

Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládání lékové závislosti



NEŠPOR, K.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Citace: Nešpor, K. (2009). Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládání lékové závislosti. *Adiktologie*, (9)1, 52–57.

● 1 KTERÉ LÉKY VYVOLÁVAJÍ ZÁVISLOST?

Jedná se především o ty, které obsahují opioidy (např. kodein), sedativa, hypnotika a stimulantia (např. efedrin nebo pseudoefedrin). Kromě těchto látek bývají často zneužívány i jiné léky, v tom případě se ale podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) hovoří o „zneužívání látek nevyvolávajících závislost“.

● 2 JAK ČASTÉ JE ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Odpověď na tuto otázku pro celou českou populaci neznáme. Jedná se ale jistě o problém závažný. Sedativa bez toho, že by je předepsal lékař, uvedlo někdy v životě 9,1 % dospívajících ve věku 16 let (Csémy a spol., 2007). Nevhodné užívání těchto látek v dospělé populaci bude patrně vyšší. Navíc víme z klinické praxe, že často dochází ke zneužívání léků ze skupiny benzodiazepinů v kombinaci s alkoholem nebo nelegálními drogami. To pak vede k netypickým obrazům a komplikovaným odvykacím stavům.

● 3 ABÚZUS (ZNEUŽÍVÁNÍ) LÁTEK NEVYVOLÁVAJÍCÍCH ZÁVISLOST (KÓD F55)

Řadí se sem antidepresiva, laxantiva (projímadla), některá analgetika, vitamíny, steroidy nebo jiné hormony a přírodní či lidové preparáty. *I léky proti bolesti, které nejsou návykové (např. acylpyrin, Brufen a jiné), mají rizika.* Podle jedné práce zemře v USA ročně v důsledku jejich zneužívání více lidí než na AIDS. Tyto léky mohou být zvláště nebezpečné lidem s vředovou chorobou žaludku. Jejich kombinace s alkoholem poškozuje játra ještě více než samotný alkohol a pronikavě roste riziko krvácení do trávicí trubice.

Z této skupiny stojí za zvláštní pozornost zneužívání anabolických hormonů s ohledem na rizika a relativní rozšířenost ve vrcholovém sportu, kulturistice apod.

● 4 ANABOLIKA

- **Rizika:** Zastavení růstu u dospívajících, poškození jater, poškození cév, srdce, riziko mozkové mrtvice, změny osobnosti jako zvýšení podezřavosti a sklony k násilí, ztráta přátel, zhoršení vztahů v rodině. V případě injekčního podání existuje nebezpečí přenosu infekce včetně žloutenky nebo AIDS. Závažné je i oslabení imunity (nižší odolnost proti nemocem a nádorům).
- **Krátká intervence u zneužívání:** Podle švédských a japonských autorů mohou být prospěšné anonymní telefonické konzultace. Skarberg a Engstrom (2007) uvádějí, že velká část osob zneužívajících anabolika pochází z obtížných sociálních a rodinných poměrů. Jejich rodiče byli často závislí na alkoholu a jiných drogách. To by mohlo vést k větší míře návykových, duševních i jiných problémů. Lidé zneužívající tyto látky by měli být tělesně, psychiatricky a případně i psychologicky vyšetřeni. Léčení by mělo být komplexní.
- **Léčba při zneužívání:** Při vysazování anabolik se někdy mohou objevit deprese, manické projevy a sebevražedné tendence. Používá se podpůrná psychoterapie, někdy jsou potřebná i antidepresiva nebo hospitalizace. V případě manické symptomatologie se obvykle podávají antipsychotika. Sexuální poruchy se léčí ve spolupráci s endokrinologem.
- **Prevence zneužívání:** Sem patří snižování dostupnosti těchto látek a antidopingové kontroly. Rodiče, jejichž děti

Došlo do redakce: 14 / LEDEN / 2009

Přijato k tisku: 27 / ÚNOR / 2009

Korespondenční adresa: Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. / nespor.k@seznam.cz / Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 9, 181 03 Praha 8

se věnují vrcholovému sportu (např. lehké atletice, vzpírání, zápasu, kulturistice, některým kolektivním sportům), udělají dobře, když s dítětem na toto téma pohovoří. Rodiče by také měli své děti chránit před nadměrnou tíživostí a bezohlednými trenéry nebo funkcionáři.

Co se snižování poptávky týče, platí podobné principy jako v případě prevence zneužívání jiných látek. Prostá informovanost o riziku nepostačuje, vhodné je nabízet pozitivní alternativy, např. doporučit ke zvyšování výkonnosti vhodnou výživu, potravinové doplňky a zdravý způsob života.

● 5 PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM SEDATIV NEBO HYPNOTIK

Do této skupiny patří barbituráty, jejich podávání je dnes vzácné, ale mohou být součástí lékových směsí (např. Alnagon). Dále sem patří benzodiazepiny, např. diazepam, alprazolam (Neurol, Xanax), bromazepam (Lexaurin), klonazepam (Rivotril) a flunitrazepam (Rohypnol). U těchto léků se po delším brání i jen terapeutických dávek může vytvořit závislost. Při jejich vysazování se pak často objevuje masivní úzkost. Potíže, pro které byly tyto léky nasazeny, se po vysazení objevují v zesílené podobě.

Návyková jsou i nebenzodiazepinová hypnotika jako zolpidem (Stilnox, Hypnogen), zopiclon (Imovane, Zopiclon), i když se dříve tvrdil opak. Po vysazení vysokých dávek se objevily i odvykací stavy, někdy s epileptickými záchvaty. Podle Victorri-Vigneau a spol. (2007) lze osoby zneužívající tyto látky rozdělit do dvou skupin. Ti první zneužívají uvedené léky pro jejich tlumivý účinek, druzí pak pro jejich schopnost paradoxně vyvolávat euforii a exaltaci (podobně jako flunitrazepam). Zneužívání sedativ a hypnotik bývá poměrně časté u žen středního věku.

- **Intoxikace:** Při intoxikaci nastává zpomalená řeč, postižený působí dojmem opilosti, aniž je cítit z dechu alkohol, bývají poruchy myšlení, orientace i úsudku, ospalost.
- **Při dlouhodobém užívání** se mohou objevit problémy krevního oběhu, zpomalený dech, bolesti hlavy, někdy zkažené zuby. Později nastupuje třes, nechutenství a poruchy výživy, zhoršená paměť. Při vysazení dávek vyšších, než jsou terapeutické, nastává odvykací stav ohrožující život (např. kumulace epileptických záchvatů). Podobně jako u jiných drog je riziko poškození plodu, pokud se zneužívají v těhotenství.

● 6 KAZUISTIKA KOMBINOVANÉ ZÁVISLOSTI NA LÉCÍCH

Muž, 49 let, byl dlouhodobě léčen pro chronický únavový syndrom, polyneuropatii a syndrom zadních provazců při anémii a zneužíváním analgetik, dále pro tenzní bolesti hlavy (patrně se jednalo o bolest vyvolanou paradoxním efektem analgetik). Se zneužíváním analgetik souvisela i vředová choroba s deformací pyloru. Na anémii se podí-

lelo zneužívání Algifenu. V době konsilia užíval denně: 760 kapek Tramalu, 225 kapek Algifenu, 15 tablet Hypnogenu, 5,5 tablety Dormica, 8 tablet Rohypnolu, 2 tablety Nitrazepam f. Pacient byl schopen přijímat pouze tekutou stravu (polévky, nutriční roztoky). Po odvykací léčbě se jeho stav výrazně zlepšil, zlepšení přetrvávalo dle bratra i s odstupem dvou let, našel si ženu přes inzerát.

● 7 LÉČBA ODVYKACÍCH STAVŮ

● 7 / 1 Léčba odvykacích stavů po benzodiazepinech a závislosti na nich

MKN-10 definuje odvykací stav po sedativech nebo hypnotikách následovně: Musí být splněna všeobecná kritéria pro odvykací stav a být přítomny tři z následujících znaků: (1) třes jazyka, očních víček nebo napřažených rukou, (2) nauzea nebo zvracení, (3) tachykardie, (4) posturální hypotenze, (5) psychomotorický neklid, (6) bolesti hlavy, (7) nespavost, (8) malátnost nebo slabost, (9) přechodné zrakové, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze, (10) paranooidní představy, (11) křeče typu grand mal.

Léčba závislosti na benzodiazepinech je obtížná. Doporučuje se nejprve převést pacienta na odpovídající dávku diazepam. Vzhledem k dlouhému poločasu vylučování se po diazepam vytvoří stabilnější hladina, a sníží se tak riziko komplikací (*tabulka 1*).

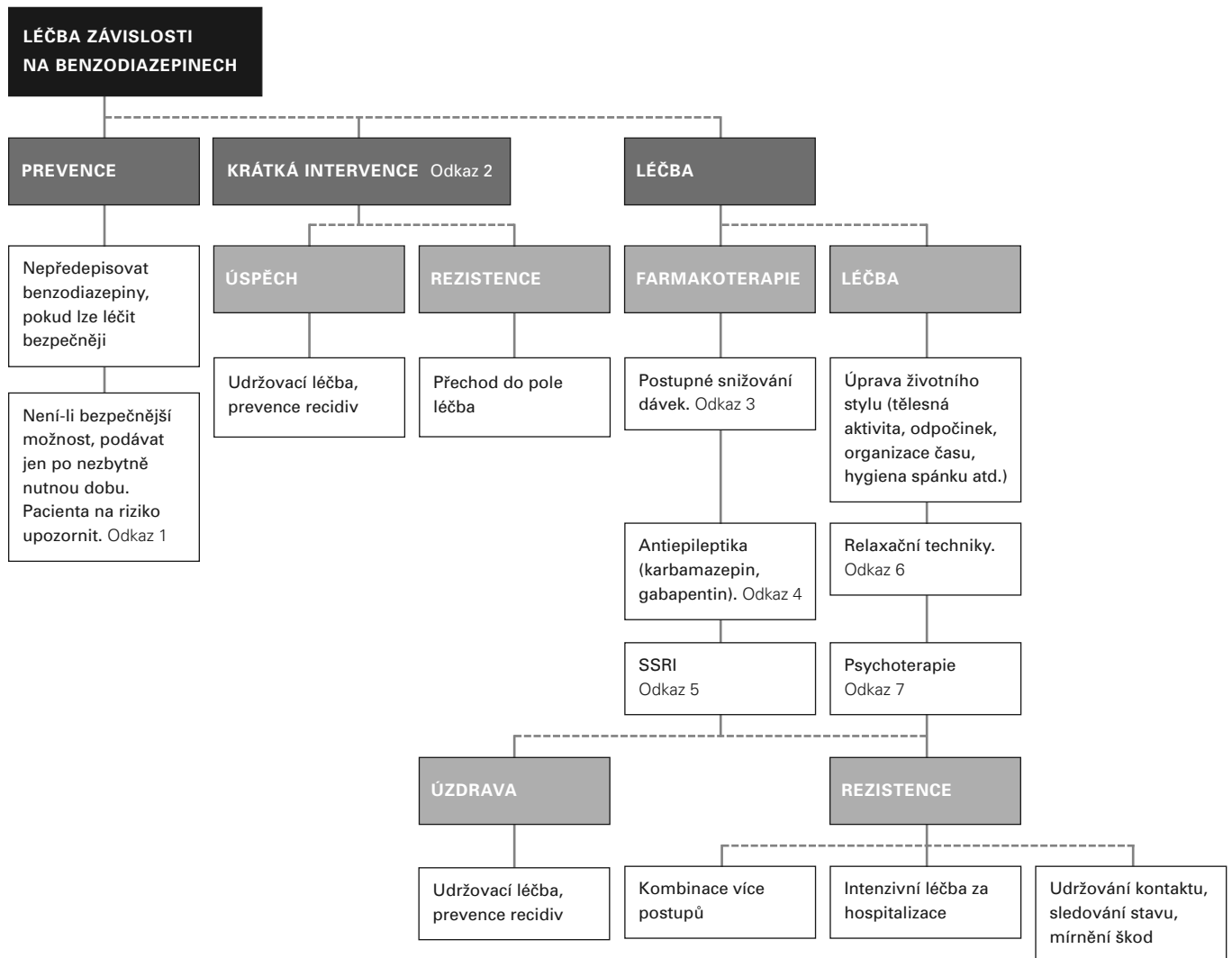
Dávka benzodiazepinů, která přibližně odpovídá 10 mg diazepam	
Alprazolam (Xanax)	1 mg
Chlordiazepoxid (Librium)	20 mg
Flunitrazepam (Rohypnol)	2 mg
Klonazepam (Rivotril)	1 mg
Lorazepam	1 mg
Nitrazepam	10 mg
Oxazepam	30 mg
Temazepam	20 mg

Tabulka 1

Dávka benzodiazepinů, která přibližně odpovídá 10 mg diazepam

Odvykací syndrom nastává i po nízkých (terapeutických) dávkách. V tom případě se doporučuje podle stavu prvních 50 % původní dávky vysadit rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Literatura přesné časové údaje neuvádí, postupuje se individuálně a bere se v úvahu schopnost jednotlivých pacientů tolerovat zejména úzkostnou symptomatologii, která je zde běžná. Odvykací stav po vysokých dávkách ohrožujících život. První den se podá ke stabilizaci stavu diazepam v dávce, kterou pacient přijímal před léčbou (nebo ekvivalent dávky, jestliže byla užívána jiná látka této skupiny). Následující den se dávka redukuje o 30 % a pak každý další den o 5 % původní dávky.

Při léčbě odvykacích stavů po benzodiazepinech se používají kromě postupného vysazování i jiné postupy, jako podávání gabapentinu v dávce 3x 300 mg (maximálně do 1800 mg denně), tento preparát s sebou nese ale vysoké riziko vedlejších účinků. Další patrně bezpečnější možností je podávání karbamazepinu (Denis a spol., 2006). Při ambulantní léčbě je např. možné podávat karbamazepin dva týdny před úplným vysazením benzodiazepinů. Začíná se dávkou 200 mg 2x denně, dávku lze zvyšovat až na 800 mg. V této léčbě se pokračuje ještě 1–2 týdny po vysazení benzodiazepinů (Dupot, 1990). Schéma léčby závislosti na benzodiazepinech uvádí *obrázek 1*.



Obrázek 1

Léčba závislosti na benzodiazepinech

Odkaz 1: Podle Britské Royal College of Psychiatrists by se benzodiazepiny neměly podávat déle než jeden měsíc (Lader et al., 2009).

Odkaz 2: Údaje z literatury svědčí o efektivitě krátké intervence spočívající v jasné radě benzodiazepiny postupně vysadit (Bashir et al., 1994).

Odkaz 3: Odvykací syndrom nastává po terapeutických dávkách:

Prvních 50 % původní dávky vysadit rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Rychlost je individuální dle symptomatologie. Odvykací stav po vysokých dávkách ohrožujících život.

První den se podá ke stabilizaci stavu diazepam v dávce, kterou pacient přijímal před léčbou. Následující den se dávka redukuje o 30 % a pak každý další den o 5 % původní dávky. (Voshaar a spol., 2006).

Odkaz 4: Efektivitu karbamazepinu dokládá metaanalýza Denise a spol. (2006).

Odkaz 5: Efektivitu SSRI v této indikaci nelze doložit, nelze ale vyloučit, zda by u některých pacientů s úzkostně depresivní symptomatologií nemohly být užitečné.

Odkaz 6: Relaxační techniky mírní úzkost, což je při odvykacím stavu po terapeutických dávkách nejčastější symptom (Manzoni a spol., 2008).

Odkaz 7: Spiegel (1999) doporučuje postupy mírnící úzkost a posilující sebedůvěru a poskytnutí relevantních informací ohledně odvykacích obtíží a závislosti.

● 7 / 2 Léčba odvykacích stavů po barbiturátech

Odvykací stavy nastávají po denních dávkách přesahujících 500 mg pentobarbitalu nebo 150 mg fenobarbitalu. Odvykací stav může ohrozit život (např. epileptické paroxysmy nebo psychotické stavy), a proto se doporučuje používat postupně se snižující dávky barbiturátů.

● 7 / 3 Léčba odvykacích stavů po nebenzodiazepinových hypnotikách

V případě vysokých dávek zneužívaných léků a hrozí-li epileptický záchvat při odvykacích obtížích, nasazujeme krátkodobě diazepam, i když má tato léčba svá rizika, tj. nebezpečí přechodu závislosti k jiné látce. Další možností je podávání antiepileptik (viz výše).

● 8 PORUCHY VYVOLANÉ LÉKY S OBSAHEM OPIÁTŮ

(některá analgetika a antitusika)

- **Intoxikace:** Projevuje se stavem tichého obluzení s následnou kocovinou. Při intoxikaci se objevuje zúžení zornic a celkový útlum. Dochází k útlumu dýchání a riziko roste, jestliže nastala kombinovaná otrava po opiátech, alkoholu nebo tlumivých lécích.
- **Chronické užívání:** Odvykací příznaky se projevují rozšířením zornic, husí kůží, zrychleným dechem i tepem, slzením, rýmou, průjmem, pocením, nechutenstvím, neklidem, křečemi, bolestmi svalů a kloubů, někdy je přítomen i vzestup teploty. Typicky dochází ke ztrátě zájmů, oslabení potence u mužů a poruchám menstruačního cyklu u žen, celkovému tělesnému a duševnímu chátrání, riziku poškození plodu u těhotných žen, vyššímu výskytu a těžšímu průběhu nemocí, jako jsou tuberkulóza, chronická zácpa a obstrukce trávicí trubice, v důsledku toho např. k hemeroidům. Dochází také k oslabení imunity.

● 8 / 1 Léčba odvykacích stavů po opiátech

Při léčbě lze použít krátkodobě např. buprenorfin v dávce 2x denně 2 mg, případně 4 mg 1x denně. Při rychlé detoxifikaci stačí podávat buprenorfin např. 4 dny, existují ale také delší detoxifikační schémata. (Poznámka: Buprenorfin se rovněž podává při dlouhodobé substituční léčbě u závislých na opiátech, a to i v podstatně vyšším dávkování.)

Buprenorfin se nasazuje až po propuknutí odvykacích příznaků (je to agonista antagonisty a u opiáty intoxikovaného závislého by mohl vyvolat odvykací stav). Odvykací stav po vysazení buprenorfinu je relativně slabý, trvá ale déle než odvykací stav po krátkodobě působících opiátech.

● 9 LÉKY S BUDIVÝM ÚČINKEM

- **Klinický obraz:** Jejich zneužívání je méně časté, než je tomu např. u sedativ, závislost ale vyvolat mohou. Je

např. znám případ závislosti na Sanorinu (účinnou látkou je zde sympatomimetikum nafazolin). Problém u budivých látek nepředstavuje odvykací stav, ale silné bažení (craving) po návykové látce a zhoršené sebeovládání ve vztahu k ní. Léky obsahující efedrin nebo pseudofedrin se ale často používají jako suroviny pro výrobu pervitinu. Opatrnost při proskripci budivých látek je proto žádoucí.

- **Akutní intoxikace:** Zrychlený tep, rozšířené zornice, neposednost, neklid, podrážděnost, vzrušení, třes, zrychlený tep, někdy nepravidelnosti tepu, zvýšení teploty, podezřavost, úzkosti. Po doznění účinku drogy útlum a deprese, často dlouhý spánek. Při předávkování nebo při komplikacích i pocity pronásledování a úzkostné stavy. Riziko smrtelné otravy po pervitinu (např. v důsledku srdečního selhání). Může se objevit nebezpečné, nesmyslné a často i násilné jednání pod vlivem látky, úrazy i epileptický záchvat. Riziko těžké otravy ještě zvyšuje kombinace s alkoholem.
- **Chronické známky:** Poruchy spánku, deprese, poruchy soustředění a paměti, halucinace, pocity pronásledování, halucinace, podivné chování, horečky, pocení, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, riziko poškození jater a ledvin, poruchy výživy, bolesti hlavy, poruchy vidění, častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození srdce a jater, riziko smrtelných otrav, zvyšování dávek, zejména však častější zneužívání drogy. Možnost dlouhodobého nebo trvalého poškození duševního zdraví. Riziko poškození plodu u těhotných žen.

● 9 / 1 Léčba odvykacích stavů a komplikací

Po odeznění intoxikace stimulancii nastává často útlum, to je ovšem spíše projev spánkového dluhu a vyčerpání a obvykle nevyžaduje léčbu. Pod vlivem budivých látek jednají často lidé nesmyslně nebo nebezpečně, může se objevit i paranoidní symptomatologie nebo halucinatorní stavy. Podáváme obvykle benzodiazepiny. Doporučujeme zajistit dohled více osobami s ohledem na bezpečnost pacienta a okolí. Antipsychotika zde mají jistá rizika, zpomalují vylučování amfetaminů a snižují záchvatový práh. V případě psychotické poruchy přetrvávající po odeznění intoxikace jsou ale antipsychotika nutná.

● 10 PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Lékař by měl tlumivé léky předepisovat odpovědně a měl by zvážit rizika. Ta jsou zvláště velká u lidí závislých na alkoholu nebo jiných látkách. Dalšími riziky této skupiny léků jsou kromě závislosti, ospalost, pády, zlomeniny krčku stehenní kosti a vyšší mortalita (Lader et al., 2009). Vysazování benzodiazepinů je velmi obtížné, pokud byly podávány delší dobu. Podle Britské Royal College of Psychiatrists by se benzodiazepiny neměly podávat déle než jeden měsíc (Lader et al., 2009).

Důležité je také nabízet pacientům pozitivní alternativy, např. úzkost lze mírnit relaxací, tělesným cvičením (často pomůže i chůze), psychoterapií, úpravou životního stylu, spánkovou hygienou a dalšími nefarmakologickými postupy. V léčbě bolesti je třeba klást důraz na nefarmakologické způsoby mírnění (např. fyzikální terapií, relaxačními technikami).

● 11 JAK DOBŘE A ZDRAVĚ USÍNAT: INFORMACE PACIENTŮM

(podle Nešpor, 2006)

Problémy s usínáním jsou časté u lidí, kteří mají problémy s alkoholem nebo drogami. Nespavost může být jedním z projevů odvykacích obtíží, ale mnohdy souvisí s dřívějším nepravidelným a zmateným způsobem života či s napětím. Léky, které se při poruchách spánku používají, jsou většinou návykové. Některé z nich navíc zhoršují kvalitu spánku. To platí i o alkoholu, spánek pod vlivem alkoholu má blíže k narkóze než ke zdravému spánku. Nabízím vám lepší a bezpečnější způsoby jak zdravě usínat:

- **1. Dodržujte „fialovou hodinu“.** Fialová hodina je hodina před tím, než jdete spát. V té době se věnujte pouze klidným a příjemným záležitostem. Vhodný je rozhovor (ne hádka), uklidňující kniha (ne horor), příjemná a klidná hudba (ne nervy drásající řev o mnoha decibelech).
- **2. Naučte se nějakou relaxační techniku.** Může to být jógová relaxace, autogenní trénink, progresivní relaxace apod. Až se naučíte relaxovat, stačí setrvat v uvolněném stavu. Ten sám o sobě vašemu tělu i psychice prospívá, ať už se spánek dostaví, nebo ne. Můžete si také pustit relaxační nahrávku (jedna taková se dá stáhnout ve formátu mp3 z www.drnespor.eu).
- **3. Před spaním rozhodně nepijte ani čaj ani kávu.** Zvláště silně působí na děti a mohou u nich vyvolat poruchy spánku. Máte-li poruchy spánku, zásadně nepijte nápoje obsahující kofein po 17. hodině.
- **4. Lépe se také usíná, když nemá člověk plný žaludek.** Pokud nemáte vážný důvod, alespoň 2–3 hodiny před spaním nejezte. Kdybyste přece jedli, alespoň ne nic těžkého.
- **5. Na klidný noční spánek se připravujete už ve dne.** Přes den nespěte, nebo jen velmi krátce. Jestliže pracujete duševně, najděte si trochu času na jógu, cvičení, běh nebo procházku.
- **6. Zjistěte, co vám pomáhá usnout.** Někdo má rád naprostou tmu, jiný se cítí lépe s rozsvícenou lampičkou, někomu dělá dobře před spaním teplá koupel, jiný věří na bylinky (uklidňuje například meduňka lékařská nebo mateřídouška).
- **7. Někomu pomáhá před spaním modlitba nebo jiné duchovní či meditační cvičení.**
- **8. Přiměřená teplota místnosti, volný a příjemný noční úbor a vyhovující lůžko zdravému spánku prospívají.** Spite-li na boku, podložte si hlavu tvrdším

polštářkem nebo složenou dekou tak, aby hlava byla v prodloužení osy těla.

- **9. Hodně problémů se spánkem vzniká tím, že se lidé do spánku nutí a jsou nervózní z toho, když se nedostavuje.** Proto nemohou usnout a jejich problém se v bludném kruhu zesiluje. Když nemůžete spát, čas využijte. Udělejte něco, co jste odkládali, např. vyčistěte zašlé nádobí nebo napište dopis. Budete mít dobrý pocit a možná se vám začne chtít i spát.
- **10. Pracovníci v třísměnném provozu jsou v náročné situaci a poruchy spánku u nich bývají častější.** Měli by proto tím více dbát na zdravý způsob života a vyhýbat se alkoholu a návykovým lékům. Udělají dobře, když se naučí relaxovat.

● 12 KRÁTKÁ INTERVENCE A LÉČBA

Krátkou intervencí by měli provádět lékaři všech klinických oborů pro problémy způsobené alkoholem, tabákem i léky. Při krátké intervenci se používají nejčastěji následující postupy:

- **Posouzení stavu, informace pacientovi o výsledku, jasné doporučení.** Údaje z literatury svědčí o efektivitě krátké intervence ze strany praktického lékaře spočívající v jasné radě jak benzodiazepiny postupně vysadit (Bashir et. al., 1994).
- **Motivační rozhovor.** Ten se vede nekonfrontačně a s pochopením. Za pomoci vhodných otázek je možné pacientovi pomoci, aby si lépe uvědomil rizika psychoaktivních látek a výhody toho, když problém s nimi překoná. O posilování motivace v češtině podrobněji jinde (Nešpor, 2007).
- **Předání svépomocného materiálu.** Příručky pro závislé na psychoaktivních látkách jsou zdarma k dispozici na webových stránkách www.drnespor.eu.
- **Poskytnutí kontaktu na služby telefonické pomoci,** kam se lze obrátit v případě náhlé krize (linky důvěry, centra krizové intervence apod.).
- **Práce s rodinou** je důležitá, protože rodina disponuje mocnými motivačními nástroji. Například řada žen středního a vyššího věku přichází do odvykací léčby hlavně proto, že jim s ohledem na závislost odmítali svěřovat vnoučata.
- **Nabízení pozitivních alternativ** (relaxační techniky, psychoterapie, fyzikální terapie atd.).
- **Aktivní předání** znamená, že doporučující zařízení pacientovi předjedná návštěvu na specializovaném pracovišti, případně že ho k této návštěvě někdo doprovodí, např. příbuzný, zdravotní sestra nebo sociální pracovníce.
- **Další postupy při léčbě závislosti na lécích:** Kromě výše uvedeného lze doporučit i nefarmakologické postupy, např. kognitivně-behaviorální i jinou psychoterapii, tělesná cvičení a relaxační techniky (Manzoni a spol., 2008). Spiegel (1999) doporučuje postupy mírnící úzkost a posilující sebedůvěru a poskytnutí relevantních infor-

mací ohledně odvykacích obtíží a závislosti. Je také třeba náležitě léčit poruchu, pro kterou byla sedativa nasazena. V tomto směru bude praktický lékař patrně spolupracovat s psychiatrem. U rozvinuté závislosti bývá často potřebná komplexní specializovaná léčba.

● 13 ZÁVĚR

Závislost na lécích a jejich zneužívání je v populaci časté. Praktičtí lékaři i lékaři jiných klinických oborů mohou těmto problémům předcházet uvážlivou preskripcí, nabízením bezpečnějších alternativ a prováděním krátké intervence.

LITERATURA / REFERENCES

- Bashir, K., King, M., Ashworth, M. (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br. J. Gen. Pract.*, 44(386), 408–412.
- Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2007). *ESPAD Česká republika 2007*. www.drnespor.eu/ESPAD07.doc.
- Denis, C., Fatséas, M., Lavie, E., Auriacombe, M. (2006). Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.*;3:CD005194.
- Dupot, R. L. (1990). A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy. *West. J. Med.*, 152(5), 600–603.
- Lékové informační centrum 3. LF UK (2008). *Zolpidem i zopiclon také mohou způsobovat závislost*. www.farmakologie.net/010411.php. Accessed 24. 11. 2008.
- Lader, M., Tylee, A., Donoghue, J. (2009). Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*, 23(1), 19–34.
- Manzoni, G. M., Pannini, F., Castelnovo, G., Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 41.
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Brno: Host. (Volně ke stažení z www.drnespor.eu)
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost* (3. aktualizované vyd.). Praha: Portál.
- Skarberg, K., Engstrom, I. (2007). Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, 2, 20 (<http://www.substanceabusepolicy.com/content/2/1/20>).
- Spiegel, D.A. (1999). Psychological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 19(6 Suppl 2), 17S–22S.
- Victorri-Vigneau, C., Dailly, E., Veyrac, G., Jolliet, P. (2007). Evidence of zolpidem abuse and dependence: Results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 64(2), 198–209.
- Voshhaar, R. C., Couvne, J. E., van Balkom, A. J., Mulder, P. G., Zitman, F. G. (2006). Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 189, 213–220.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – OBEČNÝ MODEL A JEHO APLIKACE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

KNIHY



Kamil Kalina

Publikace se zabývá terapeutickou komunitou jako organizačním systémem a léčebnou metodou používanou v léčbě nejrůznějších psychických a behaviorálních poruch. Je určena pro psychiatry, psychology, psychoterapeuty, studenty lékařských fakult a humanitních oborů na vysokých školách. Čtenáři získají dokonalý přehled o obecném modelu terapeutické komunity (psychiatricko-psychoterapeutické terapeutické komunity a terapeutické komunity pro drogově závislé) s přihlédnutím k dalším aplikacím, např. sociálně výchovným a výchovným. Kniha dále charakterizuje společné jádro všech typů terapeutické komunity: léčebnou filozofii, pravidla, komunikaci, složky programu a účinné faktory. Publikace se zaměřuje i na jednotlivé aspekty terapeutické komunity pro drogově závislé jako v současnosti nejfrekventovanější uplatnění daného modelu. Analyzuje jejich praxi v USA, v Evropě i u nás, přináší výsledky výzkumu a zabývá se podstatnými inovacemi, které přispívají k většímu rozšíření a účinnosti modelu terapeutických komunit (např. ve vězeňství nebo pro klientelu, u níž se kombinuje závislost na návykových látkách s jinou psychickou poruchou – tzv. duální diagnózy). Publikace se opírá o rozsáhlou domácí a zahraniční literaturu a o celoživotní zkušenosti autora. Jde o první souborné zpracování tématu terapeutických komunit od roku 1979.

Grada Publishing, a. s., ISBN: 978-80-247-2449-2, 400 stran, 549 Kč

Publikaci si můžete objednat na stránkách www.adiktologie.cz (časopis Adiktologie, online objednávka).

Redakce časopisu Adiktologie, Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze,
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2 / e-mail: journal@adiktologie.cz / www.adiktologie.cz