

---

## Úvodník

---

### Kam kráčí AT léčba?

---

Janů L.

---

V tomto roce je pořádána 70. mezinárodní AT (alkoholismus a toxikománie) konference v Měříně s podtitulem „Ambulantní léčba: zánik nebo znovuzrození“. Protože pracuji také v oboru léčby závislostí (převážně ambulance FN Plzeň), situace mě zajímá. Vynechám fakta (vývoj počtu ambulančí, úvazků, počty ošetřených...), která si zainteresovaný čtenář bez problému vyhledá. Mnohem zajímavější je pro mě jiná skutečnost. Kam směřuje léčba závislostí? Pro zjednodušení budu dále jako příklad používat závislost na alkoholu – ostatně principy všech závislostí jsou si velmi podobné. Na AT konferenci v Měříně je řada sdělení typu „co je AT ambulance, nové přístupy, výzva k akci, minulost, budoucnost, vývoj postojů...“, ale jen málo sdělení proč a jak léčit, o principu závislosti a terapeutickém působení. Tedy mnoho přednášek okolo, ale jen málo s přínosným obsahem pro vlastní léčbu. V Plzni je pořádána 4. konference o prevenci a léčbě závislostí a této léčbě je během 2 dní věnována 1 přednáška ze všech.

O AT specializaci není zájem ani v lůžkových zařízeních, tedy není mnoho atestovaných, není ani mnoho erudovaných odborníků. AT léčba je leckdy zajišťována běžnými psychiatrickými ambulancemi, kdy kódy jsou prostě pojišťovnou uznány a povinnost zajistit smluvní péči splněna. Vynechám úvahy nad úrovní takové péče a absencí bazálních praktických znalostí o léčebných možnostech (specifická psychoterapie, důvody pro farmakoterapii, podmínky substituce, nasazení disulfiramu...). Vždyť lékaři jsou vytíženi řadou dalších informací o jiných poruchách a jejich léčbě – hlavní náplní jejich práce.

Traduje se, že léčba závislosti je vyčerpávající, až na výjimky neúspěšná a zbytečná. Projděme si fakta. Závislost je léčena zejména psychoterapeuticky, přestože víme o významném genetickém podkladu nemoci. Dlouhodobě účinná farmakoterapie je omezená a navíc – hradí si ji pacient. Sledovaným cílem je míněna plná a dlouhodobá abstinence, i když cílem by měla být spíše kvalita života. Absolvování standardní léčby je úspěšné u cca 20-50 % pacientů (3roční abstinence), ve srovnání s jen 4-45 % u neléčených. V recentní studii u pacientů, kterým byla někdy poskytnuta pomoc pro závislost, byly po 3 letech v trvalé remisi 2/3, oproti 2/5 neléčených [3]. Účinek léčby je dobře prokazatelný. Léčba ostatních psychických poruch, například deprese, má podobný výsledek. Přibližně 70 % pacientů reaguje

dobře na nějakou antidepresivní léčbu, ale cca 40 % pacientů zrelabuje již během 15 měsíců při léčbě (Paykel a spol., 1995). Po závislých pacientech tento výsledek chceme většinou bez další léčby. Ve známé Thaseho metaanalýze z roku 2001 dosáhlo remise 45 %, respektive 35 % aktivně léčených depresivních pacientů, oproti 25 % léčených placebem. Při léčbě využívající více přístupů, dosáhne nakonec zlepšení téměř 90 % pacientů. Léčba hypertenze antihypertenzivy je v podstatě kontinuální kompenzace a prevence následků vysoké hodnoty TK. Podobná je situace v prevenci pití alkoholu a podávání Antabusu. Antihypertenziva však neprokazují vždy efekt na kardiovaskulární a další poruchy, včetně mortality [6]. Přesto jsou podávána. Během léčby antagonisty angiotensinu II byla zaznamenána v krátkodobém horizontu odpověď u 48-55 % pacientů, při další titraci u 53-63 % a při kombinované léčbě u 56-70 % pacientů [1]. Léčba závislostí je tedy stejně úspěšná. Také cca 50% compliance je u všech onemocnění stejná.

Mylnou představou je přetrvávající chápání závislosti jako výsledku sociálních tlaků nebo prostě jako nešvar nemotivovaného, ale zdravého člověka. Pije „protože jsou na něj ostatní zlí“ nebo „protože je darebák“. Proč bychom mu měli ještě pomáhat a léčit následky pití alkoholu? Analogicky můžeme diabetika ponechat jeho osudu bez léčby. Má svou nemoc, protože je otýlý, dekompenzuje se, protože nedodrží dietu nebo má podobný „stres“ jako závislý. Zde ale nikdo nepochybuje o potřebě léčby, včetně chirurgické [4]. Před nedávnem se mě kolegyně ptala na délku opiatové substituce a ihned dodala: „Přeci jim nebudeme platit drogy na celý život“. Ale substituce je léčba jako každá jiná, vždyť inzulinem substituujeme také celý život. Navíc substituční programy se pro společnost v konečném důsledku vyplatí. Závislost je jedno z nejčastějších onemocnění, extrémně častá komorbidita, a patří mezi nejdražší choroby pro naši společnost. Ve studii WHO z roku 2000 byly následky alkoholu počítány dle YLD (Years Lived with Disability) u lidí ve věku 15-44 let na druhém nejdražším místě za depresivní poruchou [2, 7].

Získat peníze na výzkum závislosti (ne zjištění stavu ve společnosti, ale příčiny, důsledky a léčbu) je velmi pracné. Naopak získat finanční dotaci na terénní program a sociální pomoc je rozhodně snazší. Nechci vůbec zrušit sociální programy nebo zpochybnit mezioborovost AT specializace. Chci jen,

aby se nevytratila informace o závislosti. Závislost je nemoc jako každá jiná. Má své biologické podklady, které jsou formovány ranným vývojem člověka a propuknutí nemoci záleží na spouštěcích – stresu (individuálně vnímaném), dostupné látce a řadě dalších faktorů. Je také stejně jako ostatní chronické choroby s celoživotní predispozicí léčitelná. A minimálně stejně úspěšně.

AT léčba se v ČR vyvíjí. Poslední roky byly více zaměřeny na drogové uživatele a sociální pomoc, což je dobře. Je důležité také upozornit na informace o principech nemoci a o léčbě. Řada klasických léceb (zejména ústavních) je stejných již řadu let a nevyvíjí se. Přitom lze zjistit, které léčebné programy prokazatelně fungují (např. kognitivně behaviorální terapie, 12 kroků...) a které o svém léčebném působení přes opakované snahy nemají důkaz (psychodynamická psychoterapie). Na základě znalosti principu (biologického podkladu, reaktivity během psychoterapie apod.) závislosti lze individuálně přizpůsobovat terapeutické zásahy. A tak bychom mohli být s pacientem úspěšnější, mít z léčby dobrý pocit a více pomoci.

Přimlouvám se za větší informovanost o závislostech mezi lékaři, zejména psychiatry. Rozvinutá mezioborová síť pracovníků je důležitá. Informovanost lékařů je zásadní. Je zásadní právě pro dobře fungující mezioborové aktivity. Je zásadní pro zájem mladých lékařů a dalších specialistů o obor. Je zásadní pro další vývoj oboru a zlepšování léčby pacientů.

## LITERATURA

1. **Conlin, P. R., Spence, J. D., Williams, B., Ribeiro, A. B., Saito, I., Benedict, C., Bunt, A. M. G.:** Angiotensin II antagonists for hypertension: Are there differences in efficacy? *Am. J. Hypertens.*, 13, 2000, pp. 418–426.
2. **Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., Tomijima, N., Bernard, C., Lopez, A. D., Murray, C. L. J.:** Global burden of disease 2000. World Health Organization, 2002, Paper No 50.
3. **Moos, H. M., Moos, S. M.:** Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101, 2006, 2, pp. 212–222.
4. **Pontiroli, E. A., Folli, F., Paganelli, M., Micheletto, G., Pizzocri, P., Vedani, P., Luisi, F., Perego, L., Morabito, A., Doldi, S. B.:** Laparoscopic gastric banding prevents type 2 diabetes and arterial hypertension and induces their remission in morbid obesity. *Diabetes Care*, 28, 2005, pp. 2703–2709.
5. **Ramana, R., Paykel, E. S., Cooper, Z., Hayhurst, H., Saxty, M., Surtees, P. G. :** Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine*, 25, 1995, 6, pp. 1161–1170.
6. **Sheridan, S., Pignone, M., Donahue, K.:** Screening for high blood pressure. A review of the evidence for the U.S. Preventive services task force. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 2, 2003, pp. 151–158.
7. **Sjöström, C. D., Peltonen, M., Wedel, H., Sjöström, L.:** Differentiated long-term effects of intentional weight loss on diabetes and hypertension. *Hypertension*, 36, 2000, pp. 20–25.
8. **Thase, E. M., Enstuah, A. R., Rudolph R. L.:** Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 2001, pp. 234–241.

*MUDr. Luboš Janů, Ph.D.  
Psychiatrická klinika LF UK a FN, Plzeň  
e-mail: janu@fnplzen.cz*

## OMLUVA

Omlouváme se příbuzným a přátelům prof. Vencovského za záměnu jeho křestního jména v článku na s. 137 v 3. čísle časopisu Česká a slovenská psychiatrie. Správné křestní jméno prof. Vencovského je Eugen a článek měl být opatřen titulkem:

**Sto let od narození prof. MUDr. Eugena Vencovského, DrSc.**

Ještě jednou se za toto nedopatření omlouváme také všem čtenářům našeho časopisu.

*Redakce*