

„Diskusia k duálnym diagnózam“

MUDr. Stanislava Šupolová

MUDr. Ivan Chaban, MPH.

Centrum pre liečbu drogových závislostí Žilina FNŠP, Považský Chlmec 278

Abstrakt:

Termín „duálna diagnóza“ znamená, že u pacienta sa vyskytujú súčasne dve alebo viac psychických porúch, ktoré sú diagnostikované spolu alebo sa pridružila iná porucha k už existujúcej poruche. Najčastejšou kombináciou sú závislosti a afektívne poruchy (depresívna porucha, bipolárna afektívna porucha) alebo úzkostné poruchy či poruchy osobnosti, výnimkou nie sú ani psychózy (schizofrénia, schizoafektívna porucha).

Diagnostika, diferenciálna diagnostika, liečba a celkový terapeutické vedenie pacienta s „duálnou diagnózou“ je o to komplikovanejšie a zložitejšie, ale liečiteľné!

Prostredníctvom kazuistiky nášho pacienta chceme zúčastneným poskytnúť priestor na diskusiu, ako aj prezentovať možnosti riešiť problémové situácie v rámci diagnostiky, diferenciálnej diagnostiky, liečby pacienta ako aj spolupráce s rodinou pacienta. A tým predchádzať možnej „iatropatogenizácii“ pacientov.

Kľúčové slová:

Duálna diagnóza, liečiteľnosť, iatropatogenizácia, Kazuistika pacienta s duálnou diagnózou.

Definícia:

Pri duálnej diagnóze sa vyskytujú súčasne dve alebo viac psychických porúch, ktoré sú diagnostikované spolu alebo sa pridružila iná porucha k už existujúcej poruche.

Najčastejšou kombináciou sú závislosti a afektívne poruchy (depresívna porucha, bipolárna afektívna porucha) alebo úzkostné poruchy či poruchy osobnosti, výnimkou nie sú ani psychózy (schizofrénia, schizoafektívna porucha).

Úvod:

Vzťah medzi závislosťou a inou duševnou poruchou môže byť rôzneho charakteru:

1. Závislosť (vrátane abstinénčného stavu) môže napodobňovať prakticky akúkoľvek duševnú poruchu (vrátane schizofrénie, depresívneho syndrómu).
Diagnostika je tu často sťažená ťažkou životnou situáciou, do ktorej sa závislí dostávajú, rôznymi sociálnymi problémami, záťažovými životnými udalosťami...
Diferenciálna diagnostika je často veľmi obtiažna, niekedy až nemožná (najmä pri prvom kontakte s pacientom), pre exaktné stanovenie diagnózy je nutná minimálne 10- 14 dňová plná abstinencia (objektivizovaná).
2. Krátkodobé alebo dlhodobé zneužívanie návykových látok môže dekompenzovať akúkoľvek duševnú poruchu.
3. Užívanie návykových látok môže duševnú poruchu nepriamo vyvolávať. Napr. Deykin a Buka (1997) uvádzajú, že výskyt PTSP (posttraumatickej stresovej poruchy) je u dospievajúcich závislých 5x vyšší než u rovesníkov, ktorí závislí nie sú.

4. Užívanie návykových látok môže zakrývať obraz inej duševnej poruchy alebo meniť jej klinický obraz a následne tak komplikovať jej diagnostikovanie.
5. Užívanie návykových látok a iná duševná porucha môžu byť prítomné súčasne a navzájom sa potencovať.
6. Rizikové chovanie vo vzťahu k návykovým látkam môže byť spúšťacím faktorom iného duševného ochorenia.
7. Duševná porucha a s ňou súvisiace utrpenie môže viesť k hľadaniu úniku v návykových látkach a tak nepriamo viesť k vzniku závislosti.

Priebeh:

Problémy, ktoré návykové látky duševne chorým spôsobujú nie sú rozhodne zanedbateľné.

- zhoršuje sa ich schopnosť adaptácie,
- návykové látky vstupujú do interakcii s psychofarmakami,
- pod vplyvom niektorých návykových látok (pervitín, halucinogénne pôsobiace huby, LSD,...) môže dôjsť k rýchlej exacerbácii duševnej poruchy,
- zvyšuje sa riziko samovražedného alebo inak nebezpečného (agresívneho) konania namiereného nielen voči sebe ale aj okoliu.

Z tohto dôvodu býva priebeh duševných porúch u pacientov so závislosťou spravidla komplikovanejší.

Liečba:

Má svoje špecifiká:

- liečebné postupy musia byť volené omnoho individuálnejšie než u pacientov s „čistou“ závislosťou. „ Matching“ = uplatnenie špecifických liečebných postupov podľa špecifických potrieb určitého pacienta. V závislosti od fázy liečby, sa môže prioritou liečby rýchlo meniť (vyžaduje pružnosť terapeutov).
- liečba vyžaduje väčšiu toleranciu, to ale neznamená porušovanie základných pravidiel terapeutického vzťahu (jasne stanovené hranice) najmä u porúch osobnosti
- farmakologická liečba- medikácia by mala mať čo najnižší addiktívny potenciál (riziko vzniku závislosti), vhodnejšie nízke dávky antipsychotík a antidepresív ako anxiolytík a hypnotík
- vhodné alternatívne nefarmakologické postupy (relaxačné techniky, pohybové cvičenia, zmena životného štýlu...), racionálne edukačné programy (primeraná informovanosť o chorobe, postupoch liečby...), z psychoterapeutických smerov je najvhodnejšia podporná psychoterapia, KBT techniky. Konfrontačné postupy sú väčšinou KI.
- liečba je dlhodobá, hrozba rizika dekompenzácie a recidív... predvídavosť terapeuta, príprava pacienta ako aj jeho okolia
- prevencia suicidálneho alebo inak agresívneho konania... nedobrovoľné hospitalizácie!
- podporná terapia členov rodiny (psychologická, psychiatrická, psychosociálna a krízová intervencia...) z dôvodu, že „duálni“ pacienti majú zvýšené nároky na rodinu resp. svoje okolie, kde žijú.

Záver:

- Duálne diagnózy v medicíne drogových závislostí nie sú zriedkavosťou.
- Duálne diagnózy sú liečiteľné.
- Príspevok chcel upozorniť na potrebu dôsledného a cieleného diagnostikovania všetkých (!)

diagnóz, ako aj na potrebu individuálne prispôsobenej efektívnej liečby (kombinované farmakologicko- nefarmakologické postupy) a prevencie relapsov či recidív.

- Predchádzanie iatropatogenizácii (poškodenie či zhoršenie psychického, somatického alebo sociálneho zdravia pacienta nežiaducim správaním zdravotníkov, žiaľ často aj psychiatrov), kedy sú pacienti považovaní za neliečiteľných.

Literatúra:

1. Hoschl C., Libiger J., Švestka J., Psychiatrie, Tigris, 2004: 585- 586
2. Vavrušová L., Bipolárna porucha, Osveta,2004: 104- 106
3. Breznoščáková D., Psychiatria pre prax, Sympóziu na o zaji o praxi a z praxe, 7.-8.10.2010, Senec