

SÚČASNÝ STAV LIEČBY ALKOHOLIZMU A INÝCH ZÁVISLOSTÍ
 Sympóziu Nové metódy liečby závislostí, 28. – 30. 3. 1989, Gagra, ZSSR

Organizátormi sympózia boli Všeľvázové centrum medicínsko-biologických problémov narkológie, MZ ZSSR, Štátna komisia pre vedu a technológiu ZSSR, Ministerstvo zdravotníctva ZSSR, Ministerstvo zdravotníctva Gruzínskej republiky a Vedeckovýskumný psychiatrický ústav Gruzínskej SSR.

Odborný program sympózia bol veľmi bohatý, odznelo spolu 33 prednášok, v posterovej sekcii sa prezentovalo 48 prác. Väčšina prác (47) bola z domácich pracovísk, 14 prác bolo zo socialistických štátov. Prekvapujúca bola účasť zástupcov západných krajín. Z nich najpočetnejšiu skupinu tvorili odborníci z USA (11 prác), medzi ktorými boli napr. E. Gordis, riaditeľ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism v Rockville, M. A. Schuckit (profesor psychiatrie, Univerzita Kalifornia, San Diego), J. H. Jaffe (riaditeľ Addiction Research Center, NIDA), D. M. Gallant (profesor psychiatrie na Tulane University, New Orleans), R. Fuller (riaditeľ Division of Clin. and Prevention Res., NIAAA, Rockville) a ďalší známi odborníci v oblasti drogových závislostí.

V prehľadnej práci o moderných terapeutických metódach pri alkoholizme zdôraznil Ivanec (Ústav narkológie AMN ZSSR, Moskva) potrebu štúdia patogenézy alkoholizmu a význam patogeneticky orientovaných liečebných postupov. Dôležitú úlohu v patogenéze závislosti od alkoholu pripisuje dopamínu a odporúča postupy vedúce k normalizácii porušenej dopaminergnej neurotransmisie. Bromokriptín a apomorfin (stimulátory dopaminergných receptorov) znižujú túžbu po alkohole. Dlhodobé podávanie malých dávok bromokriptínu znižuje riziko relapsov. Transkraniálna elektrostimulácia aj i. v. podávanie cholecystokinínu účinne tlmia abstinenčné príznaky.

I. P. Anochina (Narkologický ústav AMV ZSSR, Moskva), ktorá patrí k známym zástancom dopamínovej hypotézy vzniku závislosti od alkoholu, zdôraznila potrebu ďalšieho štúdia biochemických mechanizmov vzniku závislosti. M. A. Schuckit v práci o vývoji nových liečebných postupov zhrnul vlastné poznatky o genetických faktoroch. Riziko vzniku závislos-

ti je u jedincov s výskytom tejto choroby v prvostupňovom príbuzenstve asi 4-krát vyššie než v celej populácii. Rizikovní jedinci sa odlišujú od kontrolných osôb menej výraznými subjektívnymi, elektrofyziologickými aj biochemickými odpoveďami na malé dávky alkoholu. Výsledky genetických štúdií poukazujú na oprávnenosť rozlišovania podskupín a predpokladá sa, že prispievajú k diferencovanej liečbe alkoholizmu.

G. N. Kryžarovský a kol. (Ústav patológie a patofyziológie AMV ZSSR, Moskva) predpokladajú, že abúzus alkoholu vedie k zvýšeniu tvorby protilátok proti sérotonínu a noradrenalinu. Zmena tvorby protilátok v experimente na zvieratách znižovala spotrebu alkoholu.

Majskij a Juchananov (Ústav farmakológie AMN ZSSR, Moskva) študovali zmeny v koncentrácii neuropeptidov v rôznych cerebrálnych štruktúrach. Zistili, že po jednorazovom podaní alkoholu sa výrazne zvýšila koncentrácia neuropeptidu navodzujúceho synchronný spánok v striate a v talame. Dlhodobý konzum alkoholu naopak viedol k zníženiu hladiny tohto neuropeptidu v uvedených štruktúrach. Podanie syntetického neuropeptidu redukovalo konzum alkoholu.

De Witte a kol. (Psychobiologické laboratórium, Univerzita v Louvain, Belgicko) zistili, že chronická alkoholizácia viedla u experimentálnych zvierat k zmoženiu mikrovaskulárnej siete v mozgovej kôre. Zmeny boli podobné ako pri experimentálnych léziách mozgovej kôry. Hypervaskularizácia sa zdá byť kompenzačným mechanizmom. Zaujímavé je však zistenie, že podávanie farmák, ktoré redukovali tvorbu ciev, viedlo aj k zníženiu konzumu alkoholu experimentálnymi zvieratami.

V. B. Altschuler (Narkologický ústav AMN ZSSR, Moskva) analyzoval klinické charakteristiky abstinenčného syndrómu pri závislosti od alkoholu. Predpokladá, že biologickou bázou tohto syndrómu sú podobné mechanizmy, aké sa uplatňujú pri vzniku ohnísk epileptickej aktivity. Dlhodobé podávanie antiepileptík

zmiernuje abstinenčné príznaky aj túžbu po alkohole a znižuje riziko relapsov.

D. M. Gallant (Tulane Univerzity, New Orleans) v prehľadnej práci zhrnul vlastné skúsenosti, ako aj údaje z literatúry o liečbe abstinenčného syndrómu pri alkoholizme. Časť príznakov je možné zvládnuť alfa-adrenergnými agonistami, väčšina príznakov dobre reaguje na antiepileptiká. Opísal vlastnú metódu subintoxikácie karbamazepinom, pri ktorej dochádza k rýchlemu ústupu ťažkých abstinenčných syndrómov. Použitie derivátov kyseliny valproovej vyžaduje ďalšie štúdie, podobne ako používanie antidepresív, anxiolytik a lítia. Efekt niektorých neuropeptidov, o ktorých sa referuje v literatúre (napr. TRH), je sporný, soli magnézia sú neúčinné.

Borisenko a Mannisto (Farmakologický ústav AMN ZSSR, Moskva a Univerzita Helsinky) referovali o dobrých skúsenostiach s fenazepamom, haloperidolom a Li. oxybutyrátom pri liečbe abstinenčného alkoholového syndrómu a zmiernení túžby po alkohole.

Kostowski a Wald (Inštitút psychiatrie a neurológie, Varšava) referovali o podávaní antagonistov kalciových kanálov u experimentálnych zvierat. Zistili, že diltiazem znižuje hypersenzitivitu dopamínových receptorov vyvolanú alkoholom a navrhujú klinické overenie jeho použitia pri tmení abstinenčných príznakov a túžby po alkohole.

M. Pattersonová (Univerzita Pensylvánie) referovala o priaznivých účinkoch dlhodobej transkraniálnej elektrickej stimulácie pri zvládnutí abstinenčných príznakov a túžby po alkohole aj iných návykových látkach. Transkraniálna elektrostimulácia ovplyvňuje hladinu kortizolu, stimuluje tvorbu endorfínov.

I. K. Sosin (Ukrajinský inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov, Charkov) odporúča použitie transkraniálnej elektrostimulácie pri liečbe abstinenčných syndrómov, dobré skúsenosti majú aj s ďalšími biologickými liečebnými postupmi: hyperbarickou oxygenáciou, kranio-cerebrálnou hypotermiou a i.

Značná časť prác bola zameraná na liečbu samotných závislostí. R. Fuller porovnal efekt liečby v skupine 202 pacientov, ktorým podávali disulfiram (250 mg denne), a v dvoch kontrolných skupinách (1 mg disulfiramu denne, resp. bez disulfiramu). K disulfiramu pridávali riboflavin, ktorý slúžil na kontrolu užívania lieku. Po 12 mesiacoch neboli rozdiely medzi skupinami v dĺžke abstinencie, dĺžke medzi začiatkom liečby a prvým relapsom. Pacienti užívajúci disulfiram v dávke 250 mg mali významne menej dní, v ktorých porušili abstinenciu, než obidve kontrolné skupiny. Pacienti, ktorí

pravidelne užívali disulfiram (nezávisle od dávky), mali významne menej dní, v ktorých porušili abstinenciu.

G. A. Marlatt (Univerzita Washington, Seattle) porovnal efektívnosť averzívnej terapie (elektrostimulačnej) s nácvikom odmietania pitia. Efekt averzívnej terapie bol najvýraznejší v prvých dvoch mesiacoch, po roky sa výsledky nelíšili od kontrolnej skupiny, ktorá absolvovala len štandardný postup (detoxikácia, racionálna terapia, stretnutia s AA). Pacienti, ktorí absolvovali nácvik odmietania alkoholu (relapse prevention), sa odlišovali od kontrolnej skupiny aj po jednom roku zriedkavejšími relapsami.

W. R. Miller (Univerzita New Mexico, Albuquerque) zhrnul výsledky publikovaných prác o nefarmakologických terapeutických postupoch. Poukázal na existenciu nasledujúcich mýtov o liečbe alkoholizmu: 1. žiadna liečba nie je účinná; 2. všetky postupy sú rovnako dobré (resp. zlé); 3. jedna metóda je lepšia ako všetky ostatné. V spracovanej literatúre mali najlepšie skúsenosti s týmito technikami: tréning sociálnych zručností, tréning sebakontroly, tréning zvládnutia stresu, rodinná terapia, pozitívne posilňovanie. Sporný liečebný efekt (prevládali práce, ktoré referovali o neúčinnosti postupu) je pri: averzívnej terapii, konfrontačných zákrokoch, výukových programoch, konfrontácii s videozáznamami, všeobecných radách.

C. D. Emrick (Univerzita Colorado, Denver) podobne ako predchádzajúci autor zhrnul poznatky o psychoterapeutických postupoch. Upozornil na to, že vzťah medzi terapeutom, pacientom a terapeutickou metódou je zložitý. Pri výbere terapeutických metód je nutné zohľadniť psychologické aj sociálne charakteristiky chorého. Stereotypný terapeutický postup môže byť pre niektorých chorých škodlivý. Je nesprávna predstava, že „viac liečby je účinnejšia liečba“. U sociálne intaktných pacientov sú vhodné jednoduché, časovo nenáročné techniky individuálnej psychoterapie. Škodlivý je prístup, v ktorom chýba empatia.

Súčasným stavom a perspektívami liečby alkoholizmu sa zaoberal v prehľadnej práci R. E. Meyer (Univerzita Colorado, Farmington). V terapeutickom programe je potrebné kalkulovať s heterogenitou alkoholizmu (rozdiely v následkoch závislosti, intenzite závislosti, prítomnosti a type sprievodnej psychopatologickej symptomatológie atď.). Riziko relapsu je najväčšie na začiatku abstinencie. V tomto štádiu by mali byť najúčinnnejšie (v analógii s inými drogami) menej problematické látky z tej istej skupiny. Také látky dosiaľ

nepoznáme. Podľa niektorých štúdií môžu v tomto štádiu inhibítory vychytávania sérotonínu zmiernovať riziko relapsu. Pozitívne predbežné skúsenosti sú aj s podávaním antagonistov opiátov (naltrexon). Častými psychiatrickými komplikáciami alkoholizmu sú amnestický a dementný syndróm. O sľubných výsledkoch sa referovalo pri podávaní inhibítorov vychytávania sérotonínu (fluvoxamín, zimelidín) a podávaní 1-tryptofágu. Sú potrebné ďalšie štúdie vrátane kombinácií farmakologických postupov s tréningom psychických funkcií. Na zabezpečenie dlhodobej abstinencie sú potrebné lieky blokujúce subjektívne príjemné účinky alkoholu. V pokusoch na zvieratách sa študuje látka RO 154513, ktorá by mohla byť antagonistom alkoholu. V súčasnosti sú najúčinnšie postupy kombinujúce farmakoterapiu s behaviorálnymi technikami („community reinforcement, contingency management“). Dôležitým predpokladom účinnosti je ochota chorého spolupracovať. V liečbe sprievodných psychiatrických chorôb (anxiózne, depresívne, paranoidné stavy) sa používajú bežné psychofarmaká. Základné zásady liečby alkoholizmu podľa autora: 1. Výber špecifických terapeutických postupov pre špecifické aspekty choroby; 2. kombinovanie farmakoterapie s inými typmi liečby; 3. fázičný charakter liečby (terapeutických abstinčných syndrémov, následkov abúzu, liečba sprievodných psychopatologických syndrémov, rehabilitačné programy).

E. Gordia (NIAAA, Rockville) zdôraznil nutnosť metodologicky dôsledne pripravených štúdií efektívnosti rozličných terapeutických postupov. Porovnávacie štúdie musia obsahovať aj informácie o postojoch pacientov k liečbe a podiele pozitívne motivovaných k liečbe. Hodnotenie účinnosti liečby vyžaduje aj zlepšenie postupov, ktoré detegujú relaps, treba hľadať spoľahlivé markery porušenia abstinencie.

V. I. Poltavec (Medicínsky inštitút, Dnepropetrovsk) referoval o psychofyziologických metódach sledovania efektívnosti liečby závislosti. V prístrojovo dobre vybavenom psychofyziologickom laboratóriu registrujú vegetatívne funkcie, latenciu fotoreakcie zreníc, tzv. osvojenie rytmu zábleskov zrenicami. Sledované parametre, zvlášť charakteristiky fotoreakcie spoľahlivo detegujú porušenie abstinencie.

Borg a kol. (Karolinska Institute, Stockholm) chromatograficky sledovali izoformy transferínu v sére – karbohydrát-deficientný transferín (CDT) a metabolit sérotonínu – 5-hydroxytryptophol (5-thol). Vysoká hladina 5-thol upozorňuje na nedávny konzum alkoho-

lu. Niekoľkodňový konzum 60 g alkoholu vedie k zvýšeniu hladiny CDT a zvýšené hodnoty sa registrujú aj po 3 týždňoch. Hodnoty CDT umožňujú v 96 % pozitívnu a 98 % negatívnu predikciu konzumu alkoholu.

Niekoľko prác sa venovalo následkom závislosti, Gebhart a kol. (VÚPs, Praha) referovali o psychologických a biochemických markeroch predčasného starnutia pri alkoholizme. Dlhodobé podávanie antioxidantov (C, E-vit.) má priaznivé liečebné účinky.

Urakov a Favorovová (Narkologický ústav AMN ZSSR, Moskva) analyzovali psychopatologické a neurologické príznaky encefalopatií pri rôznych typoch závislosti. Referovali o čiastočnej revezibilitnosti príznakov po 45 až 55-dňovej liečbe nootropikami, vitamínmi skupiny B, diuretikami.

Zaslúženú pozornosť vyvolala práca R. Tichej (Palackého univerzita, Olomouc) o klinických a biochemických nálezochoch u detí s fetálnym alkoholovým syndrómom.

Schachter a kol. (Clarke Inst. Psychiatr., Toronto) sledovali sociálne následky alkoholizmu. Analýza údajov v súbore 104 pacientov umožnila rozlíšiť dva typy alkoholizmu: 1. typ – začiatok po 25. roku života, zriedkavé spontánne pitie, zriedkavá sociálna dysfunkcia, častá psychická závislosť, časté pocity viny; 2. typ – začiatok pred 25. rokom, časté spontánne pitie, časté znaky sociálnej dysfunkcie (napr. tresty za riadenie motorového vozidla po pití alkoholu), zriedkavá psychická závislosť, zriedkavé pocity viny, asi častejší výskyt alkoholizmu v blízkom príbuzenstve. Najmladší pacient a najväčšie zastúpenie mužov bolo u pacientov s pozitívnou rodinnou anamnézou.

Na sympóziu sa prezentovali aj ďalšie práce, ktoré dokumentovali súčasný stav a trendy v liečbe závislosti. Bohatý odborný program neumožnil rozsiahlejšiu diskusiu k jednotlivým prácam. Podnetnosť prezentovaných prác, možnosť konfrontácie skúseností, prítomnosť popredných odborníkov z oblasti drogových závislostí stimulovala neformálne diskusie vo voľnom čase. Medzi klady sympózia – okrem bohatého odborného programu – patrila aj príťažlivý spoločenský program. Napriek časovej tiesni a nepriaznivému počasiu sa účastníci zoznámili s najkrajším prírodným rekreačným strediskom – Picundou – a absolvovali výlet do blízkych hôr. Prijemným prekvapením boli vynikajúce jazykové znalosti mladých členov organizačného výboru, z ktorých viacerí absolvovali už niekoľko študijných pobytov na známych zahraničných pracoviskách.

doc. MUDr. E. Kolibáš, CSc.
Katedra psychiatrie LF UK, Bratislava

Chtěl bych Vás informovat o zřízení výchovněléčebného oddělení pro mladistvé toxikomany v Praze, o jeho zaměření, východiscích a možnostech.

Oddělení pro mladistvé toxikomany je integrální součástí Střediska pro mládež NVP, které se zabývá speciální prevencí negativních jevů u dětí a mládeže v celém rozsahu od kriminality přes záškoláctví až po útěky z domova, rizikové sociální reakce či hraniční formy životního stylu.

Středisko tvoří součást celého systému v Praze, nabízí poradenskou, ambulantní, krátkodobě i déletrvající lůžkovou péči, která je zaměřena na různé stupně sociální intervence a sociální nabídky při ovlivňování životního stylu rizikových skupin mládeže. Mezioborový charakter sociální prevence negativních jevů u dětí a mládeže je snad ještě markantnější v případech vztahu kriminality, záškoláctví, útěků z domova k alkoholové a nealkoholové toxikomanii.

Narůstající problémy v hl. m. Praze si vynutily řešení i u této specifické skupiny. Proto rozhodla rada NVP o zřízení specializovaného pracoviště, které by se začlenilo svou nabídkou a možnostmi výchovy kombinované s léčbou někde mezi Středisko drogových závislostí a psychiatrickou léčebnou Bohnice.

Odpověď na otázku jak spojit výchovu a léčbu jsme našli v konceptu sociální rehabilitace. Spolupráce s klinikou rehabilitačního lékařství prof. Pfeifra vyhovuje hraniční povaze problému i procesu resocializace při akceptaci skupinové a komunitní psychoterapie.

A nyní některé realie. Přijímány budou děti bez omezení spodní věkové hranice a mládež nejprve do 18 let, ale s možností prodloužení věkové hranice do 26 let (tj. hranice, která je považována za hranici přípravy mladého člověka na budoucí povolání). Po prvních ambulantních zkušenostech se nevyhýbáme nabídce jak pro chlapce, tak pro děvčata. Výchovněléčebné působení vychází z prvků terapeutické komunity, doplněné o zkušenosti z krátkodobých a dlouhodobých intervenčních sociálních programů jež obsahují jak obecné rysy působení na disociační projevy, tak specifické sou-

vislosti zacházení s mladistvými toxikomany.

Sociální rehabilitaci budeme rozdělovat na dvě fáze. První jsme nazvali diagnosticko-motivační a druhou resocializační. První jsme z mnoha důvodů ohraničili maximální délkou 3 měsíců s tím, že dobu je možno nejen opakovat, ale podle potřeby strukturovat a kombinovat atd. Hlavní cíl motivačního období je získat klienta k vlastní změně a to bez ohledu na to, zda byl umístěn dobrovolně či nedobrovolně při nařízení ústavní výchovy, předběžného opatření národního výboru atd. V každém případě je možno chápat pobyt jako nabídku, která je zakončena reálným rozhodnutím klienta (žáka), kterou je nutno akceptovat: odejít, opakovat krátkodobý či ambulantní cyklus nebo přejít do formy dlouhodobé sociální rehabilitace a resocializace.

Druhá fáze, o které je řeč, bude mít monarovské ladění s konečnou hranicí kolem 2 či dvou a půl roku pobytu.

První fáze byla zahájena před měsícem, pro druhou jsou vytvářeny nezbytné podmínky. Odbor školství NVP ve spolupráci s odborem zdravotnictví NVP zajistil personální stránku první fáze (16 lůžek včetně ambulance, denního a nočního stacionáře) v tomto rozsahu: vedoucí pracoviště, 6 psychologů, 2 psychologové, 1 psychiatr, 1 úvazek lékaře s všeobecným a neurologickým zaměřením, 4 zdravotní sestry, 2 sociální pracovníce, 2 pomocní vychovatelé, 2 odborní instruktoři, speciální pedagog-etoped a učitel. Technicko-správní zázemí je zajištěno. Toto obsazení umožňuje věnovat se nejen vlastní prevenci přímo na školách a fázi experimentace s drogou, ale současně poskytovat školní docházku pro případ lůžkového umístění. Pobyt v první fázi bude realizován v rámci nemocenské péče, což nám umožní zvýraznit motivaci klientů a současně umožní citlivé řešení v případech, kdy zveřejnění by bylo proti zájmům jedince a v důsledku i společnosti.

PhDr. M. Řezníček
Středisko pro mládež NVP

Předneseno na Celostátní konferenci AT v Nitře dne 12. 5. 1989