

# ZMÍRNĚNÍ PŘÍZNAKŮ DEPRESE PO ÚSPĚŠNÉ LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

původní práce

Lenka Štěpánková<sup>1</sup>  
Eva Králíková<sup>1,2</sup>  
Kamila Zvolská<sup>1</sup>  
Alexandra Pánková<sup>1,2</sup>  
Vladislava Felbrová<sup>1</sup>  
Stanislava Kulovaná<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centrum pro závislé na tabáku  
III. interní kliniky – kliniky  
endokrinologie a metabolismu,  
1. LF UK a VFN v Praze

<sup>2</sup>Ústav hygieny a epidemiologie  
1. LF UK a VFN v Praze

## Kontaktní adresa:

MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.  
Centrum pro závislé na tabáku  
Karlovo náměstí 32  
128 00 Praha 2  
e-mail: lenka.stepankova@lf1.cuni.cz

## SOUHRN

Štěpánková L, Králíková E, Zvolská K, Pánková A, Felbrová V, Kulovaná S. Zmírnění příznaků deprese po úspěšné léčbě závislosti na tabáku

**Úvod:** Kouření je hlavní preventabilní příčinou morbidit a mortality v současném světě. U pacientů trpících psychickými poruchami jsou nemoci způsobené užíváním tabáku dokonce nejčastější příčinou úmrtí. Ti jsou v průměru dvakrát častěji kuřáci než psychicky zdravá populace a denně obvykle vykouří vyšší počet cigaret než průměrný kuřák. Dlouhodobě přetrvává obava psychiatrů i dalších zdravotníků z prohloubení psychického onemocnění v souvislosti s odvykáním kouření. Tyto obavy se však dlouholetým zkoumáním nepotvrdily a naopak řada studií prokazuje zmírnění psychických obtíží, zvláště pak faktorů deprese, úzkosti a stresu.

**Cíl:** Ověřit závažnost depresivní poruchy u kuřáků přicházejících léčit svou závislost na tabáku a porovnat se stavem po roce abstinence. Vyhodnotit úspěšnost léčby celkově i u tří podskupin pacientů dle vstupního skóre depresivních příznaků.

**Metody:** V souboru pacientů Centra pro závislé na tabáku léčených v letech 2010–2013 (1730 osob s kompletními daty) byla statisticky vyhodnocena úspěšnost celková i dle podskupin na základě vstupního skóre deprese dle Beckovy sebesuzovací stupnice deprese (BDI-II).

U úspěšných pacientů, kteří vyplnili BDI-II na počátku i na konci léčby (509/651), byla statisticky vyhodnocena metodou kontinuální i kategoriální evaluace změna BDI-II skóre na počátku léčby a po roce abstinence.

## SUMMARY

Štěpánková L, Králíková E, Zvolská K, Pánková A, Felbrová V, Kulovaná S. Improvement of depressive symptoms after a successful treatment of tobacco dependence

**Background:** Smoking is the current major preventable cause of morbidity and mortality worldwide, in patients with mental disorders tobacco related diseases are even the main cause of death. They are on average twice more likely to smoke than mentally healthy population and they smoke usually higher number of cigarettes per day. The fear of manifestation or worsening of depression after smoking cessation is a barrier to tobacco dependence treatment for many smokers willing to quit and also for the health care staff. However, the long-term research did not confirm these concerns: large number of scientific studies demonstrated improvement of mental problems after smoking cessation, especially factors of depression, anxiety and stress.

**Aims:** To elucidate the level of depression in smokers seeking treatment of tobacco dependence at the baseline and after one year of abstinence from smoking. Abstinence rates in the whole sample, as well as in three subgroups according to the baseline depression score.

**Methods:** Abstinence rates were evaluated in patients of the Centre for Tobacco-Dependent between 2010–2013 (1,730 persons with complete records) in total, as well in subgroups according to the baseline Beck Depression Inventory (BDI-II).

The change in the BDI-II score in abstainers who completed the BDI-II score at the baseline and after one year

**Výsledky:** Roční abstinence ověřená oxidem uhelnatým ve vydechovaném vzduchu byla v celém sledovaném souboru 37,6% (651/1730). Úspěšnost u pacientů, kteří se v úvodu nenacházeli v pásmu hodnotitelné deprese (BDI-II < 14 bodů), byla ve srovnání s pacienty se symptomy střední až silné deprese v počátku léčby signifikantně vyšší s OR 2,59 (1,76–3,79),  $p < 0,001$ . Průměrná míra závažnosti depresivních příznaků u hodnocené skupiny pacientů (509 osob) se po roce abstinence od kouření statisticky signifikantně snížila: vstupní BDI-II skóre 8,9 bodu (SD 0–25), po roce abstinence BDI-II skóre 5,3 bodu (SD 0–18),  $p < 0,01$ .

**Závěr:** Míra závažnosti depresivních příznaků hodnocená pomocí BDI-II byla u bývalých kuřáků po roční abstinenci statisticky signifikantně nižší v porovnání se stavem před počátkem léčby. Intenzivní léčba závislosti na tabáku by měla být dostupná všem pacientům včetně psychicky nemocných kuřáků.

**Klíčová slova:** Kouření, závislost na tabáku, deprese, léčba.

of abstinence (509/651), was analyzed by continual and categorial evaluation.

**Results:** In the whole sample, the CO-validated one year abstinence was 37.6% (651/1730). The success rates among those with no actual depression at the baseline (BDI-II < 14 points), compared to the subgroup with moderate/strong depression, was significantly higher: OR 2.59 (1.76–3.79),  $p < 0.001$ . The mean level of depression in the successful subgroup significantly decreased after one year of abstinence: BDI-II baseline score 8.9 (SD 0–25), compared to 5.3 points (SD 0–18),  $p < 0.001$ .

**Conclusions:** The depression level according to the BDI-II score was significantly lower after one year of abstinence from smoking compared to the baseline level. Intensive treatment of tobacco dependence should be available to all patients including those with psychiatric illness.

**Key words:** smoking, tobacco dependence, depression, treatment.

## ÚVOD

Pacienti trpící psychickými obtížemi v průměru častěji kouří, častěji se stanou na tabáku/nikotinu závislí a vykouří denně v průměru více cigaret než kuřáci bez přítomné psychické poruchy.<sup>1–3</sup> Ačkoliv je tedy kouření jedním z nejdůležitějších faktorů jejich somatické morbidity a předčasné mortality, často přetrvávají mezi pacienty i ošetřujícími zdravotníky obavy z prohloubení psychických příznaků po zanechání kouření. I z těchto důvodů není této skupině nemocných léčba závislosti na tabáku v České republice rutinně nabízena a poskytována.

Narůstající množství studií z posledních let, které byly zaměřeny na pacienty trpící psychickými poruchami (depresivními a úzkostnými poruchami, schizofrenií, posttraumatickou stresovou poruchou a duálními závislostmi) však prokazují opak.<sup>4–8</sup> Pacienti s příznaky psychických poruch mohou přestat kouřit bez zhoršení svého psychického onemocnění, naopak jeho prognóza se v dlouhodobém horizontu zlepšuje. Problematika je přehledně shrnuta (včetně možností léčby, harm-reduction strategií a možného využití e-cigaret) např. v recentní metaanalýze *Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness*.<sup>9</sup>

Rozsáhlá metaanalýza *Change in mental health after smoking cessation* z roku 2014 přímo uzavírá, že: „... zane-

chání kouření je spojeno se snížením míry úzkosti, deprese a stresu a vede ke zvýšení přítomnosti pozitivní emivity a kvality života ve srovnání s těmi, kdo nadále kouří. Efekt se zdá stejně významný u pacientů trpících psychickými poruchami, jako u pacientů bez jejich přítomnosti. Velikost efektu je stejná nebo větší v porovnání s aplikací antidepressivní léčby zaměřené na depresivní a úzkostné příznaky.“<sup>10</sup> Pacienti, kterým se podaří přestat kouřit, mají větší šanci na pozitivní změny či stabilizaci psychického onemocnění i až o 25 % vyšší šanci, že budou abstinovat od alkoholu či jiné primární drogy.<sup>11,12</sup> Dle nových studií může být dokonce vareniklin, indikovaný zatím pro léčbu závislosti na tabáku, velmi úspěšně použit i pro léčbu závislosti na alkoholu.<sup>13,14</sup>

Pokud se budeme zabývat pouze faktorem přítomné depresivní symptomatiky, je zřejmé, že její vysoké skóre na počátku léčby závislosti na tabáku je jedním z negativních prediktivních faktorů úspěšnosti.<sup>15–17</sup> Naopak, anamnéza depresivní poruchy v minulosti či léčená a aktuálně stabilizovaná deprese negativním prediktivním faktorem dle dostupných studií není vůbec či je pouze mírně na hranici statistické významnosti.<sup>18,19</sup> Podobných studií zaměřených na českou populaci je dostupných minimum. Výsledky zahraničních výzkumů potvrzuje i naše minulá práce, která neprokázala významný vliv depresivní symptomatiky v anamnéze na výsledek intenzivní léčby zá-

vislosti na tabáku po vyhodnocení pomocí multiregresní logistické analýzy.<sup>20</sup>

## CÍL STUDIE

Ověřit míru závažnosti depresivní symptomatiky u sledované skupiny pacientů na počátku léčby a jeden rok po zanechání kouření. Vyhodnotit úspěšnost léčby celkově i úspěšnost tří podskupin pacientů dle vstupního skóre depresivní symptomatiky hodnocené BDI-II.

## METODY

V souboru pacientů, kteří byli léčeni v Centru pro závislé na tabáku v letech 2010–2013 (1730 osob), byla statisticky vyhodnocena úspěšnost celková, i dle podskupin určených na základě vstupního skóre hodnotícího míru závažnosti depresivní symptomatiky dle Beckovy sebesposuzovací stupnice deprese (BDI-II).<sup>21</sup>

U úspěšných pacientů, kteří vyplnili dotazník BDI-II na počátku a na konci léčby, byla statisticky vyhodnocena pomocí kontinuální i kategoriální evaluace změna BDI-II skóre během jednoho roku abstinence.

Struktura intenzivní intervence v rámci léčby závislosti na tabáku byla zvolena v souladu s českými i zahraničními doporučeními léčby<sup>22–24</sup> a byl použit kombinovaný přístup, který zahrnoval individualizovanou psychobehaviorální intervenci u všech pacientů a farmakoterapii (vareniklin, nikotin a/nebo bupropion) u pacientů s přítomnou fyzickou závislostí na tabáku, která byla hodnocena pomocí Fagerströмова testu závislosti na cigaretách (FTCD).<sup>25</sup>

**Psychobehaviorální intervence** sestává z mnoha prvků a zahrnuje motivační rozhovor, vysvětlení principu závislosti, somatických i psychických souvislostí kouření, hledání vnitřních i vnějších spouštěčů chování, nalézání náhradních alternativ a zvládnání stresu, diskusí o bariérách a podpůrných faktorech při odvykání kouření (podrobněji viz <http://www.slzt.cz/struktura-intervence>).

**Farmakologická intervence** proběhla u 81 % pacientů, kteří užívali jeden či více léků, resp. 63,6 % užívalo vareniklin, 34,6 % některou z forem náhradní terapie nikotinem či jejich kombinaci a 9,2 % bupropion (případně v kombinacích).<sup>26</sup>

Pro **hodnocení míry závažnosti depresivních příznaků** byla použita Beckova sebesposuzovací stupnice deprese před započítáním léčby a při závěrečné návštěvě 1 rok po dni D, tj. jeden rok od zanechání kouření u abstinujících pacientů. Hodnotící škála: 0–13 bodů bez přítomnosti depresivní symptomatiky či s minimálními příznaky, 14–19 mírná depresivní symptomatika, 20–28 středně těžká a 29 bodů a více těžká depresivní symptomatika.

**Statistická analýza výsledků zahrnuje** retrospektivní analýzu 1730 zařazených pacientů. Pro analýzu úspěšnosti léčby závislosti na tabáku byla použita standardní kritéria, tzv. Russel Standard Criteria.<sup>27</sup> Tato kritéria zahrnují sledování jeden rok, abstinenci udávanou pacientem a biochemicky validizovanou. V našem případě měřením CO ve vydechaném vzduchu, s hodnotami do 8 ppm na přístroji Smokerlyzer Bedfont. Ve statistickém hodnocení byla použita metoda kontinuální evaluace na základě Wilcoxonova signed-ranked testu a kategoriální evaluace s provedením McNemar-Bowkerova testu.

## VÝSLEDKY

Roční validizovaná úspěšnost léčby závislosti na tabáku byla v celém souboru 37,6 % (651/1730). Úspěšnost léčby byla u skupiny pacientů, kteří na počátku léčby dosáhli celkového skóre BDI-II 0–13 bodů (minimální nebo nepřítomné depresivní příznaky), ve srovnání s pacienty, u kterých bylo úvodní celkové skóre BDI-II 20 a vyšší (pásma středně těžké až těžké míry závažnosti depresivních příznaků), statisticky významně vyšší s OR 2,59 (1,76–3,79), při  $p < 0,001$ .

Tab. 1. Porovnání celkového skóre BDI-II úspěšných pacientů (N = 509) při vstupu do sledování a jeden rok po provedené intervenci – kontinuální evaluace

BDI-II úspěšných pacientů	BDI-II – vstupní	BDI-II po roce	p
<b>N</b>	509	509	< 0,001
<b>Průměr</b>	8,9	5,3	
<b>Medián</b>	7,0	3,0	
<b>5%–95% percentil</b>	0,0–25,0	0,0–18,0	

Pozn.: p – P-hodnota pro Wilcoxon signed-ranked test.

Tab. 2. Celkové skóre BDI-II úspěšných pacientů (N = 509) stratifikovaných dle vstupního celkového skóre BDI-II – kategoriální evaluace

	BDI-II po roce nekouření				Celkem	p1
	Bez přítomnosti depresivních příznaků	Mírná závažnost depresivních příznaků	Středně těžká až těžká závažnost depresivních příznaků			
<b>BDI-II – vstupní</b>	Bez přítomnosti depresivních příznaků	129 (90,8 %)	9 (6,3 %)	4 (2,8 %)	142 (100 %)	< 0,001
	Mírná závažnost depresivních příznaků	147 (51,0 %)	132 (45,8 %)	9 (3,1 %)	288 (100 %)	
	Středně těžká až těžká závažnost depresivních příznaků	27 (34,2 %)	31 (39,2 %)	21 (26,6 %)	79 (100 %)	

Pozn.: p – P-hodnota pro McNemar-Bowker test.

Mezi hodnocenými abstinujícími pacienty byla průměrná míra závažnosti depresivních příznaků (průměrná hodnota celkového skóre BDI-II) na počátku léčby statisticky signifikantně vyšší (8,3 bodu), ve srovnání s hodnotou po jednom roce sledování ode dne D (5,3 bodu), při statistické významnosti  $p < 0.001$  (tab. 1). K prohloubení závažnosti depresivní symptomatiky nedošlo ani v jedné ze sledovaných podskupin určených hodnotou úvodního celkového skóre BDI-II (tab. 2).

**Rozmezí hodnocení BDI-II:** 0–13 bez přítomnosti či s minimálními depresivními příznaky, 14–19 mírná závažnost depresivních příznaků, 20–28 středně těžká závažnost depresivních příznaků, 29 a více těžká závažnost depresivních příznaků

## DISKUSE

Naše výsledky podporují množství zahraničních výzkumů z posledních let, které se zabývají otázkou vývoje deprese v průběhu odvykání kouření.<sup>6–10</sup> Vzhledem k tomu, že účinnost a bezpečnost léčby závislosti na tabáku byla opakovaně prokázána, vzniká velké množství zahraničních doporučení a praktických manuálů, které se týkají zavádění těchto intervencí do rutinní praxe zařízení pro léčbu psychických poruch a závislostí. Citovány jsou v nich také studie, které se týkají léčby závislosti na tabáku v průběhu hospitalizace na psychiatrických odděleních s různým režimem.<sup>28–30</sup> Jsou v nich rozebrány i bariéry zavádění těchto

to intervencí a jejich řešení. Uvádíme je zde jako vhodný zdroj praktických doporučení pro rutinní praxi. Tyto zdroje mohou překlenout jednu z limitací naší studie, kterou je zaměření pouze na pacienty ambulantní.

Vyvracení mýtů a předsudků, které se týkají odvykání kouření pacientů s psychickými poruchami,<sup>31</sup> je důležitým základovým kamenem pro změnu současného stavu v ČR, kde léčba závislosti na tabáku v ambulantních i hospitalizačních psychiatrických zařízeních není běžně poskytována. Častou bariérou jsou předsudky personálu ohledně rizikovosti odvykání kouření. Je také prokázáno, že pacienti, kteří se obávají zhoršení svého psychického stavu po zanechání kouření, vykazují menší úspěšnost léčby závislosti na tabáku.<sup>32</sup>

## ZÁVĚR

Průměrná míra závažnosti depresivních příznaků (průměrná hodnota celkového skóre BDI-II) po jednom roce abstinence od kouření statisticky signifikantně poklesla. Ačkoliv je vysoké aktuální skóre míry závažnosti depresivních příznaků před počátkem léčby závislosti na tabáku negativním prediktorem úspěšnosti odvykání kouření, k prohloubení depresivních příznaků u žádné ze sledovaných skupin nedošlo. Tyto výsledky podporují význam dobré kompenzace depresivní poruchy pro dosažení vyšší míry účinnosti intervence u kuřáků a bezpečnosti rutinního zařazení léčby závislosti na tabáku do praxe psychiatrických zařízení.

## LITERATURA

1. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284: 2606–2610.
2. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14 (2): 106–123.
3. Campion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14 (3): 208–216.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434). Rockville, Maryland: SAMSHA 2009.
5. Cox LS, Patten CA, Niaura RS et al. Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 9 (8): 828–834. 10.1111/j.1525-1497.2004.30423.x.
6. Kahler CW, Spillane NS, Busch AM, Leventhal AM. Time-varying smoking abstinence predicts lower depressive symptoms following smoking cessation treatment. *Nicotine Tob Res* 2011; 13 (2): 146–150.
7. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists: Smoking and Mental Health. London: RCP 2013. Royal College of Psychiatrists Council Report CR 178. Dostupné z: [https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking\\_and\\_mental\\_health\\_-\\_key\\_recommendations.pdf](https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking_and_mental_health_-_key_recommendations.pdf).
8. Prochaska JJ. Smoking and mental illness – breaking the link. *N Engl J Med* 2011; 365 (3): 196–198.
9. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015; 351: h4065. Doi: 10.1136/bmj.h4064.
10. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; Feb 13; 348: g1151. Doi: 10.1136/bmj.g1151.
11. Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, Eisingrath S, Rossi JS, Redding CA et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health* 2008; 98 (3): 446–448.
12. Gulliver SB, Kamholz BW, Helstrom AW. Smoking cessation and Alcohol Abstinence: What Do the Data Tell us? *NIAAA, Alcohol Research and Health* 2006; 29 (3). Dostupné z: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh293/208-212.pdf>.
13. Litten RZ, Ryan ML, Fertig JB, Falk DE, Johnson B. A double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy of varenicline tartrate for alcohol dependence. *Journal of Addiction Medicine* 2013; Jul-Aug 7 (4), 277–286. Doi: 10.1097/ADM.0b013e31829623f4.
14. McKee SA, Harrison EL, O'Malley SS et al. Varenicline reduces alcohol self-administration in heavy-drinking smokers. *Biol Psychiatry* 2009; Jul 15; 66 (2): 185–190. Epub 2009 Feb 27.

15. Leventhal AM, Piper ME, Japuntich, SJ et al. Anhedonia, depressed mood, and smoking cessation outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014; 82 (1): 122–129. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035046>.
16. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006; 96 (10): 1808–1814.
17. Croghan IT, Ebbert JO, Hurt RD et al. Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. *Addict Behav* 2009; 34 (1): 61–67.
18. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (4): 657–663.
19. Prochaska JJ, Delucchi, K, Hall SM: A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004.
20. Stepankova L, Kralikova E, Zvolaska K et al. Tobacco Treatment Outcomes in Patients With and Without a History of Depression, Czech Republic, 2005–2010. *Prev Chronic Dis* 2013; 10: 130051. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130051>.
21. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation 1996.
22. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63954/>.
23. Králíková E, Češka R, Pánková A, Štěpánková L, Zvolská K. et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní Léč* 2015; 61 (5, Suppl. 1): 1S4–1S15.
24. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence, TFI, WHO June 2003. Dostupné z: [http://www.who.int/tobacco/publications/smoking\\_cessation/recommendations/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/recommendations/en/index.html).
25. Fagerstrom K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012; 14: 75–78.
26. Stepankova L, Kralikova E, Zvolaska K, Kmetova A. Level of depression before and after successful treatment for tobacco dependence, poster. Abstracts book of SRNT-Europe annual meeting, Santiago de Compostela, 18th–20th September, 2014.
27. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction* 2005; 100 (3): 299–303.
28. Public Health England. Smoking cessation in secure mental health settings. Guidance for commissioners. PHE publication gateway number 2012632, april 2015.
29. Department of Veterans Affairs VHA, Integrating Tobacco Cessation Treatment into Mental Health Care. Proceedings of the May 4–5, 2006 Conference. Dostupné z: [http://www.publichealth.va.gov/docs/smoking/smoking\\_mentalhealth.pdf](http://www.publichealth.va.gov/docs/smoking/smoking_mentalhealth.pdf).
30. Ziedonis M. Guydish J. Williams J. Steinberg M. Foulds J. Barriers and Solutions to Addressing Tobacco Dependence in Addiction Treatment Programs. NIAAA 2013. Dostupné z: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh293/228-235.htm>.
31. Pisinger C. Smoking cessation in psychiatry. Is there sufficient evidence to recommend smoking cessational activities? Review of the literature. Network of Health Promoting Hospitals in Denmark. Copenhagen 2007.
32. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1 year follow-up. *Addiction* 2001; 96: 891–902.

## referáty z literatury

### Milano G, Zavan V, Natta WM et al. Clinical experience about an unexpected adverse event during nalmefene treatment in two patients with alcohol use disorder

(Klinická zkušenost ohledně neočekávané nepříznivé příhody během léčby nalmefenem u dvou pacientů se závislostí na alkoholu)

*Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2016; 41 (1): 97–100.

Nalmefen, nový regulátor opiátového systému, byl v poslední době schválen pro léčbu závislosti na alkoholu, hlavně ke snížení počtu dní těžkého pití.

Dva pacienti s dg. závislost na alkoholu byli léčeni nalmefenem s užíváním podle potřeby. Po dvou dnech léčby

se u obou pacientů vyvinuly únava a hluboká ospalost. Pouhý jeden den po vysazení léku se příznaky normalizovaly.

Italští autoři (klinická pracoviště Janov a Alessandria) analyzovali vývoj příznaků před léčbou a po jejím přerušení a možnou spojitost s léčbou nalmefenem. Tento případ by měl fixovat naši pozornost na tuto nepříznivou příhodu pro pečlivý, opatrný výběr léčby proti bažení u pacientů se závažnou závislostí na alkoholu. (Pozn. překl.: V našich současných podmínkách, kdy je kladen velký důraz na stupňující se výkon jednotlivce, může tato neočekávaně zjištěná nepříznivá příhoda v souvislosti s léčbou nalmefenem přinést skutečně značný problém).

MUDr. Jaroslav Veselý