

NEALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

MUDr. Libor Chvíla, CSc.

Psychiatrická léčebna, Opava

Psychiatrický stacionář pro léčbu závislostí, Moravská Ostrava

Nealkoholové závislosti jsou multidisciplinárním problémem, který zahrnuje diagnostiku, somatický dopad, psychickou instabilitu a sociální desintegraci. Mimo závislosti vyvolané substancemi jsou diskutovány závislosti na procesech, gambling. Závislost je proces, který zahrnuje sporadický abúzus, pravidelný abúzus až závislost se vznikem biologicky podmíněné toxikomanické vazby. Vlastní interakce drogy a organismu je pak odlišná v rámci akutní intoxikace, případných následků intoxikace a dlouhodobého abúzu či ovlivňování. Léčebná pomoc a zásah je pak různý co do odborného zaměření podle toho, zda jde o akutní intoxikaci, dlouhodobé užívání či závislost.

Klíčová slova: drogy, závislost, abúzus, gambling.

NONALCOHOLIC DEPENDENCES

Nonalcoholic dependences represent a multidisciplinary problem that includes the diagnosis, somatic impact, psychic instability and social disintegration. Apart from substance dependence, other addictions on processes as gambling are discussed. The dependence is a process, which includes sporadic abuse, regular abuse, even dependence associated with biologically conditioned addictive bond. The interaction of its own of a drug and an organism is different in case of an acute intoxication, relevant consequences of intoxication and in case of long term abuse or influencing. Medical help and intervention differ as to special approach ranging from acute intoxication to long term abuse or dependence.

Key words: drugs, dependence, abuse, gambling.

Závislost je kategorie, která patří k člověku po staletí, společně s lidstvem se vyvíjí a spoluexistuje. Od počátku kulturní historie je pak snaha dostat závislost pod kontrolu a stále se to daří jen částečně. Vznik závislosti je dynamický proces a vzájemná interakce subjektu – jedince a substance – drogy určuje její průběh, hloubku, časový rozměr, míru dopadu a poškození. Každý ze zúčastněných v tomto procesu musí splňovat určité podmínky, které Urban výstižně stylizoval do podoby tetraedru, tedy prostorového vztahu, kde každá ze stran či vazeb je stejně důležitá.

Faktor droga – látka, substance, která je schopna ovlivnit psychické funkce subjektu. Nezáleží na směru ovlivnění, nemusí jít vždy jen o příjemný prožitek či obecně pozitivní ovlivnění, ale o schopnost navodit nestandardní prožitky, ovlivnit vnímání, vědomí, afektivitu.

Faktor osobnost – osobnostní profil jedince, subjektu je důležitý pro vývoj abúzu či závislosti, jde o psychopatologický vklad do systému. Není stanovena „toxikomanická osobnost“, není definována charakteristika osobnosti, která by specificky selhávala směrem ke vzniku závislosti, ale jsou stanoveny markery, které tento vznik podporují. Jedním z nich je nedůslednost v postojích, často vyplývající z výchovné nejednotnosti, špatného a nečitelného výchovného vlivu, nenaučení se osobní odpovědnosti za své skutky. Dalším výrazným markerem je rozpor mezi vlastními ambicemi a schopnostmi, kdy ambice vysoce přesahují reálné možnosti a schopnosti realizace těchto ambicí. Emoční nestabilita, neschopnost navázat hlubší sociální vazby a povrchnost v emočním prožitku spolu s nestabilními projevy zájmu a vytrvalosti jsou další markerovou skupinou.

Faktor prostředí – sociální klima je určující ve směru umožnění nabídky drogového spektra, hodnocení chování

v rámci intoxikace, rámec přičlenění k sociální vrstvě či skupině. Tlak party, společenství, kde užívání drog je považováno za standard, je často určující pro první kontakt a další vývoj. Nelze pominout vliv masmédií, jednostranné informace vedou k otupění respektu a pocitu nebezpečí a rozmělnění pocitu viny či překročení zákona.

Faktor vyvolávajícího momentu – souhrn okolností, kdy k iniciaci drogou, návykovou látkou, dojde. Jde zde o aktuální situaci a „odolnost“ subjektu vůči droze, schopnost koncentrace a možnost odmítnutí. V tomto faktoru je také zahrnuta reakce na drogu, která není standardní a v různých situacích může mít charakter úlevy, povzbuzení, v jiných pak stejná droga působí destruktivně, dysforicky. Teprve součinností všech uvedených faktorů dochází k rozvoji závislosti, opakování abúzu a dalším projevům v oblasti psychopatologie či somatických změn.

Typologie drog

Opioidy, morfinový typ závislosti či drog zahrnuje látky přímo působící na morfinové receptory centrálního nervového systému (CNS). Jsou to jednak vyráběná léčiva, ale hlavně tvrdé drogy, deriváty morfinu, vyráběné ilegálně. Distribuce je vždy v rámci málo výrazného bílého prášku, někdy chuťově výrazného. Aplikace je možná různými cestami, nejefektivnější je parenterální aplikace a vdechování horkého substrátu. Akutní intoxikace způsobuje úlevu, pocit hluboké spokojenosti, uvolnění tenze, nadnesené nálady, bradykardii, útlum vegetativních funkcí, při hluboké intoxikaci miónu, zástavu dechového centra. Dlouhodobý abúzus zcela mění hodnotové schéma jedince, koncentruje se jen na získání dalších dávek, jelikož abstinenci projevy nastupují rychle po odeznění intoxikace. Poločas vylučování je asi 7 hodin. Vznik biologické závislosti nastupuje

rychle, někdy i po první dávce, obecně asi 80 % uživatelů je fyzicky závislých na těchto drogách s rizikem abstinčních projevů při vysazení abúzu.

Kanabinoidy jsou nyní drogou číslo jedna v nealkoholové scéně, užívání je relativně dlouhodobě „bezpečné“, akutní intoxikace jsou spíše somaticky nebezpečné, kolapsové stavy, vegetativní selhávání, tachykardie. Dlouhodobý abúzus vede k citovému otupění, koncentraci na tento typ drog s sebou často nese identifikaci k subkulturě pseudo-filozoficky motivované, projevy nesouhlasu s konzumní společností. Tvrdost drogy je dána asi 10 % závislých z celkového počtu uživatelů. Snadná dostupnost a mediální akcentace dává této droze větší popularitu než sama obsahuje ve svém potenciálu.

Stimulancia zastoupená amfetaminem jsou výrazným problémem české drogové scény. Finanční dostupnost, spolu s možností domácí výroby z léčiv umožňují plošné rozšíření a dostupnost kdykoliv a kdekoliv. Akutní stav povznesené nálady, nebyvalé aktivity, rušení projevů opilosti, únavy, vyčerpání, mizí potřeba spánku, jídla, pocity výborné kondice a subjektivních schopností vysoce nad obvyklý standard jako komplex efektu amfetaminu dává této droze obrovské spektrum cílové populace. Jsou ale také stavy paranoidních bludů a halucinatorních prožitků, psychotické stavy trvající několik hodin až dní, masivní neklid a agresivita, nezvládnuté chování se sebeztroupením jsou příčinou smrti či dlouhodobého poškození. Také nestabilita substance, časté příměsi barbiturátů, hypnotik pak vysoce zvyšují riziko dalších projevů při intoxikaci. Tvrdost drogy pak prezentuje asi 30 % závislých z celkového počtu uživatelů.

Halucinogeny zastoupené LSD, přírodními produkty lysohlávek či hub, durmanem, syntetickými drogami MDA, MDMA extázy nejsou sice masivně zneužívané, ale projevy jsou bouřlivé, psychotická produkce s masivním halucinatorním prožíváním, odtržením od reality, vstupem do jiných dimenzí vnímání, vědomí, psychedelické prožitky jsou přitažlivé pro dosti velký okruh jedinců. Následky jsou odpovídající dávce, četnosti intoxikací a predispozici k selhávání. Dosti často přechází náhodná intoxikace v trvale narušený psychický stav hodnocený jako schizofrenní či schizoafektivní psychóza.

Těkavá rozpouštědla jsou stále frekventní v abúzu, zvláště u mladých jedinců. Výhodou je dostupnost v podobě lepidel, cena je mizivá a efekt intoxikace vede k halucinatorním či iluzivním prožitkům. Výjimečná je možnost aktivního ovlivnění směru iluzivního vnímání. Délka intoxikace je přitom několik minut, nepřesahuje hodiny. Rizikem je vysoká toxicita látek, kdy hranice mezi intoxikační a smrtelnou dávkou je neostrá. Při dlouhodobém abúzu pak dochází k organicky podmíněným změnám v CNS, v psychopatologii pak k disociálním projevům, nekontrolovaným afektivním projevům, extrémně k demenci a desorganizaci psychických funkcí.

Gambling jako zástupce psychologických závislostí je rozšířeným problémem střední generace. Na rozdíl od závislosti na substancích je gambling spolu s workoholizmem a dalšími typy těchto závislostí představitel závislosti na procesech, na psychických procesech, které způsobí nadhodnocení zážitků při této činnosti, posun v hodnotovém schématu na vrchol a nekritický dopad na vlastní sociopsychickou integraci. Patologické hráčství je charakterizováno závislostí na hře, při které dochází k uvolnění tenze, pocitům vysoké spokojenosti, zvládnutého rizika. Hra je přitom podstatná, ne výhra. Sociální dopad je nejvýraznějším symptomem, také afektivní labilita až se suicidálním zakončením kariéry. Predispozice je v rovině neurotické tenze, nespokojenost se svou situací, sebeprosazením, neschopností adaptace na životní situace. Hra pak přináší úlevu, oprostění od nezvládnuté tenze. Dalším faktorem je kompulzivní porucha chování, nezvládnuté impulzy vedoucí i přes racionální riziko ke ztrátě. Nedostatek sebekontroly pak v bludném kruhu zvyšuje frekvenci hraní, pocit selhání při prohře vede k další snaze tuto situaci změnit. Další oblastí je pak osobnostní profil člověka se zvýšenou potřebou rizika, neschopností domýšlet důsledky svého jednání a nadhodnocování „adrenalinových“ zážitků nad bezpečností každodenního stereotypu. Zvládnutí patologického hráčství je výrazně ve sféře navýšení sebekontroly, tedy možnosti terapeutického zásahu jsou v rovině psychoterapie a podpůrné psychofarmakologie. Bez dlouhodobého psychoterapeutického vedení nelze spoléhat na racionalitu, sebekontrolu a změnu v chování těchto jedinců. Z psychoterapeutických postupů jsou pak kognitivně behaviorální postupy nejčastější a s nejstabilnější efektivitou kolem 50 % v dlouhodobém profilu.

Terapeutické postupy

Terapeutické postupy a jejich volbu určuje souhrn aktuální situace dané psychopatologickým profilem, somatickým poškozením, akceptací pacienta situaci zvládnout, dobou a místem pomoci. Komplexní léčebný postup vedoucí ke zvládnutí závislosti je diferencován na stadia:

- a) detoxikace a detoxifikace
- b) odvykací léčba
- c) sociální rehabilitace.

Detoxikace je prvním krokem k odstranění účinků drogy na lidský organizmus. Jejím smyslem je zabránění vzniku či zvládnutí abstinčního syndromu, zbavení organismu akutního účinku drogy, stabilizace psychického a somatického stavu. Při detoxikaci po abúzu opioidů lze využít substituce deriváty morfinu (buprenorfin, metadon), nutná je somatická stabilizace spasmolytiky, nutrice náhradními roztoky a celková roborace. Při zvládnutí detoxikace po amfetaminu je nejvýraznější zvládnutí paranoidních či bludných stavů, což je možno spektrem psychofarmak, nejčastěji pak atypickými neuroleptiky (risperidon, quetiapin, olanzapin). Detoxikace při intoxikaci kanabinoidy, těkavými rozpouštědly a halucinogeny je symptomatická a vede k potlačení psychických projevů, nejčastěji opět pomocí

atypických neuroleptik. Detoxifikace zahrnuje také detoxikaci psychických následků abúzu, tedy afektivní stabilizaci, navození motivačně přístupného klimatu komunikace, racionalizaci prožitých událostí a nabídku dalšího postupu.

Detoxikace a detoxifikace je výrazně biologicky, medicínsky orientovaná. Nejčastěji je vázána na hospitalizační podmínky, potřebu izolace od prostředí s dostupností drogy.

Odvykací léčba střednědobá, zahrnující období asi 10 týdnů, je psychoterapeuticky zaměřená. Podstatou této léčebné fáze je odtržení od dosavadního stereotypu myšlení a potřeb, změna hodnotového schématu, rozbor dosavadních postojů a změna celkové orientace. Psychoterapie je aplikována v rámci hospitalizace, případně v rámci stacionárního programu. Je potřebná denní frekvence terapeutického kontaktu a nezbytností je motivace pacienta – klienta pro tento léčebný program. Podstatnou součástí tohoto programu je režimový rámec poskytované pomoci, potřeba sociálně čitelného prostředí s možností komunitně orientovaného dialogu. Změna hodnotového žebříčku souvisí se změnou životních návyků a orientace. Psychoterapeutický cíl odvykací léčby je orientován na schopnost žít zcela bez drog. Abstinence je podmínkou pro změnu dosavadních postojů. Dalším krokem je kritické zhodnocení sebe sama. Získat o sobě reálné hodnocení a tím také výchozí představy o svém zařazení. Dále je nutné naučit se sociální odpovědnosti za své chování, postoje, vztahy, odpovědi na chování okolí, ale také za věci, hospodaření s nimi a získání pojmu o jejich hodnotě. Nakonec to nej-

obtížnější pro většinu toxikomanů – naučit se překonat propast mezi svými nároky a schopnostmi. Většinou touha po snadném prožitku, bez osobní odpovědnosti za jeho získání, vede k bažení – cravingu a tím intoxikaci jako nejsnadnější realizaci nereálné potřeby.

Sociální rehabilitace představuje následnou léčebnou péči, která má socializovat jedince, kteří si dosud neosvojili sociální rámec své existence. Jde o práci v terapeutické komunitě, kde sociální vazby jsou čitelné, dány pravidly a jsou všemi členy komunity dodržovány. Jde o první uplatnění získaných zkušeností a informací z psychoterapeutické práce v realitě. Délka pobytu v terapeutické komunitě je v rozmezí šesti měsíců až dvou let. Pobyt je strukturován dle individuálních zásad, ale vždy v rámci fázi vývoje a osvojení si různých stupňů samostatnosti a sebeuvědomění. Některé komunity pracují spíše s psychoterapeutickými prostředky, jiné jsou orientovány na křesťanskou morálku a víru jako prostředek sebekontroly. Výsledkem je ale vždy sociální integrace jedince do společnosti.

Odvykací léčba při závislostech by měla vždy mít zásady směřující k plné abstinenci, léčba je možná kauzální a symptomatická pomoc by měla být jen výjimečná. Substituce v dlouhodobém pojetí je podřadnou metodou a je vhodné její vyčlenění jen pro okrajové sociální skupiny. Výsledky léčebných programů zaměřených na abstinenci nejsou zanedbatelné a v rámci léčby drogových závislostí neexistuje důvod k rezignaci.

Literatura

1. Daley DC, Marlatt A. Relaps prevention: Cognitive and Behavioral Interventions. Substance abuse a Comprehensive textbook Williams and Wilkinson Baltimore 1992: 533–543.
2. Chvila L, Nyklová A. Down to the gamblers soul. Sborník Nijmegen Katoliken Universitet Congress on personality disorder 1995: 176s.

3. Skála J. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum Praha 1987: 206s.
4. Täschner KL. Terapie drogových závislostí. Česká a Slovenská psychiatrie 2001; 97: 364–368.
5. Urban E. Toxikomanie. Avicenum Praha 1973: 245s.