

# Návykové poruchy

Poruchy způsobené užíváním návykových látek (*Substance use disorders* - **SUDs**) nebo návykovým chováním.

## Poruchy způsobené užíváním návykových látek

Skupina psychických poruch klasifikovaná v MKN-11 v kapitole **6C4.**, v MKN-10 v kapitole **F1x.x**

Jsou to progresivní, chronické, relabující poruchy, charakterizované puzením k vyhledávání a užívání návykových látek (dále drog), ztrátou kontroly nad daným užíváním a vznikem negativního emočního naladění (dysforie, úzkost, iritabilita) během odnětí látky; mají potenciál dobře reagovat na léčbu a dobré uzdravy (recovery).

Prevalence je celosvětově proměnlivá a závisí na krajině, na typu látky (nejvyšší je pro tabák a alkohol) a na dalších parametrech (např. socioekonomické charakteristiky populace). Výskyt je vyšší u mužů než u žen a vyšší u mladých lidí se snižující se tendencí s narůstajícím věkem.

Vliv návykových poruch na společnost je enormní ve vztahu ke zdraví, k mortalitě a k ekonomickým důsledkům. Odpověď společnosti na problém návykových poruch je často nedostatečná až nevhodná napříč všemi krajinami (kriminalizace užívání, stigmatizace, neadekvátní zdravotnická odpověď).

## Klasifikace

Návykové poruchy existují v určitém kontinuu závažnosti, které můžeme rozdělit na 3 stupně (dle MKN-11):

- 6C4x.0 **jedna epizoda škodlivého užití**
- 6C4x.1 **škodlivý vzorec užívání**
- 6C4x.2 **závislost**

Další poruchy se vztahují k akutní intoxikaci a k důsledkům užívání návykových látek.

- 6C4x.3 **Akutní intoxikace** látkou
- 6C4x.4 **Odvykací stav** z odnětí látky
- 6C4x.5 **Delirium** způsobené užíváním látky
- 6C4x.6 **Psychotická porucha** způsobená užíváním látky
- 6C4x.7 **Specifické poruchy** způsobené užíváním látky

MKN-11 umožňuje klasifikovat poruchy způsobené těmito návykovými látkami:

- 6C40 alkohol
- 6C41 konopí
- 6C42 syntetické kanabinoidy

- 6C43 opioidy
- 6C44 sedativa, anxiolytika, hypnotika
- 6C45 kokain
- 6C46 jiné stimulanty
- 6C47 syntetické katinony
- 6C48 kofein
- 6C49 halucinogeny
- 6C4A nikotin
- 6C4B těkavé látky
- 6C4C MDMA
- 6C4D Disociativní anestetika (ketamin, PCP)
- 6C4E Jiné specifické psychoaktivní látky včetně léků (antidepresiva, anticholinergika, antihistaminika)
- 6C4F Kombinace více psychoaktivních látek
- 6C4G Neznámé nebo neurčené psychoaktivní látky
- 6C4H Nepsychoaktivní látky (projímadla, anabolické steroidy, růstový hormon, erythropoetin a nesteroidní protizánětlivé léky atd.)

### Doposud v praxi používaná MKN-10 rozděluje návykové poruchy na:

- **F1x.0 Akutní intoxikace**
- **F1x.1 Škodlivé použití/užívání**
- **F1x.2 Závislost**
- **F1x.3 Odvykací stav**
- **F1x.4 Delirium**
- **F1x.5 Psychotická porucha**
- **F1x.6 Amnestický syndrom**
- **F1x.7 Reziduální stavy**

Rozeznává poruchy způsobené těmito návykovými látkami:

- F10 alkohol
- F11 opioidy
- F12 kanabinoidy
- F13 sedativa a hypnotika
- F14 kokain
- F15 jiná stimulancia
- F16 halucinogeny
- F17 tabák
- F18 těkavé látky
- F19 ostatní látky nebo kombinace

---

## Epizoda škodlivého užití

- Jedna epizoda, která způsobila **klinicky závažné poškození fyzického nebo duševního zdraví** člověka nebo vedla k chování vedoucímu k **poškození zdraví ostatních**.
- K poškození zdraví jedince dochází v důsledku jednoho nebo více z následujících případů:
  1. **chování** související s intoxikací

2. přímé nebo sekundární **toxické účinky** látky na tělesné orgány a systémy
  3. škodlivá **cesta podání**
- Poškození zdraví ostatních zahrnuje jakoukoli formu fyzické újmy, včetně traumat, nebo duševních poruch, které lze přímo přisoudit chování v důsledku intoxikace alkoholem u osoby, na kterou se vztahuje diagnóza jedné epizody škodlivého užívání.
  - Poškození není způsobené jinou tělesnou nebo duševní poruchou včetně jiných návykových poruch

## Vzorec škodlivého užívání

- Jedná se o vzorec **epizodického** (občasného/přerušovaného) nebo **nepřetržitého** (denního nebo téměř denního) užívání, který způsobuje klinicky závažné poškození fyzického nebo duševního zdraví člověka nebo vedla k chování vedoucímu k poškození zdraví ostatních (dále platí podmínky výše uvedené)
- Trvá **minimálně 12 měsíců** u epizodického užívání a minimálně **1 měsíc u nepřetržitého užívání**

## Závislost

- Vzorec opakovaného epizodického nebo nepřetržitého užívání s evidencí snížené regulace užívání návykové látky, která se projevuje v **minimálně dvou** z těchto znaků:
  1. **Snížená kontrola** nad užitím látky - (nad **počátkem, frekvencí, množstvím, trváním, ukončením a kontextem** užití) Člověk nemá kontrolu nad tím kdy, v jaké situaci a kolik užije, neumí užívání ukončit a nereguluje, jak často k užití dojde.
  2. **Upřednostňování užívání látky** před jinými aspekty života včetně udržování zdraví, denních aktivit a povinností takovým způsobem že **užívání přetrvává a eskaluje navzdory zjevné újmy** a negativním důsledkům užívání (opakované narušování vztahů, potíže v práci nebo ve škole, negativní důsledky na zdraví)
  3. Přítomnost **fyziologických projevů** závislosti:
    1. nástup **abstinenčního syndromu** po vysazení nebo snížení dávky dané látky,
    2. nárůst **tolerance** účinku látky a potřeba navyšování dávek návykové látky k dosažení stejného efektu
    3. **opakované užití podobných látek** k zamezení příznaků odvykání.
- Trvání těchto příznaků je **minimálně 12 měsíců**, a pokud dochází ke kontinuálnímu (téměř dennímu) užívání po minimální dobu 3 měsíce, lze diagnózu stanovit i dříve.

Kromě výše zmíněných příznaků klasifikace **DSM- 5** přihlíží ještě k přítomnosti

- Bažení (craving): silná touha užití látky
- Trvajících neúspěšných pokusů ukončit, omezit, nebo kontrolovat užívání

Pro stanovení diagnózy poruchy způsobené užíváním psychoaktivní látky v DSM 5 je dostačující přítomnost 2 příznaků.

---

A. Problematický vzorec užívání návykových látek vedoucí ke klinicky významnému narušení nebo nepohodě, jež se vyznačuje minimálně dvěma z následujících projevů vyskytujících se v průběhu 12 měsíců:

1. Látka je často užívána ve větších dávkách nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno.
  2. Existuje trvalá touha či neúspěšná snaha užívání návykové látky omezit či kontrolovat je.
  3. Na činnosti nezbytné k obstarávání látky, její užívání a zotavování se z jejich účinků je vynakládáno velké množství času.
  4. Bažení, resp. silná touha či puzení užít danou látku.
  5. Opakované užívání látky, v jehož důsledku dochází k zanedbávání základních povinností v zaměstnání, škole či domácnosti.
  6. Pokračující užívání látky navzdory přetrvávajícím nebo opakujícím se sociálním a interpersonálním problémům, které působení návykové látky způsobuje nebo prohlubuje.
  7. V důsledku užívání návykových látek nejsou vykonávány důležité sociální, pracovní nebo zájmové činnosti, nebo jsou vykonávány jen v omezené míře.
  8. Opakované užívání návykové látky i v situacích, kdy hrozí zdravotní riziko.
  9. Užívání návykové látky pokračuje navzdory zjevným přetrvávajícím nebo opakujícím se fyzickým nebo psychickým problémům, které látka pravděpodobně způsobila nebo prohloubila.
  10. Tolerance definovaná jedním z následujících znaků:
    - a) potřeba výrazně navýšeného množství látky k dosažení intoxikace či požadovaného účinku,
    - b) výrazně snížený účinek při dlouhodobějším užívání téhož množství látky.
  11. Odvykací stav vyznačující se některým z následujících projevů:
    - a) charakteristický odvykací syndrom pro danou látku,
    - b) daná látka (nebo látka s ní blíže příbuzná) je užívána k mírnění odvykacích příznaků nebo k jejich předcházení.
- 

**Tabulka 2 |** Diagnostická kritéria poruchy spojené s užíváním návykových látek podle DSM-5<sup>17</sup>

Poznámka: Pro některé látky nejsou příznaky a projevy odvykacího stavu stanoveny, a toto kritérium se tak na ně neuplatňuje.

Závažnost poruchy je pak stanovena na základě počtu přítomných příznaků:

- Mírná 2-3 příznaky
  - Střední 4-5 příznaků
  - Vysoká 6 a více příznaků
- 

## Neurobiologický základ vzniku závislosti

Motivace hledat odměňující a pozitivní stimuly (např. jídlo a sex) a vyhýbat se negativním a nepříjemným vlivům (např. bolest a ohrožení) je evoluční strategie přežití. V tomto mechanismu hraje klíčovou roli **dopamin**. Specificky dopaminergní jádra ventrální tegmentální oblasti (VTA) mezimozku a zde začínající mesolimbická dráha končící v **ncl. accumbens**.

Každá látka s návykovým potenciálem **zvyšuje dopamin v ncl. accumbens**. Různé látky vyplavují dopamin různými (přímými a nepřímými) způsoby, proto je i rychlost a míra zvýšení dopaminu po podání rozdílných látek různá a tím pádem se liší i potenciál jednotlivých látek pro vznik závislosti. **Zvýšení dopaminu v nucleus accumbens po podání návykových látek je násobně vyšší než zvýšení spojené s běžnými libými stimuly.**

První expozice odměně vyvolá extrémní stimulaci neuronů vedoucí k **vyplavení velkého množství dopaminu**. Opakovaná expozice vede k proměně odměny na očekávanou odměnu a dopaminové neurony se naučí zvyšovat svou signalizaci již v reakci na **stimuly, které pouze předvídají příchod odměny** (situace, lidi, prostředí, které v minulosti byli spojené s užíváním) tzv. **spouštěče** (v zahraniční literatuře *drug cues*). Tento proces se nazývá **podmiňování**. Vyplavený dopamin pak slouží k pohánění jednání vedoucího k užítí drogy. Pokud se odměna po vyplavení dopaminu v reakci na spouštěč dostaví (droga je užita), signál očekávané odměny se posiluje. Pokud se očekávaná odměna nedostaví, dopaminová signalizace se snižuje a signál vyhasíná. **Spouštěče samy**

## **vyvolávají touhu po droze a aktivují motivační okruh pohánějící jednání které vede k užití.**

S opakovaným užíváním množství spouštěčů podmíněně propojených s drogou narůstá a zvyšuje se pravděpodobnost, že člověk na podobný spouštěč narazí a pokud užije drogu, podmiňování se nadále posiluje. To částečně vysvětluje, proč závislí tak často riskují (legální status a zdraví) s cílem získat drogu a proč je návrat k užívání pravděpodobný i u lidí, kteří dlouhodobě abstínují.

Adaptace ostatních neurotransmitterových systémů (glutamatergní, gaba, opioidní, endokanabionidní, cholinergní, serotonergní a noradrenergí) přispívá k motivační hodnotě spouštěčů a k narušení nálady, kognice, spánku a stresové odpovědi, které se vyskytují u užívání návykových látek.

Změna z kontrolovaného užívání drogy na závislost se projevuje zejména nastolením **cyklického opakování intoxikace, odvykání** (spojeného s poklesem nálady, úzkostí, iritabilitou a anhedonií) a **bažení** (aktivovaným spouštěčem), které dále pohání jednání zaměřené na získání drogy. Toto stádium nastává **narušením běžného fungování neuronálních sítí**: odměny, exekutivních funkcí, emoční regulace.

## **Funkční síť spojená s odměnou**

\* Chronickým užíváním se zpětnovazebně **snižuje počet dopaminových receptorů** (*down regulace*) v nervovém okruhu odměny a s tím se **snižuje citlivost na odměnu** pocházející z užití drogy. Čím dále tím vyšší dávky drogy jsou zapotřebí k zajištění požadovaného efektu. To postupně vede ke stavu, kdy se již efekt (původní důvod užívání) nedostaví vůbec a kdy se požadovanou odměnou stává **úleva od averzivních příznaků spojených s odvykáním** (jako je dysforie, úzkost, napětí) které se dostávají při poklesu hladiny drogy pod určitou úroveň; což dále posiluje užívání drogy zejména u látek, kterých odvykací stav je obzvláště závažný (opiáty, alkohol, nikotin).

\* Snížení citlivosti okruhu odměny u závislých vede rovněž k **nezájmu o normálně libé aktivity nesouvisející s drogami**. Toto potvrzují i výzkumy funkčními zobrazovacími metodami u závislých kde dochází k nedostatečné aktivaci systému odměny stimulací monetárními, sexuálními, nebo jídelními odměnami. Reaktivita **prefrontálních oblastí spojených s trestem** je u závislých rovněž **snížená**, což má pravděpodobně za následek nedostatečný zřetel na ohrožení negativními důsledky závislého chování (vězení, odebrání dětí z péče).

## **Exekutivní funkce**

\* Nervová síť kontroly exekutivních funkcí zajišťuje proces **rozhodování a sebe-regulaci** (dominantní roli zde hraje aktivita prefrontální kůry). Narušení tohoto okruhu způsobené užíváním drog vede k neschopnosti vyhnout se riskantnímu chování, odolávat bažení, oddálit odměnu, vede k zhoršené sebekontrolě a zvýšené impulzivitě.

## **Emoční regulace, Saliency a Síť výchozího režimu (default mode network)**

\* Negativní stres a emoce spojené s odnětím drogy jsou doprovázené nejen snížením dopaminergní signalizace ale i s postupně **narůstající citlivostí na stresovou odpověď** (cestou dysregulace stresové odpovědi zprostředkované amygdalou, hypothalamem a hipokampem). Zvýšená citlivost okruhů spojených s emoční regulací může částečně vysvětlovat **častou komorbiditu** závislosti s psychickými poruchami, zejména depresí, úzkostí a suicidalitou.

\* Ve vnímání vnitřních fyziologických stavů a jejich zprostředkovávání dále do limbického systému je zapojena **insula**, která je součástí tzv. **salientní nervové sítě** zodpovědné za zpracovávání emočních stimulů a přepínání mezi sítí výchozího režimu (*default mode network*) a exekutivní sítí, což je důležitá složka emoční regulace, která je během závislosti narušená. Insula je vlivem averzivních emocí během **bažení** zvýšeně aktivovaná a **posiluje zaměření na negativní prožitky spojené s odvykáním**. Její přehnaná aktivace ovlivňuje přerazení cílevědomého flexibilního jednání (exekutivní síť) na kompulsivní, reflexivní jednání (síť výchozího režimu).

\* **Sít výchozího režimu** zprostředkovává spontánní mozkovou činnost vykonávanou v době absence aktivního zaměření pozornosti. Je zodpovědná za toulání mysli (*mind wandering*) a podílí se na komplexních biologických mechanismech sebe-reflexe a mentalizace. Anomálie v této oblasti mohou vyústit v psychopatologii (včetně deprese, autismu, ADHD a schizofrenie...). Její zvýšená aktivita v rámci fáze bažení při závislosti může **zintenzivnit zaměření na prožitky dyskomfortu a podporovat reflexivní, vědomě nezacílené jednání**.

---

## Rizikové faktory pro vznik závislosti

- mužské pohlaví
- genetické faktory
- mladší věk počátku užívání
- nepříznivé životní zkušenosti v dětství (traumatizace, týrání, ztráta/uvěznění/nemoc/jiná absence rodiče)
- psychiatrické komorbidity
- dostupnost drogy
- společenská normalizace užívání
- osobnostní předpoklady

Míra vlivu některých rizikových faktorů závisí na vývojovém stadiu ve kterém působí. Některé faktory predisponují člověka k expozici dalším rizikovým faktorům a tím pádem rizikové faktory nemají aditivní ale synergický, kaskádovitý efekt, nabalují se na sebe efektem sněhové koule. Proto intervence v ranějších stádiích vývoje mohou lépe podchytit riziko rozvoje poruch nejenom návykových, ale i ostatních duševních poruch vzhledem k tomu, že rizikové faktory pro vznik závislosti jsou sdílené s rizikovými faktory ostatních psychiatrických poruch.

**Adolescence** je rizikovým obdobím pro nedovyvinutou prefrontální mozkovou kůru, která je nutná pro seberegulaci. Proto je adolescence spojená s **tendencí k riskantnímu chování a experimentování s návykovými látkami**. Sociální stresory stejně tak jako expozice návykovým látkám v brzké adolescenci mohou narušit vývoj prefrontální mozkové kůry a oddálit její dozrání co je dále rizikovým faktorem vzniku návykových poruch v dalším životě.

## Sociální prostředí

- vysoká míra stresorů
- nedostatečná sociální podpora
- jednoduchý přístup k drogám
- nedostatek příležitostí a alternativních možností trávení volného času
- nezaměstnaní
- nestabilita bydlení
- rasismus
- diskriminace

Vystavení nepříznivému sociálnímu prostředí je nejvíce rizikové pokud se děje v dětství, protože může vést k opožděnému nebo nedostatečnému vývoji mozku. Vliv má ale na jedince celoživotně.

## Genetika

Genetické a epigenetické faktory mají vliv asi na 50% rizika vzniku závislosti. Zejména se jedná o geny zapojené v metabolismu drog, v dopaminergní a glutamatergní neurotransmisi, neuroplasticitě a ve vývoji mozku.

## Osobnostní předpoklady

Cloninger (1987) popsal 4 temperamentové polarity

1. **Novelty seeking** (*hledání nového*) - s vysokým skóre souvisí impulzivita, zvýšené riskování, nestálost.
2. **Harm avoidance** (*vyhýbání se nebezpečí*) - s vysokým skóre souvisí pesimismus pasivity, ostýchavost, opatrnost, vyhýbavost problémům
3. **Závislost na odměně** (*reward dependence*) - vysoké skóre se asociuje s citlivostí k sociálním podnětům, vřelostí, snahou pomáhat jiným, zalíbit se, se závislostí na podpoře druhých. Opakem je odměřenost v sociálních vztazích, citový chlad, praktické, tvrdé, emocemi neovlivněné chování.
4. **Odolnost** (*perzistence*) - vysoké skóre souvisí s pracovitostí, pilností a ambiciózností, nízké skóre s lhostejností, nedbalostí.

U závislých je typická kombinace vysokého skóre novelty seeking a harm avoidance a nízkého skóre závislosti na odměně a odolnosti.

## Psychiatrické poruchy

Zvýšené riziko vzniku návykových poruch je v terénu afektivních poruch (bipolární porucha, deprese) úzkostných poruch, psychotických a osobnostních poruch a ADHD. **Psychické poruchy** zvyšují riziko rozvoje závislosti zejména **sebe-medikací příznaků návykovými látkami**.

Na druhou stranu je zneužívání návykových látek spojené se zvýšeným rizikem vzniku psychických poruch a škodlivé užívání a závislost jsou rizikovými faktory rozvoje psychických poruch.

Genetické a environmentální rizikové faktory společně adiktologickým i duševním poruchám přispívají k vyšší míře komorbidity. Celoživotní prevalence jakékoliv poruchy spojené s užíváním návykových látek u osob s nějakou duševní poruchou je dvounásobná (29,8%) oproti běžné populaci (16,7%). Některé zdroje udávají, že **až 50 procent všech závislých mají komorbidní nějakou psychiatrickou poruchu**. Komorbidita je obecně spojovaná s větší závažností onemocnění a nižší pravděpodobností remise.

35-60% závislých splňuje kritéria pro antisociální poruchu osobnosti (pokud není splněné kritérium výskytu poruchy před užíváním, je toto procento vyšší). Pacienti s diagnózou antisociální poruchy osobnosti, kteří trpí návykovou poruchou vykazují více psychopatie, jsou impulzivnější, depresivnější a méně spokojeni se životem, než ti, kteří návykovou poruchou netrpí.

## Deprese a sebevražda

Až polovina pacientů závislých na opioidech a alkoholu někdy během života splňuje diagnostická kritéria pro depresivní poruchu. Užívání návykových látek je i častým precipitačním faktorem sebevraždy. Lidí, kteří zneužívají návykové látky, mají až dvacetinásobně větší riziko smrti sebevraždou, než běžná populace. Asi 15 % lidí se závislostí na alkoholu spáchá sebevraždu, což je nejčastější frekvence hned po pacientech trpících depresí.

From:  
<https://imagined.site/uni/ppa/> - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:  
[https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=navykove\\_poruchy\\_obecne&rev=1736030574](https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=navykove_poruchy_obecne&rev=1736030574)

Last update: **2025/01/04 22:42**

