

NEVROTSKE MOTNJE KOT KOMORBIDNOST PRI SOA (SINDROMU ODVISNOSTI OD ALKOHOLA)

Helena Gantar

ODVISNOST OD ALKOHOLA

Podatki epidemioloških študij o uporabi drog v svetu uvrščajo alkohol na prvo mesto(3). Tudi ena od značilnosti sedanje slovenske "scene" drog je, da sta tako pri zlorabi kot odvisnosti najbolj razširjeni "udomačeni", legalni psihoaktivni snovi, to sta alkohol in tobak(1b).

Uporaba drog je star pojav človeštva, ki v dimenziji časa in prostora kaže različno stopnjo in obliko problema. Problemi, povezani z uživanjem alkohola so številni in široko razširjeni. V ZDA so bolezni zaradi uživanja alkohola tretji največji zdravstveni problem(3). Primerjava korelacij med uporabo alkohola in umrljivostjo za alkoholno jetrno cirozo v 33 izbranih državah uvršča Slovenijo med 10 z zlorabo alkohola najbolj obremenjenih držav na svetu(1a).

Delovanje alkohola ima učinke, ki se zapeljivo prepletajo z ranljivo platjo človekove osebnosti, njegova destruktivna plat zaradi potencialne nevarnosti odvisnosti pa je ljudem manj znana. Vsakdo verjame, da se njemu ne more zgoditi, da bi prestopil tanko črto med še kontroliranim in odvisnim pitjem.

Pogosto ni ostre meje med "socialnim" ali "zmernim" pitjem in "problematičnim" ali "škodljivim" pitjem oziroma odvisnostjo od alkohola. Uživanje alkohola se giblje vzdolž kontinuuma z različnimi vzorci pitja(6). Je pa jasna povezava med količino uživanja alkohola in pogostostjo intoksikacij ter medicinskimi in psihosocialnimi problemi.

Več jasnosti in reda na tem področju odvisnosti prinaša MKB 10, ki v poglavju o duševnih in vedenjskih motnjah zaradi rabe psihoaktivnih snovi (PS) loči tvegano rabo, škodljivo rabo in odvisnost(22).

HELENA GANTAR, dr.med.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
Begunje 55, 4275 Begunje

V praksi lahko večkrat ugotavljamo, da se pri posameznem pacientu pojavlja več motenj hkrati. Novejše epidemiološke študije o sočasni prisotnosti več duševnih motenj pri enem pacientu kažejo, da je komorbidnost psihiatričnih motenj pogostejša, kot se je prej mislilo(14,15). Tako več študij poroča tudi o intenzivnih povezavah med posameznimi specifičnimi motnjami zaradi rabe več različnih PS hkrati, kot tudi o komorbidnosti med motnjo zaradi rabe določene psihoaktivne snovi (PS) in določeno psihiatrično motnjo. Odkrili so, da je tako pri moških kot pri ženskah, ki so odvisni od nikotina, večja nevarnost tudi za odvisnost od alkohola, motnje zaradi rabe nedovoljene droge, veliko depresijo in anksiozne motnje, če so jih primerjali z neodvisnimi kadiclci in nekadiclci(9).

KOMORBIDNOST PRI SINDROMU ODVISNOSTI OD ALKOHOLA (SOA)

Komorbidnost pri SOA pomeni, da je pri osebi, ki ime že diagnozo motnje zaradi uživanja alkohola, prisotna še dodatna psihiatrična diagnoza(3). Ocene v splošni populaciji in študije kliničnih vzrocev so odkrile dokaj pogoste povezave med zlorabo in/ali odvisnostjo od alkohola in drugimi psihiatričnimi motnjami. Prevalenca komorbidnih motenj kaže različne podatke, odvisno od uporabe metodologije, diagnostičnih kriterijev, psiholoških instrumentov in časovnega okvira(3). Shuckit navaja, da večina pacientov, odvisnih od alkohola, kaže simptome, ki so konsistentni z vsaj eno dodatno psihiatrično motnjo(17).

Meyer vidi šest možnih načinov povezave psihopatologije in SOA(5):

- psihiatrične motnje, klasificirane v DSM III-R na osi I. In II., so lahko rizični faktor za razvoj odvisnosti,
- komorbidna psihiatrična motnja lahko vpliva na potek, simptomatiko in izid zdravljenja pacientov s SOA,
- so lahko posledica kronične intoksikacije z alkoholom,
- so posledica prekinitve uživanja alkohola; so prehodne, kratkotrajne motnje, ki tudi spontano minejo, ali pa so dlje trajajoče, lahko tudi s kasnim začetkom - podaljšana ali razvlečena abstinenčna kriza,
- so dražljaj za ponovno hrepenenje po alkoholu,
- se pojavljajo enako pogosto kot v splošni populaciji.

Postavlja se vprašanje primarnosti oziroma sekundarnosti komorbidne psihiatrične motnje oziroma odvisnosti od alkohola in morebitne skupne etiopatogeneze. Današnje številne raziskave na področju neurobiologije, biokemije CŽS-neurotransmiterjev in genetike še ne morejo potrditi domnev o povezavi med SOA in komorbidnimi psihiatričnimi motnjami(10,11,12,3). Verjetno je dosti bolj kompleksna, kot je videti(3,5).

Schuckit v svoji raziskavi ne potrjuje posebno visoke pogostosti anksioznih motenj med bližnjimi sorodniki pacientov s SOA. Ti rezultati ne podpirajo dokaza o skupnem genotipu teh dveh motenj(17). Na drugi strani pa se določene duševne motnje pogostejše pojavljajo pri otrocih staršev, ki so zlorabljali alkohol, na primer motnje hranjenja pri adolescentih staršev s SOA(19). Več študij je pokazalo, da se depresije raje pojavljajo pri pacientih s SOA, ki so uživali dnevno velike količine alkohola in imajo pozitivno familiarno anamnezo glede zlorabe oziroma odvisnosti od alkohola(4).

Včasih opažajo, da je komorbidnost in prognoza motnje vezana na spol. El Gueblay med drugim ugotavlja pri ženskah, ki so odvisne od alkohola, pogostejšo komorbidnost motenj(13) kot pri moških. Prisotnost komorbidne psihopatologije pri moških pacientih s SOA je za izid zdravljenja slab prognostični znak(5). Večina depresivnih moških s SOA je postalo depresivnih že potem, ko so postali odvisni od alkohola, medtem ko ženske s SOA pogostejše trpijo za primarno depresijo(8,3). Ženske s SOA in veliko depresijo imajo boljši izid zdravljenja kot ženske s SOA brez depresije ali ženske s SOA in drugo komorbidno motnjo(5).

V obdobju pred uvedbo DSM III.klasifikacije je bilo v ameriški psihiatriji tradicionalno, da so razumeli, da se SOA najbolje zdravi le z zdravljenjem sočasno obstoječe psihiatrične simptomatike. To prepričanje je slonelo na domnevi, da je pitje alkohola oblika samomedikacije dodatne psihiatrične motnje(5). Po tem modelu je ves SOA sekundaren drugim psihiatričnim motnjam.

Najpogostejše pa v klinični praksi ni tako enostavno pojasniti, katera motnja je bila prva. Niti ni še pojasnjen pomen razlikovanja primarnosti in sekundarnosti diagnoze SOA in komorbidne motnje.

Shema 1: Najbolj pogosto pridružene psihiatrične diagnoze pri SOA so(5):

-
- afektivne motnje,
 - motnje zaradi uživanja drugih PS,
 - antisocialna osebnostna motnja /pogosto tudi borderline osebnostna motnja/,
 - anksiozne motnje /po DSM II-R so to panična motnja, agorafobija, socialna fobija, navadna fobija, obsesivno-kompulzivna motnja, post-traumatska stresna motnja in generalizirana anksioznost/.
-

Veliko podatkov študij potrjuje, da je med osebami s SOA večja pogostost suicida.

KOMORBIDNOST ANKSIOZNIH MOTENJ PRI SOA

Klasifikacija DSM III-R, na kateri sloni večina študij o komorbidnosti anksioznih motenj in SOA, del prejšnje diagnostične skupine nevroz označuje kot anksiozne motnje. Sem štejejo panične motnje (z agorafobijo ali brez nje), agorafobijo (brez panične motnje), socialno fobijo, navadno fobijo, obsesivno-kompulzivno motnjo, postravmatsko stresno motnjo in generalizirano anksioznost, kar je ožje v primerjavi s klasifikacijo nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj v MKB 10.

Večina psihoanalitikov daje anksioznosti pomembno mesto pri nastanku nevroz. Anksioznost je njihovo dinamično jedro. Brez srečanja z anksioznostjo ni razvoja osebnosti. Kakšen bo rezultat tega srečanja, pa je odvisno od medsebojnega delovanja bioloških, konstitucionalnih značilnosti posameznika, njegovih dotedanjih izkušenj in faktorjev okolja. Ista intenzivnost in narava anksioznosti, ki pri nekom resno ogrozi izgradnjo samospoštovanja in mu izkrivi doživljanje sveta in sebe, pri drugem lahko budi potenciale rasti osebnosti in mu preko občutka zadovoljstva dviga ceno lastne vrednosti. Na drugi strani pa anksioznost in psihofarmakološko delovanje alkohola - reduciranje anksioznosti, ob razširjeni rabi alkohola v družbi in drugih specifičnih vzročnih faktorjih SOA, sprožita začaran krog anksioznih stanj in ponovnega pitja alkohola, ki pelje v nastanek odvisnosti od alkohola z vsemi posledicami(7).

Simptomi anksioznosti pri SOA se lahko pojavijo v času pitja, v akutni ali subakutni fazi abstinencijske krize, v obdobju zakasnele abstinencijske krize(5), lahko pa so imeli pacienti anksiozne motnje že pred razvojem svoje odvisnosti od alkohola. V prvem primeru govorimo o sekundarnih anksioznih motnjah, ki minejo vsaj po 3 do 4 tednih treznosti. Če pa po tem obdobju ostanejo, so primarne. Schuckit v svoji raziskavi potrjuje, da so pacienti s SOA, ki imajo primarne anksiozne motnje, v manjšini. Pri večjem delu pacientov je primaren SOA(17). Ti pacienti imajo, ko abstiniirajo, intakten EGO, dobro funkcionirajo in nimajo psihiatrične simptomatike(4).

Odnos med SOA in v življenju trajajočo anksiozno motnjo je kompleksen. Literatura kaže tesno povezavo med simptomi anksioznosti in pivskim vedenjem. Velikokrat pa je težko določiti, ali je anksiozno stanje pri

pacientu, odvisnem od alkohola, motnja, ki traja vse življenje, ali predstavlja organsko stanje zaradi intoksikacije z alkoholom ali ukinitve uživanja alkohola(17). Vrsto let trajajoča intoksikacija z alkoholom lahko povzroči kronično motnjo v delovanju ČŽS(4), ki se kaže kot podaljšana, odložena, razvlečena abstinenčna kriza(5). Pacienti se pritožujejo zaradi vztrajanju anksioznih in depresivnih simptomov, čeprav ni najti čiste komorbidne motnje. Vztrajajo motnje spanja, razpoloženja, našli so tudi nevroendokrine abnormnosti in znake latentne hiperekscitabilnosti ČŽS(5). Ta razvlečena abstinenčna kriza je visoko rizična za recidiv, svoje pa verjetno prispevajo še psihodinamski in psihosocialni dejavniki tega obdobja.

Podatki o prevalenci komorbidnih anksioznih motenj so v literaturi zelo različni. Du Pont navaja, da so motnje zaradi rabe PS in anksiozne motnje dve najpogostejši diagnozi v ZDA. Pogosto sta komorbidni in nediagnosticirani. Kaplan navaja podatek, da 25-50% pacientov s SOA doseže diagnostične kriterije za anksiozno motnjo. Zlasti so pogoste fobije (agorafobija in socialna fobija) in panične motnje(3).

Večina avtorjev svetuje, da se diagnoza anksiozne komorbidne motnje postavi po 3 do 4 tednih abstinence, in uporabo sprejetih diagnostičnih kriterijev (ICD 10, DSM IV). V tem času sekundarne anksiozne motnje izzvenijo in ne dosežejo kriterijev komorbidne psihiatrične motnje. Diagnoza mora biti neodvisna od prehodnih, začasnih občutkov nemira, anksioznosti, paničnih atak in fobičnega vedenja, ki se pojavi med akutnim ali podaljšanim abstinenčnim sindromom. Schuckit meni, da če izključimo organsko pogojene motnje zaradi alkohola in uporabimo diagnostične kriterije, pogostost primarnih anksioznih motenj ni dosti večja, kot jo opazujemo v splošni populaciji(17).

Shema 2: Prevalenca komorbidnih anksioznih motenj pri SOA (Schuckit J. Stud. on alcohol, 1995)

agorafobije	2 - 41%
panična motnja	3 - 60%
obsesivno-kompulzivna motnja	3 - 10%
socialna fobija	2 - 39 %
generalizirana anksioznost	8 - 56%

Nekateri podatki kažejo, da se alkohol pogosto uporablja za samo-medikacijo agorafobij in socialnih fobij, ki sta primarni motnji(3). Panične motnje in generalizirana anksioznost pa sta pogostejše sekundarni.

Pacienti s socialno fobijo pogosto pridejo k zdravniku šele zaradi posledic SOA. Uporaba alkohola kot samomedikacije strahu pred nevarnostjo v socialnih situacijah daljši čas vodi v zlorabo in odvisnost. Pacienti s socialno fobijo imajo dvakrat pogostejše kot v splošni populaciji probleme z alkoholom, pacienti s SOA pa devetkrat pogostejše socialno fobijo kot v splošni populaciji. Zgodnje zdravljenje fobije prepreči nastanek odvisnosti; če pa odkrijemo socialno fobijo v poteku zdravljenja SOA, mora veljati pozornost tudi njej. Študija je pokazala, da je čas tvegane rabe alkohola povprečno devet let(20).

Browen s sodelavci pa opozarja s svojo raziskavo, da je četrtnina vzorca odvisnih imelo simptomatiko PTSM (posttravmatske stresne motnje), pogostejše ženske kot moški. Zato priporoča v zdravljenju SOA rutinsko iskanje psihične travme(21) in njeno ustrezno obravnavo.

DEPRESIJE KOT KOMORBIDNE MOTNJE omenjam na tem mestu zaradi njihove pogostosti ob SOA(4), čeprav so klasificirane drugje. Podatki o pogostosti so različni, odvisni od uporabljene metodologije, diagnostičnih kriterijev in psiholoških instrumentov. Za razvoj odvisnosti so bolj ogroženi distimični in osebnostno moteni kot pa globlje depresivni pacienti(8). Kaplan opisuje, da je približno tretjina pacientov s SOA vsaj enkrat prebolela epizodo velike depresije. Pri tretjini od teh ocenjujejo, da gre za primarno depresijo (bolj pogosto pri ženskah), pri ostalih pa za sekundarno depresijo(4). Te izžvenijo brez dodatnega zdravljenja v prvih tednih abstinence, vsaj po 4 tednih. Gre za depresivnost v obdobju akutne ali podaljšane abstinenčne krize, ki je posledica toksičnega delovanja alkohola na CŽS(3,4), pa tudi doživljanja sebe v bolj realni luči(8). Čeprav težave ne dosegajo kriterijev za diagnozo afektivne motnje, zahtevajo pozornost zaradi rizičnosti za recidiv in večje suicidalne ogroženosti(18).

Primarne depresije pri pacientih, ki so odvisni od alkohola, trajajo dlje, ne izžvenijo s samo abstinenco in zdravljenjem odvisnosti, ampak zahtevajo dodatne terapevtske ukrepe. Diagnostika in terapija komorbidne depresije (kot tudi drugih komorbidnih motenj) pri SOA je možna le, če se pacient vključi v zdravljenje odvisnosti in abstiniira(8).

Pacienti s SOA in depresijo pogostejše nagibajo k zlorabi še drugih PS in anksioznim motnjam(3,4).

Za ugoden potek in izid zdravljenja pacientov s SOA in dodatno psihiatrično diagnozo je pomembno, da pacienta dobro poznamo, tudi njegove dodatne duševne motnje. Študije, ki ugotavljajo, ali zdravljenje spremlja-joče komorbidne motnje izboljša izid zdravljenja ali ne, še niso zaključene(5). Zgodnji rezultati bolj specifičnega, tudi individualno načrtovanega zdravljenja, ki bolj upošteva značilnosti pacienta, so obetavni(6).

Shema 3: Razmerje komorbidne psihopatologije v vzorcu zdravljenih alkoholikov (6)

1. Velika depresija (enkrat v življenju)	18-52%
2. Zloraba (odvisnost) od drugih PS	12-43%
3. Velika depresija (sedaj potekajoča)	9-38%
4. Antisocialna osebnostna motnja	7-50%
5. Anksiozne motnje: panična motnja	8-16%
fobična motnja	3-55%

Meyer poudarja, da naj bo program zdravljenja SOA kombinacija več vrst terapij, psiho- in farmakoterapij(5). Izhaja iz predpostavke, da je pomembno, da se čimbolj "pokrijejo" potrebe, značilnosti pacienta. Od psihoterapevtskih zdravljenj najbolj priporočajo vedenjsko-kognitivno terapijo(6). Kontrolne študije niso pokazale takšne učinkovitosti dinamsko usmerjene psihoterapije komorbidnih motenj ob SOA.

Farmakoterapiji komorbidnih motenj ob SOA velja danes precej pozornosti. Mora biti jasno, da so psihotropna zdravila lahko učinkovita le v zdravljenju komorbidne psihiatrične motnje, v kontroli SOA pa njihov učinek omejen(5).

Za obvladovanje anksioznosti svetujejo na prvem mestu sprostitvene tehnike, telesni napor, svetovanje, suport, predelavo aktualnih konfliktov, od anksiolitikov pa buspirone, selektivne nebenzodiazepinske anksiolitike, ki naj bi bili "varni" tako glede povzročanja odvisnosti kot sediranja pacienta in potencirajočih učinkov alkohola. Njihov poln anksiolitičen učinek pa se pokaže šele po dveh do treh tednih, kar je v praksi pomanjkljivost(7,8). Poročajo pa tudi o možni odvisnosti.

Triciklični antidepresivi so v terapiji primarnih depresij pogosto neizogibni, so pa tudi zdravilo izbora pri paničnih atakah. Potrebna je večja doza, ker je njihov klirens pri sočasni odvisnosti od alkohola večji. V literaturi priporočajo tudi novejša antidepresiva, selektivne inhibitorje ponovnega prevzema serotonina SSRI in selektivne inhibitorje MAO-RIMA. Domnevna koristnost SSRI v delovanju na zmanjševanje želje po alkoholu in boljši kontroli abstinence, je še v fazi zgodnjih raziskav(5,8). Reverzibilne inhibitorje MAO priporočajo v zdravljenju socialnih fobij in paničnih atak, tudi kadar se pojavijo kot komorbidne motnje(20). Potrebno je vedeti, da imajo zaradi delne inhibicije aldehid dehidrogenaze tudi averzivni odgovor na pitje(5), kar ne velja za moklobemid.

Antipsihotike, ki se sicer uporabljajo pri zdravljenju psihotičnih zapletov, nekateri svetujejo v nižjih dozah v obvladovanju podaljšane ali zakasnele abstinence krize.

Pri zdravljenju SOA in komorbidne motnje je abstinence temeljni kamen, ki omogoča proces zdravljenja obeh motenj. Nepoznavanje SOA in neupoštevanje nujnosti abstinence v (psihoterapevtskem) zdravljenju nevrotskih (anksioznih) motenj prinašata zaplete, prav tako pa tudi neuvidevanje komorbidnosti v zdravljenju SOA.

ZAKLJUČEK

Pogostost psihiatrične komorbidnosti pri pacientih s SOA kliče po aksiomu, da mora biti psihiatrična ocena tudi pri pacientih, ki jih vidimo zaradi motenj, povezanih z uživanjem alkohola, skrbna. Prav tako je pri pacientih, ki jih prvič vidimo zaradi drugih psihiatričnih motenj, dobro pomisliti, da gre lahko za motnjo, povezano z rabo alkohola(6).

Pacienti z dvojno diagnozo so terapevtsko zahtevnejša skupina; izid je običajno manj ugoden, tako za primarno kot za sekundarno motnjo. Prisotnost dveh problemov zveča tveganja za recidiv obeh motenj, oziroma zahteva večji napor pri zdravljenju.

LITERATURA

- 1a. Nolimal D. Razširjenost zlorabe alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji, Zdravstveni vestnik, 61/3, mar. 1993, 127-131.
- 1b. Tomori M. Zloraba psihotropnih snovi - kakšna je slovenska scena danes, Zdravstveni vestnik, 1.61, št. 3, marec 1992, 123-125.
2. Ziherl S. Samospoštovanje alkoholikov in njegova vloga v razvoju SOA, Psihoterapija 16, Katedra za psihiatrijo, UPK Ljubljana, 1988, 7-76.
3. Kaplan HI. Sadock BJ. Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Behaviour Sciences, Clinical Psychiatry, seventh edition, Baltimor 1994, Substances Related Disorder, 396-410.
4. Zimberg S. Principles of Alcoholism Psychotherapy, Zimberg S., Wallace J., Blume S.B.: Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy, Plenum press, New York, 1985.
5. Meyer R. Prospects for Rational Pharmacotherapy of Alcoholism, J.Clin. Psychiatry, 50/11, nov. 1989, 403-411.
6. Kranzler H., Babor T. The Identification and Treatment of Alcohol Abuse and Dependence. A. Clin. Psychiatry, 4/2, dec. 1990.
7. Gantar H. Anksioznost kot psihopatološki fenomen v sindromu odvisnosti od alkohola, naloga za specialistični izpit, Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1989.
8. Erznožnik A. Depresivnost pri osebah, odvisnih od alkohola, naloga za specialistični izpit. Psihiatrična bolnišnica Idrija, 1995.
9. Breslau N. Psychiatric Comorbidity of Smoking and Nicotine Dependence. Behav.genet. 25/2, 1995, 95-101.
10. Mann K, Widmann U. Results of Neuropathological and Neuroimaging studies, Fortschr. Neurol. Psychiatr., 63/6, 1995, 238-47.
11. Lacher G., Wittchen H. Familial Transmission of Vulnerability Factors in Alcohol Abuse and Dependence. Z. Klin. Psychol. 24/2, 118-46.
12. Froelich J.C. Genetic Factors in Alcohol Self-administration. J. Clin. Psychiatry, 56/9, 1995, 15-23.
13. El-Guebaly N. Alcohol and Polysubstance Abuse Among Women. Can. J. Psychiatry, 40/2, 1995, 73-79.
14. Winokur G., Coryell W., Akiskal H. Alcoholism in Manic-depressive (bipolar) illness: Familial Illness, Course of Illness, and the Primary-secondary Distinction. Am. J. Psychiatry, 152/3, 1995, 365-72.

15. Schmidt L.A. The Role of Problem Drinking in Psychiatric Admissions, *Addiction*, 90/3, 1995, 375-89.
16. O'brien K. Use of Sertraline Early in Alcoholism Treatment
17. Schuckit M. The Prevalence of Major Anxiety Disorders in Relatives of Alcohol Dependent Men and Women. *J. Stud. Acohol*, maj 1995, 309-16.
18. Kocmur M. Alkoholizem in samomor, *Med.razgl.*, 1.24, 1985, 235-41.
19. Chandy J.M., Harris L., Blum R., Resnick M.: Female Adolescents of Alcohol Misusers: Disordered Eating Features, *Int. J. Eating Disord.*, 17/3, 1995, 283-89.
20. Stamos V. Razumevanje socialne fobije, *ViceVersa* 10, *Slov.psih. pub.*, Ljubljana, nov. 1995.
21. Brown P.J., Recupero P.R., Stout R.: PTSD Substance Abuse Comorbidity and Treatment Utilization, *Addict. Behav.*, 20/2, 1995, 251-54.
22. The ICD 10 Clasification of Mental and Behavioural Disorder, Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO Geneva, 1995, 70-83, 110-131, 132-173.
23. Rus M. Analiza terapevtskih učinkov pri zdravljenju bolnikov s SOA, CMZ-Center za zdravljenje odvisnosti od alkohola. UPK Ljubljana, 1994.
24. American Psychiatric Association: Diagnstic and statistical manual of mental disorders, Third Edition, Revised, D.C. 1987, Washington.