

Léčba polymorfní závislosti na návykových látkách ve spolupráci psychiatra a psychoterapeuta

MUDr. Radmila Kučíková¹, MUDr. Martin Černý, Ph.D.²

¹Psychiatrická ambulance Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²Soukromá ambulance psychiatrie a psychoterapie, Praha

Kazuistika demonstruje úspěšnou ambulantní léčbu pacientky s duální diagnózou – závislostí na více psychoaktivních látkách, depresí a osobnostní problematikou. Zdůrazňuje význam spolupráce ambulantního psychiatra a psychoterapeuta.

Klíčová slova: závislost, psychoterapie, gestalt terapie, EFT, duální diagnóza, alkohol, opiáty, léčba, kazuistika.

Enhanced collaboration between psychiatrist and psychotherapist in treatment of multiple alcohol and substance dependence

An article demonstrates a case report of successful outpatient treatment of patient with dual diagnosis – multiple alcohol and substance dependence, depression and personality disorder. Report emphasizes the importance of the enhanced collaboration between psychiatrist and psychotherapist.

Key words: dependence, psychotherapy, gestalt therapy, EFT, dual diagnosis, alcohol, opioids, treatment, case report.

Úvod

V psychoterapii se často díváme na symptomy a diagnózu jako na významný, leč povrchnější projev hlubších (jádrových) potíží (1–4). Zaměření se na řešení těchto hlubších potíží (pokud je to možné) s sebou automaticky nese úlevu, ústup obtíží, až uzdravu na symptomové úrovni. Léčebná intervence na symptomové úrovni má za cíl rychlou úlevu od obtěžujících symptomatologie a je doménou především psychiatrické farmakologické péče, zatímco léčebné ovlivnění oněch hlubších rovin přisuzujeme spíše psychoterapeutické péči.

V této kazuistice se snažíme demonstrovat účinnou spolupráci psychiatra a psychoterapeuta v léčbě pacientky s obtížně léčitelnou diagnózou polymorfní závislosti na návykových látkách.

Vlastní případ – pohled psychiatra

Jedná se o 40letou ženu, která poprvé v životě přichází do psychiatrické ambulance v červ-

nu roku 2017 na doporučení z neurologie, kde byla vyšetřena pro generalizované epileptické paroxysmy proběhlé v. s. v rámci abstinčního syndromu. V osobní anamnéze jsou přítomny epileptické záchvaty (bez další antiepileptické léčby) a hypertenze v těhotenství. V rodinné anamnéze dle slov pacientky syn po narození pravděpodobně prodělal mírný odvykací stav, nikde není sledován, léky neužíval, dále se vyvíjí zcela normálně. Pracovní a sociální anamnéza: advokátka v soukromé praxi, nyní na rodičovské dovolené, je vdaná, je matkou 2letého syna.

Průběh onemocnění: Pacientka přichází pro nevladatelný abúzus tramadolu, alkoholu a benzodiazepinů. Počátek nadužívání udává cca před 15 lety, kdy dostala léky proti bolesti zad, zjistila, že ji i zklidňují a působí dobře na psychiku, proto léky již nevysadila. Postupně se dostala na dávku 4x denně 40 stisků tramadolu gtt. v dávkovači (tj. 2000 mg/den, maximální doporučená denní dávka je 400 mg). K tomu pila víno, přibližně 2

litry denně. Občas k tomu užívala také benzodiazepiny, nejčastěji klonazepam či alprazolam, které neužívala v pravidelné dávce. Léky si opatřovala na černém trhu. Při tomto abúzu se chovala bez nápadností, manžel poznal požití alkoholu z dechu, ne z chování. Pacientka si plně uvědomuje svou závislost, stydí se za ni, ani manžel o těchto obtížích nevěděl. Nedokáže popsat blíže, co ji k tomuto návyku vedlo, nedokáže popsat své vlastnosti a emoce, nezmiňuje ev. duševní problémy před návykem. Snaží se již několik let návykové látky vysadit, protože se za návyk stydí a zvažuje druhé těhotenství, ale nedaří se jí to pro výrazný odvykací stav. Před prvním těhotenstvím se jí podařilo vysadit alkohol a benzodiazepiny, opiáty však ne. Její největší obtíže jsou bolesti a křeče postupně až celého těla, nespavost, občas insomnie, střídání pocení a zimomřivosti, střídání nálad, nesoustředivost, napětí, výrazná anxieta a výpadky paměti.

Pacientce byla doporučena hospitalizace na detoxifikačním oddělení z důvodu užívání vyso-

kých dávek návykových látek a pro komplikovaný odvykací stav s epileptickými paroxysmy. Pacientka toto odmítá, odmítá taktéž nasazení buprenorfinu. V počátku léčby tedy nasazen diazepam 5 mg 4x denně ke snížení anxiety a prevenci epileptických paroxysmů. Pacientka sama doma vysadila zcela alkohol, pozorován jen mírný odvykací stav, zajistila si tzv. suchou domácnost. Po 2 týdnech pokračovala ve snižování tramadolu, diazepam ponechán. Po 2 měsících od začátku léčby dochází k recidivě alkoholové závislosti, pacientka výrazně emočně labilní, dysforická, nezvládala běžnou zátěž doma s malým dítětem. Přichází ihned do ambulance, verbalizuje náhled na obtížné vysazování návykových látek v domácím prostředí, rozhodne se o všem informovat manžela a po společném rozhovoru souhlasí s hospitalizací. Ve snižování tramadolu se dostává na dávku 5x 12 stisků (tj. cca 750 mg/den), více se jí nedaří dávku snížit pro odvykací stav od opiátů, který je pro pacientku zcela nezvladatelný v domácí péči.

V říjnu nastoupila na plánovanou 3měsíční léčbu na lůžkové protialkoholní a protitoxikomanické oddělení psychiatrické nemocnice, kterou řádně dokončila. Pro výrazný odvykací stav jí byl přechodně nasazen buprenorfin, pacientka pociťovala mírné odvykací obtíže po celou dobu hospitalizace. Na výkyvy nálady jí byl v nemocnici do medikace přidán gabapentin 300 mg 3x denně a na nespavost quetiapin 25 mg na noc. Po propuštění dochází u pacientky záhy ke zhoršování stavu, pociťuje výrazné výkyvy, často se rozzuří, má velké úzkosti, je hodně unavená, přestává spát, má nízkou frustrační toleranci, je impulzivní, hádává. Postupně je navýšen gabapentin do maximální dávky, tj. 3 600 mg/den, efekt léku je jen částečný, přetrvávají výkyvy nálady, úzkost, poruchy spánku, obtíže jsou však pro ni únosné. Pacientku se podařilo motivovat k psychotherapeutické léčbě, která byla zahájena v lednu 2018.

Pacientce byla opakovaně namátkově kontrolována moč na přítomnost benzodiazepinů, opiátů – vždy negativní, negativní byla i dechová zkouška na alkohol. Výrazné zhoršení stavu bylo pozorováno na podzim 2018, kdy postupně docházelo ke zhoršování nálady, výrazné únavě, smutku, pláčivosti, snížení soustředění, zpomalení, snížené chuti k jídlu. Bylo přítomné ranní pesimum, nebyla schopna se přimět k běžným denním úkonům, nedošla

na kontrolu, přestala chodit na psychotherapii. Došlo k vystupňování vnitřního napětí a úzkosti až do panických stavů. Byla diagnostikována středně těžká depresivní fáze, což potvrdil i závěr psychologického vyšetření: středně těžká depresivní symptomatika s výraznou úzkostnou složkou, osobnost s akcentovanými emočně nestabilními rysy. Byl nasazen sertralin. Při denní dávce 100 mg dochází ke zlepšení nálady, snížení impulzivity, ústupu anxiety a zvýšení energie, pacientka pociťuje výrazný pozitivní efekt léku. Gabapentin pro nízký efekt vysazován, úplné vysazení se daří až po spolupráci s terapeutem. Pacientka je stabilizovaná několik měsíců při užívání 100 mg sertralinu, 1,5 roku abstinguje, pokračuje podpůrná psychotherapeutická péče.

Pohled psychotherapeuta

Do ambulantní individuální psychotherapeutické péče pacientka přišla na doporučení ambulantního psychiatra. Ze svých potíží uvádí (mimo potíží uvedených psychiatrem), že má panické stavy, obtížněji zvládá vztek; od malička je impulzivnější, výbušnější, je velká perfekcionista – to jí v životě brzdí. Nezvládá konflikty, kdy ji zaplaví emoce. Je precitlivělá na reakce okolí, co si o ní kdo myslí apod., záleží jí na tom, aby ji měli všichni rádi. Má zmatek v tom, co chce.

K psychotherapeutické zakázce uvádí, že se chce naučit mít ráda život i bez podpůrných látek, chce mít větší kuráž, větší sebedůvěru, mít se více ráda, být klidnější. Jako jádrové téma definujeme strach z toho, že není dost dobrá, a že jí za to nebudou mít rádi. Fakt, že si nezaslouží lásku ostatních kvůli svým nedostatkům, je pro pacientku tak bolestivý, že se snaží od něj abstrahovat a skrýt jej, a to jakýmkoliv prostředky, například i užíváním návykových látek. Na behaviorální úrovni se snaží vypadat jako perfektní, že vše zvládá, aby nezavdala důvod k nemilosti. Jakékoliv narušení tohoto ideálu je pro ni životně ohrožující a aktivuje život zachraňující strategie, které jsou však maladaptivní (vzteká se, pohádá se, je impulzivní). Maladaptivní projevy vedou k tomu, že její ideální sebeobraz se v mžiku rozpadá a znovu ji přibližuje k palčivé zkušenosti, že není dost dobrá pro to, aby byla milovaná, a prožívá stud (primární maladaptivní emoce). Tuto skutečnost není schopna emočně unést (prožít lítost), proto ji maladaptivně kog-

nitivně zpracovává jako selhání, sebedevalvací, sebekritiku. V těchto okamžicích v minulosti sahala po alkoholu či lécích, aby otupila pocity studu a lítosti. Spouštěče pro aktivaci prožívání studu a vlastní nedostatečnosti jsou situace, kdy je pacientka posuzovaná, hodnocená či odmítaná.

Domlouváme se na frekvenci psychotherapeutických sezení 1x týdně. Péče je hrazena přímou úhradou. Jako psychotherapeut používám gestalt psychotherapeutický přístup a na emoce zaměřenou terapii (emotion focused therapy (EFT)). U této pacientky se zaměřuji na prožívání a rozšíření uvědomění v situacích spojených se selháváním, méněcenností, sebekritikou, sebedevalvací. Od počátku se zaměřuji na budování důvěry a vymezení hranic a podporování zodpovědnosti. Jako jeden z prostředků vzájemné důvěry se domlouváme na možnosti namátkových testů na požití návykových látek. Důvěrná atmosféra jí umožňuje mluvit o svém studu za svoji závislost, kvůli níž si připadá méněcenná, proto se vše snaží tajit před okolím. Pocit méněcennosti je ústředním tématem terapie. Výrazněji se aktivuje i v nepatrných „selháních“, např. si zapomněla vzít léky nebo přišla o chvíli později.

Užívání léků

Téma léků často vystupuje do popředí. Je patrné, že léky se stávají objekty jejího psychického prožívání. Vadí jí užívání léků, je to důkaz její méněcennosti, že to nezvládá sama, vidí v lécích něco, co jí znemožňuje normální fungování. Zároveň se jich nedovede vzdát, protože jí pomáhají zakrýt a zvládnout bolestný pocit lítosti (primární emoce). Téma léků se objevuje i při jejich snižování, po němž touží, ale také se objevuje symptomatologie, kvůli které je užívala, zejména výraznější anxiety, nespavost, únava a podrážděnost, že jí něco nejde tak jako dříve. Snižováním léků dochází k intenzivnějšímu prožívání emocí, je více přítomna lítost, které musí nyní více čelit a akceptovat ji (což je cílem terapie), má opakovanou pozitivní zkušenost s abstinencí, začíná aktivně regulovat své emoční prožívání (namísto dosavadního potlačování). Jakmile k tomu dojde, je možné léky snížit (do té doby dávku snížila, zanedlouho však dávku zase sama navýšila, protože nedokázala sama čelit intenzivnějším emocím, zvláště pak prožívání lítosti).

Efekt psychotherapie se začíná projevovat po 10. sezení. Pacientka si začíná připadat důležitá, zlepšilo se jí soustředění, začala více

pracovat, je více aktivní, zároveň je méně agresivní a vulgární. Uvědomila si, že si může říci o pomoc. Občas dochází ke konfliktům s manželem. Svůj vztek (v tomto případě sekundární maladaptivní emoce), který projevuje, když se jí něco nedaří (čili je pro ní obtížné unést s tím spojenou lítost jakožto primární emoci), postupně propojuje s prožitím pocitu lítosti (primární emoce), čímž vztek (jakožto sekundární emoce) mizí a pacientka je schopna vyjádřit svou lítost, že jí něco nejde, je jako taková akceptovaná (a tím je nasycená její nenaplněná potřeba přijetí) a dostává se jí pomoci (namísto dosavadní kritiky a odmítání). Mizí černobílé vidění světa a v momentě, když se jí něco nepodaří, hledá řešení namísto vyhodnocení situace jako selhání s následným užíváním návykových látek. Reflektuje, že pro ni nejtěžší bylo akceptovat své chyby. Dříve se obávala, že když má chyby, tak ji ostatní nebudou mít rádi. Po terapii zjišťuje, že ji mají raději s chybami, takovou, jaká je. Uvědomuje si, že se může mít ráda, i když se jí něco nepovede.

Během jednoho roku se uskutečnilo téměř 30 terapeutických sezení, poté se frekvence setkávání prodlužuje až na 1 měsíc, pacientka si chce ponechat udržovací podpůrnou terapii. V celém průběhu terapie pro ni byla nejdůležitější podpora, potřebovala slyšet, že je užitečná, potřebovala pozitivní ujišťování zvláště v období vysazování léků. Také přeuspořádala své hodnoty, dříve se chtěla všem zalíbit, teď si vybírá lidi, kteří pro ni mají význam a kterým důvěřuje, kteří jí mají rádi, i když má chyby. Zlepšily se její vztahy s rodinou (manželem, rodiči, tchýní), zvládá péči o svého syna.

LITERATURA

1. Greenberg L.S. Goldman R.N. (ed.) Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy. Washington, DC: American Psychological Association, [2019].
2. Greenberg L.S. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American

Diskuze

Spolupráce psychiatra a psychoterapeuta

Tříměsíční hospitalizace na protitoxikomnickém a protialkoholním oddělení byla nezbytná k detoxifikaci. Předpokládáme, že pokud by pacientka po propuštění neměla kombinaci intenzivní psychiatrické a psychoterapeutické péče, došlo by k recidivě syndromu závislosti. Stav pacientky byl vzájemně opakovaně konzultován, reflektován a sdílen ošetřujícím ambulantním psychiatrem a psychoterapeutem, s vědomím a souhlasem pacientky. To umožnilo rychle a pružně reagovat na klinický stav pacientky, rozšiřovat úhel pohledu, doplňovat informace, cíleně zaměřovat intervence, a to z obou stran – například úpravou medikace či podporou k psychoterapii ze strany psychiatra, nebo naopak zaměřením terapeuta na specifické téma po doplnění informací psychiatrem. Máme za to, že tato vzájemná a kongruentní spolupráce byla zcela zásadní v celé úspěšné léčbě.

Laboratorní testy v psychoterapeutické péči

Frekvence návštěv u psychoterapeuta byla častější než u psychiatra. Námitka, že použití objektivních průkazných testů může narušit důvěrný terapeutický vztah, nepodporuje naši dosavadní zkušenost. Máme za to, že provedené testy podporovaly a potvrzovaly důvěrnou atmosféru, testy potvrzovaly sdělení pacientky o její abstinenci, a to na obou stranách – lékař/terapeut více věřil pacientce a pacientka dostávala objektivní potvrzení o své důvěryhodnosti. U psychoterapeuta

byly namátkové kontroly provedeny celkem 3x, vždy s negativním výsledkem.

Medikace

Užívání předepsané medikace se významně projevovalo jak v psychiatrické, tak v psychoterapeutické péči. Medikace byla nezbytná ke zvládnutí stavu, zároveň byla překážkou – pro pacientku to byl jen důkaz, že situaci nezvládá. Vzájemný soulad, kongruentní postoje k medikaci a vzájemná informovanost psychiatra a psychoterapeuta měly jistě významný vliv na překonání potíží s medikací. Významná situace nastala při vynechávání medikace pacientkou – své „selhání“ neřekla lékaři, ale terapeutovi, který toto téma s ní zpracoval tak, že byla schopna problém řešit s psychiatrem. Tímto se mj. předešlo špatnému vyhodnocení léčby (nízký efekt užívané medikace). Pacient potřebuje při užívání medikace dvojí přístup, jednak edukovat o účincích léků (práce lékaře) a zároveň potřebuje mluvit i o pocitech souvisejících s užíváním, například pocitu méněcennosti, o selhávání apod. (práce psychoterapeuta).

Závěr

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby duševních poruch, t.j. i u syndromu závislosti (5). V běžné psychiatrické ambulanci je však často podceňovaná, opomíjená nebo nedostupná. Kazuistika demonstruje úspěšnou léčbu pacientky s diagnózou těžké polymorfní závislosti na návykových látkách, s později diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti a středně těžkou depresivní poruchou. Zdůrazňujeme význam vzájemné spolupráce psychiatra a psychoterapeuta v ambulantní péči.

Psychological Association, [2015].

3. Greenberg L.S., Safran J.D. Emotion in psychotherapy. New York: Guilford Press, [1987].

4. Timulak L., Pascual-Leone A. New Developments for Case Conceptualization in Emotion-Focused Therapy. Clin. Psy-

chol. Psychother. (2014). DOI: 10.1002/cpp.1922.

5. Raboch J, et al. Doporučené postupy psychiatrické péče IV, 2014. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf.