

IZRAŽANJE SIMPTOMATIKE NAJPOGOSTEJŠIH SOPOJAVNIH DUŠEVNIH MOTENJ PRI ZASVOJENIH OD ALKOHOLA NA SLOVENSKEM VZORCU

EXPRESSION OF SYMPTOMS OF THE MOST COMMON COMORBID MENTAL DISORDERS IN SLOVENIAN ALCOHOL ADDICTED PATIENTS

Anja PLEMENITAŠ^{1,*}, Vita DOLŽAN², Blanka KORES PLESNIČAR³

¹ Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Ob železnici 30, 2000 Maribor, Slovenija

² Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Inštitut za biokemijo, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

³ Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana, Slovenija

Prispelo/Received: 6. 1. 2014
Sprejeto/Accepted: 8. 4. 2014

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article
UDK/UDC 613.81:616.89(497.4)

IZVLEČEK

Izhodišča. Zasvojenost od alkohola je zelo pogosta in kompleksna bolezen. Zasvojeni od alkohola imajo veliko tveganje za pojav sopojavne psihiatrične motnje.

Ključne besede:

zasvojenost od alkohola, sopojavnost, vprašalniki, obsesivno-kompulzivni simptomi, anksioznost, depresivnost, agresivnost

Metode. V prvi tovrstni slovenski raziskavi smo preverili prisotnost in izraženost simptomatike najpogostejših sopojavnih duševnih motenj pri zasvojenih od alkohola. Vključili smo tri skupine moških: 101 preiskovanca, hospitaliziranega zaradi zdravljenja akutne zasvojenosti od alkohola, 100 abstinentnih preiskovancev in 97 zdravih kontrol iz skupine prostovoljnih krvodajalcev. Za oceno simptomatike smo uporabili vprašalnike AUDIT, Yale-Brownovo lestvico obsesivnosti in kompulzivnosti ter lestvico obsesivno-kompulzivnega pitja, Zungovo lestvico depresivnosti in anksioznosti, Kratko lestvico socialne fobije in Buss-Durkeejevo lestvico sovražnosti.

Rezultati. V skupini preiskovancev z akutno zasvojenostjo so bili pomembno bolj izražene obsesivna ($p < 0,001$) in kompulzivna simptomatika ($p < 0,001$) ter obsesivno-kompulzivna simptomatika, vezana na pitje alkoholnih pijač ($p < 0,001$), kot v preostalih dveh skupinah. Pri preiskovancih z akutno zasvojenostjo so bile v primerjavi z abstinenti in zdravimi kontrolami statistično pomembno bolj izražene anksioznost ($p < 0,001$), depresivnost ($p < 0,001$) in agresivnost ($p < 0,001$).

Zaključki. Obsesivno-kompulzivna simptomatika, anksioznost, depresivnost in agresivnost so lahko sopojavno vezane na zasvojenost od alkohola. Med zdravljenjem zasvojenosti od alkohola je zato treba pozornost usmeriti tudi na te simptome, saj tako lahko bistveno izboljšamo izid zdravljenja zasvojenosti od alkohola in zmanjšamo tveganje za relaps.

ABSTRACT

Background. Alcohol addiction is a very common and complex disease. Alcohol addicted patients have a high risk for developing comorbid psychiatric disorder.

Key words:

alcohol addiction, comorbidity, questionnaires, obsessions, compulsions, anxiety, depressive symptoms, aggression

Methods. In the present study, we explored symptom expression and severity for the most common comorbid mental disorders in Slovenian alcohol addicted patients. Three groups of male subjects were included: 101 acutely alcohol-addicted inpatients, 100 former alcohol-addicted subjects and 97 healthy controls from a blood donors group. The following questionnaires were employed: AUDIT, Zung Depression and Anxiety scale, Brief Social Phobia Scale, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and Obsessive Compulsive Drinking Scale, and Buss-Durkee Hostility Inventory.

Results. Acutely addicted patients showed significantly more obsessive ($p < 0.001$) and compulsive ($p < 0.001$) symptoms and also more obsessive-compulsive symptoms of relying on alcohol consumption ($p < 0.001$) compared to the other two groups. Acutely addicted patients showed significantly more anxiety ($p < 0.001$) as well as depressive ($p < 0.001$) and aggressive ($p < 0.001$) traits compared to the other two groups.

Conclusions. Obsessive-compulsive, anxious, depressive and aggressive traits can be comorbidities associated with alcohol addiction. Increased attention to these symptoms during the treatment of alcohol addiction could result in better outcome of alcohol addiction treatment and lower relapse rate.

*Corresponding author: Tel: +386 31 333 829; E-mail: anjaplemi@gmail.com

1 UVOD

Zasvojenost od alkohola predstavlja eno najpogostejših duševnih motenj in je kompleksna multifaktorska bolezen, odvisna od okoljskih in genetskih vplivov (1, 2). Klinične in epidemiološke študije so pokazale, da imajo zasvojeni od alkohola 30-75 % večje tveganje za drugo sopojavno oz. komorbidno psihiatrično motnjo, kar je pomembno višji odstotek, kot je pojavnost duševnih motenj v splošni populaciji (3-6). Najpogostejše sopojavne motnje pri zasvojenih od alkohola so depresivne in anksiozne motnje, bipolarna motnja razpoloženja, osebnostne motnje in zasvojenosti od drugih psihoaktivnih snovi (3, 7-10). Na slovenskem vzorcu so pri zasvojenih od alkohola ugotavljali približno 17-odstotno sopojavnost zasvojenosti ali škodljivega uživanja drugih psihoaktivnih snovi (razen nikotina); depresivne in osebnostne motnje so se pojavljale pri 15,6 %, anksiozne in fobične motnje pri 5,7 %, psihotične motnje pri 4,3 % in motnje prehranjevanja pri 0,8 % preiskovancev (11). Izmed anksioznih motenj so najpogostejše sopojavne: socialna fobija, generalizirana anksiozna in panična motnja (3). Po ocenah naj bi bili dve tretjini oseb s socialno fobijo zasvojeni z alkoholom (7). Izmed osebnostnih motenj pa so pogosto sopojavne: obsesivno-kompulzivna, disocialna, paranoidna in odvisnostna osebnostna motnja (12).

Glede na nastanek duševne motnje ločimo primarno in sekundarno zasvojenost od alkohola (13, 14). Primarno se pred razvojem zasvojenosti od alkohola pogosteje pojavljata socialna fobija in agorafobija, medtem ko se panična motnja in generalizirana anksiozna motnja pojavljata pogosteje sekundarno (15). Sekundarna zasvojenost od alkohola je lahko posledica samozdravljenja anksioznih in depresivnih simptomov z alkoholom (16, 17), medtem ko so lahko anksiozni in depresivni simptomi posledica kronične uporabe alkohola in/ali odtegnitveni simptomi primarne zasvojenosti od alkohola (14). Sopojavne motnje imajo obremenjujoč vpliv na potek zasvojenosti od alkohola in so povezane z bolj izraženimi bolezenskimi simptomi, kot so večja samomorilnost in več relapsov, in s slabšo funkcionalno sposobnostjo, z daljšim potekom bolezni ter z večjo uporabo zdravstvenih storitev (6, 18). Slovenska raziskava je ugotavljala pomen vključevanja zdravljenih pacientov od alkohola v podporne skupine, ki bistveno pripomorejo k vzdrževanju abstinence, na kar pa pridružene sopojavne telesne ali psihiatrične motnje niso imele pomembnega vpliva (19).

V prvi tovrstni slovenski raziskavi smo preverili prisotnost in izraženost simptomatike najpogostejših komorbidnih duševnih motenj pri zasvojenih od alkohola. Ob tem smo pričakovali, da se pri preiskovancih, zdravljenih od zasvojenosti od alkohola, pojavlja več sopojavne simptomatike.

2 METODE

2.1 Preiskovanci

Prva skupina je zajemala paciente, ki so bili hospitalizirani zaradi zasvojenosti od alkohola v Psihiatrični kliniki Ljubljana, in sicer na Enoti za zdravljenje odvisnosti od

alkohola in na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. Pacienti so izpolnjevali kriterije DSM IV za zasvojenost od alkohola (20). Vključitvena kriterija sta bila tudi zaužitje najmanj 30 meric alkohola tedensko, pri čemer ena merica zajema 10 g alkohola, in doseganje seštevka na AUDIT ≥ 8 točk pred hospitalizacijo (21). Druga skupina je zajemala zdravljenе zasvojenе od alkohola, ki so na podlagi izjav preiskovancev in pričevanj njihovih terapevtov vzdrževali abstinenco vsaj dve leti in so redno obiskovali podporne skupine, imenovane Klubi zdravljenih alkoholikov. V tretji skupini so bili zdravi krvodajalci, pri katerih je psihiater s kratkim kliničnim intervjujem izključil morebitne duševne motnje (vključujoč zasvojenost od alkohola in drugih psihiatričnih bolezni) iz prve osi na podlagi kriterijev DSM IV.

Preostali izključitveni kriteriji so bili za vse tri skupine: prisotna aktualna ali pretekla zloraba ali zasvojenost od drugih psihoaktivnih snovi (razen nikotina), bipolarna motnja razpoloženja, shizofrenija, shizoafektivna motnja, organske duševne motnje, poškodba glave, nevrološke bolezni ali pomembne telesne bolezni, ki bi lahko vplivale na osrednji živčni sistem.

Vsi preiskovanci so v sodelovanje v raziskavi privolili s podpisom informirane privolitve, potem ko jim je bil natančno razložen potek raziskave. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko (številki odobritve: 117/06/10 in 148/02/1011) in je bila izvedena skladno z zadnjo različico Helsinške deklaracije.

2.2 Ocenjevalni instrumenti

Podatke, ki so zajemali sopojavne diagnoze in sočasno medikamentozno terapijo, smo pridobili iz medicinske dokumentacije, sociodemografske podatke in druge klinične kriterije pa iz psihiatričnega intervjuja. Za natančno in poglobljeno oceno simptomov morebitnih sočasnih duševnih motenj smo uporabili naslednje vprašalnike:

- AUDIT 10 (angl. Alcohol Use Disorders Identification Test). Vprašalnik o rabi alkohola je presejalni samoocenjevalni instrument za opredelitev načina uživanja alkohola in jakosti zasvojenosti od alkohola. Dobljen rezultat ≥ 8 točk pri vprašalniku AUDIT pomeni veliko možnost za tvegano ali škodljivo pitje ali zasvojenost (21).
- Yale-Brownovo lestvico za oceno obsesivno-kompulzivne simptomatike (angl. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - YBOCS) (22). V študijah se kot vključitveni kriterij uporablja mejna vrednost ≥ 16 kot seštevke obeh podlestvic (21).
- Samoocenjevalno lestvico obsesivno-kompulzivnega pitja (angl. Obsessive Compulsive Drinking Scale - ODCS) za oceno obsesivne in kompulzivno-kognitivne želje oz. hrepenenja (»cravinga«) po alkoholu (23).
- Zungovo samoocenjevalno lestvico depresivnosti (24) za oceno depresivnosti. Seštevke točk > 50 že pomeni depresivnost (21).
- Zungovo samoocenjevalno lestvico anksioznosti (25) za oceno tesnobnosti. Seštevke točk ≥ 45 že pomeni anksioznost (25).

- Kratko lestvico socialne fobije (angl. Brief Social Phobia Scale - BSPS) (26). Celotni seštevek >20 se šteje kot zadostna izraženost simptomov socialne fobije za zdravljenje (21).
- Buss-Durkeejevo lestvico sovražnosti (angl. Buss-Durkee Hostility Inventory - BDHI), ki služi za oceno agresivnosti in sovražnosti (27). Sestavljena je iz 8 podleštvic, ki opredeljujejo napadalnost, neposredno sovražnost, razdražljivost, negativizem, zamero, sumničavost, besedno sovražnost in občutke krivde, na podlagi česar lahko sklepamo o prevladujoči čustveni ali vedenjski komponenti.

Samoocenjevalni vprašalniki so bili v slovenskem jeziku in prirejeni za slovenski prostor.

Vse vprašalnike je ocenjeval isti izpraševalec: pri udeležencih raziskave z akutno zasvojenostjo vsaj dva tedna po začetku hospitalizacije, ko so v glavnem izzveneli odtegnitveni simptomi, pri drugih dveh skupinah pa ob vključitvi v raziskavo.

2.3 Statistična analiza

Za opis kliničnih spremenljivk smo podatke predstavili v obliki frekvenc, aritmetične sredine in standardnega odklona. Statistične analize smo naredili s pomočjo paketa Statistica, različica 7.0 (StatSoft Italia, Vigonza, Padua, Italy) za Windows®. Za preverjanje statistične pomembnosti porazdelitve kvantitativnih kliničnih spremenljivk med tremi skupinami smo uporabili analizo variance ANOVA. Za testiranje porazdelitve ordinalnih spremenljivk v vzorcu

smo uporabili Pearsonov hi-kvadrat test. Pri testiranju smo upoštevali interval zaupanja 0,95 - H_0 smo zavrnilo pri tveganju, nižjem od 5 % ($p < 0,050$). Raziskava je imela statistično moč (0,80) za izračun najmanjše in srednje velikosti vpliva ($f^2 = 0,021$). S temi parametri smo imeli zadostno statistično moč (0,80), da smo izračunali najmanjšo in srednjo velikost ($d = 0,355$). To je na primer ustrezalo možnosti izračuna končni razliki na Y-BOCS za dve točki.

3 REZULTATI

V raziskavo smo vključili skupno 101 preiskovanca, hospitaliziranega zaradi akutne zasvojenosti od alkohola, 100 zdravljenih odvisnikov od alkohola (abstinenti) in 97 zdravih krvodajalcev (zdrave kontrole). Demografske značilnosti preiskovancev ter ocena tveganega in škodljivega pitja alkohola so prikazane v Preglednici 1. Preiskovanci z akutno zasvojenostjo so na presejalnem vprašalniku AUDIT dosegali povprečni seštevek $24,4 \pm 6,6$, medtem ko so imele zdrave kontrole seštevek le nekoliko višji kot abstinenti ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 792,1$). Zdrave kontrole so bile v primerjavi s preiskovanci z akutno zasvojenostjo in abstinentnimi preiskovanci v povprečju 10 let mlajše ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 46,080$) in bolj izobražene ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 11,980$). Med preiskovanci z akutno zasvojenostjo je bilo večje število samskih v primerjavi z abstinentnimi preiskovanci in zdravimi kontrolami ($p = 0,003$, $df = 2$, $F = 5,601$). Preiskovanci se v vseh treh skupinah med seboj niso razlikovali glede na okolje, v katerem živijo.

Preglednica 1. Ocena tveganega in škodljivega pitja alkohola ter sociodemografske značilnosti vzorca.

Table 1. Assessment of hazardous and harmful alcohol consumption and sociodemographic characteristics of the sample.

	Preiskovanci z akutno zasvojenostjo/ <i>Subjects with acute addiction</i> (n = 101)*	Abstinenti/ <i>Abstainers</i> (n = 100)**	Zdrave kontrole/ <i>Healthy controls</i> (n = 97)	P vrednost/ <i>P value</i>
AUDIT	24.4 ± 6.6	3.3 ± 1.2	5.2 ± 2.3	< 0.001
Starost; leta/ <i>Age; years</i>	45.8 ± 9.6	49.1 ± 8.0	36.1 ± 11.65	< 0.001
Izobrazba; leta/ <i>Education; years</i>	11.3 ± 8.0	11.7 ± 2.3	12.7 ± 1.9	< 0.001
Samski/ <i>Single</i>	40	22	27	0.003
Poročen/ <i>Married</i>	50	57	41	
Izvenzakonska zveza/ <i>Partnership</i>	11	21	29	
Okolje/ <i>Environment;</i>				0.293
Ruralno/ <i>Rural</i>	50	48	38	
Urbano/ <i>Urban</i>	51	52	59	
Kajenje/ <i>Smoking;</i>				< 0.001
Da/ <i>Yes</i>	68	48	25	
Ne/ <i>No</i>	33	52	72	

Navedene so aritmetične sredine ± standardni odkloni; ali število preiskovancev/ *Means ± standard deviations are given; or number of participants for categorical variables*; AUDIT - Vprašalnik o rabi alkohola/*Alcohol Use Disorders Identification Test*; * 26 preiskovancev je imelo psihofarmakoterapijo/26 subjects were on psychopharmacotherapy, ** 8 preiskovancev je imelo psihofarmakoterapijo/8 subjects were on psychopharmacotherapy

Preglednica 2. Ocena sopojavne simptomatike duševnih motenj.
Table 2. Evaluation of symptoms of comorbid mental disorders.

	Preiskovanci z akutno zasvojenostjo/ <i>Subjects with acute addiction</i> (n = 101)	Abstinenti/ <i>Abstainers</i> (n = 100)	Zdrave kontrole/ <i>Healthy controls</i> (n = 97)	P vrednost/ <i>P value</i>
YBOCS				
Obsesije/ <i>Obsessions</i>	4.3 ± 4.6	1.7 ± 2.0	1.6 ± 1.4	< 0.001
Kompulzije/ <i>Compulsions</i>	2.8 ± 3.0	1.4 ± 1.6	1.3 ± 0.9	< 0.001
Obsesivno-kompulzivna lestvica pitja/ <i>Obsessive Compulsive Drinking Scale</i>	20.4 ± 11.7	3.2 ± 2.4	3.5 ± 1.6	< 0.001
Zung				
Anksioznost/ <i>Anxiety</i>	35.1 ± 8.7	30.2 ± 6.7	22.6 ± 3.1	< 0.001
Depresivnost/ <i>Depression</i>	36.1 ± 11.0	30.8 ± 7.2	23.0 ± 3.7	< 0.001
Kratka lestvica socialne fobije/ <i>Brief Social Phobia Scale</i>	13.1 ± 11.2	12.7 ± 10.2	10.2 ± 6.9	0.081
Buss-Durkejeva lestvica sovražnosti/ <i>Buss-Durkee Hostility Inventory</i>	25.4 ± 10.5	20.3 ± 10.1	14.8 ± 8.8	< 0.001

Navedene so aritmetične sredine ± standardni odkloni/*Means ± standard deviations are given*; YBOCS -Yale-Brownova obsesivno-kompulzivna lestvica/ *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

Ocena sopojavne simptomatike duševnih motenj, merjena z vprašalniki, je prikazana v Preglednici 2. V skupini preiskovancev z akutno zasvojenostjo so bile statistično pomembno bolj izražene:

- obsesivna simptomatika ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 24,43$, $hp2 = 0,142$),
- kompulzivna simptomatika ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 17,90$, $hp2 = 0,108$),
- obsesivno-kompulzivna simptomatika, vezana na pitje alkoholnih pijač ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 198,20$, $hp2 = 0,573$),
- anksioznost ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 90,62$, $hp2 = 0,281$),
- depresivnost ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 67,55$, $hp2 = 0,314$) in
- agresivnost ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 29,02$, $hp2 = 0,234$) kot v preostalih dveh skupinah.

Če upoštevamo mejne vrednosti na vprašalnikih YBOCS, Zungovi lestvici anksioznosti in depresivnosti ter na lestvici

BSPS, dobimo rezultate, ki so prikazani v Preglednici 3. Ti kažejo, da je sicer pri preiskovancih z akutno zasvojenostjo večje število tistih, ki dosegajo mejno vrednost za obsesije na lestvici YBOCS, a se povprečna seštevka točk med skupinama statistično pomembno ne razlikujeta ($p = 0,728$). Pri preiskovancih z akutno zasvojenostjo je večje število preiskovancev, ki dosegajo mejno vrednost za kompulzije na lestvici YBOCS, povprečna seštevka točk pa se med skupinama statistično pomembno razlikujeta ($p = 0,022$). Pri preiskovancih z akutno zasvojenostjo jih je večje število dosegalo mejno vrednost na Zungovem vprašalniku anksioznosti in depresivnosti, sicer seštevki ne dosegajo statistično pomembne razlike med skupinami ($p = 0,410$ za anksioznost in $p = 0,547$ za depresivnost). Pri vprašalniku BSPS je bilo število preiskovancev, ki dosegajo mejno vrednost, višje pri abstinentih, ti pa so v povprečju dosegali statistično neznačilno nižje vrednosti na vprašalniku kot pri preiskovancih z akutno zasvojenostjo ($p = 0,228$).

Preglednica 3. Pogostnost sopojavne simptomatike duševnih motenj.
Table 3. Frequency of symptoms of comorbid mental disorders.

	Preiskovanci z akutno zasvojenostjo/ <i>Subjects with acute addiction</i>	Abstinenti/ <i>Abstainers</i>	Zdrave kontrole/ <i>Healthy controls</i>
YBOCS			
Obsesije ≥ 8 točk/ <i>Obsession score ≥ 8</i>	19 (19 %); 11.2±3.4	3 (3 %); 10±2.6	1 (1 %); 9
Kompulzije ≥ 8 točk/ <i>Compulsion score ≥ 8</i>	7(7 %); 9.4±1.4	1(1 %); 14	0
Zung			
Anksioznost ≥ 45 točk/ <i>Anxiety score ≥ 45</i>	13 (13 %); 51.2±5.1	4 (4 %); 49±1.4	0
Depresivnost ≥ 50 točk/ <i>Depression score ≥ 50</i>	12 (12 %); 56.4±6.4	2(2 %); 54.5±0.7	0
Kratka lestvica socialne fobije ≥ 20 točk/ <i>Brief Social Phobia Scale score ≥ 20</i>	16 (16 %); 24.8±3.9	21 (21 %); 27.5±7.8	9 (9 %); 24.8±3.9

Navedeno je število (odstotek) preiskovancev in aritmetične sredine ± standardni odkloni/*The number of participant (percent) and means ± standard deviations are given*, YBOCS - Yale-Brownova obsesivno-kompulzivna lestvica/ *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

V Preglednici 4 je prikazana sopojavna simptomatika duševnih motenj glede na kadilski status. Rezultati prikazujejo statistično pomembno razliko med izražanjem sopojavne simptomatike samo pri zdravih kontrolah, pri katerih kadilci

dosegajo večje število točk na lestvici, ki meri poželenje po alkoholu ($p = 0,001$).

Preglednica 4. Ocena sopojavne simptomatike duševnih motenj glede na kadilski status.

Table 4. Evaluation of symptoms of comorbid mental disorders and smoking status.

	Preiskovanci z akutno zasvojenostjo/ Subjects with acute addiction (n = 101)		P vred- nost/ P value	Abstinenti/ Abstainers (n = 100)		P vred- nost/ P value	Zdrave kontrole/ Healthy controls (n = 97)		P vred- nost/ P value
	kajenje da/ smoking yes	kajenje ne/ smoking no		kajenje da/ smoking yes	kajenje ne/ smoking no		kajenje da/ smoking yes	kajenje ne/ smoking no	
YBOCS									
Obsesije/Obsessions	4.6±4.7	3.6±4.3	0.318	1.4±1.4	2.0±2.5	0.115	1.8±1.5	1.6±1.4	0.599
Kompulzije/Compulsions	3.2±3.2	2.2±2.3	0.114	1.1±0.3	1.6±2.2	0.095	1.1±1.3	1.3±1.0	0.253
Obsesivno-kompulzivna lestvica pitja/ Obsessive Compulsive Drinking Scale	21.0±11.2	19.3±12.8	0.512	3.4±2.8	3.0±2.0	0.363	4.4. ±1.9	3.2±1.4	0.001
Zung									
Anksioznost/Anxiety	35.1±9.0	35.2±8.2	0.921	30.6±7.4	29.8±6.0	0.554	22.9±3.2	22.5±3.0	0.582
Depresivnost/Depression	35.7±10.9	36.7±11.5	0.683	31.7±7.7	30.0±6.7	0.239	33.0±3.5	33.0±3.8	0.974
Kratka lestvica socialne fobije/Brief Social Phobia Scale	13.3±11.1	12.7±11.8	0.809	11.1±9.2	14.2±10.9	0.128	10.8±9.0	10.0±6.1	0.621
Buss-Durkejeva lestvica sovražnosti/Buss-Durkee Hostility Inventory	26.5±10.2	23.0±10.8	0.116	19.6±9.6	21.0±10.5	0.485	16.2±10.7	14.3±7.9	0.326

Navedene so aritmetične sredine ± standardni odkloni/*Means ± standard deviations are given*; YBOCS - Yale-Brownova obsesivno-kompulzivna lestvica / *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

4 RAZPRAVA

Zasvojenosti od alkohola se pogosto pridružujejo simptomi drugih duševnih motenj, ki se lahko izrazijo v polni meri in tako dosežejo kriterije sopojavne duševne motnje. Duševne motnje in njihovi simptomi lahko tudi prednjačijo pred zasvojenostjo od alkohola. V obeh primerih pa ima sopojavnost duševne motnje in zasvojenosti od alkohola obremenjujoč vpliv na potek zdravljenja in rehabilitacije. Naša raziskava je ocenjevala izražanje socialne fobije, obsesivno-kompulzivne, anksiozne, depresivne in agresivne simptomatike na vzorcu hospitaliziranih preiskovancev, ki so zasvojeni od alkohola, ter tudi tistih, ki abstinirajo vsaj dve leti, in na zdravih kontrolah v slovenski populaciji.

Preiskovanci z akutno zasvojenostjo oz. tisti v procesu zdravljenja zaradi te zasvojenosti so bili pogosteje brez partnerja in slabše izobraženi. Podobno so ugotavljali v drugih raziskavah, v katerih so med dejavniki tveganja za zasvojenost od alkohola in sopojavnost navajali moški spol, nižjo izobrazbo, samski stan, travmo v otroštvu, odvisniško vedenje in zgodnji začetek anksiozne ali depresivne motnje (13, 15). V naši raziskavi so bili hospitalizirani preiskovanci, pogosteje kadilci. Podatki kažejo skupno ranljivost na zasvojenost od alkohola in nikotina pri moških (28). Po drugi strani pa sta ti diagnozi lahko sopojavni na osnovi odvisniškega vedenja ali razvojne psihološke ranljivosti (5, 29). Naši rezultati kažejo, da je pri zdravih preiskovancih, ki kadijo, poželenje po alkoholu večje.

Dokazano je, da alkohol poveča željo po kajenju in nasprotno. Zasvojene osebe si z uporabo alkohola in nikotina nižajo negativne odtegnitvene simptome od obeh zasvojenosti, ampak mehanizem, prek katerega alkohol in nikotin pri zasvojenem uporabniku medsebojno zvišujeta uporabo, je sestavljen iz več komponent in še ni popolnoma raziskan (30, 31).

Obsesivna simptomatika je bila bolj izrazita pri tistih, ki so bili v procesu zdravljenja, vendar ni dosegla praga za obsesivno-kompulzivno motnjo (OKM). Obsesivno-kompulzivna simptomatika, vezana na zaužitje alkohola, je bila pri njih tudi izrazitejša in je odražala še prisotno hrepenenje po alkoholu, kar so ugotavljali tudi v japonski raziskavi (32). Hrepenenje po alkoholu je lahko pomembnejši dejavnik tveganja kot depresivno razpoloženje, medtem ko oba povečata tveganje za uživanje alkohola ob sopojavni zasvojenosti ali zlorabi od alkohola (33, 34). Že multicentrična raziskava ECA (»Epidemiologic Catchment Area«) je navajala veliko sopojavnost med OKM in zasvojenostjo od alkohola (35). Novejše raziskave potrjujejo samozdravilno hipotezo, pri kateri zasvojenost ali zloraba alkohola napovedujeta nastanek OKM, kar bi bilo lahko povezano s tem, da so posamezniki z alkoholom blažili klinično blage obsesivno-kompulzivne simptome (36). Sicer pa so raziskave pogosteje preverjale povezavo zasvojenosti do alkohola in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo (4, 37). Znana sta sopojavnost zasvojenosti od alkohola in obsesivno-

kompulzive osebnostne motnje (37) ter večje tveganje za nastanek zasvojenosti od alkohola pri primarni obsesivno-kompulzivni osebnostni motnji (38).

Opazovali smo pomembno večje izražanje anksiozne in depresivne simptomatike pri osebah, zasvojenih od alkohola, predvsem pri tistih v procesu zdravljenja oz. preiskovancih z akutno zasvojenostjo. Pogosto so anksiozne motnje prisotne že pred zasvojenostjo od alkohola, kar navajajo že Marquenie in sodelavci na reprezentativno velikem nizozemskem vzorcu (39). Raziskave pa kažejo tudi na dvosmerno povezanost med zasvojenostjo od alkohola in depresivno ter anksiozno motnjo: uporaba alkohola in anksiozno-depresivne motnje so recipročno povezane v času, tako da anksiozno-depresivne motnje povečajo tveganje za nastanek zasvojenosti od alkohola in/ali nasprotno (9, 40, 41). Osebe s sopojavnostjo anksioznih motenj in z zasvojenostjo od alkohola imajo več depresivnih simptomov (15). Osebe z zlorabo ali zasvojenostjo od alkohola imajo štirikrat večje tveganje za razpoložensko motnjo in trikrat večje tveganje za razvoj anksiozne motnje (42). Študija Kushnerja in sodelavcev je pokazala, da je anksiozna motnja pogostejša vztrajala kljub vzdrževani abstinenca v primerjavi z relapsom brez sopojavne anksiozne motnje (43).

Pri zasvojenih od alkohola ni bilo pomembneje izražene socialne fobije. Pri upoštevanju mejnih vrednosti je bilo več simptomatike socialne anksioznosti pri abstinentih, ki pa so sicer v povprečju dosegali nižje vrednosti na ocenskih lestvicah v primerjavi s preiskovanci z akutno zasvojenostjo. Raziskave ugotavljajo večjo pojavnost socialne fobije pri zasvojenih od alkohola (9, 44). Po drugi strani pa je pregled literature pokazal le šibko povezavo med zasvojenostjo od alkohola in socialno fobijo, ker naj bi po mnenju avtorjev analize retrospektivno zbiranje podatkov in prisotnost odtegnitvene simptomatike povzročala lažno pozitivne povezave med tema dvema sopojavnima motnjama (3). Avstralska študija je na veliki populaciji ugotovila, da je socialna fobija povezana s povečano zlorabo alkohola, ne pa z zasvojenostjo od alkohola (45).

Pri osebah, zasvojenih od alkohola, predvsem pri tistih v procesu zdravljenja alkoholne zasvojenosti oz. preiskovancih z akutno zasvojenostjo, smo opazili večjo agresivnost. To potrjujejo tudi podatki, pridobljeni na drugem slovenskem vzorcu zasvojenih pacientov, ki so abstinirali vsaj 3 leta (46), in na ameriški populaciji adolescentov z zlorabo ali zasvojenostjo od alkohola (47). Znana je povezava med agresivnostjo, sovražnostjo in zasvojenostjo od alkohola, večina raziskav pa je iskala in potrdila povezavo med intoksikacijo z alkoholom in nasilnim vedenjem (48-51). Na povezavo med zaužitjem alkohola in povečano agresivnostjo lahko vpliva več dejavnikov (51). Eden izmed njih je lahko osebnostna patologija, predvsem disocialna osebnostna motnja (4). Obstaja lahko povezava med razdražljivostjo pri abstimirajočih zasvojenih od alkohola in hrepenenjem po alkoholu, ki je dejavnik tveganja za relaps (46, 52). Agresivnost je pomembno povezana tudi s samomorilnostjo pri zasvojenosti in zlorabi alkohola (53), zato je med procesom zdravljenja pomembno usmeriti pozornost tudi na prikrito agresivnost in sovražnost, saj se s tem lahko bistveno izboljša izid zdravljenja.

Naša raziskava ima nekaj omejitev. Vzorec je bil sorazmerno majhen in je zajel le moški spol, vendar pa je bil homogen glede na okolje, v katerem prebivajo preiskovanci. Ker je vse vprašalnike izpolnjeval in ocenjeval le en izpraševalec, ni bilo pristranskosti pri ocenjevanju. Preiskovanci, hospitalizirani zaradi akutne odvisnosti, in v manjši meri tudi abstinetni preiskovanci, niso bili brez psihofarmakoterapije, ki bi lahko vplivala na vrednosti, dosežene na ocenjevalnih lestvicah. Prednost naše raziskave je poglobljena ocena simptomov morebitnih sočasnih duševnih motenj v vseh treh vključenih skupinah, ki je zajemala hospitalizirane zasvojenice od alkohola, nekdanje odvisnike, ki so abstinirali vsaj dve leti, in zdrave kontrole. Raziskava je konsistentna in zanesljiva, saj so bili uporabljeni instrumenti, ki so dobro poznani raziskovalcem in jih uporabljajo široko po svetu.

V prihodnosti bi bilo smiselno v slovenskem prosotru s prospektivno epidemiološko populacijsko raziskavo pogledati, kolikšen delež opisovanih duševnih motenj je primaren in vodi v razvoj zasvojenosti ter kolikšen delež je sekundaren in se razvije zaradi zasvojenosti in ki neredko izzveni z ustreznim zdravljenjem alkoholizma.

5 ZAKLJUČEK

Naši rezultati kažejo, da so simptomi nekaterih duševnih motenj, kot so obsesivno-kompulzivni simptomi, anksioznost, depresivnost in agresivnost, lahko sopojavno vezani na zasvojenost od alkohola. Zato je med zdravljenjem zasvojenosti od alkohola pomembno biti pozoren tudi na te simptome, saj s tem lahko bistveno izboljšamo izid zdravljenja zasvojenosti od alkohola in zmanjšamo tveganje za relaps.

ZAHVALA

Prof. Alessandru Serettiju in dr. Stefanu Porceliju z Univerze v Bologni se zahvaljujemo za pomoč pri statistični analizi.

FINANCIRANJE

Raziskava je bila financirana iz sredstev Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport Republike Slovenije (P1-0170 in P3-0366).

LITERATURA

1. Dick DM, Bierut LJ. The genetics of alcohol dependence. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8: 151-7.
2. Dick DM, Agrawal A. The genetics of alcohol and other drug dependence. *Alcohol Res Health* 2008; 31: 111-6.
3. Schuckit MA, Hesselbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Focus* 2004; 2: 440-53.
4. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
5. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 432-7.

6. Sánchez-Peña JF, Alvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40: 129-35.
7. Hines LM, Ray L, Hutchison K, Tabakoff B. Alcoholism: the dissection for endophenotypes. *Dialogues Clin Neurosci* 2005; 7: 153-63.
8. Enoch MA, Goldman D. The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Curr Psychiatry Rep* 2001; 3: 144-51.
9. Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol* 2001; 36: 219-23.
10. Pettinati HM, O'brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 23-30.
11. Rus Makovec M, Cebasek Travnik Z, Radovanovic M, Ivancic R, Tomsic V. Diagnostika komorbidnosti pri bolnikih, odvisnih od alkohola: razlike in dileme. *Zdrav Vestn* 2002; 71: 679-84.
12. Echeburúa E, De Medina RB, Aizpuri J. Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol Alcohol* 2007; 42: 618-22.
13. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van Den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011; 131: 233-42.
14. Falk DE, Yi HY, Hilton ME. Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94: 234-45.
15. Schade A, Marquenie LA, Van Balkom AJ, Koeter MW, De Beurs E, Van Den Brink W, et al. Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol Alcohol* 2004; 39: 241-6.
16. Bolton J, Cox B, Clara I, Sareen J. Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 818-25.
17. Bolton JM, Robinson J, Sareen J. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Affect Disord* 2009; 115: 367-75.
18. De Graaf R, Bijl RV, Ten Have M, Beekman AT, Vollebergh WA. Pathways to comorbidity: the transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. *J Affect Disord* 2004; 82: 461-7.
19. Rus-Makovec M, Cebasek-Travnik Z. Co-occurring mental and somatic diagnoses of alcohol dependent patients in relation to long-term aftercare alcohol abstinence and well-being. *Psychiatr Danub* 2008; 20: 194-207.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
21. Rush AJ. *Handbook of psychiatric measures*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
22. Goodman WK, Price LH. Assessment of severity and change in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 861-9.
23. Anton RF. Obsessive-compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction* 2000; 95 (Suppl 2): S211-7.
24. Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
25. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12: 371-9.
26. Davidson JR, Miner CM, De Veaugh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med* 1997; 27: 161-6.
27. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957; 21: 343-9.
28. True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC, et al. Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 655-61.
29. Amit Z, Weiss S, Smith BR, Markevitch S. Use of caffeine-based products and tobacco in relation to the consumption of alcohol: an examination of putative relationships in a group of alcoholics in Israel. *Eur Addict Res* 2004; 10: 22-8.
30. Peloquin MP, Hecimovic K, Sardinha J, Stewart SH, Barrett SP. The effect of snus on alcohol-related cigarette administration in dependent and non-dependent smokers. *Pharmacol Biochem Behav* 2013; 114-115: 97-102.
31. Lajtha A, Sershen H. Nicotine: alcohol reward interactions. *Neurochem Res* 2010; 35: 1248-58.
32. Suzuki K, Muramatsu T, Takeda A, K. S. Co-occurrence of obsessive-compulsive personality traits in young and middle-aged Japanese alcohol-dependent men. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 1223-7.
33. Prisciandaro JJ, Desantis SM, Chiuzaan C, Brown DG, Brady KT, Tolliver BK. Impact of depressive symptoms on future alcohol use in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence: a prospective analysis in an 8-week randomized controlled trial of acamprosate. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36: 490-6.
34. Connolly JM, Kavanagh DJ, Baker AL, Kay-Lambkin FJ, Lewin TJ, Davis PJ, et al. Craving as a predictor of treatment outcomes in heavy drinkers with comorbid depressed mood. *Addict Behav* 2013; 38: 1585-92.
35. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-9.
36. Wolitzky-Taylor K, Bobova L, Zinbarg RE, Mineka S, Craske MG. Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addict Behav* 2012; 37: 982-5.
37. Preuss UW, Johann M, Fehr C, Koller G, Wodarz N, Hesselbrock V, et al. Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity. *Eur Addict Res* 2009; 15: 188-95.
38. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010; 24: 412-26.
39. Marquenie LA, Schade A, Van Balkom AJ, Comijs HC, De Graaf R, Vollebergh W, et al. Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings of a general population study. *Eur Addict Res* 2007; 13: 39-49.
40. Bulloch A, Lavorato D, Williams J, Patten S. Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. *Depress Anxiety* 2012; 29: 1058-64.
41. Staiger PK, Thomas AC, Ricciardelli LA, McCabe MP. Identifying depression and anxiety disorders in people presenting for substance use treatment. *Med J Aust* 2011; 195: S60-3.
42. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68: 299-307.
43. Kushner MG, Abrams K, Thurax P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 1432-43.
44. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
45. Liang W, Chikritzhs T. Affective disorders, anxiety disorders and the risk of alcohol dependence and misuse. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 219-24.
46. Zihel S, Cebasek Travnik Z, Kores Plesnicar B, Tomori M, Zalar B. Trait aggression and hostility in recovered alcoholics. *Eur Addict Res* 2007; 13: 89-93.
47. Soloff PH, Lynch KG, Moss HB. Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: a psychobiological study. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 1609-19.
48. Murdoch D, Pihl RO, Ross D. Alcohol and crimes of violence: present issues. *Int J Addict* 1990; 25: 1065-81.
49. Workman M, Beer J. Aggression, alcohol dependency, and self-consciousness among high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychol Rep* 1992; 71: 279-86.
50. McCormick RA, Smith M. Aggression and hostility in substance abusers: the relationship to abuse patterns, coping style, and relapse triggers. *Addict Behav* 1995; 20: 555-62.
51. Moeller FG, Dougherty DM. Antisocial personality disorder, alcohol, and aggression. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 5-11.
52. Chiang SS, Schuetz CG, Soyka M. Effects of irritability on craving before and after cue exposure in abstinent alcoholic inpatients: experimental data on subjective response and heart rate. *Neuropsychobiology* 2002; 46: 150-60.
53. Chachamovich E, Ding Y, Turecki G. Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: results from a psychological autopsy study. *Alcohol* 2012; 46: 529-36.