

POUŽITÉ ZDROJE

BĚLÁČKOVÁ, Vendula. Leschova typologie osob závislých na alkoholu a různé přístupy v jejich léčbě. *Adiktologie*. 2011, 11(3), 131.

GOLDA, Schlaff, WALTER, Henriette & LESCH, Otto Michael. The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Ann Gastroenterol*. 2011, 24(2), 89–97.

Doporučená léčba alkoholově závislých pacientů Typu I Dle Leschovy typologie (Alergický model)

Otto Lesch

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

1 LÉČBA ODVYKACÍHO STAVU

1.1 Odvykací příznaky

Pacienti z této skupiny jsou často přijímáni do léčby v silně intoxikovaném stavu (>2,5 ‰ alkoholu v krvi). Často vykazují závažné abstinenci příznaky, jako je např. trojdimenzionální tremor. K tomu může docházet i v intoxikovaném stavu, jakmile dojde k snížení hladiny alkoholu v krvi. Pacienti uvádějí denní pocení, jakož i intenzivní noční pocení. Uváděny jsou rovněž výkyvy základních regulačních funkcí, jako je krevní tlak nebo puls. Chronické narušení spánkových vzorců je původcem strachu a agitace (vysoké skóry u položek 4, 5 a 11 na škále CIWA). Zkušenosti s předchozími odvykacími stavy je naučily, že nejtěžší jsou obvykle první tři dny. Strach z odvykacího stavu je obvykle tak silný, že pacienty vede k opětovnému užití ve snaze o utlumení symptomů. Přibližně u 20 % z nich se následně objeví zrakové halucinace, např. v podobě pohybujících se drobných předmětů. I pouhá redukce příjmu alkoholu, aniž by došlo k jeho úplnému vysazení, může vyvolat tonicko-klonické křeče. Deliriu mohou předcházet epileptické záchvaty související s odvykacím stavem.

1.2 Etiologie

Alkohol se často užívá jako „automedikace“ k potlačování a prevenci odvykacích příznaků. Genetickou predispozici určují vysoké hladiny acetaldehydu i během doby abstinence. Odvykací stav nastává v důsledku hypersenzitivity GABA-receptorů a nerovnováhy mezi hladinami glutamátu a GABA. Alkoholici typu I zpravidla vykazují vyčerpání dopaminových drah. Z výsledků výzkumů vyplývá, že dochází k rychlému odbourávání alkoholu, což podle všeho způsobuje vysoké hladiny acetaldehydu, resp. vytváření kondenzačních produktů, jako jsou *tetrahydroisochinoliny* (TIQ) nebo *tetrahydrobetakarboliny* (THBC).

1.3 Délka trvání odvykacího stavu

Závažné symptomy se většinou vyskytují prvních 3–5 dnů, poté jejich intenzita rychle klesá.

1.4 Léčba odvykacích příznaků

Často se předepisují benzodiazepiny s výraznými protiepileptickými vlastnostmi, například oxazepam (Oxazepam®), diazepam (Diazepam®, Apaurin®) nebo chlordiazepoxid (Elenium®). Pacienti jsou dotázáni, kolik alkoholu potřebují k zmírnění svých abstinčních příznaků. Potřebné množství slouží jako dobrý indikátor odpovídajícího dávkování. Zpočátku budou nutné vysoké dávky. S léčbou se doporučuje začít okamžitě; nečekat, až se dostaví závažné symptomy. Při rozhodování o dávce je nutné zohlednit míru poškození jater, jakož i výskyt epileptických záchvatů nebo deliria tremens.

Pacientům, kteří zpočátku vyžadují velký příjem benzodiazepinů, by se po dobu 14 dnů měly jejich dávky postupně snižovat. Po přeložení pacienta z jednotky intenzivní péče na psychiatrické oddělení je nutné režim snižování medikace důsledně dodržovat. Při náhlém vysazení medikace totiž narůstá riziko epileptických křečí typu grand mal. Antiepileptika nejsou vždy nutná, neboť ve vyšších dávkách působí antiepilepticky i benzodiazepiny. Pokud se křeče vyskytly během předchozích odvykacích stavů, podání antiepileptik se důrazně doporučuje. Důležité je pacienty hydratovat a zajistit dostatečnou hladinu elektrolytů.

Parenterálně se podává vitamín B1 (Thiamin) (150–300 mg) k posílení kognitivních funkcí.

Je nutné monitorovat závažné změny v základních regulačních funkcích. Betablokátory by se neměly podávat parenterálně, neboť by tímto způsobem mohlo dojít k srdeční zástavě. Neměla by se podávat neuroleptika, protože již tak vyčerpané dopaminové dráhy v kombinaci s antidopaminovým účinkem neuroleptik by mohly zvýšit riziko relapsu.

2 MOTIVACE

Pacienti typu I se během období abstinence považují za duševně zdravé, nicméně během period abúzu alkoholu zažívají stavy extrémního bažení po této látce. Spíše než psychoterapie je u alkoholové závislosti typu I těžištěm léčby podrobné informování pacienta o jeho stavu a jeho fyziologických znacích. Motivovat pacienty k tomu, aby přestali pít, má smysl pouze ve spojení s nabídkou odpovídající farmakologické léčby příznaků z vysazení. Při absenci takové léčby je dlouhodobější abstinence téměř nemožná. Během prvotní fáze abstinence by pacienti měli mít zejména pocit „podpory a ochrany“; komunikace musí být stručná a jasná. V této fázi terapie je rozumné nepouštět se do diskusí o dlouhodobých terapeutických cílech, ale držet se cílů, jichž lze reálně dosáhnout v nejbližší budoucnosti. Pacienti v této fázi trpí poruchami paměti a pozornosti. Terapeut proto bude muset sdělované informace vícekrát opakovat. Pokud pacient odvykací stav nezvládne v domácích podmín-

kách, bude ho zřejmě nutné krátkodobě hospitalizovat (na 10–14 dnů).

3 TERAPEUTICKÝ CÍL

Nutná je úplná abstinence, které lze s doporučenou terapií relativně snadno dosáhnout.

4 PREVENCE RELAPSU

4.1 Patologie

Po odvykacím stavu, který může být provázen depresivními a/nebo úzkostnými stavy, není přítomna žádná psychiatrická porucha nebo porucha osobnosti. Ve vztahu pacienta a jeho partnerky/partnera často dochází k přesunu dominantní role na partnerku/partnera. Pacienti jsou si na základě předchozích zkušeností vědomi, jak abstinence zvyšuje kvalitu života. Mají proto obavy ze sociálních tlaků ke konzumaci alkoholu a vyhledávají skupinovou podporu. Pozorován je často excesivní abúzus nikotinu; testování vykazují skóre závislosti na nikotinu (Fagerström) 5 a více.

4.2 Psychosociální terapie

Alkoholismus typu I lze považovat za somatické onemocnění. Pacienti typu I typicky nevykazují žádnou poruchu osobnosti. Hlavním cílem je navázat s pacientem spojenecký vztah a dosáhnout způsobu komunikace, kdy podmětem ve větách bude spíše „my“ než „já a vy“ („Společně to dokážeme!“). Tato shoda mezi terapeutem a pacientem na společném cíli vyhovuje pacientovým potřebám. U některých pacientů může být vhodným řešením krátká behaviorálně orientovaná intervence. Výše zmíněným posunem dominance ve prospěch partnerky/partnera dochází často k podlomení pacientovy sebedůvěry; účast partnerky/partnera se proto doporučuje až po pěti terapeutických sezeních. V této fázi mohou prospět prvky systemické terapie. Velkým přínosem jsou svépomocné skupiny, např. AA, a terapeut by je proto měl doporučovat.

4.3 Farmakoterapeutická prevence relapsu

Disulfiram (Antabus®)

Je třeba podávat vysoce motivovaným pacientům typu I, kteří jsou vystaveni silnému tlaku ke konzumaci alkoholu, např. na pracovišti (např. u profesí souvisejících s alkoholem – číšníků apod.).

Dávkování: 200 mg Antabusu.

Disulfiram lze bez problémů kombinovat s akamprosatem.

Akamprosát (Campral®)

Doporučuje se předepisovat na období 18 měsíců a delší, a to již v první fázi nástupu odvykacího stavu.

Dávkování: 4 tablety denně (<60 kg), 6 tablet denně (>60 kg).

Účinky akamprosátu se mohou naplno rozvinout až po třech měsících.

Naltrexon (Adepend®, Naltrexone AOP®)

- Může snížit intenzitu a délku relapsu. Přípravek se doporučuje neprodleně nasadit v případě relapsu po delším období abstinence. Brát by se měl pouze do doby, než bude opětovně dosaženo abstinence. Pacienti by měli mít přípravek vždy k dispozici.
- Naltrexon se rovněž předepisuje pacientům, které je obtížné motivovat k tomu, aby zásadně změnili své návyky, pokud jde o konzumaci alkoholu. 50 mg přípravku je třeba brát denně po dobu minimálně jednoho měsíce. Na pacienta je třeba apelovat, aby chodil na pravidelné kontroly obnášející techniky krátké intervence, včetně detailního „konzumačního deníku“. Z těchto záznamů bude patrné, zda a do jaké míry dochází ke snižování dávek (laboratorní testy, gama-GT, % CDT). Tento přístup je známý jako tzv. „metoda vyhasínání“ popsaná Davidem Sinclairem. Metodu „vyhasínání“ by měli aplikovat pouze odborníci na terapeutické techniky při léčbě alkoholové závislosti. Tuto metodu občas uplatňujeme u pacientů, kteří jsou v pořadí na přijetí do léčby.

Nedoporučujeme kombinovat akamprosát a naltrexon. Optimální kombinace se odvíjí od typu a povahy relapsu. Každý přípravek působí na jiný klinický a biologický jev (bažení během abstinence, craving spuštěný sociálními okolnostmi nebo pokušením, craving vyvolaný příjmem alkoholu v nízkých dávkách, intenzita ztráty kontroly).

V průběhu prvních dvou měsíců abstinence od alkoholu by mělo být kouření tolerováno jako prvek náhražky/odměny. Nakonec je však třeba řešit i otázku eliminace závislosti na nikotinu. Lidé z této skupiny často kouří způsobem odpovídajícím pozitivitě dle Fagerströмова dotazníku, a měla by jim proto být nabídnuta nikotinová substituční terapie (základní terapie obnášející aplikaci náplastí s nejvyšší dávkou, v případě velmi silného bažení doplněná o rychle působící přípravky – inhalátor anebo sublingvální tablety). Další alternativou je vareniklin. Dávkování je nutné po dobu tří dnů postupně navyšovat.

U některých pacientů se během abstinence mohou vyskytnout agitovanost a poruchy spánku (pozdní odvykací syndrom). Tyto příznaky by se pokud možno měly zvládnout bez medikace (osobní podpora, svépomocné skupiny). Někdy jsou nutná lehká antidepresiva, např. trazodon. Neměla by se užívat neuroleptika působící na receptory D1 a D2, protože by se tím mohlo zvýšit nebezpečí relapsu.

Léčba této skupiny pacientů trvá přibližně 18 měsíců. V některých případech je prospěšné udržovat mnohaleté dlouhodobé kontakty.

Přeložil Jiří Bareš

Poznámka redakce: Původní text obsahoval některé léčivé přípravky/účinné látky neregistrované/nepoužívané v ČR. V překladech byly proto nahrazeny registrovanými léčivými přípravky využívanými v klinické praxi v ČR.

Příklad publikace byl realizován za podpory PROGRES Q06/LF1.