

zení jater je naprostá abstinence od alkoholu. U abstinujících pacientů dochází podle našich zkušeností většinou k relativně rychlému zlepšení stavu někdy i v případě závažného postižení. Podle materiálů amerického National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [1] se doporučuje také přestat kouřit (tabák i marihuanu), doplnit vitaminy skupiny B (zejména thiamin) i další vitaminy a minerály. Zde je ale třeba podotknout, že vitamin A je v kombinaci s alkoholem toxický a lze ho tedy podávat pouze těm pacientům, kteří nezneužívají alkohol. Podle výše citovaného pramene se doporučují i triglyceridy se středně dlouhým řetězcem a s-adenosylmethionin. Transplantace jater u alkoholového postižení jater u abstinujících má relativně dobrou prognózu [2], lepší než např. transplantace pro pokročilou hepati-

tis typu C, což je v USA nejčastější důvod k transplantaci jater. I tak komplikovaný a nákladný výkon jako je transplantace jater je pořád ještě ekonomicky výhodnější než symptomatická léčba [3]. Je zásadně důležité, aby léčba alkoholového poškození jater byla zahájena co nejdříve a předešlo se vzniku těžkých změn. Jestliže někdo navrhuje, aby si závislí na alkoholu léčbu platili sami, neuvědomuje si, že by závislí původ svých obtíží o to více tajili, což se už děje u pracovních úrazů nebo dopravních nehod. Léčba četných pokročilých a mylně diagnostikovaných tělesných i psychiatrických komplikací závislosti by pak zvýšila náklady zdravotnictví a snížila efektivitu péče. Z celospolečenského hlediska komplikuje prevenci nízká cena alkoholu a jeho prakticky neomezená propagace.

LITERATURA

1. Alcoholic liver Disease. Alcohol Alert, 64, 2005, citováno podle internetové verze na www.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm
2. **Bellamy, Ch. O. C., DiMartini, A. M., Ruppert, K. et al.:** Liver transplantation for alcoholic cirrhosis: Long term follow-up and impact of disease recurrence. Transplantation, 72, 2001, pp. 619–626.
3. **Keeffe, E. B.:** Comorbidities of alcoholic liver disease that affect outcome of orthotopic liver transplantation. Liver Transplantation and Surgery, 3, 1997, pp. 251–257. Citováno podle Alcoholic liver Disease (2005).
4. **Zima, T., Mareček, Z., Špičák, J., Lukáš, M.:** Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem. Medprint, Praha 1996, 198 s.

Dodáno redakci: 25. 2. 2005

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha*

*MUDr. Tomáš Zima, DrSc.
Ústav klinické biochemie a
laboratorní diagnostiky
1. LF UK a VFN, Praha*

*PhDr. Ladislav Csémy
Psychiatrické centrum Praha*

Krátká intervence u patologického hráčství

Nešpor K., Csémy L.

Rozšíření problémů působených hazardní hrou v populaci

Údaje o počtu patologických hráčů nejsou k dispozici, je ale znám výskyt zkušeností s hazardní hrou na automatech u dospívajících ve věku 16 let. Tato zkušenost činila celoživotně u chlapců 15,3 % a u dívek 7,2 %. Hraní na hazardních automatech 1krát týdně či častěji se objevovalo u 2,4 % chlapců a 0,6 % dívek [1]. Z uvedeného vyplývá, že, vzhledem k dostupnosti hazardních her lze předpokládat další nárůst patologického hráčství i jiných problémů, které hazardní hra působí (kriminálníta u dříve bezúhonných, homosexuální prostituce, rozvodovost apod.). Hazardní hry u dospívajících jsou také spojeny s vyšším rizikem problémů působených alkoholem i jinými látkami, jak o tom svědčí naše zkušenosti i zahraniční práce [5]. Spolupráce patologických hráčů při léčbě má někdy krátkodobý charakter a řada z nich léčbu předčasně přeruší. Ze všech těchto důvodů je žádoucí, aby lékaři a další pracovníci různých oborů

(adiktologie, psychiatrie, všeobecné lékařství, dorostové lékařství, psychologové, pedagogové apod.) uměli prová-
dět krátkou intervenci k problémům působených hazardní hrou.

Krátká intervence

Je pravděpodobné, že terapeut nepoužije v rámci krátké intervence všechny dále uvedené postupy, ale vybere z nich třeba i jen jeden nebo dva s ohledem na časové možnosti a situaci.

Prvky krátké intervence

- Posoudit stav pacienta, informovat o výsledku. V našich podmínkách budeme vycházet z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a rozhodovat mezi patologickým hráčstvím (F63.0) a hráčstvím a sázkařstvím (Z72.6). Pro patologické hráčství jsou typické: 1. craving (bažení) po hazardní hře, 2. zhoršené sebeovládání ve vztahu k hazardní hře, 3. pokračová-

- ní navzdory nepříznivým důsledkům. Jedná se tedy o podobné znaky, jaké najdeme v definici závislosti na psychoaktivních látkách. Naproti tomu u hráčství a sázkařství zůstává sebekontrola ještě zachována.
- Doporučit, aby pacient u sebe nenosil větší částky peněz, protože u mnoha patologických hráčů vyvolávají volné finanční prostředky craving (bažení) po hazardní hře. Ze stejných důvodů by výběr z pacientova bankovního konta měl být vázán dvěma podpisy (např. podpisy pacienta a jeho rodičů nebo manželky), případně by měly peníze přímo chodit na účet někoho, komu pacient důvěřuje.
 - Často obrovské dluhy je třeba splácet plánovitě a systematicky, doporučuje se zpracovat realistický splátkový kalendář a dluhy umořovat postupně (tedy nedat prvnímu věřiteli všechno, a dostat se tak i s rodinou do neřešitelné finanční tísně). Podrobněji viz Nešpor [6].
 - Střední míra zátěže a vyvážený způsob života. Řada patologických hráčů má tendenci, ať z důvodů finančních nebo psychologických, vyhledávat nadměrné pracovní zatížení. Stav vyčerpání pak snižují jejich odolnost a zvyšují riziko recidivy. Vyvážený způsob života naopak usnadňuje abstinenci.
 - Jasně a jednoznačně doporučit vyhnout se veškerým formám hazardní hry i prostředím, kde se hazardní hra provozuje (nejčastěji se jedná o herny a restaurace).
 - Vždy je třeba se zeptat na sebevražedné tendence a dluhy. Je vhodné nabízet kontakty na linky telefonické pomoci k prevenci sebevražd a lepšimu zvládnutí nečekaných krizí. Ledgerwood a Petry [4] uvádějí, že největší riziko sebevražedných pokusů je u pacientů s pokročilejším patologickým hráčstvím, u těch, kdo k hazardní hře utíkají před jinými problémy, kdo mají sklon k disociaci, vyžadování pozornosti a impulzivité.
 - Nepít alkohol, zejména ne v rizikovém prostředí, aby se nezhoršovalo sebeovládání. Nezneužívat drogy. Relativně často se setkáváme s nebezpečnou kombinací patologického hráčství a závislosti na pervitinu.
 - Předání svépomocného manuálu. Zpracovali jsem původní českou příručku [6], která je volně ke stažení z webových stránek www.plbohnice.cz/nespor. Ze stejného zdroje je také možné si stáhnout nahrávku desenzitizace ve fantazii pro patologické hráče.
 - Spolupráce s rodinou. Rodina by neměla automaticky splácet pacientovy dluhy, ale trvat na změně a pomoc podmínit dobrou spoluprací při léčbě.
 - Užitečné je posilování motivace [3]. Posilování motivace se nejčastěji děje za pomoci vhodných otázek, které pacientovi připomenou nevýhody hazardní hry a její rizika. To se děje s pochopením a nekonfrontačně. Užitečným nástrojem k posilování motivace je i dotazník organizace Gamblers anonymous (český překlad viz Nešpor, [6]), který se týká právě problémů působených hazardní hrou.
 - Kontroly a sledování. Kontakty s léčebnými zařízeními a svépomocnými organizacemi by měly během prvních několika měsíců intenzivnější a soustavné.
 - Terapeutický kontrakt (léčebná dohoda). Ta se může týkat léčby, změny životního stylu, nakládání s penězi apod.
 - Kognitivně-behaviorální terapie (např. [7]).

- Svépomocné organizace (Anonymní hráči nebo Anonymní alkoholici) nejlépe v kombinaci s profesionální pomocí.
- Doporučení ke specializované léčbě. Je prospěšné, když má doporučení ke specializované léčbě konkrétní podobu, pacient se zároveň dozví např. adresu, telefonní číslo, podmínky léčby, případně kdo ho z rodiny k první návštěvě příslušného zařízení doprovází (tzv. aktivní předání).
- Jestliže se při ambulantní léčbě nedaří stav stabilizovat nebo se objevují sebevražedné tendence, je nutná hospitalizace.
- Prevence a zvládání recidiv. Recidivy u patologických hráčů často nastávají, když jsou o samotě, když uvažují o penězích a mají fantazie týkající se výher [3]. V prevenci recidiv se pracuje např. s identifikací podnětů, které aktivují craving a spouštějí recidivy (tzv. „spouštěče“). Je vhodné nacvičovat vyhýbání se spouštěčům nebo tam, kde není možné jejich zvládnutí. Zastavení recidivy by se mělo dít za pomoci další osoby nebo osob (rodina, profesionální pomoc apod.). Následně je třeba recidivu vyhodnotit a vyvodit z ní závěry do budoucna.

Příklady krátké intervence pro patologické hráčství

Hodgins a spol. [2] uskutečnili kontrolovanou studii, která zahrnovala jednoduchou krátkou intervenci sestávající z dvou motivačních rozhovorů vedených telefonicky a předání tištěného materiálu. Skupina, u níž proběhly kromě předání tištěných materiálů navíc telefonické motivační rozhovory, měla po 24 měsících lepší výsledky než skupina, která dostala pouze tištěné materiály.

Takushi a spol. [7] referují o úspěšném programu pro vysokoškolské studenty, který zahrnoval posilování motivace, nácvik kognitivně-behaviorálních dovedností, kognitivní korekci, uvážování o důsledcích hazardní hry a prevenci recidiv.

Krátká intervence, kterou rutinně provádíme u pacientů, kteří se na nás obracejí, sestává z předání svépomocné příručky [6], předání kontaktů na další pracoviště a linky telefonické pomoci. Terapeut se ptá na dluhy, sebevražedné tendence a největší problémy, které hazardní hra působila. Pak terapeut nadiktuje hlavní zásady, jak překonávat problémy s hazardní hrou (nenosit u sebe peníze, střední míra zátěže, ambulantně se léčit dlouho a soustavně, vyhýbat se alkoholu a drogám a rizikovým prostředím, dluhy splácet postupně atd.) a pacienti si tyto zásady poznamenají. Následuje zodpovězení dotazů. Pacienti jsou dále zváni na skupinovou terapii. Jedná se o velkou skupinu čítající od 15 do cca 40 lidí, která se schází 1krát týdně. Skupinu zahajují zkušenosti pacientů z nechráněného prostředí, následuje motivační část (např. odpověď na otázku „*Kdy jsem se kvůli hazardní hře nejvíce styděl?*“), nácviková část skupiny a pozitivně laděný závěr.

Souhrn a závěr

Práce shrnuje postupy, které lze použít při krátké intervenci k problémům působených hazardní hrou. Vzhledem k rozšířenosti problémů s hazardní hrou v populaci je zásadně důležité, aby krátkou intervencí používali pracovníci různých oborů, tedy nejen lékaři, ale i psychologové, pedagogové a podobně.

LITERATURA

1. **Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P., Lejčková, P.:** Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2003. Nepublikovaná výzkumná zpráva. Psychiatrické centrum Praha.
2. **Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., Peden, N.:** Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychol. Addict. Behav.*, 18, 2004, pp. 293–296.
3. **Hodgins, D. C., el-Guebaly, N.:** Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2004, pp. 72–80.
4. **Ledgerwood, D. M., Petry, N. M.:** Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 192, 2004, pp. 711–714.
5. **Lynch, W. J., Maciejewski, P. K., Potenza, M. N.:** Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 2004, pp. 1116–1122.
6. **Nešpor, K.:** Jak překonat problém s hazardní hrou. 2. rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, 104 s.
7. **Takushi, R. Y., Neighbors, C., Larimer, M. E., Lostutter, T. W., Cronce, J. M., Marlatt, G. A.:** Indicated prevention of problem gambling among college students. *J. Gambl. Stud.*, 20, 2004, pp. 83–93.

Dodáno redakci: 14. 3. 2005

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

PhDr. Ladislav Csémy
Psychiatrické centrum, Praha

Alkohol a epilepsie

Nešpor K.

Úvod

Výskyt epileptického onemocnění se odhaduje na 0,5–1 %, to znamená, že v České republice trpí epilepsií zhruba 70 000 osob. Další 1–4 % populace prodělají v životě ojedinělý epileptický záchvat [3]. Česká republika, jak známo, patří k zemím s vysokou spotřebou alkoholu pohybující se dlouhodobě kolem 10 litrů 100% alkoholu na obyvatele za rok. Zneužívání alkoholu a výskyt epileptických záchvatů spolu nezřídka souvisejí. Toho si povšiml už Hippokrates a staří Římané [1]. Alkohol není jediná psychoaktivní látka, která může vyvolat epileptické záchvaty. Epileptické záchvaty se vyskytují i v odvykacím stavu po barbiturátech a po vysokých dávkách benzodiazepinů nebo při intoxikaci amfetaminy (pervitin) či kokainem. Vzhledem k rozšířenosti alkoholu jsou ale epileptické záchvaty související se zneužíváním jiných látek daleko méně časté.

Alkohol jako příčina epileptických záchvatů

Hillbom a spol. [1] odhadují výskyt epileptických záchvatů u závislých na alkoholu nejméně trojnásobný ve srovnání s běžnou populací. Zneužívání alkoholu také často předchází výskytu status epilepticus (podle různých studií v 9–25 % případů). Alkohol, podobně jako např. barbituráty nebo benzodiazepiny, může v odvykacím stavu vyvolat epileptický záchvat nebo status epilepticus u osob, u nichž se dříve epileptické záchvaty nevyskytovaly.

Epileptický záchvat se typicky objevuje 6–48 hodin poté, co skončilo pití alkoholu. Uvažuje se i o tom, že riziko epilepsie mohou zvyšovat i strukturální změny a úbytek mozkové tkáně, k nimž dochází v důsledku pití

vysokých dávek alkoholu. Podle dosud nepotvrzené hypotézy riziko epileptických záchvatů zvyšují také opakované odvykací stavy.

Velká část epileptických záchvatů u závislých na alkoholu, snad až 50 % [7], nesouvisí s odvykacím stavem. Častou komplikací u pacientů zneužívajících alkohol jsou úrazy hlavy nebo cévní mozkové příhody v důsledku prudkého zvýšení krevního tlaku po vysokých dávkách alkoholu. Naše zkušenosti potvrzují užitečnost počítačové tomografie mozku (CT) zejména u netypických obrazů a průběhů odvykacích stavů. Určitý význam v etiologii epileptických záchvatů u závislých na alkoholu má patrně i rozvrat vodního a minerálního hospodářství a hypoglykémie.

Léčba a prevence epileptických záchvatů alkoholové etiologie

Zásadní význam má náležitá léčba odvykacího stavu. K tomu jsou vhodné klomethiazol a dlouhodobě působící benzodiazepiny. K častým chybám při léčbě odvykacích stavů patří nedostatečné dávkování, které nebere v úvahu vysokou toleranci pacienta. Hillbom a spol. [1] odhadují, že náležitou léčbou odvykacích stavů lze snížit výskyt epileptických záchvatů při odvykacím stavu z 8 % na 3 %. Benzodiazepiny ale mohou zhoršovat respirační insuficienci např. u pacienta s deliriem tremens a pneumonií. Objevily se zprávy o používání karbamazepinu v kombinaci s tiapridem [2]. Karbamazepin může zhoršit jaterní funkce a navíc vede k poruchám AV převodu, není tedy bez rizika zejména u těžkých odvykacích stavů. Podobně jsou u těžkých odvykacích stavů a delirií tremens nevhodná antipsychotika, protože zvyšují riziko epileptického záchvatu a mohou působit u těchto vul-