

# Doporučená léčba alkoholově závislých pacientů Typu IV dle Leschovy typologie (Podmiňovací model)

Otto Lesch

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

## 1 LÉČBA ODVYKACÍHO STAVU

### 1.1 Odvykací příznaky

Tito pacienti vyhledávají lékařskou pomoc v různých stavech intoxikace alkoholem. Během odvykacího stavu se u nich objevuje slabý dvoudimenzionální třes. Mnohým se potí jen dlaně (nikoli trup), zatímco někdo se nepotí vůbec, tzv. „suchý absták“. Krevní tlak se většinou pohybuje na normálních hodnotách a kardiovaskulární systém vykazuje stabilitu.

Výrazný problém představuje u alkoholově závislých pacientů typu IV narušení kognitivních funkcí. Během odvykacího stavu bývají pacienti často zmatení, v extrémních případech pak mohou být zcela dezorientovaní. V stimulačních a aktivizačních situacích (za denního světla, při interakci s jinou osobou) mohou být zcela lucidní, zatímco za šera a v noci, a také v situacích, kdy se v jejich okolí nenachází žádný ošetřující personál, se mohou dostávat do stavů totální zmatenosti a dezorientace. Pacienti mívají občas výpadky paměti a příležitostně se u nich vyskytují halucinace. U pacientů typu IV se objevují sklony k vysoké sugestibilitě. Často jsou u nich pozorovány stavy podobné amenci vyznačující se bezmocností, které mohou být doprovázeny poruchami nálad a paranoidními tendencemi. Dochází k markantnímu poklesu kognitivních schopností. V této rané fázi proto není možné plánovat dlouhodobější terapii. Pacienti mohou mít v této fázi největší prospěch z jasných a snadno srozumitelných sdělení, jakož i z úkolů, které lze splnit v nejbližší budoucnosti. Dezorientace a špatná interpretace smyslových vjemů navozují a podněcují stavy úzkosti a agitovanosti.

Lékařská anamnéza pacientů často obsahuje tonicko-klonické křeče, které nesouvisejí s abúzem alkoholu, ani s jeho vysazením. U těchto pacientů hrozí později riziko

křečí typu grand mal, bez souvislosti se změnou medikace, a to i 10. den abstinence nebo ještě později.

Pacienti typu IV často vykazují poruchy chůze způsobované buď cerebelární disfunkcí, nebo polyneuropatií.

V případech nevyhnutelnosti silné sedace jsou pacienti vystaveni riziku potenciálně život ohrožujících somatických komplikací, např. zápalu plic.

### 1.2 Etiologie

Pacienti alkohol běžně konzumují, neboť toto chování považují za normální. Nejsou v tomto směru schopni odolávat „společenskému tlaku“. Míra snížení výkonnosti a závažnost psychopatologických změn bude záviset spíše na rozsahu poškození mozku než na množství vypitého alkoholu. Původcem výrazného snížení výkonnosti bývá buď vrozený kognitivní deficit, nebo poškození mozku před 14. rokem života. Tito pacienti mají problémy zorganizovat si svůj každodenní život a nalézt „smysl bytí“. Alkohol to vše ještě více komplikuje.

Pro pacienty typu IV je charakteristické pomalé odbourávání alkoholu. Z tohoto důvodu je somatické poškození převážně důsledkem spíše toxicity alkoholu než účinků aldehydů. Tuto charakteristiku pacientů typu IV je třeba zohledňovat po celou dobu léčby.

### 1.3 Délka trvání odvykacího stavu

Patologie je primárně způsobována raným poškozením mozku. Eventuální úzdrava je proto zdlouhavým procesem, který trvá týdny až měsíce. Někteří pacienti nevykazují žádné známky uzdravy, nebo jen velice pomalu.

## 1.4 Léčba odvykacích příznaků

Nejdůležitějším aspektem léčby alkoholově závislých pacientů typu IV je sociálně orientovaná terapie, vedená pokud možno jen omezeným počtem osob. V ideálním případě by měla být umožněna individuální léčba. Cílem této léčby je pacienta „aktivizovat“. Pacientům pomáhá léčba jasným světlem („bright light treatment“), je-li k dispozici, ale postačí i dobře osvětlené místnosti. Tyto prostory by optimálně měly poskytnout podněty aktivující všech pět smyslů. Vzhledem ke stabilitě základních regulačních funkcí by pacienti měli být co nejdříve podněcováni k fyzickým aktivitám. Často bude nutné a užitečné zapojit do procesu pacientovu rodinu.

Ke zlepšení kognitivních funkcí by se měla předepisovat nootropika. Lze podávat také antikonvulziva, např. karbamazepin (Biston, Tegretol, Timonil, Neurotop) v maximální dávce 900 mg/den. Při podávání této medikace je třeba vzít v úvahu, že tento přípravek začne naplno působit až po určité době.

Je třeba se vyhnout všem léčivům, která mají nežádoucí účinky na kognitivní funkce a zhoršují tak abstinenci příznaky. Benzodiazepiny například prohlubují dezorientaci a dále narušují kognitivní funkce.

Pacienti, kteří trpí halucinacemi a nočním neklidem, ale jsou bez somatických příznaků, mohou potřebovat atypická neuroleptika; například quetiapin (např. Derin, Kventiax, Quetiapine Polpharma) nebo olanzapin (např. Zyprexa).

## 2 MOTIVACE

Při práci s motivací je třeba zohlednit horší kognitivní schopnosti. Pacienti často trpí poruchami paměti a lze očekávat, že budou obtížně vstřebávat složitější informace. Motivačně zaměřená sdělení je třeba opakovat několikrát denně. Pacienti by měli mít vysoce strukturovaný denní režim. Postupně by měli být vedeni k tomu, aby si stanovovali snadno dosažitelné cíle.

## 3 TERAPEUTICKÝ CÍL

Pacienti typu IV se nechají snadno ovlivnit svým okolím. Mají sníženou schopnost reflexe a disponují nedostatečnými možnostmi a strategiemi zvládnutí zátěžových situací na to, aby se vystříhali alkoholu. Relapsy je proto nutné vnímat jako součást průběhu onemocnění.

Realistickým cílem terapie je proto udržovat frekvenci a intenzitu relapsů na nízké míře („hlavní je přežít“). Cílem je dále co největší prodloužení období abstinence, zbavení pacienta silných somatických příznaků a vnese ní řádů do pacientova každodenního fungování.

## 4 PREVENCE RELAPSU

### 4.1 Patologie

Po odeznění mírných somatických symptomů u pacientů přetrvávají poruchy kognitivních funkcí. Snížená schopnost reflexe spolu s nízkou mírou kontroly impulzů činí pacienta velmi náchylného k tomu, aby se nechal „zlákat“ ke konzumaci alkoholu environmentálními faktory. Alkoholově závislí pacienti typu IV jsou často sociálně deprivováni až „izolováni“, někdy jsou nezaměstnaní nebo bez domova. V některých případech představují jediný zdroj jejich sociální interakce místa, kde se konzumuje alkohol, což je s tímto prostředím bytostně spojuje. Struktura jejich denního režimu tak může podléhat době a místům konzumace alkoholu. Vedle psychosociálních obtíží často trpí závažnými somatickými symptomy (např. polyneuropatie a epilepsie nesouvisející s pitím, příp. epilepsie existující již před rozvojem závislosti na alkoholu). Případové studie pacientů typu IV vypovídají o některých behaviorálních specifikách v dětství, např. dlouhodobější koktání, okusování nehtů nebo noční pomočování. Toto chování se může vyskytovat i v dospělém věku, a to i během období abstinence.

### 4.2 Psychosociální terapie

Edukační práce bude obnášet prvek opakování. Zpočátku by měli pacienti navštěvovat terapeuta jednou týdně, později pak jednou za měsíc. Tato sezení by měla probíhat s týmž terapeutem v pravidelných intervalech a vždy ve stejnou dobu a na stejném místě.

Některým pacientům by se mělo dostat sociální podpory, např. zařazení do programu sociálního bydlení. Není vyloučena nutnost správy finančních prostředků a v některých případech i zbavení právní způsobilosti s opatrovnickou rolí státu. Doporučuje se využít svépomocné skupiny, které tolerují relapsy či dokonce nabízejí podporu během relapsu. Pozitivním prvkem je denní režim. Je třeba si vytvořit a osvojit přímočaré „jednoduché“ strategie zaměřené na zvládnutí situací, které podněcují touhu se napít. Pacient by měl být veden ke smysluplným činnostem na „bezpečných“ místech mimo dosah obvyklého „píjáckého prostředí“; například v rámci zařízení na způsob denních stacionářů nebo institucí, které provozují psychosociální programy.

Pomáhají behaviorálně-terapeutické přístupy obnášející drobné realistické cíle a strategie zaměřené na kontrolu impulzů. Ke zdaru terapeutického procesu také přispívá procvičování kognitivních funkcí. Pacientům trpícím polyneuropatií by měla být poskytnuta fyzioterapeutická péče.

Mnozí pacienti typu IV jsou schopni dodržovat abstinenci pouze v nemocnici nebo podobném rezidenčním zařízení. Pacienti by optimálně měli mít možnost pokračovat

formou ambulantní léčby po dobu minimálně jednoho roku v témže zařízení, kde byli předtím hospitalizováni.

### 4.3 Farmakoterapeutická prevence relapsu

Kognitivní výkonnost lze zlepšit dlouhodobým podáváním nootropik. Antiepileptika (např. karbamazepin – Bis-ton, Tegretol, Timonil, Neurotop) by se měla dlouhodobě aplikovat pouze tehdy, pokud tonicko-klonické záchvaty nesouvisí s konzumací alkoholu. Léčba neuropatie se neobejde bez parenterálně podávaných silných dávek vitamínu B1 (Thiamin).

Atypická neuroleptika (např. olanzapin, quetiapin) by se měla krátce podávat jen při výskytu pozitivních symptomů v raných fázích abstinence. Lékař musí vzít v úvahu, že klasická neuroleptika mohou u alkoholově závislých pacientů s výše uvedenými specifickými deficity způsobit závažné komplikace. Preferovat je třeba atypická neuroleptika jako quetiapin (Derin, Kventiax, Quetiapine Polpharma). Naltrexon (Adepend 50 mg/denně) se užívá jako medikace k potlačení bažení a snížení intenzity a délky relapsu.

V současnosti jsou realizovány různé výzkumné projekty zaměřené na možnosti prodloužení období abstinence pomocí GHB. Prozatímni teoretické poznatky vyznívají ve prospěch této experimentální hypotézy.

**Pravidelné kontroly budou zřejmě nutné i během dlouhodobějšího období abstinence!**

*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.*