

# Doporučená léčba alkoholově závislých pacientů Typu II Dle Leschovy typologie (Model řešení problémů a úzkosti)

Otto Lesch

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

## 1 LÉČBA ODVYKACÍHO STAVU

### 1.1 Odvykací příznaky

Mnozí pacienti spadající do typu II nezneužívají alkohol ve velkých množstvích. Jejich chování ve vztahu ke konzumaci alkoholu zpravidla osciluje mezi příjmem alkoholu v malých dávkách a abstinencí. Trpívají úzkostí a agitovaností nízké míry závažnosti a obvykle celou řadou symptomů, které vnímají v intenzifikované formě. Somaticky se tato skupina vyznačuje mírnou hypotenzí a lehce zvýšenou tepovou frekvencí. Často se jim také silně potí dlaně a mírné pocení je pozorováno v oblasti trupu. Lehký dvoudimenzionální tremor je patrný až při rozpažení.

Pacienti typu II jsou často emočně labilní. Přes jejich úzkostnost občas vykazují agresivní projevy, zejména ve stavu intoxikace. Z anamnézy těchto pacientů nevyplývá závažná odvykací patologie, zejména žádné tonicko-klonické křeče. Nelze pozorovat žádnou závažnou polyneuropatii. Objevují se však potíže s usínáním.

### 1.2 Etiologie

Alkoholici spadající pod typ II konzumují alkohol pro jeho anxiolytický účinek. Užívají alkohol jako automedikaci v konfliktních situacích a snaží se alkoholem „řešit“ své problémy. Podle hypotézy o genetické predispozici u nich dochází k zvýšené aktivitě monoaminoxidázy (MAO). Patologii lze obecně spatřovat v kombinaci lehkých odvykacích symptomů a základní psychiatrické poruchy.

### 1.3 Délka trvání odvykacího stavu

Abstinенční příznaky trvají přibližně 10 dní. Déle trvající symptomy jsou zpravidla způsobovány základní psychiatrickou poruchou nebo jinou než alkoholovou etiologií (např. souběžné užívání trankvilizérů nebo nelegálních drog).

### 1.4 Léčba odvykacích příznaků

Optimální léčbu pacientů typu II představují nebenzodiazepinová anxiolytika, např. tiaprid (Tiapralan®, Tiapra®, Tiaprid®), příp. trazodon (Trittico AC®, Trittico prolong®).

Vhodné dávkování bude záviset na míře úzkostnosti a závažnosti poruch spánku. 150–300 mg tiapridu a 150 mg trazodonu jsou obvykle dostatečné dávky. Antiepileptika nutná nejsou.

Je třeba se vyhnout benzodiazepinům i GHB, neboť závislost na alkoholu může vystrídat závislost na těchto látkách. Léčbu budou potřebovat pacienti kombinující alkohol se sedativy se závislostním potenciálem. Ta se bude zaměřovat hlavně na abstinенční příznaky související s užíváním trankvilizérů.

## 2 MOTIVACE

Pacienta je nutné upozornit na spojitost mezi osobnostními rysy a mechanismy zvládnutí zátěžových situací. Pacienti si často málo věří, takže přínosem bude jakékoli terapeutické opatření, které navozuje pocit „bezpečí a ochrany“. Cílem práce s motivací je přesvědčit klienta o potřebě psychoterapie jako prostředku k posílení sebevědomí. Pacienti by rovněž měli pochopit, že úzkostnost je repetitivní spouštěč konzumace alkoholu. Díky tomu bude možné vyselektovat faktory vztahující se k průběžnému abúzu alkoholu na jedné straně a k abstinenci na druhé straně. Následně je poukázáno na ambivalenci v zájmu nastartování procesu rozhodování ve prospěch abstinence.

## 3 TERAPEUTICKÝ CÍL

Pacient by se měl naučit „říkat ne“ nejen ve vztahu k situacím souvisejícím s alkoholem. Vzorec pití není těžištěm terapie. Konečným cílem psychoterapie je posílení

ega. Pacient by se měl dále naučit stanovit si adekvátně interpersonální hranice a usilovat o větší vyváženost ve vztazích. V rámci tohoto procesu je nutné počítat s relapsy. Často se jedná o méně závažné relapsy neprovázené ztrátou kontroly (tzv. „uklouznutí“).

## 4 PREVENCE RELAPSU

### 4.1 Patologie

Po odeznění prvních odvykacích symptomů, např. depresivních nebo úzkostných stavů, se začnou projevovat některé typické osobnostní rysy. Pacienti typu II obvykle vykazují nízkou sebedůvěru; disponují omezenými a občas nekonzistentními strategiemi zvládnání zátěžových situací. Dále jsou často emočně labilní a postrádají schopnost stanovit si hranice v mezilidských vztazích. Tito pacienti často nadužívají alkohol jako způsob řešení konfliktů, protože nedisponují jinými strategiemi zvládnání zátěžových situací. Při relapsech lze u nich pozorovat projevy změněné osobnosti s výskytem silných emocionálních výbuchů. Anxiolytická vlastnost alkoholu je u alkoholismu typu II hlavním původcem závislosti. Pacienti jsou zvyklí sáhnout k alkoholu hned, jak se dostaví úzkost. Není-li po ruce alkohol, vyhledají rychle jiné látky s trankvilizačním účinkem, ať už legální, nebo nelegální. Rychle si tak proto vytvářejí závislost na trankvilizérech, hypnotikách a jiných látkách.

Pacienti typu II mají často partnerky/partnery, které/kteří si osvojily/(i) dosti dominantní roli. V mnoha případech tyto partnerky/partneři pacienta „popadnou“ a dopraví do terapeutického zařízení. V jejich vztahu hraje alkohol z hlediska interakce často ústřední roli, téměř jako nějaká třetí osoba. Na rozdíl od typu I může být úzkostnost a agitovanost u pacientů typu II vnímána spíše jako příčina než důsledek konzumace alkoholu. V zásadě je tento problém primárně podmíněn osobnostně; chování ve vztahu k alkoholu má pouze sekundární důležitost.

### 4.2 Psychosociální terapie

Základním cílem terapie je upozornit pacienta na jeho nešťastné interakční procesy. Pacienti vykazují závislost na zájmu a péči ze strany druhých. Je proto třeba uplatnit terapeutický přístup zaměřený na závislou poruchu osobnosti.

Je nutné si osvojit strategie sloužící k mírnění úzkostných stavů, které mají svůj původ spíše ve struktuře osobnosti než v podnětech z okolí. Takovými strategiemi je posilování ega, strukturování a osvojování si způsobů jak se vyhnout závislosti na vztazích včasným rozpoznáním varovných signálů. Pacienti by se měli naučit rozpoznávat možnosti přebírání vůdčí role a využívat je.

Je třeba si osvojovat mechanismy týkající se zvládnání stresu a krizových situací a nahrazovat jimi strategii

spočívající v konzumaci alkoholu. Je také zapotřebí zohlednit sociální prostředí. Také partnerka/partner pacienta může často trpět nějakým psychiatrickým nebo psychosomatickým onemocněním. V takovém případě se doporučuje systemická terapie. Příležitostně může také vzniknout potřeba zapojit do procesu systematické terapie pacientovy děti.

Svépomocné skupiny s tematickým zaměřením na úzkostnost a/nebo posilování ega jsou prospěšnější než AA nebo jiné svépomocné skupiny.

### 4.3 Farmakoterapeutická prevence relapsu

#### Akamprosat (Campral®)

Medikace se aplikuje paralelně s psychoterapií. Přípravek je třeba užívat po dobu minimálně 15 měsíců, v dávkovacím schématu 4 (<60 kg) nebo 6 (>60 kg) tablet denně.

#### Moklobemid (Aurorix®)

Dávka 300 až 600 mg/denně snižuje míru úzkosti, a má proto příznivý vliv na psychotherapeutický proces.

#### Trazodon (Trittico AC®, Trittico prolong®)

Na základě našich zkušeností se domníváme, že pozitivní účinek má dávka 100–250 mg/den, zejména je-li podána večer. Tento vyzorovaný efekt je ještě nutné ověřit dalším výzkumem.

Alkoholikům typu II se nedoporučuje podávat benzodiazepiny kvůli pravděpodobnosti vzniku zkrřížené závislosti.

### 4.4 Dlouhodobý průběh onemocnění

Z výsledků naší 18leté prospektivní longitudinální studie vyplývá, že pouze 20 % alkoholiků typu II bude po 10 a více letech i nadále vykazovat znaky charakteristické čistě pro tuto kategorii. U zbývajících 80 % dojde postupně k rozvoji dalších rysů spojovaných s typy I, III nebo IV, přičemž jejich rozložení napříč těmito dalšími třemi typy je přibližně rovnoměrné.

#### Délka léčby bude záviset na vývoji terapeutického procesu a dosažení terapeutických cílů.

*Přeložil Jiří Bareš*

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

*Překlad publikace byl realizován za podpory PROGRES Q06/LF1.*