

Szerfüggőség és komorbiditás – a kettős diagnózis terápiás jelentősége



Dr. Osváth Péter

*PTE ÁOK OEC Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
Addiktológiai továbbképzés, 2007. március 22.*

Áttekintés

- ◆ Bevezetés – a komorbiditás jelentősége
- ◆ A felismerésről és kezelésről általában
- ◆ A leggyakoribb pszichiátriai zavarok áttekintése
 - ◆ hangulat- és szorongásos zavarok
 - ◆ pszichotikus zavarok - szkizofrénia
 - ◆ egyéb mentális zavarok



Bevezetés – a komorbiditás gyakorisága

- ◆ A különböző szerfüggőségekhez gyakran társulnak pszichiátriai zavarok
- ◆ A szerfüggők 72%-a legalább egy komorbid mentális zavarban szenved (ECA Study)
- ◆ A szkizofréniában szenvedők több, mint 50%-a szenved függőségben
- ◆ Az affektív zavarok 2,3-szorosára növelik a függőségek rizikóját (MD:2,7x; BIP:9,2x)
- ◆ A szorongásos zavarokban szenvedők 36%-ánál függőség is fennáll

Bevezetés – a komorbiditás jelentősége

- ◆ Együttes előfordulásuk mindkét betegség lefolyását, gyógyulását és prognózisát rontja – megnehezíti a kezelést – magasabb morbiditás és mortalitás
- ◆ Problémát jelenthet annak kiderítése, hogy a pszichiátriai zavar vagy a függőség az elsődleges – (OK vagy KÖVETKEZMÉNY?)
- ◆ A komorbid zavar diagnózisa nehéz, mert a függőség tünetei elfedhetik az alapvető jellemzőket
- ◆ A korai felismerés és kezelésbe vétel döntő fontosságú a terápia eredményességének szempontjából

A mentális zavar és a függőség összefüggésének modelljei

- ◆ Öngyógyítás (a szerhasználat oldja a szorongást és a depressziót)
- ◆ A szerhasználat lobbanthatja fel a pszichiátriai zavart a genetikai vulnerabilitás talaján
- ◆ Az intoxikáció vagy a megvonás szorongásos és/vagy affektív zavar tüneti képét utánozhatja

A komorbid függőség jellemzői

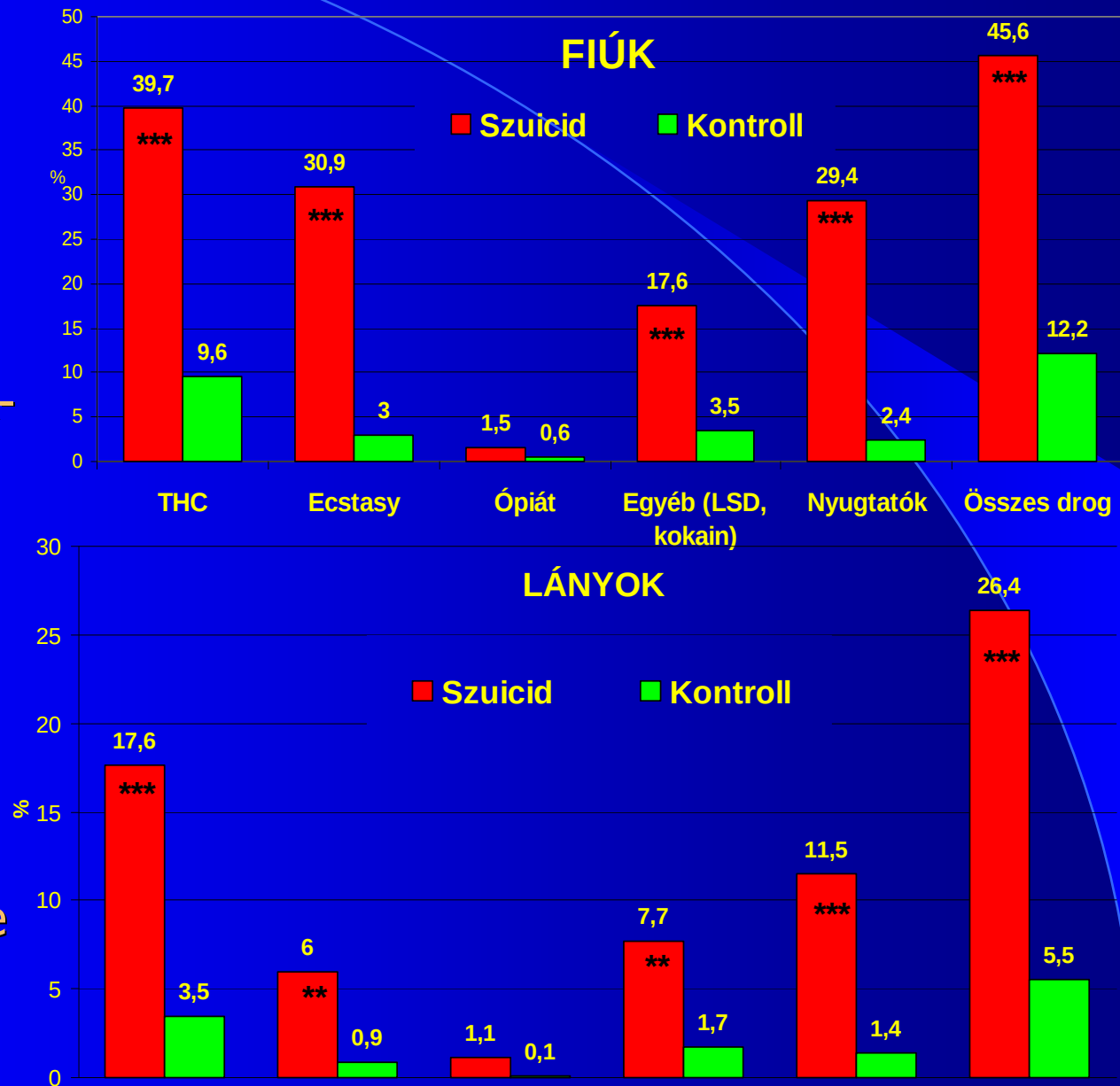
- ◆ A függőséggel komorbid mentális zavar jellemzői nem különböznek az önálló kórképtől, de gyakran komplexebb formában jelentkeznek
- ◆ Egyéb pszichiátriai zavarokkal, más szerhasználattal is társulhat
- ◆ Súlyosabb szociális problémákkal járhat (gyakrabban munkanélküliek, egyedülállók)
- ◆ Kifejezettebb támogatást igényelhetnek

Drogfogyasztás megoszlása serdülők mintájában

CASE Study, Pécs
– N= 4408

A szuicid kísérletet elkövetők lényegesen gyakrabban fogyasztottak kábítószerket az elmúlt hónapban

A fiúk harmada, a lányok 1/8-a használt többféle szert is



Addikciók és szuicid viselkedés

- ◆ Az addikciók jelentős mértékben kapcsolódtak a serdülőkori szuicid viselkedéshez (CASE Study, N=4408) – különösen az ismétlőknél volt gyakori
- ◆ Jellemző volt a rendszeres nagyobb mennyiségű:
 - alkoholfogyasztás (OR - F:2,1/L:2,5)
 - dohányzás (OR - F:6,87/L:5,1)
 - droghasználat (OR - F:2,9/L:2,61)
- ◆ A kísérletezőknél észlelt markáns pszichopatológiai tünetek (szorongás, depresszió) felvetik annak lehetőségét, hogy a nyugtató, illetve stimuláló szerek gyakori fogyasztása sajátos *öngyógyító mechanizmusként* is értelmezhető
- ◆ A jelentős arányú nyugtatóhasználat ezen szerek *elérhetőségének és fogyasztásának anomáliái* mellett kapcsolatba hozható a nyugtatófogyasztás *inadekvát családi mintáival* is

A diagnózis kérdései I.

- ◆ A komorbid zavar felismeréséhez absztinens időszak szükséges – a „subthreshold” formákat sem szabad figyelmen kívül hagyni – (Axis II. zavarok jelentősége!)
- ◆ Az adekvát kórisme megállapításához meg kell várni az intoxikációs, majd a megvonási tünetek megszűnését
- ◆ Különben nagy a téves diagnózis veszélye
- ◆ Segíthet: családi anamnézis, betegség történet (mikor kezdődött a pszichiátriai zavar, előfordult-e a családban, hosszabb absztinens időszakban is fennállnak-e a tünetek)
- ◆ A diagnosztikus interjúk és tesztek jelentős segítséget jelenthetnek (házánkban rutinszerű alkalmazásuk még nem nagyon terjedt el)

A kezelés általános kérdései

- ◆ Adekvát terápiás terv készítése
- ◆ Ebben a szerfüggőség és a társuló pszichés zavar sajátosságait egyaránt figyelembe kell venni
- ◆ Leghatékonyabb a komorbid zavarok párhuzamos kezelése – integratív modell
- ◆ Lehetőleg a nem-farmakológiai lehetőségeket kell a középpontba állítani
- ◆ Kiemelt figyelmet kell fordítani a compliance-problémákra is

A nem-farmakológiai kezelés lehetőségei

- ◆ Viselkedésmódosító megközelítés
 - ◆ a szubjektív lelkiállapot-szabályozás képességének erősítése
 - ◆ szorongás, hangulatingadozás szabályozása –külső anyag használatának megelőzése
 - ◆ alternatív megküzdő mechanizmusok kidolgozása
- ◆ Pszichoszociális és kognitív-viselkedésterápiák – a függőség és az affektív/szorongásos zavar kezelésében is eredményesen alkalmazhatók
- ◆ Fontos a kezelési formák komplex terápiává történő integrációja
- ◆ A függőségre irányuló kezelési formák mellett a komorbid zavar speciális pszichoterápiás módszerek alkalmazását teheti szükségessé

Farmakoterápiás lehetőségek

- ◆ Kevés jól-kontrollált vizsgálat áll rendelkezésre a farmakoterápiás lehetőségeket illetően
- ◆ A gyógyszervizsgálatokból általában kizárják a függőségben szenvedőket
- ◆ A gyógyszerek kiválasztásának szempontjai
 - ◆ mellékhatásprofil – szomatikus szövődmények
 - ◆ az adott szerrel kapcsolatos interakciók
 - ◆ függőségi potenciál (pl. benzodiazepinek)
 - ◆ hatásosság - biztonságosság - tolerálhatóság

Drogfüggőség és affektív zavarok I.

- ◆ Leggyakoribb komorbid zavar
- ◆ 30-50%-ban társul függőségekkel
- ◆ Major depresszió - 18%-os gyakoriság
- ◆ Bipoláris zavar – 50-70%-ban társul függőségekkel
- ◆ A kokainfüggők 33-53%-a szenved affektív zavarban
- ◆ Ópiátfüggők között a depresszió aránya még magasabb lehet (16-75%)
- ◆ A rizikó az absztinencia elérése után is magasabb –
mindenképpen az affektív zavar korai kezelése javasolt

Drogfüggőség és affektív zavarok II.

- ◆ A szerfüggőség jelentősen rontja a bipoláris zavar lefolyását
- ◆ Magasabb a kevert epizódok aránya és gyakoribb a hangulati epizódok száma
- ◆ Gyakoribb hospitalizációt eredményezhet
- ◆ Rövidebb idő alatt alakul ki mániás relapszus és hosszabb ideig tart a felépülés
- ◆ A rosszabb betegséglefolyás miatt rosszabbul tudnak funkcionálni és emiatt az életminőség is csökken

A gyakori komorbiditás lehetséges okai I.

A bipoláris zavar kifejezett rizikót jelent a függőség kialakulására

- ◆ öngyógyítás szerepe – kellemetlen affektív tünetek csökkentése
- ◆ vagy a függőség éppen hogy fokozza a hangulati labilitást – szenzitizáció a kindling mechanizmuson keresztül?
- ◆ bizonyos tünetek (impulzivitás, csökkent ítélőképesség, kellemes tevékenységek túlhajtása) prediszponálhatnak a függőség kialakulására
- ◆ lehet hogy a háttérben közös rizikófaktorok állnak – a szerfüggőség lobbanthatja fel az affektív tüneteket

A gyakori komorbiditás lehetséges okai II.

- ◆ A súlyosabb pszichopatológia miatt gyakrabban kerülnek kezelésbe? (DE a populációs és klinikai mintákban hasonló gyakoriságot találtak)
- ◆ Lehet, hogy többféle altípus is van? (pl. az öngyógyító, vagy a korai kezdetű, súlyosabb pszichopatológiával bíró)
- ◆ Valószínűnek látszik, hogy a komplex és kétirányú kapcsolatuk hátterében a különböző mechanizmusok kombinációja állhat

Drogfüggőség és affektív zavarok III.

A diagnózisalkotás nehézségei

- ◆ Bizonyos drogintoxikációk hangulati emelkedettséggel járhatnak (vizelet-teszt)
- ◆ A megvonás szorongásos-depresszív tüneteket okozhat
- ◆ A függőség számos negatív következménnyel járhat (stresszorok-veszteségek) – reaktív (átmeneti) depressziót okozhat
- ◆ Kerülendő a túl korai diagnózis
- ◆ A terápiában a komplex megközelítés ajánlott

A komorbid affektív zavarok kezelése I.

A depressziós szindróma farmakoterápiája

- ◆ Ópiátfüggők - triciklusos szerek
 - ◆ DE a szedatív szerek abúzust okozhatnak
- ◆ Kokainfüggőség – triciklusos szerek
 - ◆ nemcsak a hangulatzavarra, de a sóvárgásra is hatnak
 - ◆ DE – kardiotoxikus mellékhatás
- ◆ Egyéb szerek vonatkozásában csak előzetes eredmények állnak rendelkezésre
 - ◆ mianserin, SSRI szerek; kettős hatású szerek (venlafaxin, duloxetin)

Pszichoterápiás stratégia

- ◆ mindig az adott páciens problémáihoz igazodik
- ◆ a kettős diagnózishoz igazodó speciális szempontok – kombinált módszerek előnyösebbek
- ◆ pszichodinamikus, interperszonális, KVT, családterápia
- ◆ csoportterápiák - pszichoszociális rehabilitáció
- ◆ NA csoportok – a tartós gyógyszereszedéssel kapcsolatos negatív visszajelzések kerülése

A komorbid affektív zavarok kezelése II.

A bipoláris zavar farmakoterápiája

- ◆ Li-ra rosszabbul reagálhatnak - gyakori lehet a kevert epizód és a rapid ciklus előfordulása
- ◆ Antikonvulzív szerek hatásosabbak (anti-kindling mechanizmus?)
 - ◆ valproát, karbamazepin, lamotrigin
- ◆ Atípusos antipszichotikumok – ígéretes előzetes eredmények (olanzapin, quetiapin)
- ◆ Benzodiazepin kiegészítés nem javasolt (ha mégis szükséges akkor rövid ideig, kontrollált módon; hosszabb hatásúak – pl. clonazepam – kevésbé okoz függőséget (?))

Drogfüggőség és szorongásos zavarok

- ◆ 36%-uk szenved függőségben is
- ◆ A diagnózist nehezítheti, hogy bizonyos intoxikációk (kannabisz, stimulánsok) ill. megvonás (ópiátok, benzodiazepinek) szorongásos tünetekkel járnak
- ◆ Ezért a pontos diagnózis megállapításához absztinens időszak kell (ennek ideje az adott szer farmakokinetikájától függ)
- ◆ A diagnózisalkotásban segítséget nyújthat:
 - ◆ családi anamnézis, a szorongásos tünetek első jelentkezésének ideje, lefolyása

Drogfüggőség és pánikbetegség I.

- ◆ A pánikzavarban szenvedők 36%-ánál életük során függőség alakul ki
- ◆ Pánikzavar esetén 2,4-szeres a függőség kialakulásának rizikója
- ◆ Főleg az alkoholfüggőknél gyakori, de pl. fenntartó metadon terápiában részesülő ópiátfüggők – 6,9-13%-ánál alakul ki pánikbetegség
- ◆ Kokainfüggőknél kevésbé fordul elő
- ◆ A függőség kialakulásában szerepet játszhatnak a szedatív szerek, mint szorongásoldó-öngyógyító eszközök
- ◆ Más szerek (kokain, kannabisz, stimulánsok) inkább pánikrosszulléteket provokálhatnak

Drogfüggőség és pánikbetegség II.

- ◆ Farmakoterápiás lehetőségek
 - ◆ Triciklusos szerek (mellékhatások!)
 - ◆ SSRI szerek – leginkább javasolt
 - ◆ Benzodiazepinek (csak a terápia kezdetén – átmeneti alkalmazás)
- ◆ DE! – TCA, SSRI szerek – kezdetben tüneti rosszabbodást okozhatnak – ez visszaeséshez vezethet
- ◆ Ezért a th. kezdetén alacsony dózis ill. lassú dózisémelés javasolt
- ◆ A terápiás hatás kialakulása több hetet (2-6) is igénybe vehet – relapszus rizikója fokozott!
- ◆ Az SSRI szerek számos esetben előnyös terápiás hatást eredményeztek (főleg alkoholfüggők esetében – alkoholfogyasztás csökkent)

Drogfüggőség és pánikbetegség III.

- ◆ Benzodiazepinek alkalmazása – ellentmondásos adatok
 - ◆ a tünetek gyors oldása
 - ◆ a függőség kialakulásának veszélye kifejezett
 - ◆ elsősorban a terápia kezdetén javasolt, amíg a hangulatjavítók hatása kialakul
 - ◆ a legkisebb hatásos adagban, szoros ellenőrzés mellett
- ◆ Egyes szerfüggőségek (kokain ill. stimulánsok) esetében – karbamazepin, clonazepam, valproát - csökkenti az ismételt megvonások kiváltotta szenzitizációt

Drogfüggőség és pánikbetegség IV.

Pszichoterápiás lehetőségek

- ◆ Szorongáscsökkentő lehetőségek elsajátítása
 - ◆ helyzet kontrollálása
 - ◆ negatív ingerek kivédése
 - ◆ elviselhetetlen lelkiállapot uralása
 - ◆ alternatív coping stratégiák elsajátítása
- ◆ Kognitív-viselkedésterápia
- ◆ Relaxáció
- ◆ Szupportív th. – aktuális negatív események megbeszélése, ezek feldolgozásának támogatása

Drogfüggőség és generalizált szorongásos z. I.

- ◆ GAD-ban szenvedők 11%-ának anamnézisében szerfüggőség is szerepel
- ◆ Metadonfüggők 21%-a, kokainfüggők 8%-a szenved a GAD-ban is
- ◆ Diagnosztikus nehézség – bizonyos szerek intoxikációja és/vagy megvonása is szorongással járhat
- ◆ Sok esetben nehéz a szorongás pontos etiológiájának tisztázása

Drogfüggőség és generalizált szorongásos z. II.

Farmakoterápia

- ◆ Benzodiazepin – korlátozott alkalmazás
- ◆ Buspiron - nem okoz hozzászokást, magasabb dózis!!!
- ◆ SSRI szerek
- ◆ Triciklusos szerek
- ◆ Venlafaxin, antikonvulzív szerek

Pszichoterápiás lehetőségek

- ◆ KVT, relaxáció, coping készségek fejlesztése
- ◆ A fentiek egymás kiegészítve eredményezik az optimális gyógyulást

Drogfüggőség és szociális fóbia

- ◆ Kokainfüggők közel 15%-ánál szociális fóbia is kialakul életük során
- ◆ Metadonfüggők esetében ez az arány 6%-os
- ◆ Általában a szociális fóbia megelőzi a függőség kialakulását
- ◆ Fontos korai felismerése – ha kezeletlenül marad, akadályozhatja a kezelésben való részvételt (pl. NA csoportok)
- ◆ A felismerésben figyelni kell egyes intoxikációkra (kannabisz, stimulánsok)
- ◆ Farmakoterápia
 - ◆ RIMA, SSRI (paroxetin),
 - ◆ benzodiazepinek, bupropion, buspiron, venlafaxin, gabapentin?
- ◆ Pszichoterápia – csoportterápia (pl. NA) nehézségekbe ütközhet – inkább egyéni terápiás megközelítés javasolt
 - ◆ KVT, szociális készségek fejlesztése

Drogfüggőség és poszttraumás stressz zavar I.

- ◆ Az egyik leggyakoribb komorbid zavar
- ◆ PTSD-ben szenvedő férfiaknál 2-3-szoros, nőknél 2,5-4,5-szeres a függőség kialakulásának rizikója
- ◆ Függőségben szenvedőknél 25-42%-os a PTSD prevalenciája (egész élet során: 36-50%)
- ◆ Kokain és ópiátfüggők rizikója 10-szeres a PTSD kialakulására
- ◆ Egyes szerek használata (pl. kokain) ill. bizonyos megvonások (ópiát, SHA szerek) fellobbanthatják a tüneteket (szorongás+autonóm idegrendszer hiperaktivitása – locus coeruleus neuronjainak izgalma)
- ◆ A multimodális terápia célja: a kulcstünetek csökkentése
- ◆ A páciens képes legyen eltávolodni a traumatikus élményektől – szerhasználat nélkül is

Drogfüggőség és PTSD II.

- ◆ Elsőként a függőség terápiája fontos, ezt követi a traumás élmény feldolgozása (a függőség megakadályozhatja az eredményes terápiát)
- ◆ De a PTSD tünetei visszaesést okozhatnak - meggyógyítása viszont önmagában is csökkentheti a függőséget
- ◆ Farmakoterápia - a meghatározó tünetektől függ (arousalnövekedés, depresszió, anhedónia, impulzivitás, disszociatív, pszichotikus tünetek)
 - ◆ SSRI szerek (sertralin, fluoxetin, paroxetin)
 - ◆ TCA szerek
 - ◆ (karbamazepin, béta-blokkolók, clonidin, BDZ, lítium)
- ◆ Pszichoterápiás lehetőségek (feltáró, szupportív, KVT)

Szerfüggőség és kényszerbetegség

- ◆ A szerfüggők megközelítőleg 5%-a szenved kényszerbetegségben is (metadonfüggők – 2,9%-a)
- ◆ Kokain és kannabiszfüggőknél 5,6x-os az OCD kialakulásának a rizikója
- ◆ Felismerése könnyebb – kisebb a tüneti átfedés
- ◆ Farmakoterápia
 - ◆ SSRI szerek – kevesebb mellékhatás
 - ◆ clomipramin – interakció a stimulánsokkal, SHA szerekkel; a görcsküszöböt csökkenti
- ◆ Pszichoterápiás lehetőségek
 - ◆ KVT (gondolatstop, válaszgátlás, stb.)

Drogfüggőség és szkizofrénia I.

- ◆ Szkizofréniahoz gyakran társul függőség (50%) – 4,6x rizikó + 70%-uk dohányzik
- ◆ Leggyakoribb függőségek
 - ◆ alkohol, kannabisz, kokain, nikotin
 - ◆ első epizód idején legalább a páciensek fele használt kannabiszt
- ◆ Komoly diagnosztikus nehézséget jelenthet a drog pontos etiológiai szerepének felderítése
- ◆ A fentiek miatt gyakran nem kerül felismerésre a függőség

Drogfüggőség és szkizofrénia II.

- ◆ A függőség számos negatív következménnyel jár a szkizofrénia lefolyására
 - ◆ korábban kezdődik
 - ◆ gyakoribb visszaesések – gyakoribb hospitalizáció
 - ◆ compliance problémák - rosszabb terápiás válasz
 - ◆ agresszív viselkedés rizikója nő
 - ◆ rontja a felépülés esélyeit – rosszabb kimenetelhez vezethet
- ◆ Kezelésében a farmako- és pszichoterápiás módszerek kombinációja a legeredményesebb
- ◆ Speciális diagnosztikus problémát jelenthet a drog-indukálta pszichotikus zavar – követés szerepe!

Drogfüggőség és szkizofrénia III.

- ◆ A terápiás terv kialakításának szempontjai
 - ◆ motiváció felmérése, a használt szer minősége, a betegség súlyossága
- ◆ Farmakoterápiás lehetőségek
 - ◆ atípusos szerek (clozapin!)
 - ◆ szerotonerg hatásmechanizmus
- ◆ Az absztinenciát követően nő a depresszió rizikója – antidepresszívum beállítását teheti szükségessé
 - ◆ pl. kokainfüggőség - dezipramin

Drogfüggőség és szkizofrénia IV.

- ◆ Pszichoterápiás lehetőségek
- ◆ Az absztinencia tartására vonatkozó motiváció erősítése
- ◆ A visszaesés jeleinek gondos monitorozása
- ◆ Visszaesés esetén
 - ◆ empatikus, nem elítélő visszajelzések
 - ◆ konfrontáció kerülése

Drogfüggőség és személyiségzavarok I.

- ◆ A leggyakoribb komorbid zavar (különösen a disszociális és az érzelmileg labilis szz.)
- ◆ Problémát jelenthet
 - ◆ ronthatja a kezeléssel való együttműködést, nő a kezelést megszakítók aránya
 - ◆ gyógyszerátadagolás és függőség kialakulásának valószínűsége nő
- ◆ Kezelésében a tünet-orientált farmakoterápia jöhet szóba

Drogfüggőség és személyiségzavarok II.

- ◆ Egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a pszichoterápiás segítségnyújtásra
- ◆ Kettős fókuszú séma-terápia (DFST -Ball)
 - ◆ 24 hetes egyéni terápia
 - ◆ tünetre fókuszáló relapszus-prevenció
 - ◆ coping mechanizmusok fejlesztése
- ◆ Dialektikus viselkedésterápia szerfüggőknek (DBT-S – Linehan)

Drogfüggőség és személyiségzavarok III.

Dialektikus viselkedésterápia szerfüggőknek (DBT-S – Linehan)

- ◆ az absztinencia problémájára fókuszál
- ◆ új megközelítést alkalmaz a kezelésbe nehezen bevonható és könnyen kieső páciensek számára
- ◆ új készségek elsajátításának támogatása
- ◆ természetes és önként választott megerősítések az absztinencia fenntartása érdekében

Drogfüggőség és személyiségzavarok IV.

A kezelés általános szempontjai

- ◆ függőség ill. visszaesés rizikójának felbecslése
- ◆ motiváció helyes értékelése
- ◆ kiemelt szereppel bír a terápiás kapcsolat fenntartása
- ◆ maladaptív személyiségvonások megváltoztatása javítja a kognitív és coping készségeket
- ◆ hosszú távú kezelés – adekvát és biztonságos struktúrában, hangsúly a relapszus-prevención

Drogfüggőség és egyéb pszichiátriai zavarok I.

ADHD (felnőttkori)

- ◆ Szerfüggők akár 23%-ánál is előfordulhat
- ◆ ADHD-ban szenvedők 9-50%-a lehet szerfüggő is
- ◆ A diagnózisalkotásban segít a tünettan gyermekkori kezdete
- ◆ A figyelemzavart csak az absztinens időszakban lehet biztosan felismerni

Drogfüggőség és egyéb pszichiátriai zavarok II.

Az ADHD farmakoterápiája

- ◆ Pszichostimuláns nem nagyon javasolt
- ◆ TCA, clonidin, bupropion
- ◆ Pszichoterápiás lehetőségek
 - ◆ Viselkedési technikák - figyelemzavar enyhítése

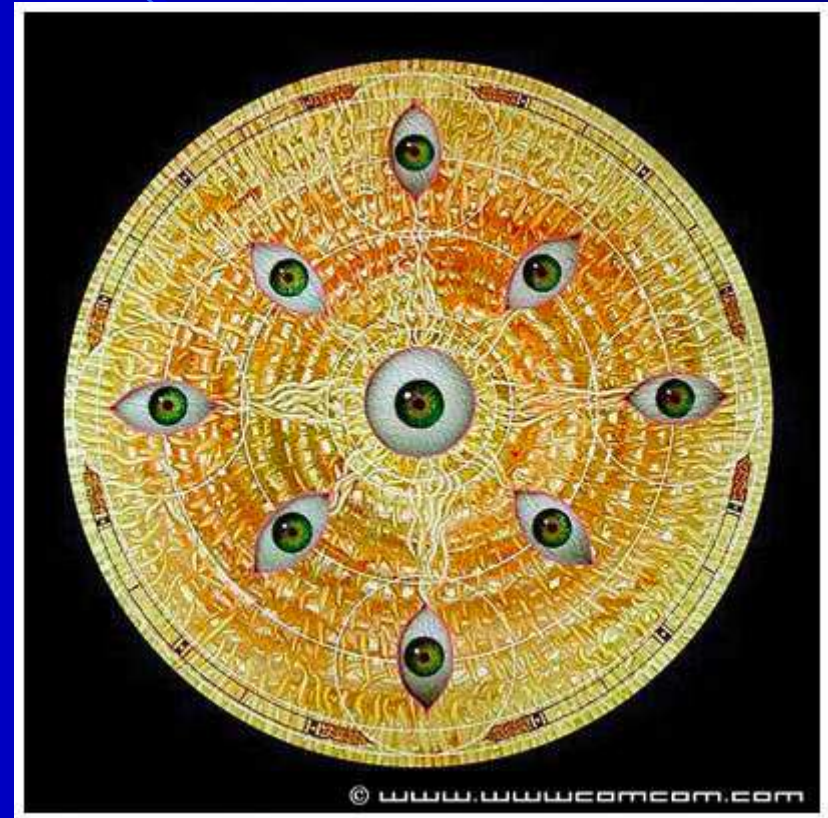
Drogfüggőség és egyéb pszichiátriai zavarok III.

Évésavarok

- ◆ Bulimiások 28%-a szenved függőségben
- ◆ Hasonlóságok a függőségek mechanizmusával
 - ◆ kontrollvesztés, a szerrel való állandó foglalkozás, stresszoldás a szerrel, tagadás
- ◆ Farmakoterápia – szerotonerg mechanizmus az étvágy és a szerfüggőség szabályozásában
 - ◆ SSRI szerek
- ◆ Pszichoterápiás lehetőségek – pl. KVT, stb.

Összefoglalás – konklúziók I.

- ◆ A függőségek gyakran társulnak más pszichiátriai zavarokhoz
- ◆ Ez problémákat okozhat a diagnosztikus folyamatban és nehezítheti az optimális terápia megtervezését is
- ◆ Rontja a betegség lefolyását és a páciens felépülésének esélyeit is



Összefoglalás – konklúziók II.

- ◆ Ma már sok adat áll rendelkezésre, de további vizsgálatok szükségesek a pontos diagnózis megállapításához és a hatékony terápiás lehetőségek kialakításához



- ◆ A kezelésben a modern pszichofarmakológiai (biztonságosság, toxicitás, abusív potenciál) és pszichoterápiás megközelítések kombinációja játssza a főszerepet