

# PORUCHY OSOBNOSTI A ZÁVISLOSTI

MUDr. RNDr. Jan Sikora, CSc., MUDr. Michaela Novotná

Psychiatrická ordinace a poradna pro závislé, Praha

Poruchy osobnosti disponují ke vzniku závislosti, narušují průběh terapie a vedou k relapsům abúzu. Terapie musí být od samého začátku zaměřena i na tyto komorbidní poruchy. Dosažení abstinence není postačující, jelikož komorbidní porucha přetrvává. Setrvání v dlouhodobém terapeutickém vztahu i po dosažení abstinence, psychotherapeutické vedení i podávání psychofarmak, zejména antidepresiv, podstatně zlepšuje prognózu.

**Klíčová slova:** poruchy osobnosti, závislosti, buprenorfin, terapie.

## PERSONALITY DISORDERS AND DRUG DEPENDENCE

Patients with personality disorders are at risk of developing substance abuse. Comorbid personality disorder disturbs successful therapy and often leads to relapse of drug abuse. Therapy must be focused on management of coexisting psychiatric disorders from the beginning along with substance abuse treatment. Achievement of abstinence is not satisfactory as the comorbid disorder persists. Long-term psychotherapeutic relationship, administration psychotropic drugs, especially antidepressants, improves therapeutic outcomes.

**Key words:** personality disorders, substance abuse, buprenorphine, therapy.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 2: 63–65

*Motto: Nechtějme, aby pacient po prodělaném léčení hrál na housle, když předtím na ně nikdy nehrál.*

## Úvod

V současné době není zapotřebí zdůrazňovat, že závislosti na psychotropních látkách jsou závažným celospolečenským problémem. Závažnost tohoto problému není dána jen devastujícími somatickými a psychickými změnami závislého jedince, ale i zhoubnými důsledky v oblasti mezilidských vztahů jak v rodině, tak i v širším sociálním prostředí, v oblasti ekonomické a kriminální. Zatímco závislost na psychotropních látkách má negativní dopad na všechny oblasti života, patologické hráčství má negativní důsledky především v oblasti ekonomické. Závažnost závislosti je navíc zdůrazňována tím, že je iniciována v mladém věku, a její začátky se přesouvají z období adolescence do věku dětského. Všichni odborníci zabývající se závislostmi kladou důraz na prevenci, která evokuje aktivity mnoha odvětví zdravotnických, sociálních i legislativních. S vývojem závislosti a jejím prohlubováním jsou více oslovovány oblasti medicínské a v užším smyslu oblasti terapeutické. Investice do prevence se zdají být nejučinnějšími, proto jsou hledány cesty, jak vzniku závislosti zabránit. S tím souvisí i vyhledávání jedinců ohrožených čili vulnerabilních.

## Charakteristiky disponovaných osob

Znalost charakteristik osobnosti, které disponují jedince k abúzu, je důležitá především z hlediska prevence. Důležité jsou pak ty osobnostní rysy, které naplňují pojem vulnerability, již lze charakterizovat jako náklonnost k vývoji závislosti. Vulnerabilita má nesporně svoji komponentu biologickou i psychosociální. Psychosociální faktory hrají svou roli v usnad-

nění kontaktu s látkou či situací, která vede k vývoji závislosti (posilovačem, reinforcem). Biologické charakteristiky pak určují dynamiku molekulárních změn v nervovém systému, které závislost doprovázejí. Dosažení dobré nálady či slasti je zabudováno do motivační struktury každého jedince. Zatímco u jedinců bez závislosti je slasti dosahováno kontrolovaným úsilím, které je doprovázeno syntézou endogenních „emocionálních molekul“ (6), závislý jedinec si ji opatřuje chemickou cestou, což vede k suprafyziologické excitaci s potlačením endogenních syntéz homeostatických molekul (převážně endorfinů) s jejich následným deficitem, pocíťovaným jako odvykací syndrom. Vztahy mezi molekulární úrovní a behaviorálními vlastnostmi jsou studovány rovněž na úrovni laboratorní. Tyto studie ukázaly, že závislost u člověka a zvířat je identická (5, 8). U člověka však přece jen hrají větší roli faktory psychosociální, spojené s distorovanou citovou výchovou a tréninkem, narušenou či přetrženou komunikací mezi členy nukleární rodiny, rozvodem rodičů, se ztrátou zázemí a následnou akceptací náhradních jistot v partě s její sociální patologií. Maladaptivní vzorce chování se z ascendentů přenášejí na potomky jak geneticky, tak i mechanismy identifikace. V rodinách závislých jedinců je přítomna vyšší frekvence psychopatologie, zvláště pak ve spojení s abúzem alkoholu a drog. K petrifikaci závislosti přispívá i celospolečenská tolerance a netečnost, či snadná dostupnost návykových látek. Nejčastěji se vyskytujícími poruchami osobnosti u jedinců závislých na psychotropních látkách jsou poruchy osobnosti emočně nestabilní, antisociální, nezdrženlivé a nezralé, z nichž mnohé jsou geneticky podmíněné nebo vrozené a projevují se již v dětství poruchou chování či disharmonickým vývojem. U návykových látek je důležitá skutečnost, že po jejich opakované

aplikaci s dostatečnou frekvencí a v dostatečném množství vzniká závislost u naprosté většiny jedinců, ne-li u všech. Zde hrají roli především faktory biologické. Kontakt vulnerabilní osobnosti s vysoce potentní návykovou látkou vede k akutnímu vzniku závislosti, zatímco integrovaná, stenická osobnost se takovému kontaktu brání a ukončí jej na úrovni experimentování. Řada prací se pokouší najít ty charakteristiky osobnosti, které se projeví jako vulnerabilita při styku s návykovou látkou, s cílem vytvořit preventivní systémy u ohrožených skupin v kritické životní periodě. Studie provedené na souborech adolescentů jednoznačně poukazují na to, že intenzita závislosti a její polymorfismus jsou přímo úměrné výskytu komorbidit. Poruchy chování, úzkostné a depresivní poruchy, tikové poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy a další mnohdy „vybízejí“ k pokusům o jejich zvládnutí „samoléčitelstvím“, převážně pak alkoholem a drogami. Antisociální porucha osobnosti je spojována s intenzitou patologického hráčství (7). Jedinci, u kterých bylo diagnostikováno patologické hráčství společně s antisociální poruchou osobnosti (ve studiích jich bylo shledáno až 33 %), měli současně problémy s drogami, vyšší tendenci k somatizaci, paranoiditě, fobii a úzkosti. Ve srovnání s patologickými hráči bez antisociální poruchy osobnosti byli mladšího věku, mužského pohlaví, byli méně vzdělaní, rozvedení nebo separovaní. Hraniční porucha osobnosti byla u jedinců závislých na heroinu zjišťována ve 45 %. Zatímco v abúzu heroinu nebyly zjištěny rozdíly, ve skupině jedinců s hraniční poruchou osobnosti byl větší počet polymorfních závislostí, kriminality, zdravotních komplikací spojených s intravenózní aplikací, předávkování a sebevražedných pokusů (3). Další autoři zjišťovali výskyt hraniční poruchy osobnosti v rozmezí od 11 % do 65 % s tím, že nejvyšší pro-

cento bylo mezi závislími na heroinu (10). Řadou autorů je potvrzován vztah mezi mírou psychopatie a sklonem ke zneužívání návykových látek (4). Pokud byl sledován vztah mezi poruchami osobnosti a výsledkem odvykacího léčení, pak nejlepších výsledků bylo dosaženo u žen s fobickou poruchou, zatímco přítomnost deprese a antisociální poruchy osobnosti u mužů byla nepříznivým prediktorem výsledku léčby (2). Narůstá počet informací o vztahu mezi násilným chováním a zneužíváním návykových látek, nevylučuje psychotická onemocnění (9). Nejčastěji se duální diagnóza schizofrenie – abúzus návykových látek vyskytuje u mladých mužů, bezdomovců s pozitivními symptomy, se současnou poruchou afektivity, sebevražednými pokusy, rezistencí k léčbě, nízkou adherencí, frekventovanou hospitalizací, propuštěním na negativní reverz a násilným chováním, které je dvojnásobné oproti těm, kteří tyto látky nezneužívají. Současný výskyt depresivních symptomů u abúzerů kanabinoidů je velmi častý (1). Je však obtížné rozlišit, zda primární symptomy deprese vedly k abúzu kanabinoidů, nebo zda jsou depresivní symptomy důsledkem abúzu. Léčba deprese zpravidla vede k redukcí abúzu kanabinoidů, depresivní symptomy však nejsou považovány za prediktora zneužívání kanabinoidů. Zjišťovaná dysforie u abúzerů kanabinoidů je většinou subklinická a nemusí ustoupit s abstinencí. Rovněž subklinické hladiny anhedonie mohou konstituovat „amotivační syndrom“, jehož podíl na pracovní a sociální adaptaci vyžaduje další sledování.

## Diagnostika závislosti

Před zahájením terapie závislého jedince by měla být diagnostika komplexní, zaměřená nejen na abúzus návykových látek, ale i na přítomnost komorbidit. Není nutno zdůrazňovat, že spolupráce závislého jedince na tvorbě diagnózy není vždy kvalitní, a proto je nutno považovat diagnostický proces za kontinuální. U mnohých jsou potlačeny či nevyvinuty schopnosti sebereflexe, schopnosti verbalizovat prožívané emoce (alexithymie) a tendence setrvat na předem vytvořených postojích, mnohdy s prvky racionalizace. K upřesnění diagnózy přispějí reference blízkých osob, které je možno později zapojit do spolupráce na terapii. Při formulaci diagnózy je nutno analyzovat vzájemnou podmíněnost zjištěných symptomů, stanovit, které jsou primární a které sekundární, zda psychiatrická komorbidita byla příčinou abúzu, či zda abúzus vedl k psychopatizaci či provokaci závažnější psychické poruchy (toxická psychóza, provokace endogenní psychózy).

## Terapie

Obecně platí, že úspěšnost léčení je přímo úměrná množství použitých terapeutických modalit

a jejich vhodným výběrem. Tvorba terapeutického programu by měla být opřena o komplexní diagnostiku a neměla by lpět na aplikaci rigidních paradigmat, byť jsou zpracována na základě dlouhodobých zkušeností a osvědčují se u statisticky významného počtu léčených. Vhodnější je vyhodnotit motivační strukturu závislého jedince a podporovat ty prvky, které tvoří základ pro úspěšnou terapii. Krucální je pozitivní vztah závislého jedince k terapeutovi, který má být vnímán jako pomocník, nikoliv jako tvůrce dalšího životního programu. Dosud neexistuje jednotný názor na použití vhodných terapeutických metod. Tato nejednotnost se týká převážně oblasti farmakoterapie, kde se setkáváme s jejími zastánci i odpůrci. Aplikace psychofarmak bez návykového potenciálu se mnohdy jeví nezbytnou, zvláště pak v případě přítomných komorbidit. Někdy je v terapii věnována pozornost pouze samotné závislosti a jako cíl léčby je stanovena abstinence. Terapie komorbidní poruchy je často opomíjena a je pak příčinou relapsu. Nejen v průběhu odvykacího programu, nýbrž i po dosažení abstinence je nezbytné pokračovat v terapii zjištěné komorbidní poruchy. Pro farmakoterapii závislosti by byla ideální látka s dlouhodobým účinkem, s minimem nežádoucích účinků, s nízkým nebo nulovým potenciálem pro vývoj závislosti, účinná i v terapii polymorfní drogové závislosti. Přes některé společné neurochemické mechanismy vzniku závislosti se takovou látku však dosud nepodařilo vyvinout. U jednotlivých typů závislosti se osvědčily různé přípravky. V léčbě závislosti na nikotinu je úspěšně používán bupropion, blokátor reuptaku noradrenalinu a dopaminu. Ve zvládání alkoholové závislosti jsou používány benzodiazepiny pro jejich schopnost aktivovat GABAergní funkce. Vždy je vhodné použití thiaminu. Pro udržení abstinence je používán disulfiram, inhibitor aldehyd dehydrogenázy, je však nutno zvažovat jeho nežádoucí účinky. Acamprosat, aminokyselinový glutamatergní antagonist, se ukázal být bezpečnou látkou, dvojnásobně účinnou proti placebo. Snižuje craving směrem k alkoholu, je účinnější u alkoholiků bez komorbidní psychiatrické poruchy. Opioidní antagonisté jsou efektivní u závislosti na alkoholu, jelikož kondenzační produkty acetaldehydu (vznikajícího oxidací alkoholu v organismu) s dopaminem mají opioidní účinky. V léčbě závislosti na alkoholu se osvědčil parciální agonista naltrexon. U symptomatického abúzu alkoholu je vhodné použít antidepresiva ze skupiny SSRI. V substituční a udržovací terapii u opioidní závislosti jsou používáni opioidní agonisté metadon a buprenorfin. Při poruchách spánku, které často doprovázejí abúzus opioidů a přetrvávají i při dodržování substitučního programu či dosažení abstinence, je vhodné použití antidepresiv I. generace. Použití hypnotik či anxiolytik je pro jejich návykový potenci-

ál nevhodné. Přestože existuje řada vypracovaných terapeutických postupů i zařízení, ve kterých jsou realizována, úspěšnost léčení není dosud na žádoucí úrovni. Vyhodnocení úspěšnosti je dáno formulací kritérií. Ne vždy se podaří dosáhnout plného uzdravení, mnohdy jde o částečné zlepšení somatického i psychického zdraví, které umožní lepší pracovní i sociální adaptaci. Terapie osob závislých klade na terapeuta mimořádně zvýšené nároky. Ne vždy očekávaný výsledek, časté relapsy, nespokojenost a nutnost mnohdy čelit i nevybíravému či agresivnímu chování vede ke zklamání, snížení satisfakce z terapeutické aktivity i rezignaci. Terapeut by měl být nesporně zralou a profesionálně dobře vybavenou osobností, aby dokázal těmto faktorům čelit.

## Vlastní zkušenosti

V psychiatrické ordinaci v Praze 5 je aktuálně léčeno pro závislost 345 pacientů, z nichž 285 je zařazeno do odvykacího programu, jehož součástí je substituční terapie buprenorfinem. Denní dávky se pohybují v rozmezí 1–16 mg buprenorfinu. Preparát je dobře tolerován a pacienty oceňován zejména pro trvalé zajištění ochrany před abstinencními příznaky a doprovodnou anticipační úzkostí, pro dramatické snížení nákladů a s tím spojenou možnost zanechání trestné činnosti za účelem zajišťování finančních prostředků na nákup návykové látky. Rovněž čas, který byl spotřebován na zajištění finančních prostředků a drogy, může být věnován na zapojení do pracovních aktivit a navození adaptivního denního režimu. Při dodržení odvykacího programu dochází ke zlepšení zdravotního stavu, sociální i pracovní adaptace a mezilidských vztahů.

## Závěr

Poruchy osobnosti, které mají svůj začátek již v dětství a disponují ke vzniku závislosti, mnohdy narušují průběh terapie a vedou k relapsům abúzu. V psychiatrické praxi je proto nutné se na tyto komorbidní poruchy závislosti zaměřit již od začátku terapie a neočekávat, že s dosažením abstinence dojde současně k vyřešení poruchy, která k abúzu a vývoji závislosti vedla. Z toho důvodu je nezbytné setrvat s pacientem v dlouhodobém terapeutickém vztahu, bez obav z podávání psychofarmak, zejména antidepresiv.

**MUDr. RNDr. Jan Sikora, CSc.**

Psychiatrická ordinace a poradna pro závislé  
Bieblova 6, 150 00 Praha 5  
e-mail: sikorajan@seznam.cz

## Literatura

1. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am.J.Psychiatry* 2001; 158: 2033–2037.
2. Compton WM, Cottier LB, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am. J. Psychiatry* 2003; 150: 890–895.
3. Darke S, Ross J, Williamson A, Teesson M. The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction* 2005; 100: 1121–1130.
4. Farrell M, Howes S, Bebbington P, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 432–437.
5. Nestler EJ, Self DW. Neurobiologic aspects of ethanol and other chemical dependence. In *Neuropsychiatry*. Eds.: Yudofsky SC, Hales RE. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC 1997.
6. Pert CB, Chopra D. Molecules of emotion. Why you feel the way you feel. Simon and Schuster Inc., USA 1997. ISBN 0-684-83187-2.
7. Pietrzak RH, Petry NM, Robert H. Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction* 2005; 100: 1183–1193.
8. Shippenberg TS. Animal model of substance abuse and Dependence. In *Biological psychiatry*. Eds.: D'haenen HAH, den Boer JA, Willner P; John Wiley&Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England 2002.
9. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 345–350.
10. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review* 2000; 20: 235–253.