

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. Odvykáací stav vyznačující se některým z následujících projevů:
 - a) charakteristický odvykáací syndrom pro danou látku,
 - b) daná látka (nebo látka s ní blíže příbuzná) je užívána k mírnění odvykáacích příznaků nebo k jejich předcházení.
-

Tabulka 2 | Diagnostická kritéria poruchy spojené s užíváním návykových látek podle DSM-5¹⁷

Poznámka: Pro některé látky nejsou příznaky a projevy odvykáacího 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 užití 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 abstinují.

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, Salience 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).

* **Síť 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 a komorbidita

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 psychopatologie, 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. Lidi, kteří zneužívají návykové látky, mají až dvacetinásobně větší riziko smrti sebevraždou, než běžná populace. Asi 15 % lidí se závislostí na alkoholu spáchá sebevraždu, co je nejčastější frekvence hned po pacientech trpících depresí.

Další poruchy spojené s užíváním návykových látek

Poruchy, které se můžou vyskytovat samostatně, nebo jako důsledek škodlivého užívání a závislosti na návykových látkách.

Akutní intoxikace

Přechodný stav, který vzniká během konzumace návykové látky, nebo krátce po konzumaci a který je charakterizován poruchami vědomí, poznávání, vnímání, afektů, chování nebo koordinace. Tyto poruchy jsou způsobeny známými farmakologickými účinky dané látky a jejich intenzita úzce souvisí s množstvím požití látky. Pro pochopení psychopatologie vyskytující se v průběhu intoxikace je nutno znát účinky dané látky. Poruchy jsou časově omezené a odeznívají, jakmile se látka z těla vyloučí. Po odeznění intoxikace je zotavení úplné, pokud nedojde ke komplikacím.

Komplikace akutní intoxikace

- úraz
- jiné medicínské komplikace (dušení zvratky)
- delirium
- psychóza
- kóma
- křeče

- smrt - důvody: předávkování a útlum dechového centra, neprůchodnost dýchacích cest zapadlým jazykem, aspirovaným obsahem žaludku, poruchy srdečního rytmu (fibrilace komor), infarkt myokardu, extrémní křeče se selháním orgánů, nehody včetně dopravních

- patologická akutní intoxikace: **patická opilost** (souvisí s užitím alkoholu) jedná se o náhle vzniklý a náhle odeznívající stav i po požití malého množství alkoholu, typicky u lidí, kteří běžně alkohol nekonzumují, mezi hlavní příznaky patří kvalitativní porucha vědomí - mráкотný stav, porucha emocí, nepochopitelné jednání, které není typické pro daného člověka, ale postižený může budít dojem zdravého člověka.

První pomoc při akutní intoxikaci

Každou intoxikaci je nutno považovat za **potenciálně život ohrožující stav**. Pokud nám není známo množství látky a čas intoxikace, zhrošování klinického stavu může mít **velmi rychlou dynamiku**. Základem je udržet aktivní krevní oběh a dýchání.



Zda dotyčný dýchá se přesvědčíme sledováním pohybů hrudníku a břicha, o stavu oběhu nahmatáním pulzu na tepnách.

Posouzení stavu vědomí - soustředíme se zejména na hloubku kvantitativní poruchy vědomí - bdělost (ospalost, somnolence, sopor, kóma) nejčastěji používáme testy GCS stupnici: *Otevře oči? Odpovídá? Reaguje na oslovení? Na dotek? Na bolest?*

Posouzení tělesného stavu: je přítomno poranění, krváčení, jiné známky tělesného onemocnění, cyanóza?

- Pokud je pacient **při plném vědomí** a je bezprostředně po intoxikaci pozření enterální cestou, má význam pokus o vyvolání **zvracení**.
- U pacienta při plném vědomí s podezřením na pokles krevního tlaku ho můžeme uložit na záda se zvýšenou polohou dolních končetin (autotransfuzní poloha).
- Pokud je pacient **v bezvědomí ale dobře dýchá a funguje mu krevní oběh**, uložíme ho do **stabilizované polohy** na boku a **sledujeme** stav a životní funkce.
- Pokud **není při vědomí a nejsou přítomny vitální funkce**, položíme pacienta na záda a zahájíme **KPR**. Voláme lékařskou první pomoc (**RZS**)



Zklinění: umístění na klidné bezpečné místo a eliminace dráždivých stimulů jsou základem první pomoci pacientovi **v akutní intoxikaci doprovázené psychotickými příznaky nebo úzkostí**. Intoxikovaný by neměl být sám. Úzkostné reakce lze tišit podpůrným klidným rozhovorem a ubezpečováním. U paranoidních a agitovaných akutně intoxikovaných je riziko impulzivních a agresivních reakcí, proto **je nutné myslet na zachování bezpečí** při navazování kontaktu.

Odvykací stav

klinicky významná skupina příznaků, chování nebo fyziologických projevů, které se liší stupněm závažnosti a trvání a které se **objevují při ukončení nebo omezení užívání návykové látky** u jedinců, u nichž se vyvinula závislost na dané látce, nebo ji užívali po delší dobu ve velkém množství.

Synonymem je: abstinenční syndrom, syndrom z odnětí návykové látky, syndrom z vysazení.

Liší se podle typu návykové látky, u některých návykových látek je závažný (opioidy), nebo dokonce potenciálně život ohrožující (alkohol, hypnosedativa, GHB) u jiných je méně závažný ale přesto nepříjemný (psychostimulační látky, kanabis, tabák), nebo se v klinicky významné míře nedostavuje (halucinogeny, disociativní anestetika).

Nejčastější komplikace odvykacího stavu

- křeče
- epileptické záchvaty
- psychotické příznaky
- delirium

Delirium

Akutní stav poruchy pozornosti a vědomí se specifickými příznaky, který se vyvine během intoxikace návykovou látkou, nebo po jejím vysazení v rámci odvykacího stavu (v *MKN 10 F1x.4*). Množství a doba užívání látky musí být schopné vyvolat delirium.

Specifické diagnostické rysy deliria

- **snížená jasnost (lucidita)** uvědomování si okolí a **snížená** schopnost zaostřit, udržet, nebo přesunout **pozornost**
- zhoršení bezprostřední a krátkodobé paměti
- částečná nebo úplná **dezorientace** v čase, místě, osobě nebo situaci
- **Poruchy psychomotoriky** (rychlé nepředvídatelné přechody z hypoaktivity do hyperaktivity, prodloužený reakční čas, zvýšený nebo snížený proud řeči, prodloužená reakce, agitovanost)
- **Narušený cyklus spánek/bdění** (insomnie, nebo spánková inverze, zhoršování příznaků v noci, rušivé sny, noční můry)
- příznaky začínají rychle a jsou měnlivé v průběhu dne
- nelze je lépe vysvětlit jinou primární duševní poruchou, nebo jiným zdravotním stavem, který není zařazen pod duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy.

Typicky se vyskytující příznaky, které nejsou směrodatné pro určení diagnózy deliria:

- živé halucinace a iluze zejména vizuální a taktilní
- bludy
- emoční poruchy (úzkost, strach, deprese, podrážděnost, euforie, apatie)

Psychotická porucha

Psychotické příznaky (bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, výrazně dezorganizované chování), které se vyvinou během nebo krátce po intoxikaci návykovou látkou

- **v rámci akutní intoxikace** - odezní po odeznění akutní intoxikace (trvání do 48 hodin)
- po vysazení návykové látky **v rámci odvykacího stavu**
- **v rámci toxické psychózy** (v MKN 10 je to F1x.5)- rozvoj 48 hodin až 2 týdny od intoxikace, zároveň ale netrvá déle než 6 měsíců od vysazení návykové látky. Intenzita nebo trvání příznaků podstatně převyšuje psychotické příznaky, které jsou charakteristické pro intoxikaci danou látkou, nebo pro běžný odvykací stav od dané látky.
- Příznaky nejsou lépe vysvětleny primární duševní poruchou (např. schizofrenie, porucha nálady s psychotickými příznaky), jak by tomu mohlo být v případě, že psychotické příznaky předcházely začátku užívání návykové látky, nebo přetrvávají po podstatnou dobu po ukončení užívání návykové látky (6 měsíců) nebo pokud existují další důkazy o již existující primární duševní poruše s psychotickými příznaky (např. anamnéza předchozích epizod nesouvisejících s konzumací látky).

Specifické poruchy způsobené užíváním látky

= Reziduální poruchy (F1x.7)

- Poruchy spojené s užíváním návykové látky, které se **objevují a přetrvávají po určitém časovém odstupu od užití** a nelze již očekávat přímý efekt akutní intoxikace, nebo odvykacího stavu
- nelze je lépe vysvětlit přítomností primární duševní poruchy
- Ne všechny jsou reverzibilní, některé mohou přetrvávat i po dlouhodobé abstinenci

Porucha osobnosti nebo chování - degradace a depravace

Poruchy nálady (deprese) a úzkostné poruchy

Reziduální poruchy kognitivních funkcí (demence, jiné perzistující kognitivní poškození)

Psychotické reminiscence (flashbacky) - epizodický, přechodný návrat známých příznaků intoxikace drogou, k němuž dojde i po delší době vysazení drogy

Psychotická porucha s pozdním začátkem (2-6 týdnů od užití)

Poznámka:

Amnestický syndrom způsoben užíváním alkoholu je v MKN-10 popsán v kapitole návykových poruch (F10.6)

V MKN-11 je rozdělen na **prostý amnestický syndrom** způsoben užíváním alkoholu popsán v kapitole poruch organických (6D72.1) spolu s demencí způsobenou užíváním alkoholu (6D84.0), těmito diagnózami se ale nově již nepopisuje **Wernicke-Korsakoff syndrom**, který je **vyčleněn do poruch výživy a metabolismu** (poruchy z nedostatku vitamínu B1 thiaminu) pod kódem 5B5A.1

Poruchy způsobené návykovým chováním

Rovněž závislosti na procesech/behaviorální závislosti.

Poruchy způsobené návykovým chováním jsou rozpoznatelné a klinicky významné syndromy spojené s úzkostí nebo interferencí s osobními funkcemi, které se vyvíjejí v důsledku opakovaného odměňování za jiné chování, než je užívání návykových látek. Poruchy způsobené návykovým chováním zahrnují hráčskou poruchu a patologické hraní hazardních her, které se může vykytovat v online i offline podobě.

Zde je definice podle MKN-11, která cílí na zjednodušení a sjednocení jednotlivých návykových poruch

Patologické hráčství (hráčská porucha)

Hráčská porucha, se vyznačuje vzorcem přetrvávajícího nebo opakujícího se hráčského chování a projevuje se:

- **zhoršenou kontrolou** nad hraním hazardních her (např. začátek, frekvence, intenzita, trvání, ukončení, kontext);
- rostoucí prioritou, která je hraní hazardních her přikládána do té míry, že hraní hazardních her má **přednost před ostatními životními zájmy** a každodenními činnostmi
- **pokračováním** nebo stupňováním hraní hazardních her **navzdory výskytu negativních důsledků**. Vzorec chování je natolik závažný, že vede k významnému narušení v oblasti osobních, rodinných a sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání a ostatních důležitých oblastech života.

Vzorec hráčského chování může být kontinuální nebo epizodický a opakující se. Aby mohla být diagnóza stanovena, jsou chování a další rysy hazardního hraní obvykle patrné po dobu nejméně 12

měsíců, i když požadovaná doba může být zkrácena, pokud jsou splněny všechny diagnostické požadavky a příznaky jsou závažné.

Hráčskou poruchu dělíme na online (internetová) a offline (kasína, automaty, rulety, sázky)

Diagnóza dle DSM - 5

Symptomy trvají 12 měsíců, musí být přítomno 4 a více symptomů, závažnost se určuje podle počtu symptomů:

- potřeba zvyšování sázek k dosažení stejného vzrušení
- iritabilita při pokusu přestat
- neúspěšné pokusy přestat s hraním
- zahlcení myšlenkami na hraní
- hraní jako řešení stresu
- hraní za účelem nahrazení předešlých proher
- lhaní k zamaskování problému s hraním
- ztráty v důsledku hraní (práce, vztahy, jiné příležitosti)
- půjčování nebo kradení peněz kvůli hraní

Rozdělení: epizodické, přetrvávající, v remisi

Vylučující kritérium diagnózy patologického hráčství je **manická epizoda**.

Porucha hraní digitálních her

Porucha hraní digitálních her se vyznačuje vzorcem přetrvávajícího nebo opakujícího se herního chování ("digitální hraní" nebo "hraní videoher"), které může být online (tj. přes internet) nebo offline a projevuje se:

- 1. zhoršenou kontrolou nad hraním (např. začátkem, frekvencí, intenzitou, trváním, ukončením, kontextem);
- 2. rostoucí prioritou, která je hrám přikládána do té míry, že hraní má přednost před ostatními životními zájmy a každodenními činnostmi, a
- 3. pokračováním nebo stupňováním hraní navzdory výskytu negativních důsledků. Vzorec herního chování může být kontinuální nebo epizodický a opakující se.
- Vzorec herního chování vede k výraznému stresu nebo významnému zhoršení v oblasti osobních, rodinných a sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání a ostatních důležitých oblastech života.
- Herní chování a další rysy jsou obvykle zjevné po dobu nejméně 12 měsíců, aby mohla být diagnóza stanovena, i když požadovaná doba může být zkrácena, pokud jsou splněny všechny diagnostické požadavky a příznaky jsou závažné.

Další behaviorální závislosti

- Závislost na mobilním telefonu
- Opakovaná automutilace

- Kompulzivní sexuální chování
- Kompulzivní nakupování
- Workoholismus

From:

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

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=navykove_poruchy_obecne&rev=1736065996

Last update: **2025/01/05 08:33**

