
Hypodynamický syndróm u abstinujúcich alkoholikov

André I.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Bratislava,
prednosta prof. MUDr. V. Novotný, CSc.

Súhrn

Psychopatologická symptomatológia vyskytujúca sa u pacientov závislých od alkoholu má svoje nápadnejšie obrazy, pre klinickú prax sú ale relevantné aj menej nápadné, málo charakteristické stavy. Jeden z nich je prezentovaný, ide o hypodynamický stav u abstinujúcich alkoholikov. Ide o málo nápadný stav, ktorý však môže byť pre pacienta veľmi dôležitý, môže byť spoluzodpovedný za recidívu poruchy.

Kľúčové slová: závislosť od alkoholu, dlhodobá abstinencia, hypodynamický stav.

Summary

André I.: Hypodynamic Syndrome in Abstinent Alcoholics

Psychopathologic symptomatology occurring in alcoholics has obvious pictures, for clinical practice are relevant also less obvious, minor characteristic states. One of them is presented as hypodynamic state in abstinent alcoholics. It is less obvious state, which can be very important for patient and co-responsible for recidive of disease.

Key words: alcohol dependency, long-term abstinence, hypodynamic status.

Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 3, pp. 149–152.

ÚVOD

V ostatných desaťročiach pozorujeme pokles výskytu typických a charakteristických duševných porúch, stále častejšie sú obrazy s nivelizovaným obrazom, vzrastá somatizácia, pozoruje sa tendencia ku chronifikácii. Na báze menej prístupných biologicko-procesuálnych aspektov sa ľahko uplatňuje moment psychodynamického vývoja, často sa potom stráca možnosť jednoznačnejšej identifikácie poruchy [4,6]. Súčasne ale s rozvojom a diferenciaciou psychiatrickej starostlivosti si všímame aj menej nápadné a dramatické obrazy. Významnou oblasťou, kde sa tento jav v našich podmienkach manifestuje, je aj problematika nadmerného konzumu alkoholu s klinickými dôsledkami najrôznejšieho charakteru.

Psychopatologická symptomatológia rôzneho typu býva viac či menej nápadná u pacientov závislých od alkoholu predovšetkým v štádiu ich aktívneho pitia, resp. krátku dobu po vysadení alkoholu. Je však známe, že viaceré psychopatologické prejavy súvisiace s nadmerným konzumom alkoholu môžu pretrvávajúť aj v období dlhodobej abstinencie od tejto látky. V tejto súvislosti sa ale hovorí aj o reverzibilitu niektorých prejavov.

Vplyv dlhodobej abstinencie na reštitúciu poškodených psychických funkcií je pomerne dobre známy, niekedy sú však tieto vzťahy nejasné. Napr. alkoholická halucinóza sa väčšinou v období abstinovania konsoliduje, halucinácie ale nevyzmižnú vždy a úplne, existuje isté nebezpečenstvo chronifikácie. E. a M. Bleulerovci [2] rozlišujú pri chronických formách alkoholické halucinózy dve rôzne formy: Pri prvej sa dostávajú do popredia organické, resp. amnestické symptómy, druhá forma sa dá ťažko odlíšiť od chronickej schizofrénie, prebiehajúcej aj málo nápadným, simplexným priebehom.

Známe sú aj prípady chronického emulačného bludu u alkoholikov a iné obrazy pripomínajúce paranoický vývoj. Aj tu rozvoj alebo pretrvávajúce závažných psychopatologických symptómov môže presahovať obdobie aktívneho pitia, čo následne komplikuje diagnostikovanie týchto stavov.

Veľmi dlho je diskutovaný problém vzťahu medzi alkoholizmom a afektívnymi poruchami, najmä depresiou. Podľa nemeckých autorov [14] kolíše výskyt nešpecifických depresívnych stavov u alkoholikov medzi 30 až 90 percentami, ale depresia ako samostatná nozologická jednotka sa podľa Schuckita [10] udáva len zriedkavo, v 3-6 percentách. To, že ženy alkoholičky trpia častejšie depresiami pripúšťajú mnohí autori, Winokur [13] zistil

v rodinách žien – alkoholičiek vysoký výskyt afektívnych porúch. Afektívne poruchy u závislých od alkoholu sú teda dosť rôznorodé, je isté, že nie všetky primárne vyplývajú z konzumácie alkoholu, u časti závislých sú pravdepodobne nenápadné afektívne rozlady pôdou pre rozvoj konzumácie alkoholu. Poznatky v tejto oblasti sú však dosť nejednotné, sú metodické nejednotnosti v jednotlivých výskumoch, používajú sa rôzne diagnostické systémy a depresívny syndróm sa rozlične definuje [11].

Veľa pozornosti sa venuje kognitívnemu deficitu u alkoholikov. Ten sa v iníciaľnom štádiu môže prejavovať len pod vplyvom alkoholizácie, neskôr môže presahovať aj do období abstinovania, pri dlhodobej abstinencii môže byť aj čiastočne reverzibilný. Alkoholická zmena osobnosti sa považuje za výsledok prepletenia psychoreaktívnych zmien a následkov organického poškodenia mozgu. Podľa Feuerleina [3] možno ťažko tieto zmeny jednoznačne postihnúť testovými psychologickými vyšetreniami a objektivizovať ich. Jednoznačne sa však ukázalo, že štruktúra poškodenia je viacvrstvová. Feuerlein používa aj termín straty vitálneho napätia, turgoru. Zmeny môžu pripomínať psychopatologické nálezy, ktoré sú časté pri starnutí. Alkoholická charakteropatia sa väčšinou vyvíja pomaly a postupne. Huber [5] zdôrazňuje, že v prvej fáze prevládajú kompenzačné mechanizmy a psychoreaktívne poruchy, až neskôr sa dostávajú do popredia psychopatologické následky organického poškodenia. Pri dlhodobej abstinencii sa môže psychická výkonnosť zlepšiť, hovorí sa o tzv. hluchej, resp. kompenzovanej mozgovej atrofii. Uvažuje sa aj o čiastočnej reverzibilite mozgovej atrofie.

VLASTNÁ PREZENTÁCIA PROBLÉMU

Hlavným účelom príspevku je ale prezentovanie frustnej klinickej formy [1], pozorovanej u abstinujúcich alkoholikov v podmienkach ambulancie Psychiatrickej kliniky LF UK a FN Bratislava. Ide o jedincov bez priekazného organického poškodenia, schopných dlhodobo abstinovať, u ktorých sa spoľahlivo diagnostikoval syndróm závislosti od alkoholu ako jediná psychiatrická diagnóza. Títo pacienti majú kritický náhľad na svoj problém, spolupracujú v ambulatnej liečbe. Uvedená strata životného napätia, vitality sa u nich pozorovala až v štádiu dlhšieho, niekoľkomesačného abstinovania. V období konzumácie alkoholu mali problémy iného charakteru, kvôli ktorým vyhľadali lekársku pomoc. Na jednej strane títo pacienti pozitívne hodnotia skutočnosť, že sa im darí abstinovať. Mnohé problémy v rodine a zamestnaní, aj týkajúce sa ich celkového zdravotného stavu sa začali meniť k lepšiemu, no na druhej strane ako-

by stratili „životnú iskru“, vitalitu a spontánnosť. Pozitívne hodnotenie súčasnosti tak vychádza prevažne z racionálneho hľadiska, z pocitového hľadiska sa niektoré vyjadrenia bližšie opisom „živého automatu“, bez schopnosti vnímať a prežívať život ako predtým.

DISKUSIA

Pri pokuse o vysvetlenie tohto javu by bolo možné použiť Feuerleinovo poňatie alkoholovej charakteropatie ako viacvrstvovej štruktúry [3]. V prvom rade sa ponúka psychogenetický výklad – alkoholik sa vzdal alkoholu ako významnej súčasť svojho života a nemá žiadnu adekvátnu náhradu. Účasť tohto faktora je veľmi pravdepodobná, ale asi nie jediná. Podiel biologických činiteľov je tiež veľmi pravdepodobný, ťažko je však ich povahy presnejšie identifikovať. Dysforicko – hypodynamický obraz by mohol byť v niektorých prípadoch ekvivalentom afektívnej poruchy, keď v období abstinencie prestalo „samoliečenie“ alkoholom [4]. Emočné vyprázdnenie by mohlo byť sprievodným znakom klinicky diskkrétnej organicity. Jednou z alternatív je aj pôsobenie dlhodobo zníženého krvného tlaku, ktoré sa môže objaviť po vysadení dlhoročného konzumu alkoholu. Opísaný hypodynamický stav sa nepozoroval u každého abstinujúceho alkoholika, ak sa vyskytol, išlo o diskkrétne, nie nápadné, frustné obraz. Stav ale môže mať veľký praktický význam, mnohí začnú znovu piť z toho dôvodu, aby nadobudli stratenú „životnú štavu“.

Popísaný fenomén sa v psychiatrickej literatúre interpretuje rôzne. V prvom rade ako výraz tzv. neskorých odvykacích prejavov, ktoré nastupujú aj niekoľko mesiacov po vysadení alkoholu. Zapotoczky [15] udáva, že ak nastúpia abstinčné ťažkosti po vysadení alkoholu až po niekoľkých mesiacoch od prerušenia pitia, označujú sa ako protrahované alebo chronické abstinčné symptómy. Každý pacient s touto diagnózou musí byť upovedomený, že aj po mesiacoch abstinencie môže byť prekvapený nastúpenými ťažkosťami. Klinickým manifestáciám po odňatí alkoholu, pričádzajúcim v neskoršom priebehu abstinencie, sa venuje málo pozornosti. Je na to niekoľko dôvodov, buď sa na takúto možnosť vôbec nemyslí, alebo sa ťažkosti pacientov zaraďujú do iných súvislostí. Kryspin-Exner a Zapotoczky [8] sledovali 100-člennú skupinu abstinujúcich alkoholikov, kde až v 69 prípadoch uviedli pacienti ťažkosti v tomto období. Zo symptómovej skladby udávaných ťažkostí sa dali utvoriť dva odlišné ošové syndrómy, vegetatívny (návaly potenia, strata chuti do jedla so stratou váhy, poruchy spánku), ktorý kolísal v závislosti od aktuálneho zaťaženia jej nositeľa. Druhý syndróm bol dysforický ošový syndróm, ktorý sa prejavoval nezávis-

le od vonkajších podmienok, bol charakteristický denným kolísaním stavu so zmenami počas jedného dňa. Maximum ťažkostí bolo možné pozorovať v prvých 6 mesiacoch po zahájení abstinencie, ťažkosti sa objavovali vo veľkej miere ale aj neskôr, u jedného pacienta aj po 53 mesiacoch. U jedného pacienta bolo väčšinou možné pozorovať len jeden u uvedených syndrémov, ako ťažiskovú skladbu symptómov.

V posledných rokoch sa v týchto súvislostiach zavádza „staronový“ termín anhedonie. Pojem zaviedli do psychiatrie francúzski autori koncom 19. storočia, označuje sa ako neschopnosť prežívať radosť a potešenie. Anhedónia sa tradične spájala hlavne s rôznymi typmi krátkotrvajúcich, ako aj prolongovaných depresívnych stavov, dnes sa tento fenomén spája aj s inými stavmi, ako napr. s nepríjemnými subjektívnymi pocitmi v rámci rôzne trvajúcich období po vysadení návykových látok.

Janiri a spol. [7] našli použitím sady vhodných vyšetrovacích inštrumentov pozitívne korelácie medzi anhedóniou a cravingom u abstinujúcich jedincov, najvýraznejšie boli tieto vzťahy u závislých od opioidov. Interakcia medzi odvykacím stavom, cravingom a anhedóniou sa ukázala ako relevantná najmä u pacientov, kde bola zistená komorbidita závislosti s depresiou. Subjektívne nepríjemný stav vyskytujúci sa pri rôznych proťahovaných odvykacích stavoch sa obyčajne opisoval ako depresia, dnes sa interpretuje skôr v rámci pojmu anhedonie. Z psychobiologickej perspektívy, vzťah medzi hypoaktivitou dopamínerného systému a anhedóniou je podporovaný prevažne animálnymi modelmi, v klinických štúdiách sa dopamínovaná dysfunkcia viaže skôr na otupenie afektov, ako na samotnú anhedóniu [9].

Chronické užívanie návykových látok môže spôsobovať pervazívne zmeny v mozgových funkciách, ktoré perzistujú aj dlho po vysadení týchto látok [12]. Neuroadaptívne zmeny indukované chronickým užívaním alkoholu sú zodpovedné za dysreguláciu afektívnych funkcií, za zvýšenie anxiety a senzitivity na stres. Mezo limbický systém odmeny sa považuje za základný element udržiavajúci užívanie návykových látok, v prípade vysadenia látky sa tento systém narušuje, výsledkom je zvýraznenie rôznorodých symptómov, jeden prejav je ale spoločný pre všetky typy odvykacích stavov, a to práve negatívny afektívno-motivačný stav, resp. syndróm anhedonie. Táto má svoju afektívnu, kognitívnu a behaviorálnu komponentu [12].

ZÁVER

Z uvedeného vyplýva, že prezentovanú klinickú situáciu možno interpretovať rôznymi spôsobmi a každé chápanie má svoje prednosti i nevýhody. Napriek rôznym interpretáciám ale nemožno pochybovať, že sa jedná o reálny klinický fenomén, majúci veľkú relevanciu pre prax. Práve táto prezentovaná klinická situácia, ktorá sa dá rôzne interpretovať, môže byť totižto zodpovedná za zlyhanie v abstinencii a za recidívu pitia. Z úvah o genéze stavu vyplývajú aj terapeutické dôsledky, popri dobre vedenej psychoterapii by mali byť účinné farmaká s ľahko aktivujúcim efektom.

Na úplný záver je potrebné podčiarknúť, že v práci išlo o upozornenie na uvedený fenomén, autor nemal ambíciu o jednoznačné a systematické vysvetlenie popísaného javu. Ide o málo nápadný stav, ktorý terapeuti často neberú ani do úvahy, ktorý však môže byť pre pacienta veľmi

LITERATÚRA

1. **André, I.**: Frustrné klinické formy. *Psychiatria*, 9, 2002, s. 88-89.
2. **Bleuler, E.**: Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl., neubearbeitet von Bleuler M., Berlin-Heidelberg- New York, Springer Verlag, 1983, 719 s.
3. **Feuerlein, W.**: Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, Thieme Verlag, 1979, 241 s.
4. **Fleischer, J.**: Klinicko – psychopatologické problémy. Psychiatrická klinika LFUK a FN, 1998, 108 s.
5. **Huber, G.**: Psychiatrie. 5. Aufl., Stuttgart, New York, Schattauer Verlag, 1994, 776 s.
6. **Janík, A., Dušek, K.**: Diagnostika duševných poruch. Praha, Avicenum, 1974, 348 s.
7. **Janiri, L., Martinotti, G., Dario, T., Reina, D., Papparello, G., Pozzi, G., Addolorato, G., Di Giannantonio, M., De Risio, S.**: Anhedonia and substance – related symptoms in detoxified substance- dependent subjects: A Correlation Study. *Neuropsychobiology*, 52, 2005, pp. 37- 44.
8. **Kryspin-Exner, K., Zapotoczky, H.G.**: Zur Klinik und Therapie des chronischen Abstinenzsyndroms. In: Klinik und Therapie des Alkoholismus, hrsgb. von K. Kryspin-Exner und T. Olteanu, Verlag der Wiener med. Akademie, 1969, s. 91-105.
9. **Schmidt, K., Nolte-Zenker, B., Patzer, J., Bauer, M., Schmidt, L.G., Heinz, A.**: Psychopathological correlates of reduced dopamine receptor sensitivity in depression, schizophrenia, and opiate and alcohol dependence. *Pharmacopsychiatry*, 34, 2001, pp. 66-72.
10. **Schuckit, M. A.**: Alcohol and depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatr. Scand.*, 337.1994, pp. 28-32
11. **Soyka, M., Hollweg, M., Naber, D.**: Alkoholabhängigkeit und Depression. *Nervenarzt*, 67, 1996, s. 896-904.
12. **Tcheremissine, O. V., Krupitsky, E. M.**: Neurobiological approach to treatment of addiction, targeting the syndrome of anhedonia. *Addict. Disord. & Their Treatment*, 2004, pp. 43- 49.
13. **Winokur, G.**: Genetic findings and methodological consi-

derations in manic – depressive disease. Br. J. Psychiatry, 177, 1970, pp. 267–274.

14. **Woltersdorf, M., Metzger, R., Kopittke, W., Straub, R.:** Depression und Alkoholismus. In: Suchtgefahren in

unserer Zeit, hrsgb. von V. Faust, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1983, 221 s.

15. **Zapotoczky, H. G.:** Alkoholismus. Die Heilkunst, 8, 1983, 96, s. 1-5.

Dodáno redakci: 3. 1. 2006

Po skončení recenzního řízení: 16. 1. 2006

*MUDr. Ivan André, Ph.D.
Psychiatrická klinika LF UK a FN
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: ivan.andre@faneba.sk*

60. VÝROČÍ ZALOŽENÍ IV. INTERNÍ KLINIKY 1. LF UK A VFN

Supplementum č. 1 Časopisu lékařů českých

V květnu 2005 vzpomněla 60. výročí svého založení IV. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

K této příležitosti vydala klinika v rámci Časopisu lékařů českých supplementum, v němž čtenář vedle vzpomínky na prvního přednostu této kliniky, prof. MUDr. Bohumila Prusíka, DrSc., zakladatele angiology u nás, a úvodu přednosty kliniky nalezne 11 článků, které jsou určitou reflexí výzkumných aktivit tohoto pracoviště:

Žák A., Tvrzická E., Zeman M., Vecka M.: Patofyziologie a klinický význam vícenasycených mastných kyselin řady n-3; *Zeman M., Žák A., Vecka M., Tvrzická E.:* Inzulínová rezistence, metabolický syndrom a kardiovaskulární onemocnění; *Goričan K., Chochola M., Vařejka P., Bartůněk P.:* Význam duplexní sonografie pro určení poruch průchodnosti proximálního úseku společné karotické tepny; *Bartůněk P., Goričan K., Mrázek V., Němec J., Zapletalová J., Vařejka P., Sklenář T. Bína R., Rozmarová P.:* Postižení srdce v průběhu lymeské borreliózy; *Lukáš K.:* Jak se změnila endoskopie za posledních 60 let ...

Švestka T., Krechler T., Brůha R., Ā Jablonská M., Fabry T. L., Zhang Z. G.: Ochranné mechanismy žaludeční sliznice; *Lukáš M.:* Idiopatické střevní záněty – vývoj poznatků za šedesát let; *Dvořák M.:* Glutenová enteropatie – výskyt, diagnostika, léčba; *Urbánek P., Brůha R., Mareček Z., Petrtyl J.:* Infekce virem hepatitidy C na počátku 21. století; *Vítek L.:* Cytoprotektivní účinky bilirubinu; *Brůha R., Petrtyl J., Urbánek P., Švestka T., Kaláb M., Mareček Z.:* Dlouhodobá farmakologická léčba portální hypertenze a *Novák F.:* Riziko malnutrice a úloha umělé výživy.

Rok vydání 2005. Pro předplatitele Časopisu lékařů českých je supplementum zdarma. Ostatní zájemci si jej mohou objednat za cenu běžného čísla, tj. 96 Kč (130 Sk) na adrese:

Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz