

CRAVING (BAŽENÍ) U NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ – JEHO VÝZNAM A LÉČBA

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Článek podává přehled psychologických a farmakologických postupů používaných k léčbě a prevenci bažení (craving) u návykových nemocí. Psychoterapeutické postupy by měly být relativně jednoduché a dobře naučené, aby si je pacient dokázal vybavit i při stresu a bažení, kdy jsou oslabeny kognitivní funkce.

Klíčová slova: bažení, craving, návykové nemoci, psychoterapie, farmakoterapie.

CRAVING IN ADDICTIVE DISEASES – ITS IMPORTANCE AND TREATMENT

Psychological and pharmacological approaches to deal with craving in addictive diseases are reviewed. Psychological methods should be simple and deeply imprinted to be applicable even when cognitive functions are temporarily impaired by stress and/or craving.

Key words: craving, addictive diseases, psychotherapy, pharmacotherapy.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 1: 32–34

Pojem bažení (craving) a jeho význam

Pojem craving není nový, jak by se mohlo zdát s ohledem na zájem, který v současnosti vzbuzuje. Už v roce 1955 definovala komise odborníků Světové zdravotnické organizace bažení jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Isbell už tehdy doporučoval odlišovat tělesné a psychické bažení. Rozlišování bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) je správné mimo jiné s ohledem na pozdější výsledky zobrazovacích vyšetření mozku. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je bažení popsáno jako „silná touha nebo pocit puzezení užívat látku nebo látky“. Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti, jako jsou zhoršené sebeovládání nebo to, že někdo v návykovém chování pokračuje navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známe. Bažení je fakticky také součástí definice patologického hráčství podle MKN-10.

Bažení se do značné míry podobá emocím, protože podobně jako emoce je provázáno tělesnými změnami a má silný motivační náboj. Bažení zhoršuje sebeovládání, oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat. Oba tyto faktory pak zvyšují riziko recidivy. V této souvislosti je možné namítnout, že jsou závislí, kteří žádné bažení necítí, a přesto recidivují. Nejčastější příčiny takových recidiv shrnuje schéma 1.

To, že pacient bažení cítí, může tedy za určitých podmínek signalizovat pokrok v léčbě. Závislý

pacient může začít pociťovat bažení, protože si lépe uvědomuje své pocity, nejedná automaticky a přiznal si závislost. I v těchto případech je ale vhodné bažení oslabovat, protože se tak zlepšší sebeovládání.

Možnosti nefarmakologického ovlivnění obecně

Z výše uvedeného prakticky vyplývají následující cíle důsledky pro praxi:

- Způsoby, jak zlepšit sebeovládání u závislých, by měly být jednoduché, aby si je závislý vybavil i v situaci silného bažení.
- Tyto postupy by se měly často a soustavně opakovat, aby si je pacient hluboko vštípl do paměti. Nadbytečné učení je vůči bažení odolnější.
- Je dobré umět více způsobů, protože ne v každé situaci se dá každý použít. Navíc kombinování těchto způsobů zvyšuje jejich účinnost.

Přehled některých nefarmakologických postupů, jak mírnit bažení

Tento přehled se do jisté míry překrývá se strategiemi, jak zlepšit sebeovládání (9), což je pochopitelné, protože zvládání bažení zlepšuje sebeovládání.

1. Využívání pomoci druhých. Do této kategorie patří profesionální pomoc, pomoc rodiny, svépomocné organizace apod. Jedná se o vysoce účinné postupy. Pomoc druhých může mít i formu telefonického rozhovoru, lze použít i tištěné publikace. Příručky pro závislé na alkoholu, jiných drogách

a patologické hráče jsou volně k dispozici ke stažení na adrese www.plbohnice.cz/nespor.

2. Odvedené pozornosti, přeladění a další postupy. Jedná se o nesourodou skupinu postupů, používají se často, jsou obvykle málo až středně účinné.

3. Využívání motivace – zejména negativní. Jedná se o efektivní a důležité postupy. Negativní motivace zahrnuje uvědomit si rizika návykového jednání, minulé negativní zkušenosti apod. Práce s pozitivní motivací (výhody abstinence apod.) nemá obvykle tak dramatický efekt, je vhodná k dlouhodobému udržování abstinence.

4. Úprava životního stylu a přiměřený odpočinek. Důležité jsou dostatek odpočinku, plánování a vyhýbání se rizikovým prostředím. Doporučujeme tzv. strategii Jánošík tam, kde je mnoho aktivity, ubrat, tam, kde je aktivity málo, naopak přidat. Zvýšené nároky na sebeovládání např. v pracovní oblasti bezprostředně zhoršují sebeovládání ve vztahu k alkoholu nebo jiným látkám a činí bažení nebezpečnější.

5. Cvičení, sport nebo tělesná práce. Cvičení, chůze, tělesná práce apod. mírní úzkosti, deprese a bažení, a tak zlepšují sebeovládání. Craft (2005) uvádí, že antidepresivní efekt tělesné aktivity nelze vysvětlit pouze odvedením pozornosti.

6. Využívání prostředí a vyhýbání se spouštěčům. To této kategorie spadá mít „suchý“ dům (tj. nemít doma alkohol ani drogy) či při bažení opustit nebezpečné prostředí.

7. Osvojit si relevantní sociální a jiné dovednosti. Patří sem dovednosti odmítání alkoholu nebo drog, zvládání konfliktů, jednání s úřady apod. Používá se nácvik zvládnutí nebezpečné situace ve fantazii atd.

8. Postupy využívající relaxaci. Relaxační techniky se používají samostatně nebo v kombinaci s jinými postupy (autosugesce, fantazijní nácvik). Relaxační techniky lze přizpůsobit a nenápadně

Schéma 1. Recidiva návykového chování bez bažení

automatické jednání, většinou v rizikovém prostředí	→			
nedostatečné vnímání sebe sama	→			
nepřiznaná závislost, bažení vnímáno jako projev svobodné vůle	→			
		zhoršené sebeovládání	→	recidiva

využívat i v každodenních situacích (tzv. aplikovaná relaxace).

9. Postupy pracující se zlepšeným sebeuvědoměním. Schopnost sebeuvědomování je nutná i proto, aby bylo možné používat různé další techniky. Uspadňuje rozpoznávání rizikových duševních stavů, na něž může nasedat bažení, a rizikových myšlenek („závislost v převlecích“), případně dalších spouštěčů (podnětů aktivujících bažení nebo zhoršujících sebeovládání). To pak usnadňuje zvládání těchto spouštěčů. Pomáhá také uvědomit si krátkost trvání bažení, a tak ho lépe překonat. Sebeuvědomění zhoršuje rychlé automatické jednání v časové tísní, proto doporučujeme pacientům používat tzv. „pomalý mozek“, domyslet následky, jednat až pak.

10. Napít se nealkoholického nápoje. U závislých na alkoholu se jedná o jednoduchý a účinný postup. Důvodem je spojování bažení se žízní a vyšší potřeba tekutin (i při abstinenci přetrvávající utlumení sekrece antidiuretického hormonu alkoholem).

11. Přiznání si závislosti. S tím souvisí i to, že pacient považuje bažení za příznak nemoci a ne za projev svobodné vůle. S přiznáním si závislosti souvisí ochota abstinovat. Požití nebo aplikace látky, na které je člověk závislý, vyvolává nebo zesiluje bažení.

Farmakoterapie bažení obecně

Hranice toho, co patří mezi anticravingové léky (tj. léky mírnící bažení), není ostrá. Např. nikotinové náhražky mohou bažení mírnit, ale asi by se spíše měly řadit do blízkosti substituční terapie. Naproti tomu bupropion podávaný ve stejné indikaci u kuřáků bez známek deprese patří mezi anticravingové léky patří. Není zcela jasné, kam zařadit nový, v ČR v roce 2006 neregistrovaný a u závislosti na tabáku značně účinný vareniclin (11). Možná by patřil také k substituční léčbě, protože je parciálním agonistou nikotinových receptorů. Disulfiram je ve vztahu k alkoholu látkou senzitivizující, i když bažení po alkoholu nepřímo také mírní. Naproti tomu disulfiram podávaný závislým na kokainu patří nejspíše mezi anticravingové léky (v této indikaci se považuje za nejúčinnější farmakologickou možnost, např. 7). Raději než o anticravingové medikaci budu pro účely tohoto článku a potřeby praxe používat pojem „farmaka mírnící bažení“, i když by se některá z nich mezi anticravingové léky v užším slova smyslu neměla řadit. Anticravingová medikace je předmětem intenzivního výzkumu, jeho přehled není předmětem této práce. Zaměříme se na možnosti, které jsou v současnosti dostupné.

Některá farmaka mírnící bažení

Naltrexon: Jedná se o antagonistu opiátových receptorů. Indikací je závislost na alkoholu. V porovnání s acamprosatem je patrně účinnější (1), výhodou je také dávkování 1x denně 1 tableta (50 mg). Naltrexon se používá také při léčbě motivovaných závislých na opiátech, v tomto případě se ale nejedná o anticravingové působení v užším slova smyslu, ale o zablokování účinků opiátů v případě nechtěné nebo bezděčné recidivy (v češtině např. 8). Naltrexon mírní bažení i u patologického hráčství.

Acamprosát: Indikací je závislost na alkoholu. Působí jiným mechanismem než naltrexon, kombinace obou preparátů je možná, v praxi se však tato kombinace téměř nepoužívá vzhledem k vysoké ceně takové léčby (v ČR nehrazeno z pojistného). Dávkování je u osob nad 60 kg 3x2 tablety po 333 mg denně. Patrně je také možné použití preparátu krátkodobě ke zvládnutí krize, v tom případě doporučujeme jednu tabletu rozkousat a nechat vstřebat pod jazykem (10).

Disulfiram u závislosti na alkoholu

Známost indikací je závislost na alkoholu, disulfiram se podává jako senzitivizující látka zhoršující toleranci k alkoholu, což usnadňuje abstinenci. Podávání disulfiramu v této indikaci se má dít supervidovaně, tj. pacient užívá preparát pod dohledem zdravotníka, nesupervidované podávání je neúčinné. Supervidované podávání disulfiramu se překvapivě ukázalo jako účinnější než podávání naltrexonu (2). Kombinování obou preparátů je možné.

Disulfiram u závislosti na kokainu

Disulfiram snižuje bažení po kokainu. Bylo by zajímavé ověřit, zda je disulfiram stejně účinný

i u závislých na pervitinu, který má, jak známo, podobné účinky jako kokain a je v ČR rozšířenější.

Buprenorfin: Používá se při léčení odvykacích stavů a při substituční léčbě závislosti na opiátech, ale mírní také bažení po kokainu u osob se závislostí na heroínu a kokainu.

Bupropion a další antidepresiva u závislosti na tabáku

Bupropion se podává v dávce 150 mg 1x denně, od 4. dne 150 mg 2x denně, v době, kdy pacient ještě kouří. Desátý den podávání bupropionu se doporučuje přestat kouřit a v léčbě bupropionem pokračovat nejméně 2–3 měsíce. Pacient by se měl upozornit na možné vedlejší účinky. Bupropion se ukázal účinnější než nikotinové náplasti, kombinace obou přípravků však účinnost zvýšila. Pro zajímavost dodávám, že mezi léky 2. linie u závislosti na tabáku se řadí nortriptylin. Nevýhodou jsou časté vedlejší účinky a interakce, výhodou je nízká cena. Na rozdíl od nortriptylinu nejsou antidepresiva SSRI v této indikaci účinná (4).

Antidepresiva u patologického hráčství

Antidepresiva ze skupiny SSRI mírní bažení u patologických hráčů, a to i v případě, že netrpí depresivními příznaky. Efekt je slabší než u naltrexonu, cenově jsou však antidepresiva mnohem dostupnější.

Karbamazepin může patrně mírnit obtíže při vysazování dlouhodobě podávaných benzodiazepinů, je sporné, zda se jedná o anticravingové působení v pravém slova smyslu (3). Závislost na benzodiazepinech se léčí obtížně, proto je při používání benzodiazepinů žádoucí velká opatrnost.

Antiepileptikum topiramat patrně mírní bažení u závislých na alkoholu i u závislých na kokainu a usnadňuje abstinenci od těchto látek (5, 6).

Perspektivy

Lze předpokládat zavádění dalších anticravingových přípravků i rozvoj psychotherapeutických metod zaměřených na rozpoznávání a zvládání bažení.

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91, 181 00 Praha 8
e-mail: nespor@plbohnice.cz

Literatura

- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003–2017.
- De Sousa A, De Sousa A. A one-year pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2004; 39 (6): 528–531.
- Denis C, Fatseas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD005194.
- Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4:CD000031.
- Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, Javors MA, Ma JZ. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361 (9370): 1677–1685.

- Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C, O'Brien CP. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2004; 75: 233–240.
- McCance-Katz EF, Kosten TR, Jatlow P. Chronic disulfiram treatment on intranasal cocaine administration: initial results. *Biol Psychiatry* 1998; 43 (7): 540–543.
- Nešpor K. Návykové nemoci. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. *Academia Medica Pragensis*, Praha 2004; 19–45.
- Nešpor K, Csémy L. Jak zlepšit sebeovládání u závislých na alkoholu a jiných látkách a u patologických hráčů. Pilotní studie. *Čas. Lék. čes.* 2006; 145: 494–497.
- Nešpor K, Matanelli O, Randák D, Mráčková E. Sublinguální užití acamprosátu jako krizové intervence ke zvládnutí bažení. *Česká a Slovenská psychiatrie* 2001; 97: 411–413.
- Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296 (1): 64–71.