PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

25, 1990, 5, s. 285 – 289

PRÍSPEVKY Z PRAXE

PŘÍSPĚVEK KE KLASIFIKACI ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU

J. DRTIL

Protialkoholní a protitoxikomanické oddělení NsP v Liberci, primář: MUDr. J. Drtil, CSc.

Potřeba třídit, klasifikovat a zařazovat od určitých diagnostických kategorií své pacienty se dotýká ve větší či menší míře každého lékaře. Jeho praxe a poznatky, které získává v kontaktu s nemocným mohou být buď v souladu s názory oficiálně tradovanými (Skála, 1985), mohou s nimi však být i v rozporu anebo se od nich mohou v jednotlivostech lišit. Příčin je celá řada. Z těch objektivních je nutné zvážit, že různí autoři pracují s různými vzorky populace a dále to, že reakce na farmakologicky účinné látky a tedy i na alkohol se může měnit v čase. Sestava osob popisovaná například před čtvrt stoletím může být svojí reaktibilitou ve vztahu k alkoholu různá od té, kterou popisujeme dnes.

Naše diagnostická a terapeutická činnost, pokud jde o závislé na alkoholu, začala systematicky 1. 4. 1980. Je tomu tedy více než deset let. Za tu dobu jsme mohli vyšetřit 600 až 800 osob ročně na záchytné stanici, vyšetřit a proléčit přibližně 800 závislých většinou v průběhu kompletní třináctitýdenní nemocniční léčby a provést asi 2000 prvovyšetření v ambulanci.

I při zběžném pozorování nás zaujala skupina mladých lidí opakovaně selhávajících pod vlivem alkoholu a to někdy velmi výrazně. U těchto osob bylo nemožné použít běžnou klasifikaci podle Jellinka, protože doba expozice alkoholu u nich byla tak krátká, že se nemohla vyvinout typická stadia rozvoja alkoholové závislosti.

Rozpaky rovněž vznikaly při diagnostice a léčbě lidí středního věku, u nichž se selhání pod vlivem alkoholem zjišťovalo ve druhé polovině pátého decenia a později. Velmi často nebylo jasné co je zde primární, zda pití alkoholických nápojů nebo deprese.

Bez zajímavosti nebylo ani to, že absolutní většina selhávajících pod vlivem alkoholu jsou třicátníci.

V průběhu diagnostiky se ukázalo, že bývá obtížné odlišit od sebe II. a III. stadium dle Jellinekovy klasifikace. Jako by se příznaky vyskytovaly spíš vedle sebe než za sebou.

Předneseno na 29. celostátní konferenci AT v Jánských Koupelých dne 25. 4. 1990

Některé nastíněné otázky jsme se pokusili zodpovědět výzkumem. Vyhodnotili jsme sestavu 347 osob léčených pro závislost na alkoholu v naší liberecké ordinaci. Jednalo se o osoby, které jsme měli v živé evidenci v roce 1988. Bylo to 275 mužů a 72 žen.

Zajímal nás věk ve kterém přicházeli naši pacienti do první léčby, ať již byla léčba ambulantní nebo nemocniční. Důvodem léčby bylo buď sociální selhání nebo intoxikace alkoholem, popřípadě rozvíjející se predelirantní stav. Důvody se pochopitelně mohly vzájemně kombinovat. Věk, v němž dochází k prvnímu přijetí do léčby, je tedy velmi pravděpodobně dobou prvního vážného selhání, které je nápadné a nemůže ujít pozornosti. Vzhledem k tomu, že jsme u všech těchto osob považovali za nezbytné začít s léčbou, šlo o závažný stav. Z grafu je zřejmé, že jsme do léčby přijímali muže a ženy od 16 do 62 let. Ve skutočnosti byli v sestavě ještě dva další muži, jeden 68 a druhý 72 letý, které se nepodařilo v tomto grafu z technických důvodů znázornit.

Jakési první maximum na křivce se ukazuje ve dvaceti letech. Odhadujeme, že je to maximum věkové skupiny v rozmezí 16 až 22 let.

Uveďme příklad průběhu onemocnění:

Pacienta M. H., narozeného 11. 9. 1971, jsme přijali do léčby poprvé pro „soporózní stav v rámci intoxikace alkoholem" a to dne 14. 11. 1988. Znovu byl přijat do nemocniční léčby 20. 4. 1989 pro „syndrom poruch chování a opakované selhání pod vlivem alkoholu".

Z rodiné anamnézy vyplývá, že otce nezná, matka se s ním rozvedla, když měl chlapec 5 let. Do roku 1984 vyrůstal v dětských domovech, od roku 1984 u babičky. Matka ho občas navštěvuje, má však partnera, občana jiného státu. Pacient ví, že má ještě dva sourozence, které ale nezná. Sestra „nemůže chodit", je v dětském domově, bratr „má dětskou obrnu, je v ústavu".

On sám vážně nestonal, intelektově je průměrný. Chtěl by se doučit. Toho času je ve druhém ročníku učiliště. Sdělil, že „v prvním ročníku učiliště jsem si dal jedno pivo". V listopadu roku 1988 „slavili s kamarádem narozeniny". Pili u táborového ohně. Ztratil vědomí, musel být převezen na anesteziologické a resuscitační oddělení. Již tehdy ho přijali do protialkoholní léčby, docházel do psychoterapeutické skupiny jedenkrát týdně, dvakrát týdně docházel na kontrolní tabletu. Podle našeho názoru abstinoval. K dalšímu selhání došlo „až teď o velikonocích, vypil jsem deset vodek, potom jsem ztratil paměť a probral jsem se až v sanitce". Nasadili jsme Disulfiram, docházel dále do skupinové psychoterapie, to všechno od dubna 1989 do začátku roku 1990. Doučil se, navázal kontakt se společenskou skupinou, kterou blíže nedefinoval a ukončil léčbu.

Hodnocení: Nyní devatenáctiletý mladý muž dvakrát výrazně selhal pod vlivem alkoholu, mezitím snad abstinoval. Má výraznou genetickou zátěž. K sociální degradaci nedošlo, léčba psychoterapií a Disulfiramem byla úspěšní. Snad by mohlo jít o typ alkoholismu, který autoři Buydens-Branchey a spol. (1989) označují jako typ II. Má mít vysokou genetickou zátěž a časný počátek.

Druhé maximum se na křivce ukazuje v 35 letech. Zdá se, že křivka má zvonovitý charakter, na obě strany souměrně klesá. Takové rozložení veličin je v biologii časté a může signalizovat typické rozložení biologicky ovlivněných veličin.

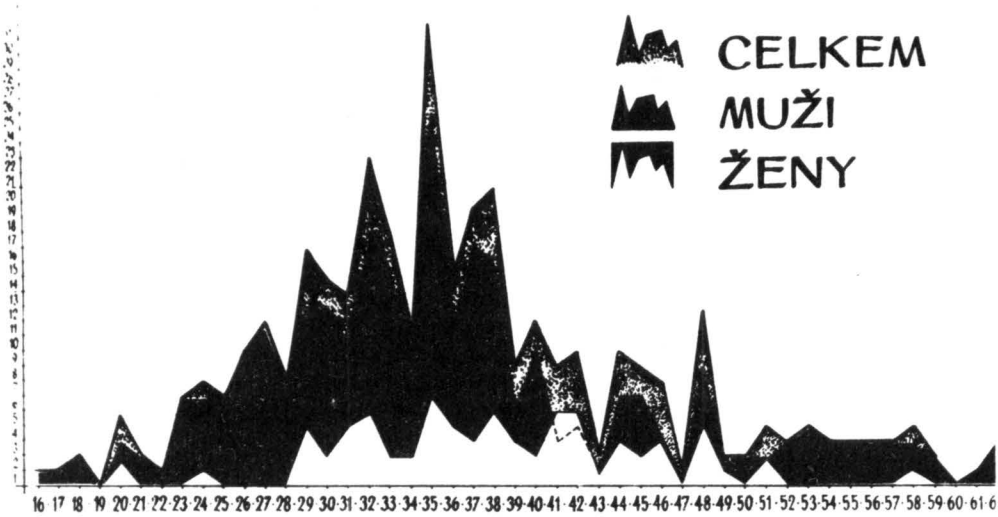
Srovnejme toto zjištění s výskytem „vybraných znaků Jellinkových fází" tak jak je uvádí Stanislav Kunda (1988) na 67. straně své monografie Klinika alkoholizmu. U 67 osob zjistil, že přibližně v 35 letech se u nich vyskytuje frekventnost palimpsestů a prolongovaná opilost. Standardní odchylka je u obou těchto příznaků přibližně 8 let. Aplikujme tento poznatek na naši křivku. Dolní hranice standardní odchylky bude v 27 letech, horní hranice ve 43 letech. Mohlo by to znamenat, že pravděpodobná nej-

kratší doba potřebná k úplnému rozvoji tohoto syndromu může být 5 let (od dvaceti dvou do dvaceti sedmi let), nejdelší doba od dvaceti dvou do čtyřiceti tří let. Soudíme, že Kundou zjištěné hodnoty mohou s charakteristikou našeho grafu korespondovat. Domníváme se, že zda lze uvažovat o postupném rozvoji procesuálně probíhajícího děje mimo jiné biologického charakteru, tedy choroby alkoholismu.

Jakési třetí maximum se na křivce vyskytuje u údaje označujícího 48. rok života. Až do 59 roků se vyskytuje v léčbě každý ročník. Potom už se léčili jedinci 60 až 62letí, jeden 68letý a jeden 72letý. Při rozboru etiologie a patogeneze onemocnění v této věkové skupině se ukazuje, že celá záležitost začíná buď jako depresivní syndrom nebo se tento syndrom objevuje po vystřízlivění. Tato porucha časově souvisí s involucí a je tedy nutné uvažovat o tom, že na její etiologii a patogenezi se podílí změny související s involucí. U osob, které v tomto věku pijí často nacházíme dobře zachovanou osobnost, žádný organický psychosyndrom (který je v té době již zřetelně patrný u „klasických" alkoholiků Jellinkova typu), avšak pití bez zřejmých důvodů může v pravidelných intervalech recidivovat.

Uveďme příklad:

Pacienta O. M. jsme poprvé přijali k léčbě v červnu 1985. Do září 1989 jsme ho nemocničně léčili celkem šestkrát, v září 1989 byl přijat k sedmé léčbě. V čase prvé léčby měl 48 let. Alkoholická anamnéza byla vždy němá. Rodinná anamnéza bez zátěže. On sám pracoval řádně jako elektrikář, žil s družkou. V mezidobí mezi hospitalizacemi naprosto pravidelně docházel do ambulantní léčby dvakrát týdně, účastnil se skupin. Jedenkrát měsíčně navštěvoval socioterapeutický klub. Přeléčen protialkoholně rovněž v Praze. Podle našeho názoru v období mezi hospitalizacemi abstinoval. Kromě prvého přijetí byl přijímán vždy v podzimních a zimních měsících



Graf 1.
x = věk při prvém vzetí do léčby
y = počet osob

a to v září, říjnu, listopadu, prosinci a v lednu. Pití začínalo vždy po období změněné nálady, kterou nedokázal dobře popsat ani vysvětlit, vždy jsme u něho pozorovali sníženou náladu, hypominii, bradypsychismus. Při léčbě vzorně spolupracoval a plnil svoje povinnosti. V září 1989 byl poprve přeléčen antidepresivy. Od té doby dostává pouze kontrolní tabletu (placebo). V posledních čtyřech týdnech tabletu nechtěl polknout a schovával si ji. V průběhu rozhovoru jsme zjistili, že se asi dva měsíce necítí dobře a horší se mu nálada. Přičítal to působení kontrolní tablety (placebo). Po psychiatrické konzultaci jsme znovu nasadili antidepresivum.

Hodnocení: Celou záležitost uvedlo v roce 1985 masivní pití. Raport u depresivního pacienta pochopitelně váznul, on sám celou věc nedokázal dobře vysvětlit. Snad selhání předcházel vždy drobný konflikt mezi jeho matkou a družkou. Rozlad se dostavoval vždy v podzimním a zimním období, pití alkoholických nápojů ho rozpouštělo. Pacient je velmi dobře komponovaný, kvalitní pracovník, velmi slušný. Opakovaná léčba Antabusem je podle našeho názoru nadbytečná, nutná jsou antidepresiva.

Obecně je třeba dodat, že tento typ nemocného proti diagnóze závislosti na alkoholu ani neprotestuje, což je pochopitelné a vyplývá to z jeho celkového depresivního vyladění. Diagnostik by se tím neměl nechat zmást a měl by vždycky nasadit antidepresiva.

Shrneme-li dosud uvedené poznatky a úvahy a zhodnotíme-li je, pak se nám soubor osob závislých na alkoholu, které jsme léčili, rozpadne do tří skupin. Syndromologicky by je bylo možné popsat takto:

1. Syndrom „mladý" (young). Jde o osoby ve stáří asi do 22 let. Jedná se o masivní pití alkoholických nápojů s následným fyzickým a sociálním selháním. Pití se může opakovat. Může se vyvinout stav intoxikace s bezvědomím. Mezi jednotlivým pitím není popíjení povinné, postižený může i abstinovat. Jev bychom mohli vyložit tak, že organismus postiženého je schopen přijímat alkoholický nápoj až do vyřazení svých psychických a fyzických funkcí intoxikací. Chybí fyziologický, biochemický a psychologický blok, zábrana „zarážka" proti konzumu alkoholických nápojů.
2. Syndrom „střední" (middle age). Jedná se o postupný rozvoj závislosti na alkoholu s častým, opakovaným nebo trvalým nadměrným pitím, vedoucím postupně k opakované opilosti, sociálnímu selhávání, palimpsestům, zhoršování kvality osobnosti, mizení vyšších emocí. Může přejít do deliria nebo do stavu ve kterém jsou již zřejmé organické změny, jakými jsou například organický psychosyndrom, hepatopatie, periferní neuritidy, vředová choroba dvanáctníku a žaludku a jiné. Jedná se o postupný vývoj biologických a psychologických adaptačních mechanismů na požívání alkoholických nápojů. Klinický obraz je pak výslednicí této postupné adaptace. Současně dochází k poškození organismu, které se projeví tělesnou nebo duševní nemocí (psychóza, delirium).
3. Syndrom „starší" (older middle age). V těchto případech souvisí pití alkoholických nápojů s nastupující involucí. Podle názoru autora sa může jednat mimo jiné o skrytou nebo málo manifestní depresi. Alkohol zde může sehrát roli anxiolytické látky aniž si toho je pacient vědom (a někdy také terapeut). Pitím alkoholického nápoje se postižený vlastně „přeléčuje".

Každý z uvedených tří syndromů má svoje jak diagnostická, tak terapeutická specifika. Společným základem terapeutického působení u všech syndromů je skupinová psychoterapie. Domníváme se, že u „mladých" je potřeba nasazovat okamžitě Disulfiram a kompletně nemocničně je přeléčit. Máme tím na mysli třináctitýdenní nemoc-

niční léčbu. Tento energický léčebný postup by se mohl zdát paradoxní, je však potřeba si uvědomit, že jde o prudce a razantně probíhající formu onemocnění, která může postiženého zahubit. Současně se jedná o důslednou prevenci chronifikace choroby. U „středních" je možné začít placebem a skupinovou psychoterapií a na Disulfiram je převádět při recidivě. U „starších" uvažujeme vždycky o antidepresivní kúře. Na našem pracovišti ji provádíme tradiční kombinaci nortriptylinu a amitryptilinu po dobu 6 týdnů. Disulfiram se po přeléčení antidepresivy nevylučuje.

Sourhn

Ve sdělení provádíme rozbor klinických obrazů 347 osob evidovaných v ordinaci pro alkoholismus a jiné toxikomanie v Liberci. Šlo o 275 mužů a 72 žen. Sledovali jsme věk v období prvého přijetí do léčby. Podle názoru autora lze pacienty dělit do tří skupin. První skupina, přibližně do 22 let věku, „mladí", se charakterizuje masivním pitím alkoholických nápojů a selháváním psychických a fyzických funkcí. Druhá skupina, početně největší s maximem přijatých do prvé léčby v 35 letech, „střední", se charakterizuje postupným narůstáním chorobných změn, trvajícím 5 a více let, které se vysvětlují jako postupující adaptace abnormálně reagujícího organismu na pravidelné dodávání alkoholických nápojů. Jedná se o procesuální záležitost s patologickými důsledky jak v tělesné tak v duševní oblasti. Třetí syndromologická skupina, „starší", se vyskytuje po 43. roce věku. Pití alkoholických nápojů zde může souviset s nastupující involucí a se skrytou nebo málo vyjádřenou depresí.

Z takto chápané syndromologie vyplývá i terapeutická taktika. U všech skupin je nutná skupinová psychoterapie, u „mladých" rychle Disulfiram a kompletní nemocniční léčba, u „středních" lze začít placebem a při recidivě přecházet na Disulfiram a u „starších" nezapomenout přeléčit antidepresivy.

LITERARUTA

Buydens-Branchey, L. – Branchey, M. H. – Noumair, D. – Lieber, Ch. S.: Age of Alcoholism Onset I. Relationship to Psychopatology. Arch Gen Psychiatry, 46, 1989, 3, str. 225 – 230

Kunda, S. a kol.: Klinika alkoholizmu, Osveta, Martin, 1988, 253 str.

Skála, J.: Abúzus a závislost na alkoholu, In: Kvapilík, V. Svobodová, J.: Člověk a alkohol. Avicenum, Praha, 1985, str. 30 – 38

Do redakcie prišlo dňa: 31. 5. 1990

Adresa autora: MUDr. J. Drtil, CSc., Podzimní 369, 460 13 Liberec XII.