

Problematika komorbidity u závislých

PhDr. Linda Katona

Psychiatrické oddelenie FNsP Nové Zámky

Problematika komorbidity u závislých pacientov je stále aktuálnou témou. Článok prináša základné poznatky o prevalencii psychopatologických črt u osôb s návykovým správaním, pojednáva o problémoch pri diagnostike, ako aj liečbe komorbidity. Rozpoznanie komorbidity je dôležité, nakoľko ovplyvňuje výber efektívnych liečebných intervencií, ktoré často zahŕňajú farmakologické, psychologické i sociálne postupy.

Kľúčové slová: závislosť, komorbidita, liečba.

The issue of comorbidity among substance abusers

The issue of comorbidity among substance abusers is still current. This article informs about the prevalence of psychopathology, diagnostic problems and treatment of comorbidity. Recognizing comorbidity is very necessary for effective choice of interventions which include pharmacological, psychological and social approaches.

Key words: drug dependence, comorbidity, treatment.

Psychiatr. prax; 2013; 14(3): 142–144

Úvod

V oblasti adiktológie je téma psychiatrickej komorbidity pomerne častá a dosť náročná. Je veľmi potrebné venovať jej zvýšenú pozornosť, nakoľko zanedbaná diagnostika, keď napríklad lekár nie je dostatočne citlivý na rozpoznanie depresívnych stavov u závislého jednotlivca, môže viesť k neefektívnej liečbe a môže priamo poškodiť pacienta. Taktiež zle určená etiológia, keď nie je rozpoznané, že napr. na primárnu depresívnu poruchu sekundárne nadväzuje závislosť od alkoholu, vedie k neadekvátnej liečbe, ktorá môže mať za následok aj neúspech, či stratu motivácie pacienta.

Vymedzenie pojmu komorbidita

V odbornej literatúre dodnes nie je vymedzenie pojmu komorbidita jednotné a ustálené. Často sa zamieňajú pojmy komorbidita a duálna diagnóza. Svetová zdravotnícka organizácia definovala komorbiditu ako súčasný výskyt poruchy spojenej s užívaním drog a ďalšej psychiatrickej poruchy u toho istého jednotlivca. Niekedy sa tento termín chápe ako spoločný výskyt dvoch diagnostikovateľných psychických porúch spojených s užívaním drog, teda polymorfné užívanie, v rámci diagnóz zo skupiny F10 až F18 (14).

Z hľadiska etiológie možno rozlišovať dve skupiny komorbidných užívateľov drog (14, 13, 8). V prvej skupine vedie ku vzniku návykového ochorenia duševná porucha. V tomto prípade sa návykové ochorenie objavuje u jedinca, ktorý predtým trpel inou duševnou chorobou. Výskyt závislosti je u duševne chorých jedincov vyšší ako v bežnej populácii. Ide o tzv. „model

automedikácie“, keď osoba užíva návykovú látku za účelom zmiernenia psychických problémov. Pri druhej skupine komorbidných užívateľov drog možno hovoriť o skutočnosti, keď návykové ochorenie vedie k vzniku duševnej poruchy. V tomto prípade sa duševné ochorenie manifestovalo u jedinca, ktorý návykovú látku už užíval alebo bol na nej závislý. Napríklad, dlhodobé užívanie metamfetamínov môže viesť k organickým poškodeniam mozgu so sprievodnými kognitívnymi deficitmi.

Pri zisťovaní komorbidity treba počítať aj s tým, že duševné poruchy môžu byť bezprostredne zapríčinené užitím návykovej látky. Psychopatologické symptómy sa môžu vyskytovať pri protražovanom abstinenčnom syndróme alebo môžu byť reakciou na psychosociálne zmeny podmienené závislosťou. Užívanie návykovej látky môže predstavovať spôsob zvládania psychopatologických symptómov (tzv. samoliečba) alebo závislosť a duševná porucha môžu byť spôsobené spoločným tretím faktorom (16). Pri pacientoch so závislosťou by sme mohli hovoriť aj o polymorbidite, keďže u nich často pozorujeme rôzne somatické ochorenia ako je napr. alkoholická choroba pečene či vírus hepatitídy C (HCV) u drogových užívateľov. Taktiež sú u nich narušené sociálne vzťahy v zmysle rodinných problémov, vzniku nezamestnanosti, trestnej činnosti alebo bezdomovectva (18).

Prevalencia psychiatrickej komorbidity u závislých jedincov

Z hľadiska výskytu psychiatrickej komorbidity u osôb s diagnostikovanou závislosťou sa v odbornej literatúre stretávame s odlišnými

údajmi, ktoré môžu naznačovať potrebu štruktúrovanejších štúdií s presne definovanými charakteristikami vzoriek a nástrojmi hodnotenia. Najčastejšie psychiatrické diagnózy vyskytujúce sa pri závislostiach sú poruchy osobnosti, depresie, ale aj poruchy z okruhu schizofrénie (5, 10). Okrem spomenutých diagnóz sa u závislých možno stretnúť aj s vyšším výskytom úzkostných porúch, sociálnej fóbie a posttraumatickej stresovej poruchy (2, 3).

U žien vo väčšej miere možno pozorovať po pri závislosti aj poruchy príjmu potravy. U mužov sa často objavuje disociálna porucha osobnosti, pričom násilné alebo inak bezohľadné konanie neraz predchádza vzniku návykového ochorenia. Závislí muži sú viac ohrození aj patologickým hráčstvom (13).

V štúdií, kde boli porovnávané skupiny drogových závislých a osôb závislých od alkoholu, poukazujú výsledky na výskyt ťažkej depresie u 27 % pacientov, prevalencia miernej depresie bola u 40 % a 19 % probandov vykazovalo anxiózne symptómy ťažkého stupňa. Výskyt schizofrénie (3 %) a psychózy (5 %) bol tiež detekovaný (21).

Z hľadiska veku sa uvádza, že u mladších závislých sa vyskytuje komorbidita v oveľa vyššej miere ako u starších závislých jedincov.

Súčasná liečba závislých od alkoholu so súčasnou afektívnou poruchou (depresiou či bipolárnou poruchou) poukazuje na gender odlišnosti. Pacienti s duálnou diagnózou absolvovali 4-týždňovú liečbu a po dvoch rokoch bola u nich zistená nižšia hladina depresie, úzkosti a cravingu. Uvedené faktory sa vyskytujú vo vyššej miere u žien v porovnaní s mužmi (9).

V protiklade s týmito zisteniami je štúdia, v ktorej zistili u chlapcov v adolescencii vyšší výskyt depresívnej symptomatiky ako u dievčat. Autori vysvetľujú toto zistenie trvaním a priebehom závislého správania. Depresívne dievčatá začínú užívať alkohol vo vyššom veku ako chlapci alebo sa u dievčat depresívna komorbidity objaví neskôr ako u chlapcov (12).

Zisťoval sa aj vzťah medzi dosiahnutím remisie a výskytom depresie. Autori štúdie (4) zistili pokles depresívnej symptomatiky až u 88 % závislých pacientov, ktorí sa v priebehu roka liečili okrem svojej závislosti aj na diagnózu depresie. Možno skonštatovať, že abstinencia vedie k redukcii depresívnych a úzkostných stavov, na druhej strane však výskyt psychiatrickej diagnózy popri závislosti predikuje menej efektívnu liečbu závislosti, s častými relapsami. Kvalitná a komplexná liečba síce znižuje riziká vzniknuté vďaka komorbidite, ale aj napriek tomu závislí jedinci s preukázanou depresiou, resp. úzkosťou v porovnaní s pacientmi bez komorbidity vykazujú horšie výsledky. U závislých od alkoholu bola aj po ukončení liečby vyššia miera výskytu somatických ochorení a menší pokrok týkajúci sa redukcie pitia (7).

U závislých osôb môže byť pridružená depresívna porucha príčinou recidívy pitia, dôvodom k suicidálnemu konaniu, či dôvodom k psychiatrickej hospitalizácii aj u abstinujúceho závislého. Závislí pacienti s depresívnou poruchou abstinujú v porovnaní so skupinou závislých bez duálnej diagnózy o niečo dlhšie, lepšie spolupracujú v doliečovaní a vykazujú signifikantne vyšší priemerný počet riadne ukončených liečení (17).

U osôb s návykovým správaním možno pozorovať aj vyšší výskyt porúch osobnosti v porovnaní s bežnou populáciou, v priemere o 10 – 15 % (19). Naproti tomu v inom výskume (20), ktorý skúmal 100 účastníkov, bola prevalenca omnoho vyššia, a to v rozmedzí 34 – 73 %. Poruchy osobnosti sa zistili u 37 % užívateľov drog a u 53 % závislých od alkoholu (6).

U závislých osôb sa najčastejšie vyskytuje hraničná a antisociálna porucha osobnosti (15). Pri hraničnej poruche osobnosti je v popredí okrem iného aj egocentrizmus, tendencia k manipulatívne správaniu, zvýšená impulzivita, intenzívnejšie reagovanie na stresové podnety. Používanie návykových látok môže prechodne zmierňovať nepriaznivé subjektívne psychické prežívanie, v konečnom dôsledku však zhoršuje adaptáciu a znižuje frustračnú toleranciu, čím sa vytvára bludný kruh, v ktorom sa stupňuje užívanie návykových látok.

Vzhľadom na výskyt porúch osobnosti (11) sa u užívateľov heroínu v porovnaní s alkoholikmi zistilo viac asociálnych rysov, zatiaľ čo užívatelia benzodiazepínov vykazovali viac rysov hraničnej poruchy osobnosti. Závislí od opiátov sú menej spoločenski, v menšej miere vyjadrujú svoje city vo vzťahu k druhým a sú viac egocentrickí. Užívatelia benzodiazepínov a amfetamínov dosiahli vyššie skóre v oblasti sebaapresadenia sa v porovnaní s alkoholikmi a užívateľmi opiátov. Autori dodávajú, že všetky skupiny závislých vykazovali menšiu zrelosť osobnosti a viac psychických porúch ako zdravá populácia.

Diagnostické problémy pri zisťovaní psychiatrickej komorbidity a liečba

Stanovenie správnej diagnózy na základe jedného vyšetrenia je veľmi náročné a niekedy prakticky nemožné. Napr. pri stanovení depresie u závislých by mal pacient abstinovalť aspoň mesiac, nakoľko depresia môže byť vyvolaná abstinenciou, telesnými komplikáciami alebo psychosociálnym stresom.

Pri diagnostikovaní treba brať do úvahy aj genderové rozdiely a neraz aj okolnosti týkajúce sa pocitov hanby za svoju diagnózu, pričom u žien sa možno stretnúť vo všeobecnosti s väčšou tendenciou zakrývať svoju závislosť a často prezentujú len svoje duševné ťažkosti (13).

Pre úspešné vykonanie diagnostiky a následné stanovenie efektívneho liečebného plánu sa uvádzajú (14) nasledovné požiadavky. V prvom rade je potrebné kvalitne previesť komplexné psychologické vyšetrenie s dôrazom na osobnosť a výkonové schopnosti. Treba zhodnotiť sociálne a sociálno-právne aspekty stavu a situácie pacienta, prínosné môžu byť validné informácie o živote pacienta, o vplyve jeho sociálnej a rodinnej situácie na jeho problémy. Ďalej je nutné kontrolovať užívanie návykových látok (kontrola obdobia abstinencie), mať prehľad o časovom odstupe, napr. od poslednej intoxikácie. Prínosom je detailné poznanie anamnestických údajov a priebehu ochorenia, zoznámenie sa s predchádzajúcou zdravotnou dokumentáciou, zabezpečenie štandardného toxikologického, biochemického vyšetrenia, ako aj dôsledné vyšetrenie telesného stavu pacienta. V neposlednom rade je potrebná spolupráca a ochota pacienta, bez ktorej nie je možné zistiť presný popis údajov.

Liečba komorbidity

Čo sa týka konkrétnej liečby komorbidity, možno spomenúť tri základné modely (1):

Prvým modelom je sekvenčná alebo postupná liečba, kde sa psychiatrické poruchy a závislosť liečia postupne a medzi jednotlivými službami nie je dostatočná komunikácia. Primárnym cieľom je zameranie sa na najzávažnejšie problémy a až po ich ukončení je liečba zameraná na ďalšie ťažkosti. V tomto prípade sa môže stať, že pacienti prechádzajú od jednej služby k druhej a ani jedna nedokáže v plnom rozsahu uspokojiť ich potreby.

Liečba, pri ktorej sa dva odlišné typy porúch liečia zároveň, sa nazýva paralelná liečba. Integrovanú liečbu zabezpečuje psychiatrická nemocnica alebo zariadenie na liečbu závislosti. Súčasťou liečby sú motivačné a behaviorálne intervencie, predchádzanie recidívam a sociálne prístupy.

Treba myslieť na to, že liečba pacienta s komorbiditou kladie nároky na interdisciplinárnu spoluprácu. Dôležitá je komunikácia, flexibilita a kooperácia medzi lekármi, psychológmi, sociálnymi a inými pracovníkmi. Zvýšenú pozornosť treba v komplexnej liečbe venovať aj prevencii suicidálneho konania (13).

Záver

Naším cieľom bolo poukázať na potrebu detekcie komorbidity u závislých osôb, vďaka ktorej im môžeme poskytnúť kvalitnejšiu terapiu a byť nápomocní v abstinencii a pri celkovom zlepšení psychického stavu a kvality ich života. Nesmieme však zabudnúť, že komplexná liečba pacientov s komorbiditou je dlhodobá, časovo náročná a neraz spojená s recidívou, na čo je potrebné upozorniť samotného pacienta ako aj jeho rodinu.

Literatúra

1. Abdulrahim D. Substance Misuse and Mental Health Co-Morbidity (Dual Diagnosis) *Standards for mental health services*. The Health Advisory Service; Lontoo, 2001.
2. Adamson SJ, Todd FC, Sellman JD, Huriwai T, Porter J. Co-existing psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006; 40: 164–170.
3. Adamson SJ, Sellman JD, Robertson PJ. Social phobia in an outpatient alcohol and drug treatment sample. *Journal of Psychiatry*, 2008; 42(2): 134–140.
4. Agosti V, Levin FR. The effects of alcohol and drug dependence on the course of depression. *The American Journal on Addictions*, 2006; 15: 71–75.
5. Bischof G, Rumpf JJ, Meyer C, Hapke U, John U. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 2005; 100: 405–413.

6. Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, et al. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 2004; 99: 1306–1314.
7. Burns L, Teesson M, O'Neil K. The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*, 2005; 100: 787–796.
8. Demetrovics Zs. Co-morbidity of drug addiction: An analysis of epidemiological data and possible etiological models. *Addiction Research and Theory*, 2009; 17(4): 420–431.
9. Farren CK, Snee L, McElroy S. Gender Differences in Outcome at 2-Year Follow-Up of Treated Bipolar and Depressed Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2011; 72(5): 872–880.
10. Franken IHA, Hendriks VM. Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients. *The American Journal on Addictions*, 2001; 10: 30–39.
11. Gerdner A, Nordlander T, Pedersen T. Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance use and misuse*, 2002; 37(1): 1–18.
12. Ilomäki R, Sodervall J, Ilomäki E., Hakko H, Räsänen P. Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: A comorbidity study of substance dependence and mental disorders. *Eur Addict Res*, 2008; 14: 161–168.
13. Kalina K, et al. *Drogy a drogové závislosti. Díl 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
14. Kalina K, a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008.
15. Kolibáč E, Novotný V. *Alkohol, drogy, závislosti. Psychické poruchy spojené s užíváním návykových látek*. Univerzita Komenského Bratislava, 2007.
16. Lindenmeyer J. *Závislosť od alkoholu. Pokroky v psychotherapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009.
17. Martinove M, Bodo B. Je opodstatnená liečba depresívnych porúch aj u závislých? *Psychiatria pre prax*, 2004; 4: 199–201.
18. *Národné monitorovacie centrum pre drogy. Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej Republike*. Bratislava, Komprint spol.s.r.o, 2004.
19. Torgersen S, Krínglen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58: 590–596.
20. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 2001; 16: 274–282.
21. Weaver T, Madden P, Charles V, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 2003; 183: 304–313.

PhDr. Linda Katona

Psychiatrické oddelenie
FNsP Nové Zámky
Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky
turcekova@centrum.sk

