

**ZPRÁVA ZE SYMPOZIA BIOLOGICKÉ ASPEKTY  
DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ, KTERÉ SE  
USKUTEČNILO 20. 12. 1996 V TIELU  
(NIZOZEMSKO)**

U kolébky sympózia stály tři orgány: sekce závislostí a sekce klinické psychiatrie nizozemské Psychiatrické společnosti, společně s Interdisciplinární společností biologické psychiatrie. V této spolupráci se jasně odráží trend současné nizozemské psychiatrie: intenzivně spolupracovat v hraničních oblastech duálních a vícečetných diagnóz, s akcentem na biologické aspekty komplexní problematiky. Sympozium přilákalo sto zájemců, převážně psychiatrů.

Ředitel Centra pro výzkum drogových závislostí amsterdamské univerzity P. Cohen, referoval o výsledcích epidemiologických výzkumů ve všeobecné populaci, týkající se užívání drog. Výzkum se uskutečnil ve všech věkových kategoriích, počínaje 12lety věku a porovnal s výzkumy z let minulých. Výsledky z roku 1994 jasně ukázaly, že v Amsterdamu je drogová problematika signifikantně závažnější než v provincii (Tilburg) a v řadě kategorií také signifikantně závažnější ve srovnání s Utrechtem, který je počítán mezi čtyři hlavní nizozemská „drogová“ města (Amsterdam, Rotterdam, Haag a Utrecht). Pro ilustraci několik konkrétních čísel:

Celoživotní prevalence užívání drog (včetně produktů konopí setého) činila v Amsterdamu 30 %, v Utrechtu 28,1 % a v Tilburgu 14,3 %. V posledním měsíci předcházejícím výzkumu činila tato prevalence 6,9 %, 4,6 % a 2,5 %. Nebereme-li v úvahu produkty konopí setého, dostaneme obraz tzv. problematických drog a procentuální zastoupení pak vypadají následovně: celoživotní prevalence v Amsterdamu 10,6 %, v Utrechtu 6,8 % a v Tilburgu 3,2 %. Jak tolerantní je nizozemská společnost k užívání marihuany a hašiše je možno jasně odečíst z těchto údajů: celoživotní prevalence v Amsterdamu 29,1 %, v Utrechtu 27,2 % a v Tilburgu 13,9 %. To, že heroin nepatří v Nizozemsku mezi rozšířené drogy není žádným překvapením: celoživotní prevalence v Amsterdamu je 1,3 %, v Utrechtu 0,3 % a v Tilburgu 0,2 %. Během posledního roku byla prevalence v Amsterdamu 0,3 %, zatímco v Utrechtu a Tilburgu nulová! Podíváme-li se globálně na výsledky srovnatelných amsterdamských epidemiologických výzkumů v oblasti drog z let 1987 a 1990, je možno hovořit o následujících trendech: celoživotní prevalence užívání produktů konopí setého lehce stoupla, zatímco užívání kokainu a heroinu se stabilizovalo a v mezidobích jeví spíše klesající tendenci.

## J. M. NERAD / ZPRÁVA ZE SYMPOZIA BIOLOGICKÉ ASPEKTY DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ, KTERÉ SE USKUTEČLO 20. 12. 1996 V TIELU (NIZOZEMSKO)

J. Weijers–Everhardová, vedoucí laboratoře Jellinkova centra v Amsterdamu referovala o zkušenostech z vlastní laboratoře, která provádí téměř půl milionu vyšetření ročně, což je finančně nákladné: v přepočtu 30 milionů českých korun. Vyšetření na přítomnost drog se provádí z těchto důvodů:

1. Diagnostika.
2. Zjištění dávky (například při substituci metadonem).
3. Za účelem terapeutickým (dostane-li klient z laboratoře opakovaně potvrzení, že je „čistý“, zvyšuje to jeho motivaci a působí podpůrně).
4. Při kontrole drogové abstinence.

Problémy se vyskytují při kontrolách na LSD (neexistence spolehlivých testů) a při kontrolách na produkty konopí setého: při prokazatelné abstinenci od marihuany či hašiše přetrvává pozitivita testů desítky dní a navíc hodnoty fluktuují (i během jednoho dne), což bývá interpretováno jako recidiva. Přitom se o recidivu nejedná.

Pochopitelně je třeba počítat s omezenou rozlišovací schopností testů (např. po požití makových housek jsou detekovány opiáty), s falešnou pozitivitou (např. fenfluramin dává falešně pozitivní test na amfetamin) a dále i s různými podvody: močení přes vlastní nehty za kterými se skrývají různé látky, či použití „čisté“ moči, kterou si dotyčná osoba před odběrem vstříkne (katetrizací) do močového měchýře. Kvalita vyšetření je důležitější než kvantita. Laboratorní vyšetření jsou pomocným prostředkem při léčbě drogových závislostí, při vstupním vyšetření jsou absolutní nutností.

Profesor A. R. Cools z oddělení psychoneurofarmakologie univerzity v Nijmegen se zabýval zvířecími modely vzniku závislostí. V humánní medicíně je o mechanismu vzniku závislostí málo známo: ve srovnání s obdobím před několika desítkami let tato znalost příliš nepokročila. U laboratorních zvířat (krysy) aktivuje heroin výdej noradrenalinu, kokain blokuje zpětné vstřebávání dopaminu, což má za následek zvýšenou koncentraci dopaminu v interneuronální štěrbině. Podání amfetaminu vede také ke zvýšení koncentrace dopaminu v mezineuronální štěrbině, ale jiným mechanismem: amfetamin zvyšuje vypuzování dopaminu z neuronu.

D. Linszen z amsterdamské univerzity prezentoval výsledky výzkumu u 97 schizofrenních pacientů a došel k závěru, že cannabis je rizikovým faktorem při vzniku relapsu, jde-li o dávku vyšší než jedna cigareta (jeden „joint“) denně. Podle australského výzkumu paní Yungové patří (kromě jiného) „mírné“ psychotické příznaky k rizikovým faktorům rozvoje schizofrenního onemocnění u osob mezi 16 – 30 lety. Vzhledem k tomu, že užívání cannabisu může „mírné“ psychotické příznaky vyvolat, jsou výsledky obou výzkumů (nizozemského a australského) svým způsobem komplementární. Z hlediska psychiatrické epidemiologie existuje však problém, který D. Linszen nebyl schopen vysvětlit: v posledních desetiletích v mnoha zemích prevalence užívání cannabisu explozivně vzrostla, a přesto se prevalence výskytu schizofrenního onemocnění v těchto zemích nezvýšila. Pohybuje se stále mezi 0, 8 % – 1 % z celkové populace.

P. A. De Groot z Psychiatrické léčebny Veldwijk se zabýval praktickými problémy spojenými s duálními diagnózami. Diagnostika je obtížná, teoreticky se vždy může jednat o tři možnosti:

**J. M. NERAD / ZPRÁVA ZE SYMPOZIA BIOLOGICKÉ ASPEKTY DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ, KTERÉ SE USKUTEČILO 20. 12. 1996 V TIELU (NIZOZEMSKO)**

1. Psychiatrická porucha je primární a závislost sekundární.
2. Závislost je primární a psychiatrická porucha sekundární.
3. Závislost a psychiatrická porucha existují paralelně vedle sebe (nezávisle na sobě).

Z praktického hlediska byla v tomto kontextu zajímavá informace o současném použití antipsychotik a metadonu v léčbě terapeuticky rezistentních psychotických stavů, doprovázených závislostí na heroinu.

P. Geerlings, ředitel zodpovědný za léčbu v Jellinkově centru v Amsterdamu hovořil o farmakoterapii a substituci při drogových závislostech, bohužel se však z časových důvodů nedostal ke konkrétnějším údajům ve vztahu k jednotlivým drogám. Zdůraznil, že farmakoterapie je součástí integrované léčby drogových závislostí, při které je centrálním stavebním kamenem vztah mezi klientem a terapeutem. Farmakoterapie je u závislých osob komplikována nedostatkem motivace, psychiatrickou komorbiditou, polyzávislostí (kromě drog často alkohol), receptorovou citlivostí a nedostatečnou terapeutickou ochotou ze strany klientů (compliance)

E. Noorlanderová z Rotterdamu se prezentovala jakožto ferventní stoupenkyně modelu trvalé a důsledné abstinence u drogových závislostí. Ve svém referátu šla tak daleko, že odmítla (podobně jako stoupenčí hierarchicky strukturovaných terapeutických komunit pro závislé) nejen používání benzodiazepinů, ale i antidepresiv a litiu u závislých osob. Odmítla též termín „sebemedikace“ (self-medication) ve vztahu k alkoholu a ostatním psychoaktivním látkám, neboť jde, podle ní, o látky, které při dlouhodobém užívání mohou mít pro dotyčnou osobu škodlivé následky.

*Doc. MUDr. Drs. J. M. Nerad*