

ZDRAVLJENJE ZASVOJENIH Z ALKOHOLOM – – PSIHIATRIČNA PERSPEKTIVA

Maja Rus Makovec

POVZETEK. Pri odvisnosti od alkohola se prepletajo različne ravni človeškega funkcioniranja, kot so nevrobiološka, somatska medicinska, psihiatrična, psihološka, duhovna, socialna, politična. Pri obvladovanju tega fenomena je zato potrebno multidisciplinarno sodelovanje. V prispevku so podane informacije o zdravljenju odvisnosti v ožjem pomenu.

STIGMATIZACIJA JE OVIRA ZDRAVLJENJU ODVISNOSTI V MEDICINSKEM KONTEKSTU

V medicinskem kontekstu sindrom odvisnosti od alkohola razumemo kot heterogeno motnjo, za katero je značilna bolezensko spremenjena nevrobiologija in pa neprilagojeno vedenje. Ravno slednja značilnost pomembno pripomore, da stanje odvisnosti tudi zdravniki pogosto razumejo kot zavestno izbiro manj odgovorne osebnosti. Res je, da velika večina ljudi alkohol uživa tako, da malo tvega, pri okoli 10–15 % pivcev pa se razvijejo – ne zavestno in z obilno podporo genetike – take nevrobiološke spremembe v njihovi možganski transmisiji, da dobijo naravo boleznih. To poimenovanje je bilo prvič uporabljeno leta 1997 v znamenitem članku *Addiction is a brain disease, and it matters* (Odvisnost je bolezen možganov in to je pomembno) v reviji *Science* [1]. Nevroznanstveniki so torej praktikusom s področja odvisnosti od alkohola v pomembno strokovno podporo, v vsakdanji medicinski praksi pa še vedno obstajajo težave pri prepoznavanju te motnje.

Sindrom odvisnosti od alkohola je z razvojem nevroznanosti in genetike/epigenetike pridobil naravo dobro definirane duševne motnje. Raziskovalne ugotovitve kažejo, da nevroznanstvene informacije in razumevanje odvisnosti od alkohola kot bolezni možganov zunaj ozkega strokovnega kroga ne zmanjšujejo stigme te motnje [2], kot so si predstavljali vodilni raziskovalci. Z alkoholom zasvojenosti pogosto in disproportionalno marginalizirani, in sicer tako v fazi aktivne zasvojenosti kot v obdobju stabilne remisije. Podeljena stigmatizacija med samimi pacienti, svojci in zdravstvenim sistemom je ena večjih ovir za zdravljenje, onemogoča odkrito komunikacijo in iskanje možnosti zdravljenja [3]. Gre za paradoksnu situacijo: velika socialna zaželenost pitja alkohola veča tveganje za razvoj odvisnosti, hkrati pa se zasvojenim ljudem zaradi prepričanj v zvezi z odvisnostjo od alkohola otežuje dostop do zdravljenja. Ta razkorak je toliko bolj neproduktiven, ker je odvisnost že dolgo dokazano dobro zdravljiva motnja [4]; zdravljenje je enako ali celo bolj učinkovito kot pri drugih kroničnih nenalezljivih boleznih, kot so diabetes, arterijska hipertenzija in astma. – Videti je, da se je treba posebej

posvetiti tistemu “nekaj več” – čustvenemu odzivu in prepričanjem, ki jih vzbuja v okolici vedenje zasvojenega človeka, posebej če je vpletena ljubljena družbena psihotropna snov.

NEVROBIOLOŠKE IN VEDENJSKE SPREMEMBE V ODVISNOSTI

Bistvo odvisnosti od alkohola niso le nevrobiološke možganske spremembe, ampak tudi spremljajoče neprilagojeno vedenje. Gre torej za “bolezen možganov in socialnih odnosov” [5], in prav neprilagojeno vedenje zasvojenega človeka, če ne razumemo organskega dela te motnje, prispeva k moraliziranju glede alkoholne odvisnosti. Ljudje, odvisni od alkohola, torej potrebujejo tako omejitev neprilagojenega odvisniškega vedenja kot zdravljenje. To je v pomoč njim in okolici. Kdo je za kaj odgovoren? Zdravstvo je odgovorno za lahko dostopno, dobro organizirano, na dokazih sloneče zdravljenje odvisnosti [6]. Ob neprilagojenem vedenju zasvojenega človeka pa gre tudi za pravne in socialne aspekte, ki nimajo vedno zveze z medicino. Zato ni prav, da medicina prevzema nase morebitne odločitve, ki jih morajo podati druge stroke in civilna družba. Prav tako pa odvisnost ne nastane v vakuumu, ampak v socialnem kontekstu. V že omenjenem članku v reviji Science, da je odvisnost bolezen možganov, avtor Leshner zapiše tudi, da se ta možganska bolezen razvija in izkazuje v socialnem kontekstu, ki je izjemno pomemben [1]. Torej socialno okolje, ki spodbuja pitje alkohola, prispeva k odvisnosti in odgovarja za zmanjšanje tega vpliva (in ne zdravstvo).

Nevrobiološko osnovo odvisnosti najpogosteje razlagajo kot posledico nevroadaptacijskih sprememb v možganskem sistemu nagrajevanja (ang. *reward pathway*). Evolucijsko je namreč zelo pomembno, da smo sposobni izkušanja “nagrade”, ki nas motivira za preživetje, kot bistveno vedenje (uživanje hrane in pijače, spolno vedenje, navezovalno-ljubeče oz. skrbniško vedenje in doživljanje varnega zatočišča). Čezmerno in redno uživanje alkohola sproži spremembe na ravni nevrotransmitorjev (dopamina, opioidov, GABA in glutamata) in tvorbo novih povezav med posameznimi možganskimi strukturami. Začne se oblikovati motnja v upravljanju limbičnega kortikostrialnega vezja, ki se stopnjuje do kompulzivnosti – to je vedenje, ki vztraja navkljub ali zaradi negativnih posledic. V polno razviti odvisnosti se nagrajevalni sistem začne vesti kot anti-nagrajevalni sistem [5]: abstinenca povzroča subjektivno trpljenje, odzivnost na normalne zdrave nagrade pa je zmanjšana. Preprosto povedano, se nezavedni deli možganov izrazito močno odzivajo na vse dražljaje v zvezi z alkoholom (spremenjeni sta motivacija in pozornost), zmožnost samoobvladovanja pa je pomembno okvarjena.

SPEKTER INTENZIVNOSTI MOTNJE V ZVEZI Z NAČINOM UŽIVANJA ALKOHOLA

Odisnost od alkohola ni kategorična motnja – odvisnost je ali pa je ni –, ampak dimenzijska oz. spektralna. Spekter uživanja alkohola sega od manj tvegane rabe, preko tvegane rabe do diagnostičnih kategorij – škodljive rabe alkohola (F10.1) in sindroma odvisnosti od alkohola (F10.2). Nevrobiologija je pri škodljivem in odvisniškem uživanju alkohola različno intenzivno spremenjena, zato ti dve diagnozi ne potrebujeta enako dolge in enako intenzivne intervencije; v stanju škodljive rabe alkohola je verjetnost, da posamezniki to motnjo ustrezno obvladajo sami oziroma po krajših in manj intenzivnih intervencijah, večja. Načeloma je v stanju škodljive rabe možno pričakovati prehod v stanje pitja z manjšim tveganjem. Ob sindromu odvisnosti, posebej v zelo izraženi obliki, je po dolgoletni klinični izkušnji le abstinenca zagotovilo za ustrezno stabilizacijo razpoloženja in vedenja. V drugih razvitih državah so sicer pogledi, ali naj zdravljenje kot cilj predpostavi abstinenco, različni; zelo konsistentno pa se izkazuje z zgoraj zapisanim, da blažje oblike problema predpostavljajo zmanjšanje uživanja alkohola, resnejše oblike pa abstinenco [7]. Odžalovanje zmožnosti za netvegano pitje alkohola je ena od najpomembnejših psihoterapevtskih tem.

Dobra novica je, da je možgansko nevrobiologijo možno tudi »popraviti« v smislu večje funkcionalnosti. Potrebno je trenirati, da se spet obudi zavora v sprednjem delu možganov in da lahko rečemo »ne« skušnjavi; prav tako je možno regenerirati funkcionalnost desne možganske hemisfere, ki jo prizadene alkohol in povzroči (prehodno) čustveno neobčutljivost zasvojenih ljudi za boleče doživljanje svojcev. Pri tej regeneraciji najbolj pomagajo abstinenca od alkohola in drugih drog, telesna aktivnost, miselna aktivnost, povezanost z ljudmi, ki so nam v podporo, psihoterapija in določena zdravila. Vse, kar zdravi in regenerira naše možgane, je na razpolago v zdravljenju odvisnosti.

PARADOKSNOST SINDROMA ODVISNOSTI – ODPOR DO POMOČI

Ko imajo ljudje kako bolezen, si največkrat želijo, da bi se pozdravili. Želijo si tudi, da bi lahko čim prej prišli do zdravnika. Ljudje z odvisnostjo se neredko borijo, da bi dokazali svojo "normalnost" – da niso bolni in da ne potrebujejo zdravljenja. To lahko traja tudi več let, čeprav je polno dokazov, da jim alkohol škoduje. Strokovnjaki, ki zdravijo odvisnost, so tega vajeni in vedo, kako pomagati preseči to stanje (pri večjem delu pacientov) z ustreznim motivacijskim postopkom. Odvisnemu človeku pomagamo prepoznati motiv, zakaj bi se mu splačalo stopiti v proces zdravljenja. Pri kolegih, ki se ukvarjajo s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, je prepoznano, da je področje

odvisnosti oblikovalo učinkovite pristope motivacije za spreminjanje vedenja in jih prenašajo tudi na svoja področja.

Dokler je pitje alkohola pri zasvojenemu človeku ego-sintono (dokler zapaža več ugodja/nevrobiološke nagrade kot škode zaradi načina pitja alkohola), ni motiviran za zdravljenje. Pozornost se mu vzbudi, ko doživi neko vrsto meje oziroma neugodja pri njemu pomembni dejavnosti ali vrednoti (temu pravimo bolezenski pritisk): nekateri se odzovejo takrat, ko telesno zbolijo, ko imajo zelo hudo odtegnitveno stanje, ko zdravljenje zahtevajo družinski člani, ko zahtevajo ureditev stanja v službi, ali če izgubijo vozniško dovoljenje. Nadalje so ljudje različno intenzivno pripravljene na spremembo: tisti, ki so že v fazi aktivacije, se manj upirajo spremembi (in je z njimi veliko lažje sodelovati, ker si že želijo pomoči in so se pripravljene aktivirati); tisti, ki so v fazi pre- ali kontemplacije, pa se hudo upirajo spremembi (in potrebujejo drugačen pristop kot prvi, predvsem v smislu motivacijskih postopkov) [8].

Šele potem ko zasvojeni človek doživi neko mejo, nastopi zdravljenje, pri katerem pa je pristop prav nasproten temu, kako odločno je bilo potrebno postaviti mejo. Metaraziskave so dokazale, da sta konfrontacija in edukacija najmanj učinkoviti intervenciji v zdravljenju. Najbolj učinkovite metode slonijo na motivacijskih pristopih in čim bolj izraženi empatičnosti do pacientov [9]. Zakaj bi se sicer ljudje, ki se morajo spoprijeti z izgubami in škodo zaradi svoje motnje, želeli zdraviti in obstati v zdravljenju, če se s svojimi terapevti ne povežejo dobro in se ne počutijo sprejete? Empatija do zasvojenih pacientov je celo pomembnejša, kot na sploh v psihoterapiji [10]. Empatija ne pomeni, da dajemo potuho ali da naredimo vse, kar pacienti hočejo od nas, ampak pomeni zavedanje o težavah, ki jih imajo pacienti ob soočanju z izgubami zaradi odvisnosti in pomanjkanju upanja, da so se zmožni spremeniti.

STROKOVNA DRŽA DO ZASVOJENIH PACIENTOV

Tisti, ki zdravijo, niso sodniki ne tožilci ne odvetniki, ampak zdravijo: ne sodijo, ne kaznujejo in ne dajejo potuhe, ampak pripravijo okoliščine, v katerih bo zasvojeni pacient lahko napravil potrebne spremembe v kognitivnih procesih (največkrat ne gre le za motnje eksekutivnih funkcij, ampak tudi za specifično organsko moteno percepcijo in način razmišljanja, ki so mu nekoč v preveliki meri pripisali naravo psihološkega zanikanja), čustveni odzivnosti (desna hemisfera in limbične strukture so lahko pri zasvojenih z alkoholom pomembno manj odzivni na čustvene in socialne dražljaje) in da bo ustrezno uravnaval svoje vedenje (da bo zanj odvisniško vedenje postalo ego-distono, torej normativno in vrednostno tuje) [11]. Na srečo so možgani nevroplastični, torej lahko z ustrezno stimulacijo (abstinenca, psihoterapija, telesno gibanje, učenje novih vsebin, podporni medosebni odnosi, določena

zdravila), ki traja dovolj dolgo, pospešimo tvorbo novih funkcionalnih možganskih povezav [12]. Pri odvisnih od alkohola v okrevanju se spodbuja empatičnost do drugih ljudi, oziroma se spodbuja zmožnost odzivnosti na socialnem delu možganov. Z večjo občutljivostjo do drugih ljudi si povečajo zmožnost za dolgoročno okrevanje.

Kdo naj zdravi od alkohola zasvojene ljudi? Ta se izkazuje v veliki heterogenosti. Ljudje so lahko zasvojeni malo, srednje ali zelo močno oziroma so njihove nevrobiološke spremembe različno intenzivne. Zasvojenost se razvije lahko že v mladih letih z drugimi eksternalizirajočimi motnjami (na primer motnje v nadzoru impulzov), ali kasneje v življenju pri ljudeh, ki so marsikaj dosegli, z več internalizirajočimi motnjami (na primer depresija) [13]. Sindrom odvisnosti se lahko izkazuje tudi pri tako imenovanih funkcionalnih zasvojenih ljudeh: na prvi pogled delujejo »v redu«, na čustvenih odnosih ali pri vrednotah pa je prepoznati subtilne posebnosti zaradi odvisnosti. Če zasedajo vplivne položaje, so včasih neposredna ovira za bolj konstruktiven odnos do alkohola in zasvojenosti.

KJE NAJ SE ZDRAVIJO ODVISNI LJUDJE IN KDO NAJ JIH ZDRAVI

Pri zasvojenih ljudeh, ki nimajo klinično pomembnih sočasnih duševnih motenj (najpogosteje gre za razpoloženske motnje, motnje v nadzoru impulzov, čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo, psihoorgansko motnjo, posttravmatske motnje ipd.), v obravnavi zadostujejo psihosocialne intervencije, ki so na razpolago zunaj medicinskega sistema. Gre na primer za *Anonimne alkoholike* in razna društva, ki se lotevajo raznih načinov za reševanje odvisnosti. Za odvisnost ob klinično pomembnih motnjah pa je indicirano strokovno psihoterapevtsko in psihiatrično zdravljenje v ambulantnih in hospitalnih programih v medicinskem kontekstu. V klinični psihiatrični kontekst tipičnega psihiatričnega oddelka pa sodijo le psihiatrični zapleti odvisnosti od alkohola, kot so resna odtegnitvena stanja z zapleti ter psihična in psihoorganska stanja zaradi alkohola.

Terapevti, ki sodelujejo v psihosocialni obravnavi, se dobro zavedajo, da je bistvo obravnave odvisnosti najprej dejanska sprememba vedenja [14]. Praviloma pa nimajo znanja in izkušenj, kako obravnavati omenjene sočasne duševne motnje. To ni nikakršen problem – saj to tudi ni njihova naloga, če se tega zavedajo in napotijo zasvojene v zdravstveni sistem. Ko se le-ti uredijo, se lahko vrnejo nazaj v prejšnjo psihosocialno pomoč, po potrebi pa vzporedno obiskujejo še psihiatra ali psihoterapevta s področja odvisnosti.

Čeprav imajo psihoterapevti opravljene vse formalnosti svojega izobraževanja, a niso seznanjeni z odvisnostjo, lahko postanejo nehote vzdrževalci

odvisnosti. V odvisnosti ni primarni cilj uvid – nekateri pacienti zelo dobro poznajo svoj problem z odvisnostjo, a se ne čutijo zmožne, da bi ga obvladali. Poznati je torej treba vedenjske strategije, kako obvladati odvisniško vedenje. Uvid pri odvisnosti pogosto pride za spremembo vedenja, in ne obratno.

Ne gre pozabiti, da so lahko nekateri ljudje tudi samoozdravijo. Približno 25 % z alkoholom zasvojenih ljudi izkusi dolgotrajno ali celo stalno remisijo brez uporabe kakršnega koli zdravljenja [7, 15]. Samoozdravitve brez zunanje podpore (po naravni poti) se izkazujejo pri ljudeh, ki niso preveč biološko zasvojeni, ki so vpeti v pomembne medosebne odnose (družina, služba), so proaktivni in ki so doživeli zaradi svojega pitja hude občutke krivde in sramu. Ne zanikajo jih in zaradi njih ne pijejo več, ampak jim pomenijo ta mučna občutja zelo močno spodbudo k abstinenci in močni spremembi življenjskega stila. Nekateri programi zunaj medicinskega sistema vključujejo predvsem ljudi z veliko zmožnostjo samoozdravitve. Medicinski sistem je dolžan zdraviti najbolj zasvojene in najbolj ranljive paciente, posebej s sočasnimi duševnimi in telesnimi stanji, in ki lahko dosežejo polno, ali pa le delno remisijo. Intenzivno zdravljenje v medicinskem sistemu mora zato v obravnavo odvisnosti vključevati strokovnjake več disciplin.

FILOZOFIJA ZDRAVLJENJA

Posebnost zdravljenja v tistem delu psihiatrije, kjer je poleg diagnostike, napotitev in uporabi zdravil bistveni element tudi psihoterapija, je, da je treba oblikovati filozofijo zdravljenja, ki presega raven obravnave simptomov in znakov bolezni, posebej pri tako stigmatizirani bolezni, kot je zasvojenost. Po mojih izkušnjah so vsi pacienti, ki so se resno zdravili, izkusili v procesu terapije tudi čustveno bolečino: odvisnost ni samo vedenjska, socialna, nevrobiološka in psihiatrična organska motnja, ampak nujno sproža filozofska eksistencialistična (samo)spraševanja, dileme o odgovornosti, krivde, sramu in razmišljanja o možnosti spremembe in odpuščanja [16]. V končni meri je v vsako obravnavo/zdravljenje odvisnosti vpeta narativa o psihološkem in medosebnem trpljenju ter odrešitvi. Zato je naloga zdravstvenega programa, da tem pacientom najprej vzbudi občutke varnosti, empatičnosti in zaupnosti, da bodo lahko izpeljali in presegli ta doživljanja.

Manj zasvojenim zadostuje motivacijski pogovor s svetovanjem in podpora pri spreminjanju vedenja. Intenzivneje izraženi sindrom odvisnosti pa potrebuje intenzivno ambulantno zdravljenje ali hospitalni program. Programi so v Sloveniji lahko dostopni in zagotavljajo celostno obravnavo. Ob psihoterapiji, ki pomaga zasvojenim pacientom in njihovih svojcem spremeniti način razmišljanja, čustvovanja in vedenja, se zdravijo tudi druge sočasne

duševne motnje, pozornost je usmerjena tudi v izboljšanje telesnega zdravja. Programi so usmerjeni v abstinenco od alkohola, poleg psihoterapije pa uporabljamo tudi farmakoterapijo, ki nima zasvojujočega učinka, na primer antidepressive in stabilizatorje razpoloženja. Zelo pomembno je omiliti hlepenje po alkoholu, posebej če paciente ovira pri vzpostavitvi abstinence. Zdravilo je posebej učinkovito pri zasvojenih pacientih, ki so družinsko obremenjeni z odvisnostjo (v tem primeru se opioidni receptorji drugače modulirajo).

Največji oviri za zdravljenje odvisnosti sta občutek pacientovega sramu, da bi se razvedelo, da je odvisen ali da je šel na zdravljenje, in pa strah, da bodo strokovnjaki zahtevali, česar se ne počutijo sposobne izpeljati. Zato sodobna stroka manjša ovire do zdravljenja in s primerno občutljivostjo do pacientovih posebnosti predlaga način zdravljenja, ki mu je sprejemljiv.

LITERATURA

1. Leshner A. Addiction Is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45–7.
2. Steenbergh TA, Runyan JD, Daugherty DA, Winger JG. Neuroscience exposure and perceptions of client responsibility among addictions counsellors. *J Substance Abuse Treat* 2012; 42: 421–8.
3. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, Padilla M, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors* 2007; 32 (7): 1331–46.
4. McLellan AT, O'Brien CP, Lewis DL, Kleber HD. Drug addiction as a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689–95.
5. Koob GF, Le Moal M. Addiction and the brain antireward system. *Ann Rev Psychol* 2008; 59: 29–53.
6. Miller PM. Evidence-based addiction treatment. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London etc.: Elsevier, 2009.
7. Dawson D, Grant B, Stinson F et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction* 2005; 100: 281–92.
8. Schuler MS, Puttaiah S, Mojtabai R, Crum RM. Perceived barriers to treatment for alcohol problems: a latent class analysis. *Psychiatric Services* 2015; 66 (11): 1221–8.
9. Prochaska JO. Enhancing motivation to change. In: Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz RS (editors.). *Principles of addiction medicine*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2009: 745–55.
10. Moyers T, Miller W. Is Low Therapist Empathy Toxic? *Psychol Addict Behav*. 2013 Sep; 27 (3): 878–884.
11. Valmas M, Mosher Ruiz S, Gansler D, Sawyer KS, Oscar-Berman M. Social cognition deficits and associations with drinking history in alcoholic men and women. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38 (12): 2998–3007.
12. Clapp P, Sanjiv VB, Hoffman PL. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence. *Alcohol Res Health* 2008; 31 (4): 310–39.
13. Maisto S, Connors G, Dearing R. *Alcohol use disorder*. Cambridge, MA: Hogrefe, 2007.

14. Radovanović M, Rus-Makovec M. A temporal profile of pro-abstinence-oriented constructs from the modified theory of planned behavior in a Slovenian clinical sample of treated alcoholics – an 18-year follow-up. *Zdr Varst* 2018; 57 (1): 10–6.
15. Russell M, Peirce RS, Chan AW, Wiczorek WF, Moscato BS, Nochajski TH. Natural recovery in a community-based sample of alcoholics: Study design and descriptive data. *Substance Use Misuse* 2001; 36: 1417–41.
16. Uusitalo, S., Salmela, M., Nikkinen, J. Addiction, agency and affects – philosophical perspectives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2013; 30 (3): 33–50.