

Závislosti a stáří

MUDr. Richard Krombholz, MUDr. Hana Drástová

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Problematika závislostí ve stáří nepatří mezi oblasti, které by byly v centru pozornosti AT odborníků ani gerontopsychiatrů. Přesto se s pacienty trpícími závislostí v klinické praxi setkáváme a často jsou tito pacienti a výsledky jejich léčby spíše zdrojem rozpaků než uspokojení z práce. Jsou to nemocní, kteří jsou zpravidla v kontaktu se svým praktickým lékařem, a psychiatr se dostává do hry až v okamžiku, kdy nastane problém. Autoři v článku mapují situaci v této oblasti a na krátkých kazuistických sděleních demonstrují typické příklady.

Klíčová slova: závislosti ve stáří, alkoholová závislost, hypnotika, anxiolytika, patologické hráčství.

Dependencies in old age

The issue of dependence in old age does not belong among the topics that would be in the limelight of the AT specialists or gerontopsychiatrists. Nevertheless, in the clinical practice we meet the patients suffering from addiction, and these patients and the results of their treatment are often a source of embarrassment rather than job satisfaction. They are the ill people, who are usually in contact with their general practitioner, but psychiatrists get into the game only when things go wrong. The authors in the article size up the situation within this area and demonstrate the typical examples by means of the short casuistic presentations.

Key words: dependence in old age, alcohol dependence, hypnotics, anxiolytics, pathological gambling.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(3): 95–98

Dřívější s nadsázkou používané označení gerontopsychiatrie jako psychiatrie 3 D – deprese, demence a deliria – dostalo v průběhu doby čtvrté D – „drug dependency“, to je závislost na lécích a obecně závislost jako taková.

Prevalence abúzu a závislostí u starší populace není přesně zmapovaná ani ve světě, ani v České republice (1). Situaci znepřehledňuje i okolnost, že v literatuře týkající se drogových závislostí se pod pojmem starší populace rozumí osoby starší 40 let (2). Nejvíce údajů je k dispozici o alkoholové závislosti.

Obecná kritéria pro závislost dle DSM IV ne vždy vyhovují pro seniorskou populaci.

Jde o maladaptivní způsob užívání látky vedoucí ke klinickému poškození nebo nepohodě a projevující se třemi nebo více následujícími znaky v průběhu jednoho roku:

1. Tolerance definovaná: a/potřeba vyšší dávky látky k dosažení intoxikace nebo žádoucího účinku b/nížší účinek při trvalém užívání stejného množství látky.
2. Abstinenční příznaky, které se projevují: a/pro látku charakteristickým abstinenčním syndromem b/zmírněním či oddálením abstinenčních příznaků při podání stejné nebo příbuzné látky.
3. Látka je užívána déle nebo ve větším množství, než bylo původně zamýšlené.
4. Redukce sociálních, pracovních a relaxačních aktivit v souvislosti s užíváním látky.
5. Přítomnost trvalé touhy či neúspěšné snahy přestat užívat nebo kontrolovat užívání látky.

6. Snaha látku získat, užívat nebo se zotavit z jejích účinků zabírá velký podíl času.
7. V užívání se pokračuje i přes vědomost o jeho škodlivých účincích.

Závislosti u seniorů mají svá specifika (3). Oproti mladší populaci je výrazně zvýšené riziko somatických komplikací ať už specifických ve vztahu ke zneužívané látce, nebo obecných. U starších závislých je podstatně zvýšené riziko interakcí – zejména alkohol s chronicky užívanou medikací. S ohledem na zpomalení metabolismu a snižující se toleranci vůči většině látek se závislostním potenciálem hrozí vyšší riziko těžkých intoxikací někdy i s letálními důsledky. Řada návykových látek zneužívaných ve stáří má negativní vliv na kognitivní funkce.

Samostatnou kapitolou jsou sociální okolnosti a komplikace provázející závislost ve stáří. Často najdeme moment, který do značné míry můžeme označit jako startovací – osamění, ztráta partnera, špatná sociální a hmotná situace, nefungující sociální síť.

Podle četnosti jak literárně uváděné (3, 4), tak dle vlastních klinických zkušeností autorů můžeme výskyt závislostí ve stáří seřadit takto:

- alkoholové závislosti
- závislosti na lécích – hypnotika, benzodiazepiny, analgetika a další
- ostatní závislosti

Alkohol a stáří

Tato oblast je nejlépe zmapovaná v literatuře a také je nejčastější. Závislost na alkoholu

u starší populace (nad 60 let věku) se při použití striktních kritérií odhaduje na 2–4 procenta. Při použití méně striktních kritérií a dle některých studií prováděných v nemocničních a ošetrovatelských zařízeních je odhad prevalence škodlivého užívání a závislosti na alkoholu uváděn v širokém rozptylu od 8 do 50 % (3, 5).

V současnosti je v ČR asi 1 milion obyvatel s pravděpodobným škodlivým užíváním alkoholu, z nichž by asi 100 tisíc zasluhovalo léčbu (3). Literárně je v ČR uváděno 8 % abstinujících populace, 2,5 % škodlivého užívání a 1 % závislosti na alkoholu. Ve všech studiích je závislost na alkoholu u starší populace popisována častěji u mužů než u žen. Podle některých pramenů má problém s alkoholem 30–40 % mužské klientely lůžkových psychiatrických zařízení (3). U starší mužské populace je odhadováno, že asi 70 % starších pijáků začalo pít v rané dospělosti a že jen 30 % ve vyšším věku. Někteří autoři naznačují vyšší pravděpodobnost úspěšnosti léčby u varianty pozdního začátku pití (3). U starších pijáků je popisována změna stylu pití. Preferují malé dávky alkoholu v rozdělených denních dávkách, ubývá rizikových pijáků, kteří pijí excesivně a alkohol užívají pro jeho uklidňující a povzbuzující účinky. Přibývá méně rizikového pití, kdy je alkohol požíván pro jeho chuťové vlastnosti nebo jako zdroj tekutin (pivo). Zlom nastává přibližně okolo 55. roku věku u žen a 65. roku u mužů. Jako nerizikové dávky alkoholu s mírně protektivním účinkem ve středním a raném seniorském věku jsou uváděny tyto hodnoty: 24 g alkoholu u mužů a 16 g alkoholu u žen (ekvivalent je 500 ml 12° piva, 2 dcl vína či 50 ml destilátu).

Za rizikové je považováno dvoj až trojnásobné překračování této dávky (3). Problémové pijáctví u seniorů je nejméně časté v komunitě (2–10%), zatímco u institucionalizovaných seniorů riziko stoupá (2–15% domovy důchodců a ošetrovatelská zařízení) (3). Za klasického rizikového pacienta z hlediska problémového pití je uváděn starší, osaměle žijící muž s nízkým vzděláním, anamnézou škodlivého pití, depresivního onemocnění, případně sebevražedného jednání (6). Alkohol provází i další rizika u staré populace, zejména úbytek kognitivních funkcí. Až 60% pijáků starších 60 let je kognitivně narušených a degradovaných, 7–20% demencí je spolupodmíněno vlivem alkoholu. U starších pijáků je také výrazně zvýšené riziko náhodného úmrtí – úrazy, umrznutí, utonutí. Na druhou stranu podle některých autorů dochází ve stáří častěji ke spontánní remisi škodlivého užívání alkoholu – „bažení jde do penze“ (3, 7).

V léčbě závislosti na alkoholu se doporučuje realizovat detoxifikaci na příslušném specializovaném oddělení. Vzhledem k tomu, že většina starších pacientů se závislosti na alkoholu již nemá potenciál k plnohodnotné režimové léčbě, probíhá jejich další hospitalizace zpravidla na gerontopsychiatrickém oddělení. Je dobré využít v maximální možné míře nabídku komunitních a psychologických aktivit realizovaných na AT odděleních, kam pacienti dochází. Velký význam je kladen na léčbu deprese, kterou je nutno léčit vždy bez ohledu na to, zda je důsledkem nebo příčinou pití („proč jsem smutný – protože piju, proč piju – protože jsem smutný“). Z léčiv preferujeme modernější antidepressiva nejlépe 3. generace pro jejich současně anticravingové působení (7), z anxiolytik pokud možno nebenzodiazepinové přípravky typu buspironu, hydroxyzinu nebo tianeptinu. U úzkostných pacientů s již přítomnou kognitivní poruchou zpravidla uspějeme s malými dávkami tiapridu (8). Pozornost je nutno věnovat i prakticky vždy se vyskytující karenci vitaminů a stopových prvků – podáváme vitaminy skupiny B, C, kyselinu listovou, případně K vitamin při těžších jaterních lézích. Po přechodnou dobu zejména u pacientů s proběhlým stavem deliria podáváme nootropika v dostatečných dávkách (piracetam, ginkgo). Délka hospitalizace je individuální, v zásadě platí, že čím delší doba kontrolované abstinence, tím lépe. U starších pacientů s problémovým pitím počítáme s poměrně vysokou mírou revertence – „dobří holubi se vrací“.

Kazuistika – alkoholová závislost ve stáří

Pacient, 75 let, VŠ technického směru. Od roku 2004 do roku 2009 8x hospitalizovaný v PL

pro závislost na alkoholu. V rodinné anamnéze 2x suicidium a úzkostně depresivní poruchy. Pacient důchodce, rozvedený, bezdětný, žil osaměle, oba sourozenci žijí v zahraničí. V průběhu života nebyl abstinent, ale nikdy nepil přes míru, protialkoholně se neléčil. Nekuřák. Léčil se pouze pro mírnou hypertenzi, jinak léky neužíval. Asi v 65 letech začal trpět úzkostmi až panického charakteru a depresí s ruinačními představami, pocity osamění, zbytečnosti, bezvýchodnosti. Praktický lékař mu v té době předepsal clonazepam, který mu sice trochu pomáhal, ale nechtěl si na něj zvykat. Začal si kupovat levná krabicová vína. Jak pacient uváděl, alkohol mu pomáhal zahánět „běsy“, uvědomoval si, že by pít neměl, ale nemohl si pomoci. Postupně se propracoval až ke spotřebě 2–3 litrů denně. Poprvé se do PL dostal přes pobyt na zachytné stanici, když byl nalezen ležící opilý na ulici. Vzhledem k věku přijímaný již na gerontopsychiatrické oddělení. Tento scénář se v následujících letech pravidelně opakoval. Pacient byl po detoxifikaci a následně jedno či dvouměsíční hospitalizaci propuštěn odhodlaný abstinovat, aby záhy recidivoval. V průběhu let je zřejmá postupující kognitivní deteriorace. V domácím prostředí již začal selhávat, nebyl schopný důsledné sebepečce a po posledním pobytu v r. 2009 již byl ve spolupráci s rodinou umístěn v ústavu sociální péče. Stav byl uzavřen jako závislost na alkoholu rozvinutá v pozdním věku se smíšenou převážně ethylickou demencí.

Farmaka a stáří

Škodlivé užívání a závislost na lécích je dlouhodobě druhá nejčastější forma závislosti ve stáří. Nejvíce jsou zneužívána hypnotika, benzodiazepinová anxiolytika a analgetika. Ostatní lékové závislosti jsou podstatně vzácnější. Podobně jako u alkoholu nejsou u těchto závislostí v seniorské populaci k dispozici „tvrdá data“, a to ani ve světě, ani v České republice. Panuje shoda, že ve stáří se jedná o četný jev, a to zejména u žen.

Anxiolytika a hypnotika

Úzkostmi trpí 10–15% starší populace. Až u 70% duševních a somatických poruch je popisována úzkost jako symptom. Literárně je uváděn údaj, že asi 36% osob starších 85 let užívá anxiolytikum nebo hypnotikum (4). Prevalence nespavosti v populaci 50–64 let činí asi 20%, ve skupině 65–79 let je to již každý čtvrtý senior (9). Z nebenzodiazepinových hypnotik jsou nejčastěji zneužívána tzv. hypnotika III. generace („Z“ hypnotika). V současnosti jsou na našem trhu dostupné 2 preparáty – zolpidem a zopiclon. Podle našich zkušeností je škodlivé užívání, případně závislost

na těchto látkách jen o něco méně frekventní než závislost na BZD. Řada závislých pacientů používá tyto léky spíše jako trankvilizéry než jako hypnotika. Není ojedinělé požívání až 10 i více tablet zolpidemu denně.

U benzodiazepinů (BZD) jsou za rizikové považovány situace, kdy je denní potřeba konzumovat více než 20 mg diazepamů resp. ekvivalentu, užívání delší než 4 měsíce, pozitivní anamnéza abúzu alkoholu nebo analgetik a předepisování benzodiazepinů s velmi krátkým biologickým poločasem (midazolam, triazolam) (3, 4, 10). Hlavní nebezpečí nadužívání hypnotik a BZD anxiolytik spočívá v možnosti vzniku farmakologicky navozené depresivní a kognitivní poruchy (10). Kognitivní poruchy navozené BZD (tzv. benzodiazepinové demence) jsou do značné míry reverzibilní. Projevují se zejména poruchami pozornosti, mluveného slova a v oblasti paměti poruchami vybavnosti a vstřípivostí. Riziko stoupá s dávkou a dobou užívání, podstatně zvýšené je u osob s preexistujícím kognitivním deficitem.

Depresogenní potenciál mají všechny BZD a za rizikové jsou označovány zejména dávky nad 40 mg diazepamů pro die, resp. ekvivalentní dávky.

Vztah mezi nadužíváním BZD a depresemi postulovali v roce 1996 Smith se Salzmanem (8) takto:

1. Podávání BZD je příležitostně spojeno s výskytem deprese a TS.
2. U všech BZD je riziko obdobné.
3. Vyšší dávky BZD jsou více rizikové ve vztahu k depresi.
4. Snížení dávky BZD, případně vysazení vede k ústupu deprese.

Pro deprese vyvolané BZD jsou typické poruchy pozornosti, snížené sebehodnocení a zvýšený výskyt suicidálních myšlenek. V rámci odvykacích stavů pozorujeme nejčastěji dysforii, iritabilitu a intrapsychickou tenzi.

Při vysazování dlouhodobě užívaných BZD je třeba brát do úvahy možnost vzniku abstinčního stavu komplikovaného deliriem. Pravděpodobnost této komplikace je uváděna u 50% osob užívajících déle než rok a u 60% užívajících déle než 7 let (3). V praxi se doporučuje iniciálně snížit dávku o 10–20% za týden a po dosažení poloviční dávky snižování zvolnit na 5–10% denní dávky týdně. Celková doba odvykání by tak měla trvat 6–8 týdnů, při vysokých dávkách až 4 měsíce. Je nezbytné denní dávky podávat zcela pravidelně, důležitá je rovněž psychologická podpora pacientů a spolupráce rodiny.

S výhodou bývá v době odvykání podáván melatonin v retardované formě (11, 12). Jedná se sice o off label indikaci, možné vysvětlení příznivého působení spočívá v popisované schopnosti BZD potlačovat sekreci melatoninu a narušovat cirkadiánní rytmus (12, 13).

Analgetika

Abúzus analgetik pozorujeme v současnosti méně než tomu bylo na sklonku 20. století. Na počátku často stál lékařský předpis daného léku. Analgetika jsou dobře dostupná, nejsou drahá a řada z nich dnes není ani na recept. Rizikovou skupinou jsou ženy okolo 50. roku věku trpící neurotickými obtížemi spojenými s bolestivými stavy nejrůznější etiologie a lokalizace (3). Zpravidla pozorujeme preferenci jednoho léku. Nejčastější je dlouhodobá konzumace 1 až 3 tablet denně, vzácností však není až 15 tbl. denně (3). Nejvíce jsou zneužívána kompozitní analgetika s obsahem kodeinu, kofeinu a barbiturátů (Alnagon, Korylan). V ČR není situace přesně zmapovaná, v epidemiologických studiích je uváděno pravidelné užívání analgetik u 25 % střední generace, 50 % u raně staré a nad 50 % nejstarší populace. Kritéria pro škodlivé užívání splňuje 3–5 % osob. U hospitalizovaných na psychiatrii se to týká asi 2 % všech přijatých, z nichž 2/3 tvoří ženy. Častá je kombinace nadužívání analgetik spolu s alkoholem (3). Do konce 20. století byl „nejoblíbenější“ Alnagon (pátý nejčastěji předepisovaný lék praktickými lékaři), od roku 2001 jeho místo obsadil paracetamol v různých podobách, který v současné době patří mezi 10 nejpredepisovanějších léků. Na dalších místech je kyselina acetylsalicylová a její deriváty, ibuprofen a diclofenac.

Při odvykání závislosti na analgetických je doporučeno pacienty převést na monokomponentní analgetikum typu paracetamolu, event. tramadolu a dávky velmi postupně snižovat při podpůrné medikaci. U řady těchto pacientů je ve hře i neuropatická složka bolesti a komorbidní deprese. Proto jsou doporučována antidepresiva, moderní antiepileptika typu gabapentinu a případně malé dávky neuroleptik 2. generace (14). Nezbytná je psychologická podpora a spolupráce rodiny. Závislost na opiodech se ve starší populaci vyskytuje podstatně méně. Na počátku zpravidla nalézáme iatrogenní vliv.

Kazuistika – závislost na nebenzodiazepinovém hypnotiku

Pacientka, 72 let, VŠ, bývalá středoškolská profesorka, 2 roky vdova, žila sama, byla v kontaktu s dcerou. Poprvé psychiatricky hospitalizovaná

v PL v r. 2007. Přijata po krátkém pobytu na psychiatrickém oddělení krajské nemocnice, kam byla doporučena pro anxiózně depresivní rozlady a nespavost. Zde uzavřeno jako porucha přizpůsobení a suspektní nadužívání hypnotik. Po přijetí do PL, kam nebyla spádová, připouští abúzus hypnotik 3. generace – zolpidemu. Závislost se rozvíjí zhruba 2 roky od úmrtí manžela, nespavostí trpěla již před tím. Na psychiatrickém oddělení nemocnice, kde byla krátce hospitalizovaná, tento problém negovala, měla obavu, že se o něm dozví okolí. Dcera pacientky potvrdila nadužívání. Pokud mohla sama ověřit, pacientka konzumovala i 40 a více tbl. Stilnoxu za týden. Střídaly se u ní stavy apatie, euforie, někdy zapomínala, častěji byly i konflikty s dcerou. U pacientky v poslední době narůstala nerozhodnost a neochota věnovat se činnostem vyžadujícím pozornost. Při přijetí byla úzkostná, depresivní na úrovni středně těžké deprese, opakovaně se ujišťovala, že dostane „něco na spaní“ a „neví, jak to vydrží“. Zavedená antidepresivní léčba citalopramem byla změněna na mianserin až do 60 mg pro die, dále přidán melperon jako hypnotická komedikace. Zpočátku ještě ponechány 2 tbl. zolpidemu denně, při zvýšené úzkosti medikována bromazepamem do 3 mg pro die. Zpočátku byla pacientka naléhavá, úzkostná, postupně došlo ke zlepšení nálady, ústupu afektivní lability i somatických obtíží směřovaných do oblasti hrudníku (sevržení srdce, nemožnost dýchat). Po dvouměsíčním pobytu byla pacientka propuštěna na medikaci mianserinem, melperonem a minimální dávkou bromazepamu.

Kazuistika – benzodiazepiny navozená kognitivní porucha

Pacientka, 72 let, vdova, dříve vedoucí v lázních. Přijata na doporučení neurologa. Asi jeden a půl roku v péči praktického lékaře a neurologa pro úzkosti, obavnost a vertiginózní obtíže. Původně medikována malou dávkou alprazolamu, který během tří měsíců navýšila až na 4 mg denně. Dle rodiny naléhavá, několikrát denně volá synovi, který bydlí 100 km od pacientky, a žádá ho, aby přijel, protože je jí špatně. Nedokáže nakoupit základní potraviny, naléhá na předpis léků. Při přijetí úzkostná, perseveruje stížnosti na samotu, je celý den sama, synové pracují, to jí dělá zle. Ráno si vezme Neurol, to se jí uleví, pak se nasnídá, sleduje TV, když je jí hůř, vezme si další Neurol, navečer si vezme také jeden nebo dva Neuroly, aby spala. U pacientky zjištěn kognitivní deficit, vstupní MMSE 21 bodů, odpovídající demenci na rozhraní mírně až středně pokročilé. Stav uzavřen jako organická porucha nálady a kognitivní deficit

velmi suspektně s podílem škodlivého užívání BZD. Pacientka přijata, nasazena antidepresivní terapie mirtazapinem, postupně až do 30 mg pro die, redukovány BZD a jako anxiolytikum nasazen buspiron. Stav se po tříměsíční hospitalizaci výrazně zlepšil, podařilo se zcela vysadit BZD, při propuštění na antidepresivní léčbě mirtazapinem v kombinaci s malou dávkou milnacipramu (50 mg) a buspironem jako nebenzodiazepinovým anxiolytikem. Stav se zlepšil i po kognitivní strážce, MMSE před propuštěním 28 bodů, psychologickým vyšetřením prokázán jen lehčí intelektový celkový úbytek, deteriorace pouze mírného stupně. Propuštěna do ambulantní péče.

Kazuistika – iatrogenně navozená závislost na BZD

Pacientka, 77 let, vdova, dříve úřednice. Přijata na doporučení ambulantního psychiatra pro škodlivé užívání BZD, úzkostně depresivní symptomatiku. Pacientka byla před 40 lety léčena pro fobickou poruchu, jedna sestra suicidovala. Celoživotně více úzkostná. Asi před 13 lety jí byl poprvé předepsán bromazepam (Lexaurin) pro úzkosti a insomnii. Od té doby užívá bromazepam prakticky trvale, naposledy až 9 mg denně. Nyní bydlí u dcery, která na ni začala naléhat, že by měla dávky léků snížit, případně vysadit. Zkusila to sama, ale dostala velký třes, měla slabost v nohách, úzkosti, celkový neklid. Také se jí zhoršil tinitus. Úlevu cítí, pokud si vezme léky a chvíli se prospí. Navštívila ambulantního psychiatra, který jí řekl, že je na léčích závislá, a doporučil jí hospitalizaci. Při přijetí úzkostná, depresivní, četné somatické obtíže, opakovaně se ujišťuje, že nezůstane bez léků. Na druhou stranu sama avizuje přání závislosti se zbavit. Opakovaně upozorňuje na fakt, že léky jí byly předepisovány proti úzkostem a že možnost vzniku závislosti si neuvědomovala. Pacientce byla nasazena antidepresivní léčba, vzhledem ke spánkovým potížím melatonin s prodlouženým uvolňováním a malá dávka tiapridalu. Postupně redukován bromazepam, úzkost kontrolována dobře hydroxyzinem. Pacientka při léčbě velmi dobře spolupracovala, stejně jako její rodina. Během dvou měsíců byly BZD zcela vysazeny a ponechána zavedená antidepresivní léčba. Pacientka se při propuštění cítila dobře, nenaléhala na léky, udávala dobrou úpravu spánku. Úzkosti prakticky nemá, pokud ano, reagují dobře na malou dávku hydroxyzinu. Nálada upravena ad integrum. Předána zpět do ambulantní péče.

Kazuistika – závislost na analgetických

Pacientka 67 let. První pobyt na psychiatrii doporučen praktickým lékařem. V rodinné

anamnéze bez zátěže, pacientka celý život psychastenická, neurotická, po porodu a v období přechodu se léčila pro úzkosti. Nyní přijata pro nadužívání analgetik neopiátového typu. Asi 15 let má vertebrogenní obtíže směřované zejména do krční páteře a s tím související bolesti hlavy. Byla proto opakovaně vyšetřována na neurologii, prodělávala rehabilitaci, vždy uzavíráno jako cervikokraniální syndrom s výraznou psychickou nadstavbou. Asi před 10 lety začala pro tyto obtíže užívat Alnagon. V mezidobí vystřídal řadu nesteroidních antirevmatik, nesystematicky brala i antidepresiva nasazovaná nepsychiatry. Vždy se však vrátila k Alnagonu. V poslední době bere až 10 tbl. Alnagonu denně, opakovaně žádá praktického lékaře o předpis většího množství. Sama již vnímá, že s nadužíváním má problém, ale má strašné bolesti a žádný jiný lék jí nikdy nepomohl. Kdyby si ráno nevzala Alnagon, nemohla by vůbec fungovat. Při přijetí pacientka úzkostná, deprese spíše situační, ošetřujícím personálem zjištěno, že si k hospitalizaci přinesla 4 balení Alnagonu. K možnému vysazení léku skeptická. Pacientce byla nasazena antidepresivní léčba duloxetinem, který má rovněž i výrazné analgetické účinky, dále nasazen gabapentin postupně až do 1800 mg pro die vzhledem k předpokládané neuropatické složce bolesti. Pacientce jsme s ohledem na dlouhodobé zneužívání ponechali 4 tbl. Alnagonu denně a dávku jsme jen velmi pomalu redukovali. Po úplném vysazení Alnagonu během 8 týdnů jsme pacientce při velkých obtížích tolerovali paracetamol do 1000 mg pro die. Před propuštěním po třech měsících pobytu jej pacientka již ani nevyžadovala.

Drogová závislost a stáří

Drogově závislých mezi gerontopsychiatrickými pacienty nenajdeme mnoho. Dříve popisované případy morfinistů u pacientů vyššího věku jsou dnes už také raritní. Setkáváme se ale ojediněle s pacienty závislými na opioidech. Nejčastěji se jedná o pacienty s chronickým algickým syndromem různé etiologie, kterým byly opioidy původně předepsány v analgetické indikaci. V dnešní době je možnost léčit tyto pacienty adjuvantními analgetiky a anti-epileptiky. Úspěch bývá částečný, je však třeba se o tuto léčbu s ohledem na předpokládaný neuropatický podíl bolesti pokusit.

Z hlediska adiktologie se za staršího uživatele drog považují osoby nad 40 let věku. Jedná se zpravidla o muže, často nezaměstnané, s vyšším vzděláním, případně bezdomovce (2). Je pravdou, že průměrný věk uživatelů drog roste – v r. 2002 byl průměrný věk drogově závislých 22 let, v roce

2008 již 26 let (2). Podíl pacientů starších 60 let se trvale udržuje na stejné úrovni. Literárně se uvádí klesající podíl uživatelů heroinu a halucinogenů ve vyšším věku, zatímco stoupá počet uživatelů pervitinu a stimulancií (2). Více uživatelů drog vyššího věku žádá o léčbu opakovaně a častěji vyhledávají pomoc sami (61 % oproti 52 %) (2).

Další závislosti

I ve vyšším věku se setkáváme s patologickým hráčstvím – gamblingem. Z psychiatrického hlediska je tato porucha řazena mezi impulzivní formy jednání (5). Nejčastější je závislost na hracích automatech. Není výjimkou ani patologické hráčství provozované v páru. Častá bývá u těchto pacientů kombinace se škodlivým užíváním alkoholu. Závažné jsou zejména sociální důsledky, kdy tato porucha může vést až k úplnému sociálnímu vyčlenění a bezdomovectví. S ohledem na vyšší věk je výrazně ztížena resocializace těchto závislých. Jejich schopnost splácet dluhy z gamblingu je výrazně omezena minimálním pracovním potenciálem a závislostí na sociálních dávkách. Kromě nezbytné psychotherapeutické intervence se doporučuje u těchto závislých podávat antidepresiva III. generace, která mají popisovaný nejvýraznější anticravingový efekt (7). Nezbytné je rovněž pokusit se řešit sociální situaci.

Ve vyšším věku se také můžeme setkat zejména u žen s oniomanii – impulzivní chorobné nakupování. Podobně jako u gamblingu je na prvním místě psychotherapeutické působení, jako doplněk léčby se opět doporučují antidepresiva (7, 14).

Kazuistika – patologické hráčství ve stáří

Pacient, 70 let. Přijatý k 1. hospitalizaci v PL po krátkém pobytu na spádovém interním oddělení, kde byl krátce léčen po intoxikaci léky a alkoholem v sebevražedném úmyslu poté, co prohrál v automatech 90000 Kč během tří dní. Pacient je dosud pracující jako OSVČ, vyučen obkladačem, rozvedený, má přítelkyni, bydlí však ve svém bytě. Dle sdělení přítelkyně a syna je u pacienta problém s hráčstvím řadu let, na psychiatrii se dosud nikdy neléčil. Vydělává i při důchodu slušné peníze, které ale většinou „nahází do bedny“. Syn pacienta odhaduje, že hráčstvím přišel v posledních asi 7 letech o několik set tisíc korun, možná i přes milion. Když hraje, tak také pije alkohol – destiláty. Pacient při přijetí verbalizuje náhled na okolnosti sebevražedného pokusu, rovněž i na své hráčství. Jako motiv TS udává obavy, že ho přítelkyně opustí, když zjistí, že zase prohrál velké peníze, mnohokrát jí už slíbil, že toho nechá. Tak spolykal vše, co doma našel,

asi 34 tablet Coxtralu, 60 tbl. Fokusu, který bere na prostatu, a zapil to lahví slivovice. Stydí se za to. Pacient v průběhu dvouměsíční hospitalizace docházel na specializované hráčské skupiny v rámci AT oddělení, byla mu nasazena antidepresivní léčba citalopramem. Před propuštěním deklaroval úplný náhled problému, byl předán do psychiatrické ambulance s tím, že i nadále bude navštěvovat hráčské skupiny již ambulantně. Přítelkyně i rodina pacienta přijali a pokud je nám známo, v průběhu posledního roku nedošlo k recidivě.

Závěr

Se škodlivým užíváním a závislostmi se setkáváme i ve vyšším věku. Nejčastější je alkoholová problematika, následuje škodlivé užívání a závislost na lécích – dle četnosti hypnotika, benzodiazepiny, analgetika. Ostatní závislostní poruchy jsou podstatně méně frekventní. Škodlivé užívání nebo závislost výrazně zhoršuje kvalitu života starších pacientů, zhoršuje jejich somatickou i psychickou komorbiditu a celkově zvyšuje mortalitu. Detoxifikace by měla být poskytnuta vždy, míru schopnosti absolvovat regulérní režimovou léčbu je nutno posuzovat individuálně. Komorbidní depresi je nutno léčit vždy. I v případech, kdy pacienti nejsou schopni režimové léčby, je hospitalizace namístě.

Literatura

1. Baštecký J, Kümpel Q, Vojtěchovský M, et al. Gerontopsychiatrie. Praha, Grada Publishing, 1994.
2. Mravčík V, Pešek R, Škatulová K, et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2008, vydal: Praha: Úřad vlády České republiky.
3. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, a kol. Geriatrie a gerontologie. Praha Grada Publishing, 2004.
4. Spaar JE, La Rue A. Geriatrická psychiatrie. Vydavatelství F, Trenčín 2003.
5. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha Tigris, 2002.
6. Raboch J, Pavlovský P. Psychiatrie. Praha Triton, 2003.
7. Nešpor K, Csemey L. Bažení (craving). Sportpropag a.s. pro Sdružení FIT IN, rodiče proti drogám, Praha 1999.
8. Herman E, Praško J, Seifertová D, et al. Konziliární psychiatrie. Medical Tribune CZ, Galén 2007.
9. Krombholz R, Drástová H, Červinka V. Poruchy spánku v gerontopsychiatrii. Psychiat. pro Praxi 2009; 1(10).
10. Krombholz R. Farmakologicky navozené deprese. Psychiat. pro Praxi 2008; 1(9).
11. Praško J. Melatonin a léčba nespavosti. Remedia 2008, 18(3).
12. Švestka J. Ramelteon – nové melatoninové hypnotikum. Psychiatrie 2006; 10(1).
13. Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis, 2008.
14. Raboch J, a kol. Psychiatrie – doporučené postupy psychiatrické péče II., 2006.

MUDr. Richard Krombholz

Psychiatrická léčebna Bohnice

Ústavní 91, 181 02 Praha 8

richard.krombholz@plbohnic.cz