

Žele Despotovič

ALI JE ODVISNOST OD PSIHOTROPIČNIH SUBSTANC (PSIHOFARMAKOV) RESNIČNO POTREBNA ? (prevod)

Sedanja praksa duševnega zdravja v skupnosti, glede uporabe psihotropičnih substanc natančno izraža stališče kulture. Ta v tabletah išče hitro, celo magično olajšanje. Množično uporabljajo in zlorablajo alkohol, marihuano, pa tudi pomirjevala kot npr. Valium, ki se dobijo samo na recept. Zakaj torej predlagamo kršitev našega principa normalizacije in poskušamo brzdati uporabo psihotropičnih zdravil v programih dela v skupnosti? Ali bolj preprosto, zakaj ne bi še mi dopuščali drog, če to počnejo vsi ostali? Za to imamo vsaj 5 tehtnih razlogov:

1. Mnoge psihotropne substance privedejo do tega, da posameznik izgubi stik z doživljanjem samega sebe. Ta intra-individualna dekontekstualizacija (fragmentacija) lahko dejansko povzroči, da se tisto, kar naj bi bila začasna dezorganizacija, prelevi v trajen razcep. Metode psihosocialnih sprememb, ki jih zagovarjamo, zato ne dosežejo pričakovanih učinkov.
2. Številne psihotropne substance, še posebno nevroleptiki, imajo resne kratkoročne in dolgoročne stranske učinke in delujejo toksično. Ena takih, "dyskinesia tardiva", povzroča spremembe v obliki zgibkov mišic obraza, ki otežuje vključevanje v skupnost, saj je stigmatizacija opazna že na zunaj.
3. Te substance dajejo v situacijah, v katerih imajo uporabniki le malo resnične izbire glede tega, ali naj jih vzamejo ali ne. Oblast zdravnikov je v tem pogledu popolna in ponavadi se o njej niti ne razpravlja. Z oblastjo nad jemanjem zdravil preide nadzor nad pomočjo v roke nekoga drugega in tako ni več v rokah uporabnikov samih. Možnosti in moč za sprejemanje lastnih odločitev pa so bistvene sestavine dobrih programov dela v skupnosti.
4. Psihotropične substance v kar največji meri prispevajo k današnjemu biološko usmerjenemu pojmovanju, po katerem je motnja znotraj posameznika. To pojmovanje spremljajo hierarhični odnosi in linearna vzročnost; oboje pa je v nasprotju s psihosocialno usmeritvijo odprtih sistemov, ki se nam zdi pomembna za nadaljevanje dela v skupnosti.
5. Te substance pospešujejo preveč poenostavljeno in redukcionistično razmišljanje, kakršno se kaže v trenutno moderni "dopaminski teoriji"

shizofrenije. Znano je, da so nevroleptiki koristni pri shizofreniji. Znano je tudi, da nevroleptiki vplivajo na metabolizem dopamina. Iz tega so izvedli zaključek, da je shizofrenija motnja, ki izvira iz pomanjkanja nevroleptikov. Poglejmo si analogijo: digitalis je koristen pri srčnem napadu. Digitalis vpliva na krčenje srčne mišice. Zato je srčni napad motnja, ki jo je povzročilo pomanjkanje digitalisa.

Ker lahko samo zdravniki predpišejo zdravila, bi pričakovali, da so ostali uslužbenci v programih skupnosti lahko brez predsodkov, odprti in inovativni. Na žalost pa, po naših izkušnjah, ponavadi ni tako. Zdravniki se imajo za pomembnejše od ostalih, delno zato, ker dosegajo večje učinke. Tako se sčasoma ostali člani ekipe podredijo pričakovanju zdravnikov in vidijo možnost za svoje delo samo ob sočasni uporabi psihofarmakov. Posledica tega je, da trpi timsko delo. Slednje je možno le ob enakopravnem dialogu, v katerem imajo mnenja vseh sodelujočih enako teža. Dokler je moč odločanja v rokah zdravnikov, se ostali delavci čutijo nemočne, kar krni njihovo inovativnost. Kar nas stalno preseneča, je stopnja tajnega dogovora glede uporabe psihofarmakov, ki se odvija med psihiatri, uslužbenci, ki niso zdravniki, večino uporabnikov in širšo skupnostjo. Zdi se, da so se vsi tiho sporazumeli, da so tablete "odgovor" na problem motenega in motečega vedenja. Videti je, da obstaja skupna potreba po tem prepričanju, kljub znanstvenim dokazom o omejeni koristnosti uporabe psihofarmakov.

Na primer, če so nevroleptiki pravi odgovor za tip motenega in motečega vedenja, ki je označeno kot shizofrenija, zakaj se potem približno polovica takih oseb vrne v staro stanje v roku dveh let, čeprav redno jemljejo nevroleptike? (Davis, 1980) Zakaj nevroleptiki ne vplivajo na dolgoročno prognozo oseb z diagnozo shizofrenija? (Bleuler, 1968; Ciompi, 1980; Harding et al., 1987 a,b; Huber et al., 1980; Niskanen & Achte, 1972)

Pričakovali bi, da bo psihiatrija kot znanost usmerila svojo pozornost na implikacije takih in podobnih ugotovitev. Videti pa je, da podatke, ki ne ustrezajo trenutni dogmi, psihiatrija bodisi povsem "prezre" ali pa jih spodbija z za lase privlečenimi argumenti, ki se sklicujejo na ekskluzivnost (npr., tako je samo v spodnji Sloboviji) ali na metodologijo (npr., saj niso bili resnično shizofreniki). Raziskovalci, ki vztrajajo na objavljanju takih "deviantnih" podatkov, so v nevarnosti pred marginalizacijo, ponavadi s poudarjanjem osebnostnih lastnosti (npr. "saj veš, da je ženskar, alkoholik, ipd.").

Psihologija predpisovanja psihofarmakov

V zadnjih letih smo zbrali nekaj zanimivih sociopsiholoških podatkov glede prakse predpisovanja zdravil med psihiatri. Ne trdimo, da so vsesplošno resnični, vseeno pa imajo določeno težo.

Zdi se, da je zdravljenje shizofrenije s psihofarmaki izjemno podvrženo dogmatizmu. Zaradi najrazličnejših razlogov, ki niso povsem razumljivi, je skrajno težko doseči, da osebe s to diagnozo ne bi jemale nevroleptikov. Poskuse, da bi jih tega obvarovali, nemedicinsko osebje spremlja z dvignjenimi obrvmi, vprašujočimi pogledi, vprašanji "Misliš, da bodo lahko?" ali "kaj pa, če?", zdravniki pa z namigi na možnosti tožbe za nemarno opravljanje poklicne dolžnosti.

Vprašati se moramo, ali dogmatizem, ki tako prevladuje glede dolgotrajne uporabe nevroleptikov pri osebah z diagnozo shizofrenija ne izvira morda le iz želje psihiatrov po ohranjanju varne razdalje do teh pogosto napornih oseb. Kratki "zdravniški obiski" ne omogočajo razvoja zaupnih, sodelujočih terapevtskih odnosov, ki bi bili potrebni, v kolikor bi nevroleptike uporabljali le v akutnih stanjih.

Usmeritev, ki zagovarja tezo, da je shizofrenija biološka bolezen, ki jo je mogoče zdraviti le z zdravili, ima vajeti trdno v rokah. Podoben odnos najdemo glede manično-depresivne psihoze in zdravljenja z litijem. Vseeno pa so pogledi na to motnjo, po naših izkušnjah, manj negativni kot na shizofrenijo, najbrž zaradi mnenja, da so nekatere osebe s to diagnozo lahko dokaj ustvarjalne. Zaradi tega je nekako lažje odprto in brez predsodkov razpravljati o zdravljenju manično-depresivnih psihoz kot o zdravljenju "shizofrenikov".

Uporaba zdravil pri manj motenih in motečih osebah (t.j., nevroz in nekaterih osebnostnih motenj) je manj doktrinarna. Običajna pomirjevala in antidepresivi se v teh primerih uporabljajo bolj ali manj po načelu poskusov in napak. Glede njihove uporabe ne obstaja splošna doktrina, delno zato, ker dokazi o njihovi učinkovitosti niso preveč jasni. Poleg tega pa v očeh mnogih psihiatrov ta milejša psihopatološka stanja nimajo statusa "bolezní". Psihiatrija brez težav priznava, da to skupino potencialnih klientov lahko zdravijo drugi, ne priznava pa tega štirim resnejšim kategorijam: shizofreniji, manično depresivni psihozi, maniji in psihotični depresiji, na katere gleda kot na resnično "lastnino" psihiatrije.

Kljub temu retoričnemu in teritorialnemu imperativu, se večina ameriških psihiatrov nerada ukvarja z osebami, ki so označene kot shizofrene. Te osebe

so naporne, nedovzetne, vzamejo ti veliko časa, in pogosto ne plačujejo računov. V ZDA so dejansko pogosto brez kakršnihkoli sredstev za plačevanje zdravstvenih uslug. Posledica tega je, da predstavljajo največjo posamezno diagnostično skupino v državnem sistemu duševnega zdravja. Osebe z maničnimi ali bipolarnimi motnjami ter depresivne osebe so bolj privlačne. Stanje se jim izboljša relativno hitro, ponavadi ne vzdigujejo socialnega protesta, imajo družine, ki skrbijo za njih, plačujejo njihove račune, in včasih celo predstavljajo stebre družbe. Govoriti shizofrenščino, pomeni biti nerazumljiv. Govoriti jezik manije, pomeni biti posrečen, smešen, zabaven. Govoriti kot depresivna oseba, pa pomeni biti dolgočasen, utrujajoč. Večini ljudem je lažje biti z zadnjimi dvema.

Načela predpisovanja psihofarmakov

Čeprav smo zaskrbljeni nad pretirano uporabo in zlorabo psihofarmakoloških agentov, so le-ti, na žalost, resničnost v sedanji praksi duševnega zdravja v skupnosti. Glede na stopnjo deljenih fantazij o njihovi učinkovitosti je le malo verjetno, da se bo situacija kmalu spremenila. Psihofarmake je preveč lahko jemati in preveč se skladajo s prevladujočimi kulturnimi normami, da bi se jim lahko odrekli. Kljub temu pa želimo predstaviti načela, ki jih lahko razumni delavci in uporabniki duševnega zdravja upoštevajo za obveščeno presojo o psihofarmakološki praksi v skupini, kateri pripadajo. Dejstvo, da nemedicinsko osebje ne more pisati receptov, še ni opravičilo za to, da niso dobro poučeni, skrbni in kritični glede tega, kar se dela z njihovimi uporabniki.

Poleg tega pa upamo, da bodo bolje obveščeni klinični delavci prišli do podobnih zaključkov kot so naši: da je norost še kako razumljiva in da jo lahko učinkovito obravnavamo s psihosocialnimi metodami. Še posebno to velja v primerih, v katerih še ni prišlo do zdravljenja s psihofarmaki. V tem kontekstu je treba poudariti, da uspešna psihosocialna obravnava zelo motenega in motečega vedenja zahteva bodisi naravno socialno mrežo okrepljeno z delavci duševnega zdravja, ki uporabnikom nudi veliko opore, ali pa pravilno organizirano stanovanjsko terapevtsko skupnost, ki nudi intenzivno oporo in je načrtovana izključno v ta namen.

Naša načela so:

1. Dobro poučeni uporabnik je najboljši upravnik

Klienti/uporabniki/stranke/pacienti morajo imeti določeno znanje o substancah, katere naj bi zaužili, poučeni pa morajo biti tudi o drugih vrstah obravnave. Ne moremo se zanesti na zdravnike, da bodo te informacije

posredovali motenim osebam na sprejemljiv in razumljiv način. Delavci duševnega zdravja v skupnosti bi morali poznati terapevtske in stranske učinke različnih vrst psihofarmakov.

Ni potrebno, da razgovor o psihotropičnih substancah začne zdravnik in ga ponavadi tudi ne bo. Zato bi morali biti delavci na vseh nivojih seznanjeni z učinki petih vrst psihotropičnih zdravil. Morali bi biti sposobni fenomenološko opisati, kakšne izkušnje bodo njihovi uporabniki po vsej verjetnosti doživeli, če bodo jemali določeno zdravilo.

2. Oblast ljudem

Ključna sestavina odgovorne obravnave v skupnosti, tista, ki jo bistveno razlikuje od obravnave, ki poteka v bolnišnici in vključuje odvisnost, je ta, da ohranja posameznikovo oblast nad svojim življenjem. Ohranjanje osebne oblasti, oziroma ponovno vzpostavljanje le-te, če je bila spodkopana s sistemom bolnišničnega zdravljenja, je predpogoj uspešne obravnave v skupnosti. V tem kontekstu moramo obravnavati tudi psihotropične substance. Kako lahko ohranjaš uporabnikovo oblast nad damim seboj, medtem ko mu daješ substance, ki močno spreminjajo njegovo fiziologijo, njegovo zaznavanje samega sebe in njegov občutek o tem kdo in kaj je? Ugotovili smo, da bo naslednji postopek, če ga bomo dobro predstavili in pošteno izvajali, ohranil večino uporabnikove oblasti nad lastnim telesom in ga bo naredil za partnerja v procesu obravnave.

Primer, ki ga navajamo, je resničen in se nanaša na osebo z diagnozo shizofrenija, ki naj bi jemala haldol:

"Rad bi, da bi jemali zdravilo, ki je pomagalo veliko ljudem z vašo vrsto problema. Seveda ne morem zagotoviti, da bo delovalo. Zato je zelo pomembno, da gledate na jemanje zdravila kot na eksperiment na sebi. S tem mislim, da bi rad, da ste pozorni na to, kako se počutite, se pravi na vaše *čustveno stanje, občutek samega sebe, zaznavanje vašega telesa, nivo energije in splošno počutje* pred začetkom jemanja zdravila. Potem pa, že od prve tablete naprej, bi rad, da bi si pisno zabeležili, vsaj enkrat dnevno, spremembe v zvezi z vašim počutjem v odnosu do navedenih 5 značilnosti. Videla se bova čez teden dni in želim, da prinesete dnevnik s seboj. Na osnovi tega in najinega pogovora o tem, kako se boste takrat počutili, bova odmerila količino zdravila, ki ga boste jemali. Do takrat pa bi želel, da jemljete zdravilo v količini, ki sem jo predpisal. Če boste začeli čutiti vrtoglavico, če se boste počutili šibkega ali se začeli potiti, prenehajte z jemanjem zdravila in me pokličite. Če se boste počutili, kot

da se morate nenehno gibati, ravno tako prenehajte z jemanjem in me pokličite. Če boste čutili krče v mišicah, še posebno okoli vratu in ramen, me pokličite.

Čez dva tedna se bova ponovno srečala in ocenila, kaj je zdravilo, če je sploh kaj, naredilo za vas v tem času. Pogovoril se bom z vami o vašem dnevniku s strokovnega stališča in vas bom prosil, da mi poveste o vaši izkušnji z zdravilom. Pozanimal se bom tudi za mnenje o učinkih zdravila na vas pri ljudeh, ki živijo z vami. Če bo celotna izkušnja pozitivna, bom poiskal najprimernejšo dozo zdravila in vam svetoval, da za določen čas nadaljujete z uporabo zdravila. Če bo celotna slika negativna, bova z zdravilom prenehala in poskusila drugače. Ne morem napovedati, kaj se bo zgodilo. Vendar pa si zapomnite, da je telo, na katero to zdravilo učinkuje, vaše. Bodite pozorni. Ne morem vas prisiliti, da jemljete zdravilo. Morali pa bi mu dati možnost za pošten preizkus. Samo vi lahko to storite. Delati morava kot tim. Končna odločitev bo vaša. Rad, da bi bila ta odločitev odgovorna in na osnovi vaše izkušnje s tem zdravilom."

Čeprav bo opis možnih učinkov različen od zdravila do zdravila, je osnovni pristop kot "eksperiment na sebi" enak za vsa zdravila. V teh pogovorih pomaga, če ugotovimo katero drogo je uporabnik predhodno užival - najbolj pogost je alkohol - in jo uporabimo kot poučni primer. Ker proces jemanja zdravil vključuje zelo močne in potencialno toksične sestavine, ga je treba vzeti zelo resno. Najpomembneje je, da klinični delavec z vso resnostjo obravnava uporabnikove izkušnje in vprašanja. Pripravljenost za jemanje zdravil je ponavadi vprašanje odnosa. Če pravilno postopamo, jemanje zdravila ne bi smelo predstavljati resnejšega problema med kliničnim delavcem in uporabnikom. Če nastopi nesoglasje, mora klinični delavec ugotoviti, kaj je storil takega, kar je spodkopalo njuno sodelovanje na poti k skupnemu cilju: pomagati uporabniku postaviti življenje nazaj na tirnice.

3. Imej na razpolago alternativne oblike psihosocialne pomoči

Brez drugih alternativ je zdravljenje z nevroleptiki skoraj neizbežno. Ker razmerje med tveganjem in koristmi navadno ne opravičuje dolgoročne uporabe nevroleptikov, bi morali razviti vrsto strategij in uslug, ki bi jih lahko uporabili namesto nevroleptikov. To velja tudi za druge psihofarmake, čeprav njihova dolgoročna toksičnost ni tako velika kot pri nevroleptikih.

UPORABA NEVROLEPTIKOV

Naši pogledi o tem se razlikujejo od prevladujočega etosa v današnjem duševnem zdravju v skupnosti, v katerem obravnavajo psihofarmake, še posebno nevroleptike za shizofrenijo, kot nujno potrebne za prakso duševnega zdravlja v skupnosti. Njihovi dejanski in mitični učinki so prikazani spodaj. Ker je dyskinesia tardiva izjemno težka in destruktivna iatrogenična motnja, si v primeru, da lahko priskrbimo primerno socialno okolje, vsak na novo identificirani psihotik zasluži priložnost za okrevanje brez uporabe neuroleptikov. Podatki jasno kažejo, da lahko večina na novo diagnosticiranih psihotikov okreva brez nevroleptikov (Bleuler, 1968; Huber et al., 1980; Mosher & Menn, 1978).

Nevroleptiki: znani učinki

1. Zmanjšajo "pozitivne" simptome (npr. halucinacije)
2. Skrajšajo bivanje v bolnišnici
3. Zmanjšajo pogostost ponovnega sprejema
4. Povzročajo dyskinesio tardivo
5. Povečujejo zanimanje za shizofrenijo
6. Ustvarjajo velike dobičke farmacevtskim koncernom.

Nevroleptiki: mitični učinki

1. Izpraznitev psihiatričnih bolnišnic
2. Spremenjeni odstotki za dolgoročno socialno okrevanje pri shizofreniji
3. Povečano učenje veščin obvladovanja stresa
4. Vpliv na specifično etiologijo shizofrenije
5. Lahko zmanjšajo število ponovnih sprejemov, če je redno jemanje zdravil zagotovljeno

Ti podatki nas vodijo do zaključkov: najprej je treba poskusiti s psihosocialno obravnavo, šele potem se zatečemo k nevroleptikom. Ne verjamemo v zdravljenje z rutinskim vzdrževanjem na nevroleptikih. Naši argumenti so:

- odstotek recidivov v dveh letih pri na slepo izbranih dvojno-slepih študijah ob oralno uporabljanih nevroleptikih je 70-80 % v placebo pogojih in 40-50% za osebe, vzdrževane na nevroleptikih. (Davis, 1980).
- Pri 5 % oseb, vzdrževanih na nevroleptikih se na leto pojavi dyskinesia tardiva. To pomeni, da se bo v petih letih pri približno 25 % novih oseb, ki jemljejo nevroleptike pokazala ta motnja (Kane et al., 1984).

Na podlagi teh podatkov lahko zaključimo, da razmerje rizik/korist ni naklonjeno dolgotrajnemu jemanju nevroleptikov.

To je seveda razumljivo stališče. Preizkus te hipoteze je primerjava med uporabniki, ki dobivajo nevroleptike v obliki injekcij in tistimi, ki jih uživajo oralno. Če je pripravljenost jemanja zdravil kritična spremenljivka, bi morali pri tistih, ki prejemajo injekcije, najti bistveno manjši odstotek recidivov, kot pri onih, ki prejemajo zdravila oralno. O tem vprašanju so bile izvedene štiri obsežne raziskave, od katerih sta bili dve izredno dobro načrtovani (Hogarty, Schooler, Ulrich, Mussare, Ferro in Herron (1979) in Rifkin, Quitkin, Rabiner in Klein (1977)). Rezultati vseh štirih so neverjetno podobni. Odstotek recidivov med osebami, ki so jemale nevroleptike oralno, se prav nič ne razlikuje od tistega, ki so ga našli pri osebah, ki so dobivale nevroleptike z injekcijami. Ugotovili so tudi, da jemanje nevroleptikov v obliki injekcij povzroča več neprijetnih stranskih učinkov kot oralna uporaba. Kakšne so klinične implikacije teh raziskav?

1. Za 40-50% pacientov, ki so že v sistemu, in doživljajo recidive kljub jemanju nevroleptikov, je neodgovorno večati tveganje dyskinesie tardive s postopnim povečevanjem količine zdravil ali z vztrajnim iskanjem novih in novih nevroleptikov. Pri teh osebah je mnogo bolj smiselno usmeriti se na njihovo socialno okolje, z namenom, da zmanjšamo stres. Nesporno je dokazano, da se pri ljudeh, ki živijo v družinah z visoko stopnjo sovražnosti in kritičnosti, veliko bolj pogostoje ponavljajo recidivi, kot pri tistih, ki živijo v družinah z nizko stopnjo teh značilnosti (Leff & Vaughn, 1980, 1987; Vaughn, Snyder, Jones, Freeman & Falloon, 1984). Uporabnika, ki živi v neustreznem okolju, bi lahko vzpodbudili, da se preseli in mu pri tem pomagali. Lahko bi tudi začeli z družinsko intervencijo, s katero bi pomagali izboljšati neugodne razmere, ki povzročajo stres. Možno je tudi, da bi osebi priskrbeli neko aktivnost, ki bi omejila neposreden stik z družino na minimum. Premišljena skrb za socialno okolje vseh uporabnikov, ne glede na diagnozo, bi morala delavce v duševnem zdravju pripeljati do ključev za razvoj individualiziranih psihosocialnih intervencijskih strategij, ki bi omogočale popolno izognitev zdravljenju z nevroleptiki ali pa vsaj njihovo minimalno uporabo.
2. Uporabnike, ki ne jemljejo nevroleptikov, a so v nevarnosti, da bi doživeli recidiv, bi morali vključiti v terapevtske odnose, v katerih bi lahko razpravljali o njihovem specifičnem vzorcu razvoja norosti. Če je odnos dober, bodo uporabniki pripravljeni povedati terapevtu, če so v nevarnosti, da se

jim bo zmešalo in zakaj. Na tej točki je možen pogovor o alternativah, od katerih bi moralo biti zdravljenje z nevroleptiki le ena od možnosti.

Če se izkaže, da je zdravljenje z nevroleptiki edina možnost, bi morali izbrati strategijo, po kateri zdravimo le poslabšanje simptomov. Pri takem načinu zdravljenja ni prav nič več recidivov kot pri dolgotrajnem jemanju nevroleptikov. Osebe, ki še niso jemale nevroleptikov, se hitreje odzovejo na zdravlila in preživijo manj časa v bolnišnici, če so ponovno hospitalizirane (Carpenter et al., v tisku). Carpenter je pred kratkim ugotovil tudi to, da ta strategija zdravljenja bistveno zmanjša tveganje nastanka dyskinesie tardive, čeprav so bili njegovi uporabniki pod vplivom zdravil približno 50% časa. Tovrstno "tarčno" strategijo zdravljenja podpirajo tudi klinične in raziskovalne ugotovitve, da je norost v različnih časovnih obdobjih različno izražena. Zdrava pamet nam pove, da je zdravljenje ljudi z zelo močnimi zdravili v intervalih "dobrega stanja" nespametno.

3. Če psihosocialni programi niso izvedljivi in so uporabniki pogosto ponovno hospitalizirani kljub "tarčni" strategiji, lahko poskusimo vzdrževanje na čim manjši možni dozi nevroleptikov. Več raziskovalcev (Kane, 1983, 1984, 1987; in Marder, Van Putten, Mintz, Lebell, McKenzie & May, 1987) je ugotovilo, da je ta strategija skoraj tako učinkovita v preprečevanju recidivov kot običajna doza, ima pa veliko manj stranskih učinkov in jo uporabniki veliko bolj sprejemajo.

Ugotovili smo, da je zelo težko popolnoma prenehati z uporabo nevroleptikov celo pri relativno stabilnih, v skupnost vključenih uporabnikov, če so jih nepretrgoma jemali več let. Nismo prepričani, ali je tako zato, ker so njihovi dopaminski receptorji sestradani, ali zaradi resničnega abstinenčnega sindroma. Deset dni do dva tedna po prenehanju jemanja nevroleptikov, se je pri večini uporabnikov pojavilo stanje, ki je bilo videti kot začetek psihoze. (Chouinard, Bradwejn, Jones & Ross-Couinard, 1984; Gardos, Cole & Torey, 1978; Luchons, Freed & Wyatt, 1980). Da bi se izognili posledicam resnejše krize pri osebah iz skupnostno-osnovanega socialnega polja, smo skoraj prenehali poskušati s *popolnim* odvajanjem uporabnikov od nevroleptikov. Namesto tega, poskušamo zmanjšati njihovo količino na približno 25 mg thorazinskega ekvivalenta na dan. To ponavadi zadovoljuje dopaminske receptorje, če smo na koncu daljšega procesa odvajanja in je stopnja socialnega stresa nizka.

Uporaba litija in antidepresivov

Zadnji podatki dokazujejo, da je zdravljenje manično-depresivnih oseb z litijem kot tudi zdravljenje depresivnih oseb z antidepresivi le redko uspešno. Pri prvi skupini je neuspešno zdravljenje 62%, pri drugi pa 51%. Zaradi tega in zaradi znane ledvične toksičnosti litija ter smrtnih učinkov antidepresivov, če so uporabljeni za samomorilne namene, bi se morali resno zamisliti nad uporabo teh substanc.

ZAKLJUČKI

Ni potrebno, da gledamo na zdravila in psihosocialne intervencije kot na izključujoče se možnosti. Zdravila bodo bolj učinkovita, če jim bomo uporabljali v pozitivnem kontekstu kot v antagonističnem. V vsakem primeru pa so lahko v mnogih situacijah psihosocialne intervencije enako ali celo bolj učinkovite kot zdravila, če jih pravilno izvajamo. Problem je, da je zelo lahko predpisovati zdravila, medtem ko so psihosocialne intervencije veliko bolj zapletene, drage in zahtevajo veliko truda.

Duševno zdravje v skupnosti je psihosocialno. Naše stališče je psihosocialno. Psihotropičnih zdravil se ne da kar tako odpraviti, zato jim je treba poiskati mesto v celovitem pristopu. Ne smemo pa se preveč zanašati nanje. Nezdravniki preveč nekritično sprejemajo njihovo uporabo zaradi vpliva zdravnikov. Nezdravniški del duševnega zdravja v skupnosti bi moral poznati njihovo vrednost kot tudi pomanjklivosti. Ti delavci bi se morali naučiti postavljati vprašanja zdravnikom tako, da bodo postala načela predpisovanja zdravil predmet razprav.

Mnenje, da so zdravila izključno področje zdravnikov, je napačno. Po drugi strani tudi drži, da so zdravniki preveč usmerjeni na zdravila, medtem ko puščajo skrb za psihosocialne komponente vsem ostalim. Uporabniki pa so tisti, ki trpijo zaradi te neuskladenosti stališč.

Viri:

Mosher, L. R., Burti, L. (1989), Community mental health: Principles and Practice. New York, Norton. Chapter 5. Is Psychotropic drug dependence really necessary?

- da izvaja nad vami psihično ali fizično nasilje;
- da vas spolno nadleguje
- da vas prisili k delu, ki ga ne želite opravljati;
- prisiliti vas, da v primeru prisilne hospitalizacije podpišete izjavo, da ste prišli prostovoljno.