeti skokovito naraščajočega števila odvisnih ter s tem povezanih zdravstvenih problemov (predvsem širjenje hepatitisa C in kasneje HIV-a), družbenih problemov, kriminala, posebnosti v seksualnem ravnanju ipd.

Večina podatkov govori za to, da se:

- približno eni četrtini vzdrževancev stanje bistveno izboljša ter da jih z abstinenco vzdrževanje zaključi od 10-30%;
- pri približno polovici lahko ugotovimo zmanjšanje škode, ne pa tudi opustitev odvisniškega načina življenja oz. psihičnega in socialnega stabiliziranja;
- pri eni četrtini izboljšanja ni.

Skoraj vsi programi pa poročajo o znatnem zmanjšanju kriminala in posebnosti v seksualnem ravnanju. Iz Bremna npr. poročajo, da je pred vstopom v vzdrževalni program 58% odvisnic nabavljalo drogo s pomočjo posebnih seksualnih aktivnosti, po vstopu v vzdrževalni program pa nobena ter da se je pred vzdrževanjem 64% odvisnikov finančno oskrbovalo s tatvinami, po vstopu pa le 10%. Nedvomno je, da je uspešnost metadonskih programov v veliki meri odvisna od spremljajoče socio- in psihoterapevtske pomoči ter konkretnih ukrepov za izboljšanje njihovih socialno-eksistenčnih pogojev ter da vzdrževalci potrebujejo tem večjo socialno podporo, čim večje socialne in zdravstvene probleme imajo.

Kritične pripombe

Glavni očitke tistih, ki opozarjajo v zvezi z metadonom na večjo previdnost je, da z njim samo nadomeščamo eno drogo z drugo ter da do bistvene resocializacije vzdrževancev ne pride. Menijo, da metadon prej ovira motiviranost in odločitev zasvojenecv za resno, v abstinenco usmerjeno zdravljenje (12). Problem vidijo tudi v dodatnem jemanju drog: alkohola, benzodiazepinov, kanabisa in kokaina. Polivalentni uživalci so tista skupina odvisnih, pri katerih pridejo meje vzdrževanja najbolj do izraza, čeprav tudi pri njih opazamo določen napredek. Dodatno uživanje povzroča vse znane spremljevalne pojave politoksikomanije: nasilnost, kriminal, nesreče, zdravstvene težave, nezaposlenost, socialno izoliranost ipd.

Stanje v Evropi

V Evropski uniji je v programih substitucijskega zdravljenja (pretežno z metadonom, v manjši meri s kodeinom) danes okrog 300.000 oseb, kar je okrog 20% odvisnikov. Odstotek se od države do države močno razlikuje, odvisno v glavnem od politike države. Podatki za leto 1995 kažejo, da je znašal od 0,7% v Grčiji, 1% na Finskem in v Franciji do 37% na Danskem, 40% v Švici ter 63% na Nizozemskem; Slovenija je z okrog 25% nekje v sredini. Sicer pa v zadnjem času povsod prihaja do velikih sprememb v smeri širitve programov; povprečno se je v Evropi raba metadona v vzdrževalnih programih od leta 1986 do 1995 povečala za 6 krat. Kot izhaja iz poročila Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA) za leto 1999 (11), metadon lahko izboljša psihično in socialno stanje odvisnikov, zmanjša rabo heroina in kriminalno vedenje ter nevarnost okužbe s HIV; glede zmanjšanja smrtnosti zaradi prekomernih

odmerkov in uspešnosti preprečevanja okužb z virusom hepatitisa pa naj bi bile potrebne nadaljnje raziskave.

Še leta 1995 je berlinski zdravnik J. Goelz v predgovoru svoje knjige "Od drog odvisni pacient" zapisal:

"Danes si stojita nasproti dve dogmi: dogma abstinence in dogma substitucije; resnica pa je, kot običajno, nekje v sredini: abstinenca in substitucija sta dva stebra zdravljenja neke kronične bolezni. Ker je odvisnost dolgotrajna bolezen, se je smiselno potruditi, da je oboleli takrat, ko iz nje izstopi, telesno zdrav".

L.1999 pa v predgovoru druge izdaje meni, da so naporu mnogih sicer razširili možnost metadonskega vzdrževanja, vendar le-to premalo pripravlja uspešno pot do abstinence. Nujno bi bilo boljše sodelovanje med sistemi zdravljenja, ki se usmerjajo k abstinenci in sistemi substitucije, pri čemer morajo predmet strokovne razprave namesto ideoloških nasprotij postati standardi kvalitete enega in drugega načina obravnave odvisnih.

Stanje v Sloveniji

Slovenski zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in zdravljenju odvisnih za zdravljenje šteje tudi vzdrževanje z metadonom in ostalimi substitucijskimi sredstvi, ki jih potrdi Zdravstveni svet Ministrstva za zdravstvo. Marca 2000 je bilo v vzdrževalni metadonski program vključenih 1247 odvisnih od prepovedanih drog, kar je okrog četrtnina vseh odvisnih.

Tabela 1. Število vključenih v vzdrževalni metadonski program (VMP) v Sloveniji od leta 1995 do leta 2000.

Leto	Število vseh obravnavanih odvisnikov	Število vzdrževanih
1995	ni podatka	530
1996	ni podatka	530
1997	1414	762
1998	2599	926
1999	2342	1097
2000	3764	1247

Tabela 2. Jemanje drog pri vzdrževancih v metadonskem programu v Sloveniji.

Droga	Občasno	Redno
	odstotek	
marihuana	8,8	56,5
hašiš	4,2	35,0
amfetamini	1,2	12,3
LSD	1,9	10,8
heroin	6,2	43,8
kokain	1,9	20,0
zdravila	10,0	33,1

Nekaj značilnosti programa v Sloveniji

T. Kostnapfel Rihtar in A. Kastelic sta v raziskavi 267 vzdrževancev leta 1996 (13) ugotovila sledeče značilnosti vzdrževalnega metadonskega programa v Sloveniji:

73,7% vzdrževancev je navajalo, da je zanje metadonski program vmesna stopnja do popolne abstinence. Povprečen odmerek metadona je bil 40 mg, kar je dokaj nizko; kljub temu je 62% vzdrževancev izjavilo, da jim ta odmerek zadostuje. Povprečna starost vzdrževancev je bila 27 let. 61% jih je zaključilo tri- ali štiriletno srednjo šolo, 35% jih je imelo končano (ali nedokončano) osnovno šolo. 34% jih je delalo občasno, 22% redno, 29% je bilo nezaposlenih. Šolo jih je obiskovalo 10,2%.

Na vprašanje, kaj so pričakovali ob vstopu v program je 56% vzdrževancev odgovorilo, da so pričakovali boljše počutje, 21,4% vključenost v družbo, 34,2% zaposlitev.

Glede dodatnega uživanja drog sta ugotovila, da je heroin redno ali občasno uživalo še 50% vzdrževancev, 45,9% pa jih je jemalo kakšno drugo drogo (največkrat kanabis); le 4,1% ni jemalo nobene droge.

38-im odstotkom se je zdel metadonski program zelo koristen, 48% pa koristen.

Metadon je občasno prodajalo 15,9% vzdrževancev, 29,9% pa si ga je občasno vbrizgavalo.

V zvezi z vključenostjo v psiho-socioterapevtsko obravnavo jih je imelo individualne pogovore z zdravnikom 53,8%, s psihiatrom 27,1%, s psihologom 24% in s socialnim delavcem 17,9%. 17-im odstotkom psiho-socioterapevtska obravnava ni bila ponujena.

Politika do drog oz. odvisnosti in metadon

Ker posledice uživanja drog oz. odvisnosti poleg posameznika zadevajo celotno družbo, javnost od politike in drugih odgovornih seveda pričakuje, da te probleme reši - oz. svoj pristop, če tega ne zmore, spremeni. Vendar politika (ki že po svoji naravi pomeni usklajevanje različnih interesov) ne more ponuditi enodimenzionalnih in univerzalnih rešitev, saj mora upoštevati različne interese (zasvojenih, njihovih svojcev, tistih, ki so ogroženi zaradi odprtih scen drog oz. kriminala, širše družbe ipd).

Ne glede na statistične pokazatelje in argumente je odnos do nizkopražnih ponudb in metadonskih programov v veliki meri tudi stvar političnih prepričanj oz. ideoloških svetovnih nazorov. Zato je aktualna politika do drog oz. odvisnosti odvisna tudi od razmerja sil v posamezni državi (ali rečeno preprosteje: od tega, katere politične opcije so na oblasti), saj imajo različne stranke (in seveda tudi deli prebivalstva, ki jih zastopajo) v temelju različne poglede na ta vprašanja. V Nemčiji je npr. osnutek zadnje zakonodaje za časa vladanja krščanske demokracije substitucijo obravnaval kot "poslednjo možnost", če abstinenca v doglednem času ni dosegljiva ter postavljajl precej časovnih omejitev za čas njenega trajanja. Koalicija med socialdemokrati in zelenimi pa je stvari temeljito spremenila, saj vzdrževanje široko podpira - v skladu s hamburškim (zelo liberalnim) modelom (poleg tega predvideva uvedbo modelnih poskusov zdravniško nadzorovanega in raziskovalno spremljanega dajanja heroina dolgoletnim odvisnikom, podobno kot v Švici).

Podobno je stanje v Sloveniji, kar smo lahko videli ob sprejemanju zakonodaje o drogah v državnem zboru konec leta 1999 oz. še izraziteje ob zamenjavi politične opcije na oblasti junija 2000. Razprave o vzdrževalnih metadonskih programih se bodo verjetno nadaljevale in upati je, da predvsem v korist obogateneega strokovnega pristopa k načelom, načinom rabe in potrebnim spremljevalnim ukrepom teh programov.

Zaključek

Odvisnost od nedovoljenih drog je multidimenzionalna bolezen, ki zahteva različne načine obravnave oz. zdravljenja; poznamo programe, ki pomagajo odvisnim ohranjati zdravje in shajati z odvisnostjo brez zahteve po abstinenci (tako imenovani nizkopražni programi) ter v abstinenco in popolno rehabilitacijo usmerjene (visoko pražne) programe. Poleg vedno večjega upoštevanja primarnih psihiatričnih sobolezni in iz travmatskega otroštva izvirajočih frustracij in notranjih napetosti v zadnjem času hitro napredujejo znanja s področja nevrobioloških osnov boleznih, kar v veliki meri odpira tudi možnosti farmakoterapije. Nadomeščanje (zdravljenje) z metadonom je v uporabi sicer že dlje časa, vendar ga še vedno spremljajo znatna razhajanja o njegovi koristnosti in optimalnih načinih izvrševanja, tako med strokovnjaki, organizacijami, ki se ukvarjajo z obravnavo odvisnih ter tvorci zdravstvene politike kot tudi samimi odvisniki. Njegovi zagovorniki poudarjajo, da z nobeno drugo metodo ni možno obvladati vse zapletenosti problemov v zvezi s skokovito naraščajočo rabo prepovedanih drog in odvisnosti ter da je metadonsko vzdrževanje pripomoglo k zaježitvi širjenja okužb s hepatitisom in HIV, k boljši socialni integraciji, šolanju in zaposlovanju odvisnih ter k zmanjšanju kriminala in družbene marginalizacije odvisnikov. Opozarjajo tudi, da se v metadonskih programih v veliki meri zbirajo odvisniki z najtežjo dodatno psihopatologijo, travmami iz otroštva ipd.

Nasprotniki poudarjajo, da gre za psihoaktivno snov, od katere postanejo uživalci prav tako odvisni, poleg tega pa naj bi oviral njihovo odločitev za abstinenco in celovito rehabilitacijo, ne vidijo pa tudi toliko pozitivnih učinkov socialne reintegracije. Ne glede na razhajanja je metadonsko vzdrževanje praktično povsod po svetu v izrazitem vzponu, v Evropi je po zadnjih poročilih Evropskega centra za spremljanje drog in odvisnosti (EMCDDA) v programih (sicer od države do države zelo različno) okrog 300.000 uživalcev, kar je okrog 25% vseh odvisnih. Sličen je odstotek v Sloveniji, ki se s tem nahaja nekje v sredini razširjenosti med evropskimi državami. Kot kažejo dogajanja po svetu (ter tudi v Sloveniji), je pogled na metadonsko vzdrževanje odvisen tudi od ideoloških in družbeno političnih nazorov, pri čemer je upati, da bodo razprave o tem upoštevale in razvijale predvsem strokovne vidike tega vprašanja.

Vladimir Auer, dr. med.

psihiater

Razlagova 49, 9240 Ljutomer

Literatura

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Substance Related Disorders. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997: 383-356
2. Spanagel R, Weiss F. The dopamine hypothesis of reward: past and current status. Trends Neurosci 1999; 22: 521-27.
3. Berridge KC, Robinson TE. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? Brain Res Rev 1998; 28: 309-69.
4. Milberger S, Bierderman J, Faraone SV, Murphy J, Tsuang MT. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. Am J Psychiatry 1995; 152: 1793-99.
5. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, Conduct Disorder, and Gender on Substance Use and Abuse in Adolescence. Am J Psychiatry 1999; 156: 1515-1521.
6. Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T. Odvisnost je bolezen. Isis 2000; 10: 53-57
7. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB. Substance abuse. 3rd ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
8. Pišec A. Predstavitev centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti v Mariboru. 2. konferenca o medicini odvisnosti, Bled 1998.
9. Goelz J. Der drogen-abhängige Patient; Handbuch der schadensmindernden Strategien. München: Urban & Fischer, 1999.
10. Drogen- und Suchtbericht des Landes Berlin, Die Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, 1997.
11. Estievenart G. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. EMCDA, 1999.
12. Attisani D. O drogah v družini. "Up", društvo za pomoč zasvojevcem in njihovim svojcem Slovenije, Ljubljana, 1999.
13. Kostnapfel Rihtar T, Katelic A. Vzdrževalni metadonski program. V: Medicina odvisnosti, Zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti, Ljubljana 1996:183-193.

KAKŠNI PSIHOFARMAKOLOGI SMO?

K pisanju tega prispevka, ob pomembni obletnici izhajanja *Viceverse*, me je vzpodbudila serija člankov S.M. Stahla v letošnjih izdajah *Journal of Clinical Psychiatry*, v katerih razpravlja o sedmih navadah zelo učinkovitega psihofarmakologa.

V zadnjih letih je v Slovenijo in v samo psihiatrijo farmacevtska industrija prinesla številna nova zdravila, ob čemer se je pomembno spremenila sama stroka, s tem pa tudi razmišljanje psihiatrov. Nova zdravila, na primer sodobni antidepresivi, so posegla v področja, ki so bila pred tem skorajda izključna domena različnih psihoterapevtskih pristopov (obsesivno kompulzivne motnje, motnje hranjenja, nekatere oblike depresivnih motenj, ipd.). Tako se je dobro znana delitev na »psihoterapevte« in »klasične klinike oz. psihofarmakologe« zameglila. To pa ni vedno najbolj v korist bolnikov, posebno ker nam ta megla onemogoča vpogled v lastna znanja in delo, ki ga opravljamo. Medsebojna pomoč in da brez strahu povprašamo o problemu, na katerega smo naleteli, nekoga »z nasprotnega brega«, nam žal še vedno ni povsem domača. Pa bi morala biti.

Psihofarmakologija ne pomeni »predpisovanja« psihotropnih zdravil bolnikom, temveč znanje o tem, kaj z zdravili sploh počnemo - bodisi kratkoročno, bodisi dolgoročno – ne glede na to, ali smo napredni ali previdno klasični. Izhajam seveda iz predpostavke, da zdravila dobro poznamo in vemo, da imajo pogosto neprijetne zažigalne vrvice, pa tudi iz tega, da te zažigalne vrvice spregledamo in rečemo, meni se že ne bo vžgala. Že v začetku je torej dobro, da si pripravimo gasilni aparat in udušimo tiste plamenčke, ki bi na koncu lahko zanetili pravi požar – intimni ali socialni, naš ali bolnikov.

V eni izmed sedmih navad zelo učinkovitega psihofarmakologa, kot jih opredeljujeta Stahl in Covey, je pomembno določiti cilj zdravljenja. Ali znamo pravilno določiti cilje zdravljenja? Kako hitro se psihofarmakologi (ob sodelovanju bolnikov ali pa tudi brez njih) poženejo proti »nekemu« cilju? Takoj se na pot postavi prva ovira, to je diagnoza, po možnosti vsaj delovna. Če jo uspešno preskočimo, se nam odpre ravnina akutnega psihofarmakološkega zdravljenja (dolga vsaj 4 do 6 tednov), ki pa le ni popolnoma ravna, temveč že takoj prinaša naslednjo prepreko – stranske učinke, ki jih zdravniki najmanj marajo, čeprav jih ravno v psihofarmakoterapiji pogosto pričakujemo.

Psihiatrov morda zato sploh ne presenečajo več, zanje postanejo »tolerantni«. Psihatri namreč. Stahl pravi, da zelo učinkovit psihofarmakolog predvidi stranske učinke, tudi časovno razmerje med njihovo pojavnostjo in nastopom terapevtske učinkovitosti, časovni potek nastopa tolerance na stranske učinke in približno trajanje zdravljenja. S tem učinkovito zakoliči pot do končnega, a že na začetku postavljenega cilja zdravljenja. Bolnik mu pri tem pomaga le, če je o svojem zdravljenju poučen, če se psihiater z njim pogovarja o njegovi motnji in zdravljenju.

Večkrat sem se vprašala, ali bi jemala zdravila, o katerih ne vem nič, se po njih neznansko debelim, postajam vse okornejša in si ne zapomnim niti domače telefonske številke, moj psihiater pa mi pravi, kako dobro napredujem, saj vendar nimam več glasov (to, da so mi bili prijetni, ga ne zanima, drugega pa mu ne povem), sama pa sem prepričana, da z menoj ni nič narobe. Ne, takšnih zdravil zagotovo ne bi jemala, posebno ne, če zdravnik nikoli ne bi imel časa ali potrebe, da mi sploh pojasni, kaj dam vsak dan v usta oziroma kaj in zakaj mi vsaki mesec medicinska sestra zapiči injekcijo v tisti del telesa, ki ga niti dobro ne vidim. Morda bi se omehčala, če bi bili z menoj potrpežljivi in mi večkrat vse ponovili, me poučili o zdravljenju in zdravilih ter me ob stranskih učinkih tudi pomirili s kakšno besedo (pa ne z »bo že bolje« ali »brez tega ne gre«). Smo psihiatri kdaj v vlogi bolnika, nas mučijo vprašanja o naši bolezni in zdravljenju?

Visoko učinkovit psihofarmakolog predvideva te prepreke in se ob vsaki zamenjavi zdravil, dodajanju ali odvzemanju zdravil vsaj poskuša pogovoriti z bolnikom. Izkazalo se je, da je to plodneje, kot pa anamnestično ugotavljanje »barve kolesa stare mame«.

Načrtovanje poti do realnih ciljev zdravljenja psihiatričnih bolnikov Covey imenuje pogajanje oz. dogovarjanje v iskanju ravnovesja med preveč nasilnimi in preveč zadržanimi psihofarmakologi. Namen je ustvariti načrt različnih poti do cilja, v katerih lahko zmagata oba, bolnik in psihofarmakolog; lahko sicer tudi izgubljata, vendar iskreno upam, da redko izgubita.

Nisem naštel vseh sedmih navad zelo učinkovitega psihofarmakologa. Če se ocenjujemo za učinkovite psihofarmakologe, si jih bomo sami prebrali v originalu (1-5). Kritiziramo ali pa pohvalimo pa se lahko pred domačim ogledalom.

*As. Mag. Blanka Kores Plesničar, dr. med. Psihiatrična klinika,
Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje.*

Literatura

1. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist: overview (Brainstorms). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 242-3.
2. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist, pt 2: begin with the end in mind (Brainstorms). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 327-8.
3. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist, pt 3: sharpen the saw with selective choices of continuing medical education programs (Brainstorms). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 401-2.
4. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist, pt 4: Developing and implementing the vision. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 464-5.
5. Covey SR. *The 7 habits of highly effective people: powerful lessons in personal change*. New York, NY: Simon & Schuster, 1990.

IN MEMORIAM

mag. sci. MARIJANU PREGLU dr.med.

Pred najinim prvim srečanjem sem vedel le to, da je predstojnik takrat še psihiatričnega oddelka. Na pogovor pred sprejemom v službo sem prihajal z mešanimi občutki. Ali sem se pravilno odločil glede svoje prihodnosti? Kako me bo sprejel? Pričakoval sem strog uraden pogovor z distanco pred avtoriteto. Na koncu hodnika, za vrati tajnice me pričaka sproščen mož, s krepkim stiskom roke. V njegovih očeh sem zaznal pronicljiv, sedaj vem, da analitičen, in dobrohoten ter pomirjujoč pogled. Nežna mehka melodija rahlo zamolklega in mehga glasu je pričela rahljati mojo tesnobo. Človečnost in posluš sta se kot plima valili proti meni. Kar naenkrat me je prešinila misel, da se tukaj ne bom mogel skrivati s prežvečenimi publicami o tem, kako bi rad pomagal ljudem, da me psihiatrija zanima že od rane mladosti in podobno. Moral sem na dan z besedo, da še zmeraj dvomim v svojo odločitve, a ob tem sprejemam izziv. Naučeni in pripravljeni odgovori so se razblinili kot milni mehurček. Bil sem prazen in pripravljen poslušati. Govoril je on. Pripovedoval mi je o svojih začetkih. Kako je pričel stažirati, kako je opravljal pripravništvo v celjski bolnišnici. Specializacijo iz psihiatrije so mu zgolj ponudili. Z dekretom takratne vlade je bil z družino premeščen v Ormož. Nehote sem naredil svojo prvo anamnezo. Kdo od naju išče službo? Streznil me je šele policaj na poti domov, ko sem se ujel v radarsko kontrolo. Psihiatrija ni zgolj iskanje in zbiranje podatkov o obolelem organu. Je nekaj več. Pomagamo ljudem in jih zdravimo, ne zdravimo organov. Bolniku je potrebno prisluhni, se zanj zavzeti, mu omogočiti, da razmišlja drugače in na svoj način kot do tedaj, potrebno ga je tudi okarati, mu postaviti meje. Psihiatrija ni samo veja medicine. V psihiatriji je tudi nekaj umetnosti. V svetu, ki je preplavljen s tehniko, ima le še psihiater dovolj časa, da prisluhne, položi roko na rame in mu da vedeti, da ga ima nekdo rad kot sočloveka. Sem zaradi te umetnosti prevozil radarsko kontrolo? Mi je takrat zlezel pod kožo, kot poklicni starš? Pet dni ga ni več med nami, a od bolezni čustveno izgoreli, upepeljeni in otopeli bolniki na oddelku pišejo pretresljive izpovedi. Z zgolj tremi vprašanji je lahko prišel do večine pomembnih anamnestičnih podatkov. Bolniki so le pripovedovali. Le koliko vsebin skrivata suhoparna podatka, da je imel 40 let delovnih izkušenj in od tega 30 let predstojništva ter direktorskih funkcij?

Ljubezni? Morda je bila takoj za družino forenzična psihiatrija tista, ki ga je v zadnjih letih strokovno najbolj pritegnila. Tragičnih zgodb smo slišali nešteto. Morda želja po prosvetljevanju in razbijanju predsodkov o psihiatričnih bolnikih z objavljanjem prispevkov v javnih glasilih. Pa vizija bolnišnične psihiatrije, katerih ideje so sprva izgledale le kot znanstvena fantastika. Njen prvi in največji del je doživel tehnični prevzem le 12 ur po njegovem tihem slovesu. Kakor, da se je usoda še enkrat hotela poigrati. Tako kot je z vsako opeko rasla vizija, tako je bolezen črpala moč za preživetje. Le življenjske energije, idej in ustvarjalnosti ni zmogla načeti. Učiti sem(smo) se moral(i) na lastnih napakah z občutkom varnosti, da je za menoj še nekdo, ki mi bo svetoval in me ščitil. Ostalo mi(nam) je le še spoznanje, je to popotnica za življenje in delo. Več ne bi mogel(i) dobiti.

Matej Kravos

Cipramil[®]

citalopram

Pomagamo najti pot ...

v dolgotrajno zdravljenje depresije

Lundbeck Pharma d.o.o.
Prešernova 1, Maribor
Tel.: 02/229 45 00
Fax: 02/252 19 43



Kratka informacija o zdravilu Cipramil tablete 20 mg

Farmacevtska oblika: Filmsko obložene tablete. Sestava: Ena tableta vsebuje 20 mg citaloprama v obliki citalopramijevega bromida. Lastnosti in delovanje: Citalopram je selektiven zaviralec ponovnega privzema serotonina (SSRI) in spada v skupino antidepresivnih zdravil. Citalopram je najselektivnejši inhibitor ponovnega privzema serotonina med do sedaj opisanimi. Indikacije: Zdravljenje depresije ter preprečevanje njenega ponovnega poslabšanja in ponovitve. Zdravljenje paničnih motenj z ali brez agorafobije in obsesivno kompulzivnih motenj. Odmerjanje in način uporabe: **Odrasli:** Depresija: Običajni dnevni odmerek je 20 mg. Maksimalni dnevni odmerek je 60 mg. **Panične motnje:** Začetni odmerek je 10 mg dnevno. Po enem tednu se odmerek lahko poveša na 20 mg dnevno. Maksimalni odmerek je 60 mg dnevno. **Obsesivno kompulzivne motnje:** Priporočeni začetni odmerek je 20 mg dnevno. Maksimalni odmerek je 60 mg dnevno. **Starejši bolniki (nad 65 let):** Starejši bolniki ne smejo prejemati več kot 40 mg dnevno. **Bolniki z jetrnimi obolenji** ne smejo prejemati več kot 30 mg Cipramila dnevno. **Otroci:** Cipramila ne smemo dajati otrokom. **Stranski učinki:** Običajno so blagi in prehodni. Najpogostejši stranski učinki: navzeja, suha usta, glavobol, zaspanost, potenje, tremor, diareja in motnje ejakulacije. **Shranjevanje:** Zdravilo shranjujemo pri sobni temperaturi in izven dosega otrok. **Izdajanje zdravila:** Zdravilo se izdaja samo na zdravniški recept.

Pred predpisovanjem Cipramila se je potrebno seznaniti s celotnimi informacijami za predpisovanje zdravila!