

POVZETKI POSTERJEV

TELESNE BOLEZNI IN OKVARE PRI DOLGOTRAJNO HOSPITALIZIRANIH (KRONIČNIH) SHIZOFRENIH BOLNIKI

Ljubo Đorđević

Telesne bolezni in okvare pri duševnih bolnikih se redko omenjajo, vsi pa vemo, da imajo ti bolniki poleg duševne bolezni tudi razne telesne bolezni. Te običajno jemljemo kot nekaj vzporednega, nepomembnega in kot nekaj, kar je v »drugem planu« ter za nas le dodatna skrb.

Že stari kliniki so spoznali, da se pri duševnih bolnikih pojavljajo kar familiarno ob duševni bolezni določene telesne bolezni in z duševnimi motnjami nastopajo skupaj (Jaspers, 1978). Ugotavljajo, da najmanj 22 % psihiatričnih bolnikov boluje hkrati z duševno boleznijo še za raznimi telesnimi boleznimi. Za te se pa ne more reči, da so vzrok ali podlaga psihotični simptomi, temveč da so duševne in telesne bolezenske motnje skupaj genetsko pogojene (Kerany, cit., Proping, 1985).

V bolnišnici za duševne bolezni je največ shizofrenih bolnikov (Peršič, 1980) in ti se večinoma tudi najdlje zadržujejo v njih (Folnegović – Šmalc, 1977).

Telesne bolezni, če jih imajo, pogojujejo njihovo kroničnost in dolgotrajnost hospitalizacije. S staranjem nastajajo še psihogeriatricne spremembe, ki zahtevajo specifično obravnavo (Djordjević, Drame-Orožim, arhiv, 1986).

Pregledali smo medicinsko dokumentacijo 440 bolnikov in bolnic (146 moških, 276 žensk), ki so bili hospitalizirani v Psihiatrični kliniki Ljubljana. Med njimi je bilo 169 (38.4%) bolnikov in bolnic z diagnozo iz shizofrenskega kroga.

Od teh bolnikov in bolnic z diagnozo iz shizofrenskega kroga so pri 85 (50.2%) (37 moških, 48 žensk) hospitalizacije trajale več let ali so se hitro in pogosto vračali v bolnišnico.

V času prve hospitalizacije so bili bolniki in bolnice po starosti približno enaki, v večini med 21. in 35. letom starosti. V času zadnje hospitalizacije so se po starosti pomembno razlikovali; več moških je bilo med 31. in 50.

letom starosti, a več žensk med 50 - 75 letom starosti. Po številu hospitalizacij se niso pomembno razlikovali; oboji so bili v večini hospitalizirani od 2- do 10- krat (več kot 10- krat, celo do 28- krat so bile le nekatere bolnice hospitalizirane). Po dolžini trajanja hospitalizacij ni bilo pomembnih razlik: Pri večini je hospitalizacija trajala več kot 2 in manj kot 4 leta.

V času prve hospitalizacije večina moških in žensk (78.3% moških, 68.7% žensk) ni imela telesnih bolezni in okvar. Več žensk kot moških je imelo pljučne bolezni, miokardne okvare in diabetes. V času zadnje hospitalizacije so se bolniki in bolnice glede telesnih bolezni in okvar pomembno razlikovali; pri bolnicah so bile te bolezni in okvare v večjem številu kot pri bolnikih, a oboji so imeli te bolezni in okvare v večjem številu in več vrst hkrati kot ob prvi hospitalizaciji (moški 40.6%), ženske 89.6%). Po trajanju teh okvar in bolezni se niso pomembno razlikovali, pri obojih so trajale okoli 12 let, pri manjšem številu žensk tudi do 40 let. Ob zadnji hospitalizaciji so bile tudi kardiopatične lezije, pljučne bolezni, sladkorna bolezen in različne revmatične bolezni v največjem številu in spet pri ženskah v večjem številu kot pri moških.

Razlog za zadnjo hospitalizacijo je bil poleg psihotičnih in socialnih indikacij še somatski, in sicer pri ženskah bolj kot pri moških. Lahko rečemo, da somatske bolezni in okvare pri shizofrenih bolnikih s staranjem bolnikov vplivajo na ponovni sprejem in dolžino hospitalizacije. Tako, da so ti bolniki in bolnice kronični ne samo zaradi ponavljajoče se duševne bolezni, ampak tudi zaradi somatskih bolezni in so nemara tudi kronični somatski bolniki.

ALKOHOL NA STIČIŠČU INTERNE MEDICINE IN PSIHIATRIJE

Helena Gantar Štular

Alkohol je, tako v svetu kot pri nas, zaradi svojega anksiolitičnega, stimulativnega in anestetično-amnestičnega delovanja najpogosteje zlorabljena psihoaktivna snov. Njegovi učinki na človeka so lahko kratkoročno pozitivni/občutek sproščenosti, boljšega razpoloženja, večje telesne moči, spolne privlačnosti/, kratkoročno negativni/zaspanost, zastrupitev, depresivnost/, dolgoročno pozitivni/le pri preudarnem pitju/ in dolgoročno negativni – to so telesne, duševne in socialne posledice.

Rezultati tujih raziskav so pokazali, da je med pacienti v ambulanti splošne medicine od 20 do 50% takšnih, ki imajo težave zaradi škodljive rabe alkohola. V bolnišnicah, zlasti na oddelkih za poškodbe in bolezni prebavnega trakta, je ta odstotek lahko še višji. Ob tem je pomembno poudariti dejstvo, da je Evropa v celoti s sprejetjem in izvajanjem alkoholne politike, zajete v Evropski listini o alkoholu, ki jo je sprejela večina držav zahodne Evrope, že uspela zmanjšati porabo alkohola za 12%.

Primerjava Slovenije z Evropo je za nas neugodna, saj smo ena redkih držav, kjer alkoholna problematika še narašča. Svetovna zdravstvena organizacija je v eni od svojih publikacij uvrstila Slovenijo glede rabe alkohola in njegovih škodljivih posledic med ogrožene države Evrope. Poraba, ki so jo izračunali strokovnjaki Inštituta za varovanje zdravja pri nas in je znašala za leto 2000 12 litrov čistega alkohola na prebivalca, Slovenijo epidemiološko uvršča med države z velikim tveganjem za razvoj škodljive rabe alkohola in odvisnosti od alkohola in s tem telesnih posledic. Zato bi lahko podobne rezultate raziskav o pogostosti škodljive rabe alkohola in odvisnosti v ambulantah splošne medicine pričakovali tudi pri nas. Vsakdanja praksa, ki pa jo je potrdila tudi študija, je pokazala, da sta škodljiva raba alkohola in odvisnost od alkohola hkrati najpogosteje »spregledani« bolezni /na kar kažejo tudi izbrane teme tega seminarja/. Razloge za tako spregledanost so našli v pomanjkljivem znanju diagnostike težav, ki jih dolgoročno povzročata pretirana, prekomerna raba alkohola in negativen ali vsaj ambivalenten odnos zdravnikov do odvisnosti kot bolezni.

O škodljivi rabi alkohola govorimo, ko pri pacientu že opazimo okvare zdravja zaradi pitja alkohola. Okvara je lahko telesna, na primer okvara jeter, ali duševna, na primer depresivna epizoda. V MKB 10 jo najdemo pod šifro F10.1. Pod šifro F10.2 pa je klasificirana odvisnost od alkohola. Obe pa zelo malokrat zasledimo kot dodatni diagnozi telesnih posledic pitja alkohola (slika 1).

Kdaj je pitje alkohola preudarno oziroma varno, z nizko stopnjo tveganja za okvaro zdravja?

Pri nas je to 2 merici na dan za moške in ne več kot 4 merice ob eni priložnosti. Za ženske, pod pogojem, da niso noseče in da tega tudi ne načrtujejo, pa je to 1 merica na dan, oziroma 3 ob eni priložnosti. To pomeni, da tedenska količina ne preseže 14 meric za moške in 7 meric za ženske. Ena merica vsebuje v Sloveniji 10 g alkohola, ta je v 1 dl vina, $\frac{1}{4}$ l piva ali 0,3 dl žganja. Za osebe nad 65 let je varna količina alkohola ali količina z nizko stopnjo tveganja za nastanek posledic ne več kot ena merica na dan.

Vendar ne moremo nikomur zagotoviti, da tudi ob pitju varnih količin alkohola ne bo postal odvisen, ker je za to odgovorna individualno določena

stopnja tveganj. Približno 10% tistih, ki začnejo piti, postane odvisnih.

Nikoli ne moremo zadosti močno poudariti, da ni znane varne količine popitega alkohola, ki ne bi poškodovala zarodka in dojenčka, zato se nosečnicam in doječim materam priporoča abstinenca. Prav tako se priporoča abstinenca mladoletnim osebam obeh spolov, pacientom, ki jemljejo zdravila, ki imajo interakcijo z alkoholom, osebam, odvisnim od alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, ter pacientom po poškodbah glave, pacientom z epilepsijo, duševno boleznijo, boleznijo jeter, trebušne slinavke, sladkorno boleznijo.

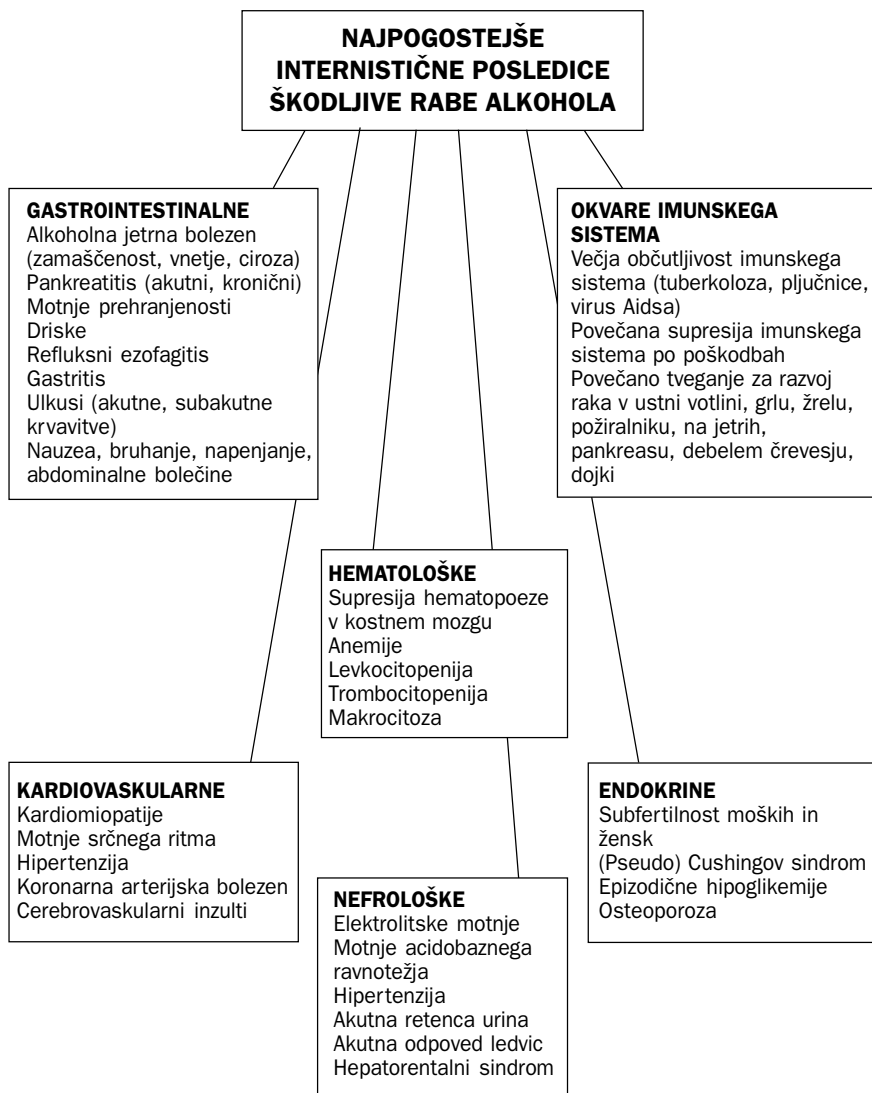
Čeprav posledice škodljive rabe alkohola predstavljajo kar precejšen del našega dela, smo zdravniki za zgodnje odkrivanje posledic škodljive rabe alkohola in odvisnosti praviloma premalo usposobljeni oziroma premalo kritični v presoji njihovega pomena za človeka. Pogosto so prav telesne posledice tiste, ki omogočijo začetek diagnostičnega in motivacijskega postopka za zdravljenje odvisnosti oziroma opustitev škodljive rabe alkohola. Nasprotno pa naše nepoznavanje, negotovost in tabuiziranje teme ali pa podcenjujoč odnos do škodljivih učinkov alkohola na telo lahko zelo podaljša leta pitja alkohola pri pacientu, s tem pa tudi poveča možnost za nastanek ireverzibilnih okvar, ko je možnost za restitucijo kljub abstinenci majhna.

Za pravočasno in učinkovito prepoznavanje bolezenskega dogajanja razvoja škodljive rabe alkohola in odvisnosti od alkohola je pomembno sodelovanje zdravnikov /in drugih zdravstvenih delavcev/ različnih specialnosti, ki se pri svojem delu srečujejo s posledicami škodljive rabe ali odvisnosti od alkohola: zdravnikov splošne medicine, interne medicine, psihiatrije, kirurgije, ginekologije, pediatrije, nevrologije, medicine dela, onkologije, ortopedije ... Ta koncept združevanja posameznih vej medicine z namenom, da se poveča dostopnost in učinkovitost prepoznavanja in zdravljenja vseh odvisnosti, tudi odvisnosti od alkohola, prihaja iz ZDA. Medicina odvisnosti se postopoma uveljavlja tudi v Sloveniji. Tako bo prihodnje leto že III. konferenca o medicini odvisnosti pri nas. Nekje pa se le lahko pohvalimo: smo prva država v Evropi, ki je medicino odvisnosti začela udeležati v praksi. Temelj za učinkovito sodelovanje in delo na področju medicine je izobraževanje zdravnikov različnih specialnosti iz področja odvisnosti. Le tako je možno pričakovati izboljšanje v prepoznavanju in občutljivosti za težave, povezane z uživanjem alkohola. V teku so priprave za izvedbo podiplomskega študija iz medicine odvisnosti na Medicinski fakulteti in ustanovitev Združenja za medicino odvisnosti Slovenije.

Medicina odvisnosti kot medicinska specialnost s pomočjo najnovejših dognanj o odvisnosti kot bolezni možganov lahko veliko doprinese k razgrajevanju negativne stigmatiziranosti vseh odvisnosti, /tudi pri zdravstvenih delavcih/ tudi odvisnosti od alkohola in njenem sprejemanju kot bolezni, s svojimi vzroki, znaki, posledicami in načinom zdravljenja, in s tem pripomore

k izboljšanju našega odnosa do teh pacientov in pravočasnemu vzpodbujanju oz. gradnji motivacije za zdravljenje.

Slika 1: Najpogostejše internistične posledice škodljive rabe alkohola



**Novak-Grubič V, Dernovšek MZ, Žmitek A, Resman J,
Rebolj M, Tavčar R, =Unk I**

Uvod

Bolniki z duševnimi motnjami so pogosto tudi somatsko bolni, kar lahko vpliva na njihovo obravnavo in potek zdravljenja.

Cilj

Ugotoviti prisotnost telesne bolezni na skupini bolnikov, sprejetih v Psihiatrično kliniko - Klinični oddelek za klinično psihiatrijo (KOKP) in Psihiatrično bolnišnico Begunje (PBB), ter ugotoviti dejavnike, ki so povezani s komorbidnostjo telesne bolezni in duševne motnje.

Bolniki in metoda

V naturalistično raziskavo smo vključili 399 bolnikov, ki so bili sprejeti v omenjeni ustanovi v razdobju dveh mesecev I. 1998. Beležili smo sociodemografske podatke ter podatke o duševnih motnjah, telesni bolezni in odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Izraženost bolezenskih znakov smo ocenili z lestvico CGI (Clinical Global Impression), splošno funkcioniranje pa z lestvico GAS (Global Assessment Scale).

Rezultate smo analizirali s pomočjo t in χ^2 testa.

Rezultati in razprava

91 bolnikov (23%) - 55 bolnikov in 36 bolnic - je poleg psihiatrične diagnoze imelo dodatno eno ali dve somatski diagnozi. Šestindvajset bolnikov je imelo nevrološko bolezen, 18 kardiološko, 15 sladkorno bolezen, 8 gastroenterološko, 7 pljučno, 6 maligno, 5 infekcijsko in 6 druge bolezni.

Večina bolnikov s telesno boleznijo (TB) je bila poslanih od splošnih zdravnikov oz. iz drugih klinik (n=57). Kar 50 bolnikov s TB je bilo sprejetih urgentno in 22 zaradi poslabšanja že znane psihiatrične motnje. Na sprejemnih oddelkih so preživeli manj časa kot ostali (5,7 : 9,6 dneva), ker so bili hitreje premeščeni na druge (negovalne - geriatrične) oddelke (n=61), na druge klinike (n=10) ali odpuščeni v domačo oskrbo (n=20). Bolniki s TB so bili povprečno za 8 let starejši, 34 bolnikov (27 moških) je bilo tudi odvisnih od alkohola, 51 pa kadilcev.

Zaključek

Rezultati kažejo, da se v psihiatričnih ustanovah v Sloveniji pogosto zdravijo bolniki, ki so tudi somatsko bolni. Rizična skupina so bili starejši moški bolniki, ki so odvisni od alkohola in/ali kadilci, večinoma pa jih je napotil v bolnišnico splošni zdravnik.

DEPRESIVNO ANKSIOZNE MOTNJE PRI KRONIČNIH TELESNIH BOLEZNIH V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Davorina Petek

IZHODIŠČA

V zadnjem desetletju je opazno povečano zanimanje za obravnavo duševnih motenj v družinski medicini. Daleč najpogosteje, v več kot 70%, gre za depresivno motnjo, anksiozno motnjo ali pa za hkratno prisotnost obeh. Kljub temu je prepoznavanje depresije ob prvem obisku bolnika v splošni ambulanti nizko in dosega komaj 40-50%. Kronične telesne bolezni povečajo tveganje za pojav depresije, vendar je odstotek pojavljanja depresij pri teh bolnikih po raznih študijah zelo različen (8-60%). Težave pri raziskovanju tega področja se pojavljajo zaradi pomanjkanja točne opredelitve telesne bolezni in raznolikosti telesnih bolezni glede na stadij, vrsto zdravljenja, kronične zaplete bolezni, stranske učinke zdravil in podobno. Pri raziskovanju je potrebno upoštevati tudi prekrivanje simptomov, ki se lahko pripisujejo telesni bolezni ali duševni motnji (utrujenost, nespečnost, pomanjkanje apetita). Večja prevalenca depresije je bila ugotovljena pri boleznih srca, možganski kapi, raku, Parkinsonovi bolezni, osteoartrozi, revmatoidnem artritisu, stanjih s kronično bolečino. Pri sladkorni bolezni so nekatere študije potrdile večje pojavljanje depresije, druge pa tega niso dokazale.

METODE

Pri 40 ortopedskih in 39 sladkornih bolnikih, ki so v trimesečnem obdobju obiskali ambulanto zaradi obravnave te bolezni, smo ocenili stopnjo depresije in anksioznosti z uporabo Hamiltonove lestvice za oceno depresije (HAMD) in Hamiltonove lestvice za oceno anksioznosti (HAMA). Za oceno subjektivnega občutka bolezni in kvalitete življenja smo uporabili samoocenjevalni vprašalnik WHO 10 Well Being. Primerjava vzorcev je bila narejena z

Mann Whitneyevim U-testom. Prikazali smo tudi sopojavljanje obeh duševnih motenj v obliki komorbidnosti in hkratne simptomatologije.

REZULTATI

V ortopedski skupini je imelo 20% bolnikov znake blage depresije, 17.5% je izpolnilo kriterije za zmerno do hudo depresijo. V skupini sladkornih bolnikov je imelo 12.8% blago depresijo in nobeden zmerne do hude depresije. V ortopedski skupini je bilo 35% bolnikov blago anksioznih in 32.5% hudo anksioznih, med sladkornimi bolniki pa 30.8% blago anksioznih in 7.7% hudo anksioznih. Rezultati so potrdili statistično značilno večjo prisotnost depresivnosti in anksioznosti v skupini ortopedskih bolnikov ($p < 0.05$). Statistično značilno večje nezadovoljstvo z življenjem je bilo v skupini ortopedskih bolnikov ($p < 0.05$). Podatki o komorbidnosti anksioznosti in depresije govorijo za zelo pogosto sopojavljanje obeh motenj. Pri 27 ortopedskih bolnikih, ki so imeli znake depresije in/ali anksioznosti, se je komorbidnost obeh psihičnih motenj pojavila v 26%, hkratna simptomatologija v 29%, izolirana blaga anksiozna motnja pa v 45%. Pri 16 sladkornih bolnikih z znaki depresije in/ali anksioznosti smo našli hkratno simptomatologijo obeh motenj v 25%, komorbidnosti ni bilo, 6% je imelo znake blage depresivne motnje, 69% pa znake blage anksiozne motnje.

ZAKLJUČEK

Pričujoča študija je poskus prikaza sopojavljanja dveh izbranih telesnih bolezni z najpogostejšimi duševnimi motnjami v splošni ambulanti. Pogostejše depresivno anksiozne motnje pri bolnikih s kronično ortopedsko boleznijo lahko povežemo z bolečino, zmanjšano gibljivostjo, manjšo sposobnostjo za delo in s socialno ekonomskimi težavami kot posledicami telesne bolezni. Seveda pa je sopojavljanje telesne in duševne bolezni lahko tudi slučajno ali pa v smeri duševno- telesno. Vzorec sladkornih bolnikov je nosil značilnosti obravnavanih v splošni ambulanti: 97% je bilo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa II, zdravljenih le z dieto ali z zdravili, brez kroničnih zapletov te bolezni. Predvidevamo lahko tudi, da utečeni pouk bolnikov o značilnostih njihove bolezni ugodno vpliva na občutek boljšega obvladovanja bolezni, čeprav je to dejstvo težko ovrednotiti. Z rezultati primerjave stopnje depresije in anksioznosti se sklada tudi ocena kvalitete življenja, ki kaže večje nezadovoljstvo v skupini ortopedskih bolnikov. Študija je prikazala veliko stopnjo komorbidnosti in hkratne simptomatologije pri ortopedskih bolnikih, saj sta bili obe duševni motnji prisotni pri več kot polovici ortopedskih bolnikov z duševno motnjo. Skupina sladkornih bolnikov s prisotno duševno motnjo je bila za vrednotenje sopojavljanja anksioznosti in depresije premajhna. Družinski

zdravnik se mora zavedati prepletenosti in povezav telesnega in duševnega, posebej, ker je najbolj poklican za ukvarjanje z vsemi pogledi bolnikovega zdravja in vsemi njegovimi boleznimi. Ob zdravljenju telesnih bolezni so duševne motnje velikokrat spregledanem, čeprav vplivajo na potek telesne bolezni in v celoti na kvaliteto bolnikovega življenja.