

Závislost na benzodiazepinech je přehlížená a nebezpečná

Benzodiazepiny (BZD) jsou nejužívanější farmaka v ČR, v jejich spotřebě jsme v EU na prvním místě. Byly objeveny v roce 1957 L. Sternbachem (Hoffman La Roche) a nadšeně přijaty odbornou veřejností jako bezpečná náhrada barbiturátů bez potenciálu závislosti. BZD mají anxiolytický, sedativní, hypnotický, antiepileptický, protikřečový a centrálně myorelaxační účinek. Závislost na nich existuje a představuje nemalý problém.

Benzodiazepiny jsou obsaženy v mnoha domácích lékárnách, řada lidí je užívá ke zklidnění a ke spánku nebo místo alkoholu. Řada závislých pacientů je používá ke zklidnění po stimulanciích nebo prostě pro tlumivý efekt a uspokojení. Mnoho nejen starších lidí je má předepsáno v dobré víře od svého lékaře pro poruchy spánku, nervozitu a úzkosti. Pacienti středního a vyššího věku trpí touto závislostí nejčastěji. Nejvyšší prevalence preskripce nevhodných léčiv ve stáří byla nalezena v České republice (41 %), dále v Itálii (26 %) a Finsku (21 %). V nadbytečném předepisování hraje významnou roli i preskripční zvyklost. BZD mají vysoký potenciál závislosti, která má tytéž principy a důsledky pro jakékoli uživatele, legální i nelegální.

Závislost na BZD je přes svoje zdravotní důsledky rozšířená a lékařskou veřejností přehlížena. Problémem je fakt, že na rizika závislosti mnoho lékařů nemyslí, pacient BZD získává i od více lékařů zároveň. Záchyt závislosti je chabý a frekvence vysoká. Postihuje bezdomovce, lékaře i paní ze sousedství. Pro diagnostiku je nezbytný pozorný rozhovor a pozorování (typické projevy), důkladná anamnéza, laboratorní vyšetření (toxikologie moči s pozitivním průkazem zhruba 1 až 7 dní, avšak ne u všech látek) a komunikace mezi lékaři. Nejdůležitější je vůbec se na užívání BZD zeptat. Praktický lékař zde hraje klíčovou roli.

Pro diagnózu závislosti jsou typickými puzezi dále užít látku, potíže v kontrole užívání (dávka, množství), tolerance vyšších dávek a typický odvykací stav shodný s alkoholem. Mezi jeho projevy patří třes, neklid, nespavost, pocení, slabost, křeče, typický je rebound fenomén (návrat symptomů, kvůli nimž byl benzodiazepin nasazen). Somatický odvykací stav je velmi závažný, na rozdíl od opiátů (obdobný potenciál závislosti) život ohrožující – epileptickým záchvatem a deliriem. Odvykací stav je důsledkem snížení dávky při nedostatku (nemoc, hospitalizace, odjezd na dovolenou, předčasné využívání zásob...). Naopak akutní intoxikace se projevuje desinhibicí, útlumem, anterográdní amnézií, poruchou pozornosti, setrélou řečí. Intoxikace může vrcholit naopak masivním neklidem se zmateností, deliriem. Rizikem je aspirace zvratků a neprůchodnost dýchacích cest. K akutní intoxikaci dochází často omylem, BZD jsou všude velice časté. Akutně mohou benzodiazepiny působit útlum dechového centra a srdeční činnosti, tento efekt je významně potencionován jinými tlumivými látkami (nejčastěji alkoholem). Přímým antidotem BZD je flumazenil, používá se jen u život ohrožujících stavů. Jako bezpečnější nástupci benzodiazepinů byla vyvinuta tzv. Z-hypnotika (zolpidem, zopiklon aj.). Nemají sice řadu dalších účinků jako benzodiazepiny a působí sedativně, ale bohužel,

návykový potenciál těchto látek je také vysoký. Také je lze bezpečně podávat pouze po omezenou dobu a odvykací stav bývá nepříjemný i nebezpečný.

Závislost bývá náhodným zjištěním při relativním nedostatku BZD pacienta. Pokud máme na závislost podezření, můžeme si její přítomnost ověřit manipulací s dávkou do obou směrů. V žádném případě bychom neměli vysazovat BZD zcela náhle. Musíme počítat s tím, že vhodnější léky (antidepresiva na náladu a úzkost, melatonin na nespavost) nemohou ovlivnit odvykací stav a nebudou plně účinkovat, dokud nepominou odvykací stav, což může trvat i řadu týdnů. Při zjištění závislosti zahájíme postupně snižování dávky, nejlépe úvodním snížením o polovinu dávky během jednoho týdne, další čtvrtinu snižujeme pomaleji a poslední čtvrtinu během více týdnů. Odvykací stav je subjektivně velmi nepříjemný. Rizikem je odvykací stav doprovázený deliriem nebo epileptickým záchvatem při vysokých dávkách. Stav úzkosti a nespavosti jsou spíše očekávaným pravidlem. Je vhodnější a pacienty lépe přijímané nejprve místo BZD s krátkým poločasem předepsat dlouhodobě působící – např. diazepam. Pacient s již jednou ověřenou závislostí by již nikdy za žádných okolností neměl mít od lékaře předepsaný lék ze skupiny benzodiazepinů. Tím ovšem řešíme pouze přístup k BZD a fyzickou závislost. Vzhledem k iatrogennímu původu je to ale nezbytné.

Psychická složka závislosti znamená pokračující bažení a tendenci pacienta dále vyhledávat BZD podle možností. Zatímco vyjádřená závislost patří do rukou specialisty, pro většinu pacientů postačí základní postupy. Krátká intervence zahrnuje informace o souvislosti a důsledcích, zodpovědnost, ovlivnění vlastními silami, nabídku možností, rady, empatii a schopnost



ilustrace: foto sompharostock.cz

dosáhnout cíle vlastními silami. Posledním motivace, opakovanými informacemi a ochotou pomoci lze během času dosáhnout významných výsledků.

Léčba závislosti a jejích důsledků je dobře realizovatelná, zásadním problémem zůstává její záchyt a diagnostika. Mnoho pacientů užívá BZD déle, než je hranice bezpečného užívání, jež činí 2 až 6 týdnů. Již při užívání BZD po dobu tří měsíců rozvine třetina pacientů závislost. Řada starších pacientů a pacientek užívá hypnotika řadu měsíců a let a lékaři ani možnost závislosti nenapadne. Potíže těchto lidí přetrvávají. Důležitou informací je smysluplnost použití benzodiazepinů. Úzkostné poruchy by měly být léčeny antidepresivy. Poruchy spánku lze většinou zvládnout díky nalezení příčiny. Symptomaticky používáme postupy ke znovunavození cirkadiálních rytmtů: spánkovou hygienu, kognitivně behaviorální postupy, léčbu světlem a melatonin. V budoucnu snad bude jedna z nejčastějších závislostí – na benzodiazepinech – jen učebnicovým termínem.

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.,

Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni