emcdda.europa.eu

Co-morbidity

EMCDDA 2004 selected issue

In *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Vybraná otázka 3

Komorbidita

Úvod

Spoločný výskyt psychiatrického ochorenia a porúch spôsobených užívaním drog, spoločne označovaných ako komorbidita alebo dvojitá diagnóza, nie je novým javom. V posledných rokoch je však táto otázka čoraz častejšie predmetom politických aj odborných diskusií, pretože je zjavné, že sa týka mnohých ľudí, ktorých počet pravdepodobne stále rastie. Táto kapitola je venovaná existencii psychiatrických porúch a porúch osobnosti spojenej s užívaním nelegálnych drog. Často by bolo vlastne vhodné hovoriť o multimorbidite, keďže postihnutí jedinci často trpia aj somatickými chorobami, napr. infekciou vírusom imunitnej nedostatočnosti (HIV) alebo vírusom hepatitídy C a narušenými sociálnymi vzťahmi, ako sú rodinné problémy, nezamestnanosť, väznenie alebo bezdomovstvo. Sociálne programy ani programy na liečbu závislostí od drog zväčša nebývajú dostatočne vybavené na riešenie diagnostických a terapeutických potrieb tejto skupiny klientov a komplexné problémy klienta buď neberú do úvahy, alebo nie sú schopné ich riešiť. Výsledkom často býva situácia „otáčavých dverí" – osoby naliehavo potrebujúce pomoc posiela jedna služba k druhej, pričom ich situácia sa neprestajne zhoršuje.

Upozorňujeme, že špecifický vzťah medzi užívaním kanabisu a psychiatrickými poruchami sa podrobnejšie skúma v časti „vybrané otázky o kanabise" (s. 82).

Definícia

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje komorbiditu alebo dvojitú diagnózu ako „spoločný výskyt poruchy spojenej s užívaním psychoaktívnej látky a inej psychiatrickej poruchy" (WHO, 1995). Podľa Úradu OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC) je osobou s dvojitou diagnózou „osoba, u ktorej sa diagnostikoval problém zneužívania alkoholu alebo drog popri inej, obyčajne psychiatrickej diagnóze, ako je porucha nálady, schizofrénia" (UNODCCP, 2000). Inými slovami, komorbidita v tomto kontexte znamená existenciu dvoch alebo viacerých psychiatrických porúch alebo porúch osobnosti v rovnakom čase, z ktorých jedna predstavuje problémové užívanie látok.

Etiológia

Určovanie etiológie komorbidity pripomína diskusiu o sliepke a vajci – čo bolo skôr? Doterajší výskum o kauzálnom vzťahu medzi psychiatrickými poruchami a poruchami spojenými s užívaním drog nepriniesol jednoznačné závery. Medzi symptómami duševnej poruchy a problémami spojenými so závislosťou prebiehajú interakcie a navzájom sa ovplyvňujú.

Výsledky výskumu naznačujú, že psychiatrické poruchy a poruchy osobnosti obyčajne predchádzajú poruchám spojeným s užívaním drog, t. j. že zvyšujú náchylnosť jedincov k takýmto problémom (napr. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); užívanie drog však môže vystupňovať aj psychiatrické problémy (napr. pri depresii: McIntosh a Ritson, 2001) alebo môže existovať popri nich.

Užívanie drog možno vnímať aj ako komponent alebo symptóm psychiatrickej poruchy alebo poruchy osobnosti a ako snahu o samoliečbu (napr. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Skutočnosť, že droga zmierňuje znepokojujúce symptómy, podporuje vznik závislosti. Keď sa raz preruší užívanie drogy, napríklad prostredníctvom detoxifikačnej alebo substitučnej liečby, symptómy sa môžu vrátiť. Akútne psychózy navodené drogami sa vyskytujú najmä u užívateľov kokaínu, amfetamínov a halucinogénov a obyčajne ustúpia pomerne rýchlo. Niekedy však môže byť veľmi ťažké odlíšiť symptómy súvisiace s intoxikáciou drogami od psychotických epizód nesúvisiacich s drogou.

Krausz (1996) navrhuje štyri kategórie dvojitých diagnóz:

- primárna diagnóza duševnej choroby s následnou (dvojitou) diagnózou zneužívania drog, ktorá negatívne vplýva na duševné zdravie;
- primárna diagnóza drogovej závislosti s psychiatrickými komplikáciami vedúcimi k duševnej chorobe;
- súbežne existujúce diagnózy zneužívania drog a psychiatrických porúch;
- dvojitá diagnóza zneužívania drog a porúch nálady, z ktorých obidve vyplývajú z traumatického zážitku, napríklad post-traumatická stresová porucha.

Podobne aj švédska národná správa rozlišuje medzi psychiatrickými pacientmi trpiacimi komorbiditou a drogovo závislými klientmi s poruchami osobnosti, ktoré sa zhoršujú pod vplyvom užívania drog a nie vždy sú riadne diagnostikované.

Morel (1999) rozlišuje nešpecifické psychiatrické poruchy vyskytujúce sa u drogovo závislých od komplikácií špecificky spojených s užívaním drog. Medzi poruchy často sa vyskytujúce u užívateľov drog patria:

- anxiózne-depresívne poruchy;
- poruchy spánku vyplývajúce z depresie, úzkostnej poruchy alebo psychózy;
- agresívne a násilné správanie sa svedčiace o antisociálnych, psychopatických, schizofrenických alebo paranoidných poruchách osobnosti.

Medzi problémy špecificky spojené s užívaním drog patria:

- farmakopsychózy navodené halucinogénnymi drogami alebo amfetamínmi;
- syndrómy so zmätenosťou.

Novšie neuropsychologické a neurobiologické štúdie a nástup techník umožňujúcich vizualizáciu mozgových procesov umožnili vysloviť hypotézu o interakciách medzi mentálnou a fyzickou traumou, vývinom mozgu, účinkami drog, stresom a duševným vývinom. Pri vzniku závislosti má zásadný význam systém odmeny a závislosť je prepojená so štrukturálnymi zmenami a adaptáciou mozgu na mikro aj makro úrovni (Nestrel, 2001).

Iné teórie prepájajú konkrétne drogy s konkrétnymi duševnými poruchami. Bol napríklad vyslovený predpoklad, že heroín by mohol znížiť stres, zmierňovať bolesť a odstrániť výhražné hlasy u schizofrenických a hranične schizofrenických pacientov; pacienti s vážnymi duševnými chorobami však heroín neužívajú. Hovorí sa, že kokaín by mohol zmieniť depresívne stavy, umožniť behaviorálnu dezinhibíciu a narcistickým osobnostiam by mohol umožniť „vyhrať" grandiozitu. Kanabis by mohol uvoľniť napätie a extáza zmierniť sociálne zábrany (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Írska národná správa 2002 špecificky skúmala depresiu u užívateľov drog na základe výsledkov viacerých štúdií a dospela k záveru, že existuje silné prepojenie medzi problémovým užívaním drog, najmä opiátov a benzodiazepínov a vysokým výskytom depresií. Nemecký výskum vzťahu medzi látkovou poruchou, depresiou a samovraždou uzatvára, že riziko samovraždy sa u osôb s depresívnou poruchou veľmi zvyšuje (Bronisch a Wittchen, 1998). Je možné, že niektorí jedinci trpiaci depresiou môžu v rámci samoliečby užívať opiáty a benzodiazepíny: klienti terapeutických programov majú nižšie skóre depresie ako klienti nízkoprahových služieb (Rooney et al., 1999) alebo ako na začiatku liečby (McIntosh a Ritson, 2001).

V jednom nórskom prieskume (n = 2 359) sa zistilo, že vysoké percento užívateľov drog malo v detstve a mladosti vážne rodinné problémy. Sedemdesiat percent malo problémy s učením a so správaním sa v škole, 38 % bolo obeťou šikanovania a 21 % sa v detskom a adolescentnom veku podrobilo psychiatrickej liečbe (Lauritzen et al., 1997). Užívateľky drog s psychiatrickou komorbiditou boli často obeťami traumatického sexuálneho zneužívania (napr. Beutel, 1999).

Diagnóza

Zisťovanie psychiatrických porúch a porúch osobnosti nebýva automaticky súčasťou štandardných diagnostických procedúr uskutočňovaných na začiatku liečby v programoch na liečbu drogových závislostí. S výnimkou niektorých zvlášť osvietených a/alebo špecializovaných služieb sa v zariadeniach na liečbu drogových závislostí len zriedkakedy skúmajú duševné symptómy a poruchy.

Každopádne platí, že komorbidita sa notoricky ťažko diagnostikuje. Drogová závislosť a ňou zapríčinené poruchy správania často dominujú v klinickom obraze a maskujú psychiatrické symptómy. Zneužívanie drog môže spôsobovať aj psychiatrické symptómy, ktoré sú sotva odlíšiteľné od symptómov psychiatrických porúch (Berthel, 2003), pričom prakticky všetky takéto poruchy môžu napodobňovať aj abstinenčné príznaky alebo akútnu intoxikáciu (Liappas, 2001). Depresiu a úzkosť možno navyše považovať za neodmysliteľné symptómy intoxikačno-abstinenčného cyklu; symptómy, ktoré drogy zmierňovali, sa môžu počas abstinencie alebo substitučnej liečby znova prejaviť.

Vďaka metodologickému pokroku sa zlepšila aj diagnostika psychiatrických porúch a porúch spojených s užívaním drog. Dnes je k dispozícii široká škála štandardizovaných a validovaných nástrojov na meranie psychiatrických symptómov a porúch osobnosti, ako aj rôzne nástroje na hodnotenie vzorcov užívania drog a závislosti. Index sily závislosti (Addiction Severity Index (ASI)) je multifunkčným nástrojom, ktorý možno použiť pri diagnóze, plánovaní liečby a následnom sledovaní a výskume. Výhodou ASI je, že je multidimenzionálny a meria minulé aj súčasné problémy v siedmich oblastiach: zdravotný stav, zamestnanosť a schopnosť postarať sa o seba, užívanie alkoholu, užívanie drog, právny štatút,

rodinné a sociálne vzťahy a psychiatrické symptómy (Krausz, 1999a; Öjehagen a Schaar, 2003). Je štandardizovaný a bol preložený z angličtiny do väčšiny európskych jazykov (EuroASI) ([172]). Inštitút Trimbos vyvinul a otestoval protokoly na diagnostiku a liečbu závislých klientov s poruchami pozornosti/hyperaktívnou poruchou (ADHD) (Eland a Van de Glint, 2001).

Prevalencia

Na meranie prevalencie psychiatrických porúch a porúch osobnosti, ako aj vzorcov užívania drog vo všeobecnej populácii a medzi psychiatrickými pacientmi a užívateľmi drog v liečebných centrách aj mimo nich sa uskutočnil rad štúdií. Ich výsledky sa značne rozchádzajú pokiaľ ide o číselné údaje aj o diagnózy a závisia od dostupnosti a výberu populácie, metód výberu vzorky, diagnostických zručností a spôsobilosti, validity a spoľahlivosti použitých diagnostických nástrojov a času konania výskumu.

Uchtenhagen a Zeiglgänsberger (2000) v prehľade jednotlivých štúdií dospeli k záveru, že najbežnejšou psychiatrickou diagnózou užívateľov drog je porucha osobnosti postihujúca 50 – 90 % osôb, po ktorej nasleduje afektívna porucha (20 – 60 %) a psychotické poruchy (20 %). 10 % až 50 % pacientov vykazuje viac ako jednu psychiatrickú poruchu alebo poruchu osobnosti pridruženú k užívaniu drog.

V prehľade medzinárodných štúdií psychopatológie drogovo závislých subjektov Fridell (1991, 1996) načrtol klinický obraz komorbidity pri drogovej závislosti, ktorý potvrdil vlastným výskumom vo švédskom Lunde. Identifikovali sa tri hlavné skupiny porúch: poruchy osobnosti (65 – 85 %), depresívne a úzkostné stavy (30 – 50 %) a psychózy (15 %). Verheul (2001) vo svojom prehľade šiestich štúdií liečených drogovo závislých osôb zistil výraznú prevalenciu antisociálnych (23 %), hraničných (18 %) a paranoidných (10 %) porúch osobnosti.

Podľa mnohých odborníkov na drogovú problematiku prevalencia drogovej závislosti v kombinácii s duševnými poruchami stúpa; iní zasa tvrdia, že to je skôr výsledok väčšej pozornosti venovanej tejto otázke a/alebo zmien v diagnostike a klasifikácii psychiatrických ochorení a/alebo reštrukturalizácie systémov zdravotníckej starostlivosti. Podľa fínskej Evidencie prepustených pacientov sa počet liečení pre problémy súvisiace s drogami v spojitosti s inými problémami duševného zdravia zvýšil zo 441 v roku 1987 na 2 130 v roku 2001. Počet liečení pre užívanie opiátov v kombinácii s psychiatrickými poruchami sa od roku 1996 strojnásobil. Zodpovedá to nárastu užívania drog, hoci priama kauzalita sa nenaznačuje. V Írsku sa počet užívateľov drog po prvý raz prijatých do ústavnej psychiatrickej starostlivosti zvýšil v rokoch 1990 až 2001 takmer na štvornásobok.

Španielska národná správa uvádza, že pozorovaný nárast komorbidity by mohol súvisieť so zvýšením závislosti na psychostimulantoch.

Prevalencia komorbidity v liečebnom prostredí

Tabuľka 7 uvádza podrobné údaje z niekoľkých štúdií komorbidity v rôznych liečebných protidrogových a psychiatrických prostrediach v členských štátoch podľa informácií z národných správ. Údaje o poruchách súvisiacich s užívaním drog v psychiatrických prostrediach nie sú tak ľahko dostupné ako údaje o psychiatrických poruchách v zariadeniach na liečbu drogových závislostí. Hoci štúdie prezentované v tomto prehľade nie sú navzájom porovnateľné, podávajú istý obraz o situácii v krajinách EÚ. Medzi skúmanými populáciami, vybranými diagnostickými kritériami, použitými nástrojmi a časom diagnostiky existujú značné rozdiely. Z vyššie uvedených dôvodov je pravdepodobné, že v mnohých prípadoch diagnóza zostane nezistená.

Porovnávacia štúdia uskutočnená v Grécku a Francúzsku zistila, že hoci celkový výskyt psychopatológie u liečených užívateľov opiátov bol v obidvoch krajinách pomerne podobný, psychopatologické vzorce boli odlišné: prevalencia afektívnych porúch bola vyššia u francúzskych než u gréckych užívateľov drog (19 % oproti 7 %), zatiaľ čo v gréckej vzorke prevládali (20 % oproti 7 %) antisociálne vzorce osobnosti. Autori tieto rozdiely pripisovali nižšej prevalencii užívania drog v Grécku: „čím nižšia je miera sociálne neprijateľného správania sa, tým väčšia je pravdepodobnosť, že sa vyskytuje u sociálne deviantných osôb“ (Kokkevi a Facy, 1995).

Nórska štúdia skúmala rodové rozdiely medzi osobami zneužívajúcimi viacero drog súčasne (z ktorých 85 % užívalo heroín) a čistými alkoholikmi. Vzorka zahŕňala veľmi vysoké percento subjektov s psychiatrickými poruchami a poruchami osobnosti (93 %). U žien sa celkovo zistil podstatne vyšší výskyt vážnych depresií, jednoduchých fóbií a hraničných porúch osobnosti ako u mužov. Spoločný výskyt antisociálnej poruchy osobnosti bol najvyšší u osôb mužského pohlavia zneužívajúcich viacero drog (Landheim et al., 2003).

Prevalencia – väznice a nariadená liečba

Osobitnú pozornosť si zasluhuje väzenská populácia. Prevalencia psychiatrických porúch je rovnako ako

([172]) Pozri Banku hodnotiacich nástrojov EMSDDZ (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabuľka 7: Prevalencia komorbidity v liečebných prostrediach v rôznych krajinách EÚ

Krajina	Prostredie	Populácia	*n*	Prevalencia komorbidity (%)	Diagnózy	Zdroj
Belgicko	Psychiatrická nemocnica	Počet príjmov pre drogové problémy (1996 – 99)	18 920	86	Schizoidné, paranoidné, schizotypálne: 86 % Depresia: 50 % Poruchy osobnosti: 43 %	Databáza minimálnych psychiatrických údajov (1)
Česká republika	Terapeutické komunity	Lôžkoví klienti (2001 – 2002)	200	35	Poruchy osobnosti: 14 % Depresia: 7 % Neurotické poruchy: 6 % Poruchy jedenia: 5 %	Česká národná správa (1)
Nemecko	Liečebné centrá	Osoby závislé od opiátov	272	55	Stresom podmienené a somatoformné poruchy: 43 % – Afektívne poruchy: 32 % Fóbie: 32 % Depresívne epizódy: 16 %	Krausz (1999 b) (1)
Grécko	Väzenia a programy pre liečbu závislostí od drog	Muži závislí od opioidov	176	86	Úzkosť: 32 % Afektívne poruchy: 25 % Schizofrénia: 6 %	Kokkevi and Stefanis (1995) (1)
Španielsko	Metadónový program	Osoby závislé od opiátov	150	n.a.	Borderline: 7 % Antisociálna porucha: 6 % Sociálna fóbia: 6 % Depresia: 5 %	Španielska národná správa (1)
Francúzsko	Metadónový program	Osoby závislé od opiátov	3 936	n.a.	Úzkosť: 4 % Depresia: 3 % Poruchy správania sa: 3 % Poruchy jedenia: 2 %	Facy (1999) (1)
Írsko	Ústavné psychiatrické služby	Prvý príjem s diagnózou drogovej závislosti (1996 – 2001)	1 874	26	Depresia: 21 % Schizofrénia a iné psychózy: 11 % Poruchy osobnosti: 19 %	Národný systém vykazovania pacientov v ústavnej starostlivosti (1)
Taliansko	Služby duševného zdravia	Celoživotní užívatelia drog	58	> 22	Poruchy nálady: 22 % Úzkosť: 21 % Schizofrénia: 16 %	Siliquini et al. (2002) (1)
Luxembursko	Špecializované programy pre liečbu závislostí od drog	Pacienti, ktorí už boli v kontakte s psychiatrickými službami okrem detoxifikácie (1996 – 2002)	380	32	n.a.	AST/RELIS (2002) (1)
Holandsko	Holandská populácia	Osoby závislé od drog vo veku 18 – 64 rokov (1996)	n.a.	n.a.	Depresia: 29 % Sociálna fóbia: 29 % Bipolárna porucha: 24 % Dystýmia: 22 %	Ravelli et al. (1998) (1)
Rakúsko	Rôzne programy pre liečbu závislostí od drog (prehľad)	Drogoví klienti	n.a.	41 – 96	Poruchy osobnosti, antisociálne poruchy, borderline, narcizmus	Rakúska národná správa (1)
Portugalsko	Liečebné stredisko CAT (kognitívna analytická terapia) v Xabregas	Drogoví klienti	596	> 73	Obsesívno-kompulzívna porucha: 73 % Depresia: 72 % Somatizácia: 60 % Paranoidná ideácia: 58 %	Portugalská národná správa (1)
Fínsko	Nemocnice	Obdobia hospitalizácie súvisiace s drogami (2002)	2 180	29	Paranoidná ideácia: 58 % Psychotické poruchy: 32 % Poruchy nálady: 22 % Neurotické poruchy: 10 % Poruchy osobnosti: 29 %	Register pacientov prepustených z nemocnice
Švédsko	Univerzitná nemocnica, Lund	Pacienti na (detoxifikačnom) oddelení (1977 – 95)	1 052	83	Antisociálna porucha: 23 % Akákoľvek psychóza: 14 % Depresívna porucha: 11 %	Fridell (1996) (1)
Spojené kráľovstvo	Komunitné a lôžkové služby pre liečbu závislostí	Pacienti závislí od drog, 90 % závislých od opiátov	1 075	> 33	Psychoticizmus Úzkosť Depresia Paranoja	Marsden et al. (2000) (1)

Poznámka: Údaje v tejto tabuľke odkazujú na rôzne časové obdobia (napr. počas celého života alebo diagnózy v minulom roku).
n.a. = údaje nie sú k dispozícii
(1) Viac informácií o tejto štúdii nájdete v on-line verzii výročnej správy v tabuľke 12 OL: tabuľky komorbidity v jednotlivých krajinách.

prevalencia užívania drog oveľa vyššia vo väzenskej populácii ako vo všeobecnej populácii. Podľa írskych údajov trpí 48 % väzňov a 75 % väzenkýň duševnými poruchami a celoživotné skúsenosti s užívaním drog udáva 72 % mužov a 83 % žien vo väzeniach (Hannon et al., 2000). V roku 1999 trpelo psychiatrickými problémami 23 % problémových užívateľov drog zadržiavaných vo viedenskom stredisku policajného zachytenia (Dialog, 2000). Miera recidív u užívateľov drog, ktorí si odpykali trest odňatia slobody, je vysoká a čoraz viac sa začína uznávať, že väznenie môže prispieť k zhoršeniu problémov duševného zdravia. Situácia je ešte dramatickejšia vo väzeniach na výkon dlhodobých trestov a so zvýšenou ostrahou.

Vo Švédsku sa zistilo, že 72 % až 84 % dospelých podrobených povinnej protidrogovej liečbe trpí okrem zneužívania drog aj psychiatrickými problémami (Gerdner, 2004). Zo 46 dievčat závislých na omamných látkach umiestnených do povinnej starostlivosti o deti a mládež mali dve tretiny psychiatrické diagnózy alebo poruchy osobnosti (Jansson a Fridell, 2003).

Prekážky liečby komorbidity

Jednou z hlavných prekážok diagnózy a liečby komorbidity je skutočnosť, že psychiatrický personál má všeobecne nedostatočné vedomosti o protidrogovej liečbe a personál protidrogovej liečby vie obyčajne len málo o psychiatrii. Paradigmy týchto dvoch špecializácií sú značne rozdielne – jedna sa zakladá na lekárskych a prírodovedných disciplínach a druhá na psychosociálnych metódach a teóriách. Okrem toho sa filozofia psychiatrických služieb zameriava najmä na bezpečnosť jednotlivcov a verejnosti, zatiaľ čo služby na liečenie drogových závislostí od svojich klientov očakávajú, že budú do istej miery motivovaní liečiť sa. Tieto odlišné východiská často bránia získaniu globálneho, integrovaného pohľadu.

Ako sa hovorí vyššie, psychiatrickým tímom a zariadeniam na liečbu závislosti od drog sa často nepodarí identifikovať významný počet pacientov s komorbiditou. Keď sa o liečbu uchádzajú pacienti s dvojitou diagnózou, ich akútne psychiatrické syndrómy sa často zamieňajú za symptómy navodené užívaním drog alebo naopak, prejavy spojené s abstinenčnými príznakmi alebo intoxikáciou sa nesprávne interpretujú ako psychiatrické ochorenie. Personál psychiatrických zariadení má príliš často tendenciu posielať osoby s komorbiditou do zariadení na liečbu drogových závislostí, ktorých personál ich promptne posiela nazad – alebo naopak. Za takýchto okolností nie je možné zabezpečiť kontinuitu starostlivosti. Dokonca aj v prípade diagnostikovania komorbidity sa jej pri ďalších liečebných intervenciách často nevenuje ďalšia pozornosť (Krausz et al., 1999). To isté platí o pacientoch v psychiatrickej starostlivosti, u ktorých bol diagnostikovaný problém užívania látok – zvyčajne sa u nich nerobia intervencie zamerané na tento problém (Weaver et al., 2003). Tieto zovšeobecnenia samozrejme nevylučujú veľmi dobré výsledky, ktoré u pacientov s komorbiditou dosahujú niektoré psychiatrické programy a programy na liečbu závislostí od drog.

Psychiatrické služby sa navyše často pozerajú podozrievavo na pacientov, u ktorých sa zistí užívanie drog a môže sa stať, že ich odmietnu prijať, čo sa môže stať aj užívateľom, ktorí sú stabilizovaní v substitučnej liečbe. Podobne sa môže stať, že klienti sú vylúčení z protidrogovej liečby kvôli mentálnym problémom. Napríklad v Španielsku väčšina psychiatrických služieb vylučuje klientov s poruchami spojenými s užívaním drog a pre ich personál sa nezabezpečuje potrebné vzdelávanie. Prieskum medzi rakúskymi psychoterapeutmi zistil, že len niektorí z nich sú ochotní za klientov prijať drogovo závislých pacientov (Springer, 2003). Podľa údajov z Talianska v krajine neexistujú jednoznačné pravidlá na posielanie klientov z protidrogových služieb do psychiatrických služieb a psychiatrické služby kladú odpor z dôvodu nedostatočných odborných skúseností. Podľa údajov z Nórska je problematické poslať osoby z nízkoprahových služieb na psychiatrickú liečbu.

54 % programov na liečbu závislosti od drog v Grécku neprijíma užívateľov drog s psychiatrickými poruchami. Pri čistej lôžkovej liečbe v Slovinsku aj v iných krajinách sa do liečebného programu zaraďujú len pacienti, ktorí neužívajú drogy. V prípade pacientov s dvojitou diagnózou je to vážna prekážka, pretože úplná abstinencia by si vyžadovala ukončenie iných terapií, čo nie je vždy možné.

Štruktúry terapie

Medzinárodná literatúra opisuje tri modely poskytovania služieb pri liečbe komorbidity:

1. *Sekvenčná alebo postupná liečba.* Psychiatrické poruchy a poruchy súvisiace s užívaním drog sa liečia postupne a medzi jednotlivými službami je slabá komunikácia. Liečba sa obyčajne najskôr zameriava na najzávažnejšie problémy pacientov a po jej ukončení sa začne s liečbou zameranou na ich ďalšie problémy. Pri tomto modeli sa však môže stať, že pacienti prechádzajú od jednej služby k druhej, pričom ani jedna nedokáže uspokojiť ich potreby.
2. *Paralelná liečba.* Dva odlišné typy porúch sa liečia zároveň a medzi liečbou drogovej závislosti

a psychiatrickou liečbou existuje prepojenie umožňujúce poskytovať služby v rovnakom čase. Potreby týchto dvoch terapií sa často uspokojujú použitím rozdielnych terapeutických prístupov a medicínsky model psychiatrie môže byť v rozpore so psychosociálnou orientáciou liečby drogovej závislosti.

3. *Integrovaná liečba.* Liečbu zabezpečuje psychiatrická nemocnica alebo zariadenie na liečbu závislosti od drog alebo špeciálny program či služba na liečenie komorbidity. Je snaha neposielať pacientov z jedného typu zariadenia do iného. Liečba zahŕňa motivačné a behaviorálne intervencie, predchádzanie recidívam, farmakoterapiu a sociálne prístupy (Abdulrahim, 2001).

Aktuálnu situáciu v liečbe komorbidity v EÚ, ako ju popisujú národné správy, nie je možné ľahko kategorizovať do jednej z uvedených troch skupín. Za optimálny model sa považuje integrovaná liečba, ktorá je však ťažko dosiahnuteľným štandardom. Relevantné výskumné výsledky zväčša prichádzajú z mimoeurópskych krajín. Austrálsky národný projekt komorbidity dospel na základe prehľadu literatúry k záveru, že sa systematicky nepreskúmali a dôsledne nevyhodnotili prístupy k manažmentu a starostlivosti o klientov s komorbiditou, čo sčasti súvisí aj s ťažkosťami pri výskume osôb s koexistujúcou duševnou chorobou a poruchou spojenou s užívaním drog, napríklad kvôli ich chaotickému spôsobu života. Podľa ďalšieho prehľadu existujú dôkazy o tom, že integrovaná liečba osôb s dvojitou diagnózou prináša dobré výsledky z hľadiska duševného zdravia aj užívania drog (Drake et al., 1998). Integrovaný prístup s paralelnými prístupmi porovnávala len jedna štúdia, ktorá však medzi nimi nezistila významné rozdiely; žiadna štúdia neporovnávala integrovaný prístup so sekvenčným.

Sekvenčná liečba

Niektorí experti, napríklad v Dánsku (Andreason, 2002), Spojenom kráľovstve (Department of Health, 2002a) a Nórsku (Sosial- og helsedepartementet 1999), sa nazdávajú, že programy na liečbu závislostí od drog – aspoň pre osoby s vážnymi duševnými poruchami a problémom užívania drog – by sa mali zakladať na psychiatrii, prípadne aj so zapojením externých drogových terapeutov. V Dánsku sa inštitucionalizovalo prepojenie psychiatrických nemocníc s miestnymi zariadeniami na liečbu drogových závislostí. Psychiatrické zariadenia v Luxembursku a Nórsku zavádzajú špecifické opatrenia s cieľom identifikovať osoby trpiace raným štádiom schizofrénie, z ktorých mnohé majú vážne problémy so zneužívaním látok, pretože výsledky ukazujú, že včasná liečba zlepšuje prognózu.

Podľa českej národnej správy by sa problémy spojené so závislosťou mali obyčajne považovať za naliehavejšie ako mentálne problémy, keďže je ťažké liečiť psychiatrické poruchy v situácii, keď závislosť skresľuje klinický obraz. V súčasnosti však lieky predpísané psychiatrom užíva 10 – 20 % klientov českých zariadení na liečbu drogových závislostí, čo by bolo ešte pred niekoľkými rokmi nemysliteľné. Aj v Grécku je medikácia zameraná na liečbu psychiatrických symptómov klientov zariadení na liečbu drogových závislostí mimoriadne zriedkavá. Podľa gréckeho systému trestnej justície sa však duševné poruchy považujú za závažnejšie ako závislosť a páchatelia s komorbiditou sú umiestňovaní do psychiatrickej nemocnice buď vo väznici, alebo v komunite (K. Matsa, osobný rozhovor, 2004). V Španielsku sa užívateľom drog starostlivosť poskytuje obyčajne v rámci programu liečby drogovej závislosti a do psychiatrických zariadení sú umiestňovaní len vtedy, ak sú ich poruchy natoľko závažné, že je potrebná hospitalizácia.

Medzi niektorými odborníkmi už dlho prevláda názor, že u drogovo závislých osôb sa treba vyhýbať akejkoľvek farmakoterapii kvôli riziku vzniku kombinovanej závislosti, napr. na heroín a benzodiazepíny, avšak tento názor sa začína prehodnocovať (napr. Popov, 2003). V niektorých prípadoch existuje tendencia predpisovať všetkým užívateľom drog psychofarmakologickú medikáciu, čo sčasti súvisí s nedostatkom času na potrebné vyšetrovanie. Rakúska národná správa poukazuje na to, že nízka úroveň spolupráce pri liečbe zo strany užívateľa drog sťažuje farmakologickú liečbu psychiatrických stavov a kombinované užívanie omamných látok a liekov môže v prípade nedostatočného dozoru viesť aj k interakciám medzi nelegálnymi a predpísanými liekmi alebo k neutralizácii predpísaného lieku.

Paralelná liečba

Spoločná zodpovednosť psychiatrického zariadenia a zariadenia na liečbu drogovej závislosti za klienta v rámci modelu paralelnej liečby sa v praxi zisťuje len zriedkavo. Miestne pracovné skupiny, do ktorých sú zapojení predstavitelia zariadení na liečbu drogových závislostí aj služieb pre duševné zdravie, sú často dôležitým médiom pre vzájomné výmeny, spoluprácu a vytváranie siete. Vo Francúzsku, Taliansku a Holandsku oficiálne predpisy alebo protokoly ustanovujú povinnosť zariadení na liečbu drogových závislostí udržiavať tesné vzťahy s psychiatrickými zariadeniami, s ktorými by mali uzatvoriť oficiálne regionálne dohody o postupe pri umiestňovaní klientov a výmene klinických informácií (Olin a Plaisait, 2003). Podľa názoru viac ako polovice holandských pacientov s dvojitou diagnózou však takéto dohody nevedú k zlepšeniu starostlivosti (Van Rooijen, 2001).

Tabuľka 8: Integrované programy pre liečbu závislostí od drog v jednotlivých európskych krajinách

Krajina	Integrované programy na liečbu závislostí od drog
Belgicko	Zriaďovanie liečebných služieb v štádiu overovania realizovateľnosti.
Nemecko	Prvé iniciatívy pred 20 rokmi. Dostupnosť integrovanej liečby je ešte stále nedostatočná.
Grécko	Jeden integrovaný program sa začal v roku 1995 a poskytuje dve odlišné liečebné alternatívy v závislosti od závažnosti psychiatrickej poruchy. Výsledky sú pozitívne.
Španielsko	V roku 2002 existovalo 185 stredísk pre 4 803 klientov s komorbiditou. Jeden špecializovaný integrovaný útvar v Katalánsku a jedna terapeutická komunita v Kantabrii pre pacientov s komorbiditou vyžadujúcich ústavnú liečbu.
Holandsko	Dve špecializované integrované lôžkové oddelenia. Prebieha hodnotenie procesu s cieľom identifikovať najlepšiu prax.
Rakúsko	Spolupráca medzi programom pre problémy s drogami a blízkou psychiatrickou nemocnicou; niektorí nemocniční psychológovia pracujú v liečebnom zariadení pre drogovú závislosť. Klienti sú v starostlivosti protidrogového liečebného zariadenia a do nemocnice sú posielaní až v prípade, že ich psychiatrické symptómy sú príliš vážne.
Spojené kráľovstvo	Viacero integrovaných služieb v rôznych komunitných prostrediach. Bolo vymenovaných niekoľko odborníkov na dvojitú diagnózu pracujúcich v službách pre liečbu závislostí alebo v psychiatrických tímoch.
Nórsko	Jeden integrovaný projekt spolupracujúci s psychiatrickým strediskom v Osle. Následné sledovanie a hodnotenie až v trvaní do dvoch rokov, zamerané na základné potreby ako je bývanie, práca, sociálne dávky a sociálne vzťahy.

V Luxembursku a Rakúsku môže personál zariadenia na liečbu drogových závislostí nasledovať svojich klientov, ktorí boli umiestnení do psychiatrických nemocníc. V usmerneniach platných v Spojenom kráľovstve sa zdôrazňuje nutnosť zapájať odborníkov z protidrogových aj psychiatrických služieb do plánovania starostlivosti o klienta s dvojitou diagnózou s cieľom určiť prioritu liečebných alternatív (Ministerstvo zdravotníctva, 2002a).

Integrovaná liečba

V rámci tohto modelu má jeden tím na starosti liečenie obidvoch porúch. Má to tú výhodu, že klient nie je konfrontovaný s dvoma protikladnými názormi. V niektorých krajinách takúto integráciu komplikuje oddelenosť administratívnych systémov (napr. v Španielsku) alebo rozdielnosť systémov financovania (napr. Nemecko).

Vo väčšine krajín existuje len niekoľko špecializovaných integrovaných programov alebo oddelení pre pacientov s komorbiditou a ich dostupnosť ani zďaleka nepokrýva dopyt; ilustruje to tabuľka 8 obsahujúca dostupné informácie.

Najbežnejšou formou uplatňovania integrovaného liečebného modelu je zamestnávanie psychiatrov v zariadeniach na liečbu drogových závislostí a/alebo pracovníkov týchto zariadení v zariadeniach pre duševné zdravie. Takéto riešenie by mohlo byť najvhodnejšie pre menšie regióny, v ktorých špecializované, integrované kliniky nie sú schodným riešením. V Španielsku sa všeobecným lekárom, ktorí pracujú v oblasti liečby drogových závislostí, od roku 2002 udeľuje titul „špecialista na psychiatriu" po absolvovaní skúšky a zdokumentovaní praxe získanej prácou s pacientmi trpiacimi duševnými poruchami. V Portugalsku musia liečebné strediská zamestnávať aspoň jedného psychiatra, aby mohli dostať akreditáciu a certifikáciu. Nie všetci psychiatri pracujúci v zariadeniach na liečbu drogových závislostí však majú potrebné špecializované vedomosti a prípravu na liečenie užívateľov drog a môže byť potrebné ďalšie špecifické vzdelávanie.

Case manažment

Manažment prípadu ako metóda koordinácie liečby klientov s cieľom zabezpečiť individualizovanú sekvenčnú alebo súčasnú starostlivosť a pomôcť klientom zorientovať sa v systéme liečby je v EÚ zrejme dosť zriedkavý. Podľa správ z Francúzska sa nadväzuje spolupráca drogových a psychiatrických služieb s cieľom zaviesť spoločné prijímanie a manažment liečby pacientov s psychiatrickými problémami a závislosťou; táto spolupráca sa však často obmedzuje len na jednotlivé prípady. Odborníci v Luxembursku aj v Holandsku uznávajú tento postup ako najúčinnejšiu metódu pre pacientov s dvojitou diagnózou. Je však finančne aj časovo náročný a vyžaduje si špecifické profesionálne zručnosti. V niektorých krajinách sa však zavádza postup známy ako „asertívna komunitná liečba" (pozri nižšie).

Terapeutické metódy a najlepšia prax

Liečba klientov s komorbiditou je spojená s mnohými problémami a je mimoriadne náročná na personál a často nevďačná. Klientov je často ťažké zvládnuť pre ich deštruktívne a agresívne sociálne správanie, najmä pokiaľ

sa u nich prejavujú „dramatickejšie" typy poruchy osobnosti, a pre ich emocionálnu labilitu. Bežne sa vyskytuje odpor proti dodržiavaniu režimu a požiadavkám liečby – napríklad klient sa nedostaví na prehliadku alebo neberie lieky – a s tým súvisiace rozčarovanie ešte prehlbujú neuspokojivé osobné vzťahy. Úspešnosť liečby býva všeobecne nízka a percento klientov, ktorí liečbu nedokončia, vysoké. Výsledkom je časová náročnosť, vysoké náklady na liečbu a pochopiteľná frustrácia personálu, ktorý často trpí pocitom netrpezlivosti, potláčanou agresivitou a symptómami vyhorenia. Nedostatok postupov následného sledovania a následnej starostlivosti má za následok vysokú mieru recidív, pričom duševné poruchy aj poruchy spojené s užívaním drog sa často dostávajú do chronického štádia. Na druhej strane aj klienti často mávajú negatívne skúsenosti s podpornými službami, a preto môžu javiť odpor alebo neochotu podrobiť sa liečbe.

Napriek tejto komplikovanej situácii odborníci neprestajne hľadajú a vyvíjajú efektívnejšie prístupy. Pravidelné interdisciplinárne diskusie o prípadoch a intenzívna spolupráca by mohli napraviť vzájomný nedostatok porozumenia personálu. Takýmto spôsobom by mohli všetci zainteresovaní získať podrobnejšie informácie o klientoch a podporila by sa tak tvorba najlepších praktík alebo stratégií starostlivosti. Kvalita liečby je najdôležitejším faktorom dosahovania pozitívnych výsledkov.

Ako v mnohých oblastiach súvisiacich s drogami, aj v oblasti dokumentácie, hodnotenia a výskumu liečby komorbidity je situácia žalostná. Dostupné dôkazy ani zďaleka nepoukazujú na jednoznačne najúspešnejší typ liečby. Psychosociálne liečebné programy hodnotila organizácia Cochrane Collaboration (Ley et al., 2003). Hodnotený materiál mal obmedzený rozsah – šesť štúdií, z toho štyri malé, z ktorých všetky mali všeobecne nízku kvalitu z hľadiska štruktúry a vykazovania. Hodnotenie prinieslo najmä zistenie, že „neexistujú jednoznačné dôkazy poukazujúce na výhodnosť niektorého typu programu pre zneužívanie drog určeného pre osoby s vážnym duševným ochorením v porovnaní s hodnotou štandardnej starostlivosti". Záver znel, že „Nové špecializované programy pre zneužívanie drog osobami s vážnym duševným ochorením by sa mali zavádzať v kontexte jednoduchých a správne navrhnutých kontrolovaných klinických skúšok."

Rozsiahly prieskum medzinárodného výskumu protialkoholickej a protidrogovej liečby zistil len osem randomizovaných štúdií o liečbe drogovo závislých osôb trpiacich vážnymi psychiatrickými poruchami (Jansson a Fridell, 2003). Mimoriadne vysoké bolo percento osôb, ktoré liečbu nedokončili, ba dokonca ani na ňu nenastúpili. V následnom prieskume konanom po krátkom čase sa zistilo, že ústavná liečba, najmä v terapeutických komunitách, priniesla lepšie výsledky z hľadiska životných podmienok a užívania látok, ale nie z hľadiska psychiatrických symptómov.

Niektoré črty sú príznačné pre všetky terapeutické situácie. Ďalej uvádzané odporúčania sme prevzali z hodnotení a meta-analýz medzinárodne publikovaných randomizovaných kontrolovaných štúdií protidrogovej liečby (Berglund et al., 2003):

1. Neprestajne by sa mali sledovať meniace sa drogové návyky.
2. Intervencie by mali byť vysoko štruktúrované.
3. Aby intervencie priniesli výsledky, mali by trvať dosť dlho.
4. Intervencia by mala trvať najmenej tri mesiace, prípadne dlhšie.

Smernice ministerstva zdravotníctva (Department of Health, 2002b) v Spojenom kráľovstve a výskumné projekty a prehľady literatúry (napr. Crawford, 2001) odrážajú zvýšený záujem o dvojitú diagnózu. Dôkazová základňa však pochádza najmä zo Severnej Ameriky – štúdie uskutočnené v Spojenom kráľovstve tvoria menej ako 10 % Crawfordových abstraktov.

Podľa holandského prieskumu medzinárodného výskumu je potenciálne účinným modelom pre „case management" asertívna komunitná liečba, ktorá má štrukturálne (počet prípadov, tímová práca, spolupráca s ostatnými zdravotníckymi odborníkmi), organizačné (explicitné inkluzívne kritériá, obmedzený počet novoprijímaných klientov, 24-hodinová krízová intervencia) a obsahové (podpora a starostlivosť poskytovaná v každodenných situáciách, aktívny prístup, časté kontakty) aspekty (Wolf et al., 2002). V britskom Birminghame sa pre tímy vykonávajúce asertívnu komunitnú liečbu organizuje vzdelávanie s použitím prístupu založeného na manuáli kognitívnej behaviorálnej integrovanej liečby. Tímy počas intervencie dostávajú nepretržitú podporu a hodnotia sa z hľadiska procesu aj výsledku (2003). V Nórsku pokusne pracuje niekoľko integrovaných tímov uplatňujúcich asertívnu terapeutickú komunitu.

Ďalej uvádzaný prehľad obsahuje príklady najlepšej praxe, ktoré uvádzajú národné kontaktné miesta siete Reitox:

- Následná štúdia 219 osôb závislých od opiátov liečených v hamburských protidrogových zariadeniach preukázala pokles užívania heroínu a kokaínu počas obdobia dvoch rokov. V štyridsiatich siedmich

percentách prípadov sa zistila pozitívna zmena psychiatrických porúch (Krausz et al., 1999).

- Talianska štúdia zistila, že výsledky metadónovej substitučnej terapie sa podstatnejšie nelíšili medzi pacientmi s vážnymi alebo s miernymi psychiatrickými symptómami z hľadiska retencie ani z hľadiska užívania heroínu. Zdá sa však, že klienti s vážnejšími psychiatrickými poruchami potrebovali vyššie priemerné dávky metadónu (Pani et al., 2003).
- Dialektická behaviorálna terapia ([173]) je liečebnou alternatívou, ktorá sa zdá byť osobitne vhodná pre ženy užívajúce drogy s vážnymi hraničnými poruchami osobnosti a/alebo samovražednými sklonmi. Dôkazy sa však opierajú len o malý počet štúdií. Holandská kontrolovaná skúška dialektickej behaviorálnej terapie zistila zlepšenie u pokusnej skupiny, ako aj u skupiny s „obvyklou liečbou", ktoré sa prejavilo v zmiernení sebadeštruktívneho správania sa. U pokusnej skupiny sa zistil významne vyšší pokles užívania alkoholu, ale nezistili sa žiadne rozdiely v užívaní drog (Van den Bosch et al., 2001).
- Vo švédskej štúdii sa opakovaným používaním dotazníka ASI (Index sily závislosti) počas liečby v rámci modelu udržateľného riadenia kvality zistilo, že po dvoch rokoch od prepustenia 46 % pacientov abstinovalo. Podľa ASI mali pacienti s dvojitou diagnózou vážnejší problémový profil ako nepsychotickí pacienti. Pri následnom sledovaní sa všeobecne zistili len malé zmeny osobnostných profilov a symptómov, ale zvýšila sa kvalita života a stabilizovala sa životná situácia mnohých pacientov (Jonsson, 2001).
- V Spojenom kráľovstve (Barrowclough et al., 2001) sa zistilo, že kombináciou motivačných pohovorov, kognitívnej behaviorálnej terapie a rodinných zásahov sa dosiahlo zlepšenie u pacientov so schizofréniou a poruchami spojenými so zneužívaním drog.
- Prehľad nórskych štúdií o liečbe klientov s komorbiditou priniesol záver, že agresívne, impulzívne správanie sa najlepšie lieči pomocou konfrontačnej, štruktúrovanej skupinovej terapie v kombinácii s rodinnou terapiou. Depresívni alebo anxiózni pacienti mali väčší úžitok z individuálnej psychoterapie a z podpornej skupinovej terapie (Vaglum, 1996).

Výskum

Nedávno sa začal realizovať projekt výskumu dvojitej diagnózy v rámci Piateho rámcového programu výskumu a vývoja Európskej komisie. Tento prospektívny výskum, do ktorého je zapojených viacero stredísk v Dánsku, Francúzsku, Poľsku, Škótsku, Anglicku a Fínsku, má opísať poskytovanie služieb pacientom s dvojitou diagnózou v siedmich európskych psychiatrických prostrediach a porovnať morbiditu a využívanie služieb medzi pacientmi s dvojitou a pacientmi s jednou diagnózou počas 12-mesačného obdobia. Skúmané výsledky sa budú vzťahovať na stupeň závislosti, psychiatrické symptómy, spoluprácu pri liečbe, psychosociálne fungovanie, sociálnu sieť, recidívu a mortalitu. Výsledky sa očakávajú v roku 2005 ([174]).

Vzdelávanie

Vo väčšine krajín sa pri vzdelávaní lekárov i ošetrujúceho personálu venuje len malý priestor drogovej závislosti a ešte menší otázke komorbidity. V Taliansku sa posilnilo spoločné vzdelávanie pracovníkov psychiatrických a protidrogových služieb. V Holandsku organizuje Trimbos Institute vzdelávacie kurzy pre odborníkov na drogové závislosti a duševné zdravie zabezpečujúcich liečbu pacientov s dvojitou diagnózou. Ostatné krajiny informujú o existencii interného vzdelávania a kurzov, ale implementácia je skôr náhodná a nesystematická.

Royal College of Psychiatry v Spojenom kráľovstve uskutočnil analýzu vzdelávacích potrieb (Mears et al., 2001) rôznych odborných skupín zo zariadení pre duševné zdravie a liečbu drogových závislostí. Päťdesiatpäť percent účastníkov skúmanej vzorky uviedlo, že sa necítia byť dostatočne pripravení na prácu s klientmi s komorbiditou a vyjadrilo záujem o ďalšie vzdelávanie.

([173]) Dialektická behaviorálna terapia (DBT) predstavuje aplikáciu širokej škály kognitívnych a behaviorálnych terapeutických stratégií na riešenie problémov hraničnej poruchy osobnosti (BPD), vrátane suicidálneho správania sa.

([174]) Pozri http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf