

Doporučená léčba alkoholově závislých pacientů Typu III dle Leschovy typologie (Model alkoholu jako antidepresiva)

Otto Lesch

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

1 LÉČBA ODVYKACÍHO STAVU

1.1 Odvykací příznaky

Pacienti z této skupiny se přicházejí léčit v různém stavu intoxikace. Někteří pacienti jsou dokonce střízliví, když poprvé přijdou do ambulance/nemocnice. Bývají velmi agitovaní, často vykazují sebevražedné sklony. Mnozí pacienti spadající do typu III trpí pocity viny, a ačkoli jsou úspěšní, domnívají se, že by měli být ještě lepší. Somaticky je tato skupina charakterizována mírnou hypotenzí a lehce zvýšenou tepovou frekvencí. Často se jim také silně potí dlaně a mírné pocení je pozorováno v oblasti trupu. Lehký dvoudimenzionální třes je patrný až při rozpažení.

Tito pacienti jsou často emočně labilní. Stává se jim, že se na někoho nebo na něco příliš citově upnou, a často vykazují neadekvátní afekt, např. plačtivé záchvaty, zejména pod vlivem alkoholu. Anamnéza těchto pacientů nevyovídá o žádné závažné odvykací patologii. Nelze pozorovat žádnou závažnou polyneuropatii. Běžné jsou mezi pacienty typu III problémy s usínáním a narušené spánkové vzorce.

1.2 Etiologie

Pacienti typu III nadužívají alkohol kvůli povznesení nálady, ale také pro jeho hypnotické účinky. Alkohol zhoršuje chronobiologické a emoční funkce pacientova mozku (puzení, nálada a spánek). Podle hypotézy genetické predispozice dochází u typu III ke změnám funkce limbického systému a hypotalamo-hypofýzo-adrenální (HPA) osy. Patologie je kombinací odvykacích symptomů a/nebo depresivně-úzkostných stavů vyvolaných alkoholem na jedné straně, a/nebo základní afektivní poruchou nálady na straně druhé.

1.3 Délka trvání odvykacího stavu

Příznaky z odnětí alkoholu typicky trvají cca 14 dní. Déle trávající symptomy normálně souvisejí se základní afektivní poruchou nálady nebo se týkají jiné etiologie, např. souběžného abúzu benzodiazepinů.

1.4 Léčba odvykacích příznaků

Antiepileptika nejsou nezbytně nutná. Osvědčila se nebendiazepinová anxiolytika, např. trazodon (Trittico). Pacienti, kteří nevykazují dostatečnou odezvu, pravděpodobně zneužívali vedle alkoholu také benzodiazepiny. V takovém případě se léčba odvykacího stavu upraví tak, aby zohledňovala abstinenci příznaky z vysazení benzodiazepinů. Benzodiazepiny budou následně předepisovány v dávkách potřebných k odstranění diskomfortu. Po několika měsících by mělo být dávkování sníženo a benzodiazepiny postupně nahrazeny antidepresivy.

2 MOTIVACE

Je důležité pacienta informovat a poučit o jeho nemoci stejně, jako se to dělá u jakéhokoli jiného onemocnění. Je třeba vzít v úvahu, že zejména pacienti typu III si již obvykle o alkoholismu nějaké informace opatřili a mohli již v minulosti vyzkoušet jiné způsoby odvykání. Prvním krokem v rámci edukace je snaha vysvětlit dané osobě, že si alkoholem ventiluje problémy, které mu působí jeho život určený orientací na výkon. Melancholický typ osobnosti nadužívající alkohol, aby se zbavil stresu a napětí, které mu přináší každodenní život, odpovídá Tellenbachově vymezení osobnostní kategorie. Pokud se alkoholikům typu III podaří abstinovat po dobu 14 a více dní, už pro ně nebude nijak obtížné prodloužit abstinenci o ně-

kolik měsíců. Během období střízlivosti se vrací ke svému předchozímu životnímu stylu, včetně strategie „práce“ (kvůli práci nebude čas se zamyslet). Mnozí pacienti odmítají svůj životní styl zásadně měnit. Pro terapeuta je proto zásadní, aby „využil“ období abstinence, během něhož by si pacienti měli uvědomovat ambivalenci týkající se jejich životního stylu. Terapeut by tento proces neměl iniciovat příliš brzo, protože by se mohlo stát, že pacient sice bude abstinovat, ale nebude ochoten absolvovat psychoterapii. Pacienti typu III se snaží psychoterapii vyhnout, protože větší sebeuvědomění pro ně představuje „rizikový“ cíl. Pokud se přeci jen rozhodnou pro psychoterapii, nemělo by se s ní začínat příliš brzy, aby pacient nebyl zbytečně přemotivovaný, např. aby nenavštěvoval paralelně více psychiatrů a neporovnával je mezi sebou.

3 TERAPEUTICKÝ CÍL

Primárním cílem je minimalizovat rozsah epizod intenzivní konzumace alkoholu, které mohou následovat po měsících abstinence nebo příjmu alkoholu v malých dávkách. Cílem terapie je dále práce s osobnostními rysy dané osoby („Tellenbachova melancholická osobnost“), které představují zátěž pro pacienty i jejich okolí. Tato osobnostní struktura může občas způsobovat silné výkyvy nálad, ať už provázené či neprovázené relapsem. Dalším cílem psychoterapie je snížení jak intenzity, tak počtu depresivních epizod, s nimiž se někdy pojí suicidální tendence.

4 PREVENCE RELAPSU

4.1 Patologie

Po odeznění příznaků odvykacího stavu (často s přechodnými depresivními/úzkostnými symptomy) se začnou projevovat terapeuticky relevantní rysy osobnosti. Pacienti často neoblomně vyznávají určité hodnoty v kombinaci s vysokými nároky, které na sebe kladou v zájmu jejich naplnění. Alkoholici typu III jen zřídka dosáhnou vysokých cílů, které si stanovili. Mají tendenci přistupovat ke svému životu pouze kognitivně. Jejich talent nedochází naplnění a často je nakonec potlačen. Jejich tělesné uvědomění tvoří převážně bolest a další nepříjemné vjemy. Tito pacienti zřídka pocífuji radost, a proto se u nich pocit štěstí dostavuje jen vzácně. Jejich optimální fungování ve vztahu k profesi, rodině a kulturnímu ukotvení má takovou prioritu, že na emoční či zdravotní blaho, např. jakákoli forma odpočinku nebo rekreační aktivity, zbývá jen málo času, pakliže není přítomen prvek soutěživosti. Tito pacienti jsou často společensky aktivní, jsou např. členy různých klubů nebo se účastní jiných společenských aktivit. Často v této souvislosti přebírají vůdčí úlohu. Ostatním lidem mohou připadat jako pedantští a mocichtiví. Tito pacienti značně trpí nesouhlasným postojem druhých. Když se věci nedaří, obvykle se snaží hledat chybu u druhých. Nedovolí, aby jejich potlačované emoce vstupovaly do jejich logických myšlenkových pro-

cesů, na nichž si tolik zakládají. Své životy se snaží vést podle výhradně kognitivně určených paradigmat. Pod vlivem alkoholu však „skořápka může změkknout“ a je dán průchod emocím. Změna hluboce zakořeněných hodnot je pro takového pacienta náročným procesem. Pacienti typu III jsou zvyklí dosahovat svých cílů. Každý relaps se proto pojí s intenzivními pocity selhání a viny, které jsou často spouštěčem závažných depresivních epizod.

To je důvod, proč pacienti typu III mají tendenci aktivně vyhledávat různé terapeutické alternativy. Někdy dokonce sami vytvářejí svépomocné skupiny nebo podnikají podobně ambiciózní akce.

Po několika měsících abstinence se postoj k alkoholu postupně mění. Navzdory celkové stabilizaci nálady se může opětovně vyskytnout depresivní epizoda, která je někdy spouštěčem silného relapsu. Tento vzorec je označován jako styl epizodické konzumace alkoholu, kdy měsíce abstinence střídají měsíce intenzivního pití. Často lze sledovat i sezónní charakter takového chování, kdy jaro a léto bývají obdobími s nízkou mírou konzumace, zatímco podzim a zima se vyznačují intenzivní konzumací alkoholu. Relapsy jsou vnímány jako závažná selhání a jsou tudíž provázeny silnými pocity viny (mechanismy ventilování problémů, riziko sebevraždy).

4.2 Psychosociální terapie

Na začátku je nutné poskytnout informace a poučení o výše zmíněných procesech. Nejprve je při tom nutné zaujmout spíše kognitivní hledisko a teprve později se zaměřit na emoční faktory.

Pacienti si musí osvojit strategie, jak se ubránit tomu, aby se vždy nesnažili o dominantní vystupování v mezilidských vztazích. Měli by být schopni citlivě reflektovat důvody, které je vedou k tomu, že mají tendenci na sebe za všech okolností brát vůdčí roli, a proč druzí lidé začnou rychle pocífovat jejich „autoritativní auru“. Pacienti se musí snažit přestat zápasit o dominanci v mezilidských vztazích.

Měli by být rovněž vedeni k tomu, aby své myšlení a následné chování nepodřizovali tak přísně racionální kontrole. Terapeut by měl pacienta povzbuzovat v znovuobjevování tělesného uvědomění; aby byl schopen prožívat emoce a rozvolnit kontrolu nad svým chováním.

Při zapojení partnerů vychází najevo jejich často pasivně agresivní chování vůči pacientům. Děje se tak buď tím, že na sebe berou roli „trpitele“ nebo „oběti“, anebo se tato pozice projevuje „nepřátelským mlčením“. Tito partneři navíc často trpí duševními problémy, jako jsou afektivní poruchy, psychosomatická onemocnění anebo mají adiktologickou anamnézu.

Je nutné včas identifikovat známky nástupu depresivních epizod a dosáhnout internalizace strategií zvládnání

zátěžových situací. Pokud se u pacienta vyskytnou poruchy spánkových vzorců spojené s hmotnostním úbytkem, měl by okamžitě vyhledat pomoc psychiatra.

4.3 Farmakoterapeutická prevence relapsu

Pacienti procházející závažnou depresivní epizodou jsou v souladu s tím léčení odpovídajícími antidepresivy a stabilizátory nálad, jako jsou lithium (Lithium carbonicum Slovakofarma), kyselina valproová (Convulex) nebo karbamazepin (Biston, Tegretol, Timonil, Neurotop), které slouží jako prevence relapsu.

Medikace k léčbě depresivní epizody bude záležet na chronobiologických problémech a případných komorbidních somatických symptomech. Pomoci mohou například tricyklická (pozn. redakce: pro řadu nežádoucích účinků v ČR již málo využívaná) a duálně působící antidepresiva (pozn. redakce: SNRI, DNRI – antidepresiva, která ovlivňují noradrenergní a serotoninergní, ev. noradrenergní a dopaminergní systém, např. venlafaxin, mirtazapin, bupropion). V případě lehké deprese může stačit léčba jasným světlem („bright light therapy“) anebo trazodon (Trittico).

Dopaminoví antagonisté, např. neuroleptika, se nedoporučují.

Jednou denně by se měl podávat naltrexon (Adepend 50 mg denně) jako „přípravek proti bažení“. Naltrexon někdy jen snižuje délku a intenzitu relapsu, aniž by mu celkově předcházel.

Délka léčby bude záviset na efektivitě psychoterapie i medikace předepsané na mírnění deprese. „Vybalancování“ osobnostních rysů bude trvat minimálně dva roky.

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/LF.