

Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm u duševně nemocných: krátká intervence a další možnosti

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Většina pacientů, s nimiž přichází psychiatr do styku, je škodlivým užíváním alkoholu a závislostí ohrožena více než běžná populace. To komplikuje psychiatrickou léčbu interakcemi alkoholu a psychofarmak, nekvalitní spoluprací i jinak. Tam, kde dochází ke škodlivému užívání alkoholu nebo kde vznikla závislost, je třeba volit psychofarmaka, která nevstupují s alkoholem do interakcí. Psychiatr by u duševně nemocného, který škodlivě užívá alkohol či je závislý, měl provést krátkou intervenci, případně zprostředkovat souběžnou léčbu závislosti na alkoholu.

Klíčová slova: alkohol, duální diagnóza, interakce, krátká intervence.

Alcohol abuse and dependance in psychiatric patients: brief intervention and other options

Most patients treated by psychiatrists are at higher risk of alcohol abuse compared to the general population. Alcohol abuse complicates their treatment because of the interactions between alcohol and drugs, lack of compliance and otherwise. Psychotropic drugs which do not interact with alcohol should be used in these patients. Psychiatrists are advised to apply brief intervention and/or arrange for concurrent treatment of alcohol dependence.

Key words: alcohol, dual diagnosis, interaction, brief intervention.

Psychiatr. praxi 2012; 13(1): 7–9

Úvod

Česká republika patří k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu na světě. Většina duševních poruch představuje rizikový faktor pro škodlivé užívání alkoholu a závislost. Velká část duševně nemocných, s nimiž přichází psychiatr do styku, má s alkoholem určitý problém. Alkohol i jiné návykové látky podstatně komplikují průběh duševních onemocnění (např. 1).

Diagnostika

Každý psychiatr by se měl svých pacientů ptát na spotřebu alkoholu za den i za týden (víkendové pití). Je vhodné zjišťovat, zda pití alkoholu působí problémy (zdravotní, interpersonální, finanční, s úřady atd.) a zda jsou přítomny znaky závislosti. Diagnostická kritéria závislosti podle MKN-10 jsme zpracovali do jednoduchého dotazníku („Dotazník závislosti“).

Výsledek diagnostického procesu může vypadat následovně

1. Pacient abstinguje nebo alkohol pije relativně bezpečně. Takový pacient zasluhuje, aby ho lékař povzbudil a vybědl, ať takto pokračuje.
2. Rizikové pití není diagnostickou kategorií MKN-10. K tělesnému či duševnímu poškození v důsledku pití alkoholu nedošlo, ale riziko poškození je velké. Je indikována krátká intervence (viz dále).

3. Škodlivé užívání alkoholu. Zjednodušeně řečeno je třeba prokázat „tělesné nebo duševní poškození v důsledku pití alkoholu“. I zde je vhodná krátká intervence.
4. Závislost na alkoholu. Opět se provede krátká intervence, na ni by měla navázat odvykávací léčba. Jestliže není možná, pacienta je třeba sledovat a léčbu pro závislost navrhnout později. Ze zjištění závislosti často vyplnou i další důsledky. Lékař zde patrně ještě kategoričtěji doporučí naprostou abstinenci od alkoholu. V případě dekompenzace stavu se bude vzhledem k horší spolupráci spíše uvažovat o ústavní léčbě. Lékař se také bude snažit intenzivněji spolupracovat s okolím pacienta. Tak lze zvýšit motivaci k odvykávací léčbě a snížit

riziko komplikací. Teoreticky by se také dalo uvažovat o léčích mírnících bažení, i když ty jsou pro většinu duševně nemocných finančně nedostupné.

Důsledky rizikového pití, škodlivého užívání a závislosti na alkoholu pro diagnostiku

Tyto důsledky bývají zásadní. Příkladem může být žena, která byla neúspěšně léčena pro deprese jen proto, že se styděla přiznat nekontrolované pití alkoholu. Uvádí se, že depresivní porucha u závislého na alkoholu by se měla stanovit nejdříve po měsíční abstinenci. Jinak se do nálady promítají odvykávací stavy, kocoviny, poruchy spánku a sociální a jiné problémy, které alkohol působí.

Dotazník závislosti

Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti, a zatrhněte ji.

1. Cítili jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol? Ne – Někdy – Často
2. Nedokázali jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pili jste i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste vypili víc, než jste původně chtěli?) Často – Někdy – Ne
3. Měli jste tělesné odvykávací potíže („absták“) po vysazení alkoholu (např. nejčastěji třes po ránu)? Ne – Někdy – Často
4. Zvyšovali jste dávku alkoholu, abyste dosáhli účinku, původně vyvolaného nižší dávkou? Často – Někdy – Ne
5. Zanedbávali jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřebovali víc času k získání a k pití alkoholu či k zotavení se z účinku alkoholu? Ne – Někdy – Často
6. Pokračovali jste v pití alkoholu přes škodlivé následky, o kterých jste věděli? Často – Někdy – Ne

Vyhodnocení

Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“

3–6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se jedná o závislost

Důsledky rizikového pití, škodlivého užívání a závislosti na alkoholu pro léčbu

Interakce alkoholu a léků

Alkohol vstupuje interakcí s řadou psychofarmak. Může se také jednat o neznámé interakce při kombinaci více látek. Toho by si měl být psychiatr vědom a volit u pacientů škodlivě užívajících alkohol jednoduchou a bezpečnou léčbu. Nabízíme příklady interakcí, před nimiž je třeba varovat:

- Benzodiazepiny v kombinaci s alkoholem vedou někdy k agresivitě a impulzivnímu jednání, i když častěji se prohlubuje útlum (riziko pádů a úrazů hlavy). Benzodiazepiny i v terapeutických dávkách rychle vyvolávají závislost s vleklými odvykacími obtížemi. Bažení (craving) po benzodiazepinech může vyvolat recidivu závislosti na alkoholu.
- Kombinace alkoholu s antipsychotiky: Zejména klasická antipsychotika prodlužují QT interval, což zvyšuje riziko náhlé srdeční příhody a smrti (2). Alkoholový exces vede i u zdravých jedinců ke vzniku arytmií (tzv. „holiday heart syndrome“). Lze předpokládat, že uvedená rizika se budou potencovat. Škodlivé užívání alkoholu je rizikový faktor maligního neuroleptického syndromu. Navíc u některých antipsychotik hrozí v kombinaci s alkoholem těžký útlum. Některá antipsychotika snižují záchvatový práh, riziko roste při podání při odvykacím stavu po alkoholu (3).
- Antidepresiva. Nejzávažnější interakce nastávají při kombinaci alkoholu s antidepresivy I. generace. Některá antidepresiva do interakcí s alkoholem prakticky nevstupují (např. citalopram), jiná, a to i novější ano a mohou při interakci vyvolávat těžký útlum. Escitalopram a bupropion zvyšují riziko epileptického záchvatu (2), proto je žádoucí opatrnost při jejich podávání během odvykacího stavu po alkoholu.
- Metadon prodlužuje QT interval (4). V kombinaci s alkoholem hrozí kromě útlumu i srdeční příhoda.
- Alkohol vstupuje do interakcí s řadou dalších léků. Tyto interakce mohou pronikavě ovlivnit tělesné zdraví i duševní stav. Jako příklad lze uvést krvácení do trávicí trubice při kombinaci alkoholu a ibuprofenu.

Jaké léky volit?

Wobrock a Soyka (5) doporučují při léčbě pacientů se schizofrenií, kteří škodlivě užívají alkohol, spíše atypická antipsychotika. Kombinaci

antipsychotik s léky mírnícími bažení (naltrexon, akaprosat) považují za vhodnou. Z antidepresiv používáme v naší praxi často výše zmíněný citalopram, který je navíc ekonomicky dostupný i pro nemajetné pacienty.

Spolupráce při léčbě (compliance)

Goff, et al (6) uvádějí, že asi 50 % pacientů se schizofrenií a schizoafektivní psychózou užívá méně než 70 % předepsaných léků. To se podle těchto autorů týká tím spíše těch, kdo škodlivě užívají alkohol nebo drogy. Tito pacienti častěji vynechávají dávky léků nebo berou vyšší dávky kvůli kocovinám a problémům působeným abúzem.

Důsledky pro psychoterapii

Někteří závislí hledají pro své obtíže psychologizující vysvětlení. Těžké dětství nebo zátěžová životní událost mohly hrát určitou roli, nelze je ale považovat za jedinou příčinu závislosti. Používat taková vysvětlení jako racionalizaci abúzu je nekonstruktivní. Škodlivé užívání alkoholu a tím spíše závislost na něm představuje pro psychoterapii jiné poruchy překážku. Často je proto třeba se nejprve zaměřit na zvládnutí návykového problému.

Důsledky pro vztahy a pracovní uplatnění

Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm vedou k psychologickým, zdravotním, sociálním a dalším komplikacím. Ty se pak v bludném kruhu podílejí na rostoucích problémech s alkoholem. Závislým na alkoholu se doporučuje během prvního roku abstinence zaměřit se především na její udržení. Tím se přeruší zmíněné bludné kruhy a vytvoří se podmínky pro zvládnutí jiných problémů.

Krátká intervence

Efektivitu krátké intervence pro problémy s alkoholem lze doložit (7–9). Poměřováno efektivitou versus čas je to jedna z neefektivnějších intervencí v medicíně, kterou může lékař udělat.

Postupy používané při krátké intervenci

Z dále uvedeného je možné podle okolností vybrat jeden nebo více postupů.

Posouzení stavu, informování o výsledku.

Doporučení se alkoholem vyhnout nebo jeho pití omezit.

Motivační rozhovor. Je to jeden z nejužitečnějších postupů. Pomocí vhodných otázek lze pacientovi pomoci, aby si uvědomil rizika

alkoholu a výhody abstinence. To se děje laskavě a s pochopením. Práce s motivací bývá nejdůležitější v situaci, kdy pacient není rozhodnut k pozitivní změně nebo váhá. Když došlo k žádoucímu rozhodnutí, je podstatný návod, jak dosáhnout zlepšení situace. Efektivita motivačního rozhovoru roste, jestliže se pracuje se silnými motivacemi – např. vzhled u žen, pracovní výkonnost u lidí s ambicemi nebo paměť u studentů. Podrobněji v češtině např. Nešpor (10).

Sebemonitorování, tj. zaznamenávání si, kdy se objevuje craving (bažení) nebo recidiva a co pomáhá situaci zvládnout. Pacient se takto učí identifikovat podněty aktivující závislost, vyhýbat se jim nebo je zvládat.

Předání svépomocného materiálu. Příručky pro závislé na alkoholu, závislé na jiných psychoaktivních látkách a patologické hráče jsou zdarma k dispozici na webových stránkách www.drnespor.eu.

Doporučení účasti ve svépomocné organizaci typu Anonymních alkoholiků. Jedná se o účinný postup (přehled např. 11). Informace a adresy skupin Anonymních alkoholiků viz www.sweb.cz/aacesko.

Internet. Ke krátké intervenci lze využívat i internet (např. 12). S tím máme rozsáhlé zkušenosti. Naše e-mailové kontakty s lidmi hledajícími pomoc pro sebe nebo příbuzné jsou časté. Dáváme také bezplatně k dispozici elektronické podoby svépomocných materiálů a instruktážní videa.

Poskytnutí kontaktu na služby telefonické pomoci. Důvodem je to, že návykové nemoci jsou spojeny s vyšším rizikem náhlých krizí.

Práce s rodinou. Rodina často disponuje silnými motivačními nástroji, navíc rodinní příslušníci často sami potřebují pomoc, pochopení a nějakou formu terapie.

Uzavření léčebné dohody. Efektivita dohody roste, jestliže se na ní podílí kromě lékaře a pacienta i někdo další, např. příbuzný.

Doporučení týkající se fyzické aktivity, spánku nebo volného času. Pro závislé na alkoholu je důležitý dostatečný příjem tekutin a pravidelnost v jídle. Žízeň a hlad u nich často vyvolávají bažení po alkoholu.

Nácvik relevantních dovedností, které nahrazují návykové chování.

Aktivní předání znamená to, že někdo pacientovi dohodne návštěvu na specializovaném pracovišti či pacienta k této návštěvě doprovodí. Pokus předat pacienta ke specializované léčbě má pozitivní efekt, i když pacient specializovanou léčbu nevyhledá (13).

Léčba závislosti a jiné duševní poruchy

Spíše pro zajímavost uvádíme, že v zahraničí působí jako doplněk odborné péče i svépomocná organizace „Dual Diagnosis Anonymous“ pro lidi s duševním onemocněním, kteří mají navíc návykovou nemoc (14).

Léčba závislosti a jiné duševní poruchy může probíhat následně (obvykle nejprve nejakutnější problém a pak ten další), souběžně na dvou pracovištích, nebo integrovaně na jednom pracovišti. Úspěšná léčba jednoho duševního problému často usnadní zvládnutí toho dalšího.

Psychiatr, který pamatuje na problémy působené alkoholem, bývá efektivnější při léčení jiných duševních poruch. Navíc dokáže mnohdy předejít vzniku závislosti na alkoholu a souvisejícím komplikacím.

Literatura

- Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res.* 2011; 130(1–3): 228–233.
- Harrigan EP, Miceli JJ, Anziano R, et al. A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition. *J Clin Psychopharmacol.* 2004; 24(1): 62–69.
- Kumlien E, Lundberg PO. Seizure risk associated with neuroactive drugs: data from the WHO adverse drug reactions database. *Seizure* 2010; 19(2): 69–73.
- Keller GA, Ponte ML, Di Girolamo G. Other drugs acting on nervous system associated with QT-interval prolongation. *Curr Drug Saf.* 2010; 5(1): 105–111.
- Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of patients with schizophrenia and substance abuse. *Expert Opin Pharmacother.* 2009; 10(3): 353–367.
- Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(4): e13.
- Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Martínez I, et al. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med.* 2010; 123(1): 72–78.
- Babor TF, Higgins JC. Krátká intervence u rizikového a škodlivého pití. Český překlad Státní zdravotní ústav Praha 2003: 48.
- Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med.* 2008; 34(2): 143–152.
- Nešpor K. Návykové chování a závislost. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál 2011: 176.
- Nešpor K. Organizace Anonymní alkoholici přestavuje efektivní pomoc závislým. *Alkoholismus a drogové závislosti* (Bratislava). 2002; 37(3): 167–175.
- Cunningham RM, Walton MA, Goldstein A, et al. Three-month follow-up of brief computerized and therapist interventions for alcohol and violence among teens. *Acad Emerg Med.* 2009; 16(11): 1193–1207.
- Elvy GA, Wells JE, Baird KA. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *Br J Addict.* 1988; 83(1): 83–89.
- Monica C, Nikkel RE, Drake RE. Alcohol & drug abuse: Dual Diagnosis Anonymous of Oregon. *Psychiatr Serv.* 2010; 61(8): 738–740.

Článek doručen redakci: 11. 10. 2011
Článek přijat k publikaci: 20. 10. 2011

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice
Odd. léčby závislostí – muži
181 02 Praha 8
drnespor@gmail.com, www.drnespor.eu

