

## **Olga Pecinovská: Problematika alkoholismu**

Termín alkoholismus je užíván jednak jako synonymum pro závislost na alkoholu, jednak jako výraz pro komplex společenských jevů souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu, kde problematika závislostí tvoří jen část. Příčiny toho, proč u některých lidí vzniká závislost na alkoholu, a jiní konzumují alkohol bez problémů celý život, mohou být jednak vnitřní (psychologické, biologické), jednak vnější (sociální). Biologické příčiny (např. genetické, metabolické, neurohumorální) se obvykle uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů, přičemž usměrňují neuropsychotropní účinky alkoholu tak, že zvyšují pravděpodobnost opakovaného pití. Sociogenní vlivy se uplatňují v prostředí, kde je pití alkoholu běžné či dokonce glorifikované a vynuocované, ale také v prostředí, kde se kombinuje nadměrná zátěž s vysokou dostupností alkoholu. Dlouhotrvající nadměrné pití, ať už jsou jeho příčiny jakékoliv, vede k adaptaci organismu na trvalý přívod alkoholu, jejímž důsledkem je snížená odpověď na původně účinnou dávku - vzrůst tolerance - ten vede k stupňování dávek a později k rozvoji odvykacího stavu při přerušení pití. To je základ bludného kruhu nemoci. Rychlost vypěstování závislosti je závislá na dispozicích jedince, věku při začátku pití a způsobu zneužívání alkoholu. Čím větší dispozice člověk má, čím mladší začne pravidelně pít a čím dříve začne alkohol užívat jako drogu (tj. s cílem ovlivnit svou psychiku), tím rychleji závislost vzniká. Pokud začne pravidelně pít člověk, vybavený genetickou dispozicí, projeví se u něj závislost obvykle do 35 let věku. Dlouhodobým pravidelným pitím si lze vypěstovat závislost i bez genetické dispozice, ale trvá to déle, proto se v tomto případě závislost obvykle manifestuje později.

MKN 10 obsahuje kapitolu Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19). Jednotlivé poruchy jsou rozlišovány nejprve podle druhu látky, vyvolávající poruchu (druhá číslice v kódu), na dalších místech kódu je specifikován klinický obraz poruchy. Zde je základní přehled poruch způsobených alkoholem:

F10.0 Akutní intoxikace alkoholem, F10.07 Patologická intoxikace alkoholem (patická opilost)

F10.1 Škodlivé užívání alkoholu

F10.2 Syndrom závislosti na alkoholu

F10.3 Alkoholový odvykací stav

F10.4 Alkoholový odvykací stav s deliriem

F10.5 Alkoholová psychotická porucha (halucinóza, paranoidní psychóza)

F10.6 Alkoholový amnestický syndrom

F10.7 Alkoholická demence a jiné lehčí formy poškození kognitivních funkcí

Čtvrtá číslice kódu dále upřesňuje aktuální klinický obraz. Například pod diagnózu F10.2 – syndrom závislosti na alkoholu patří následující stavy:

F10.20 .v současnosti abstinuje

F10.21 v současnosti abstinuje v chráněném prostředí

F10.22 v současnosti abstinuje při klinicky evidovaném udržovacím nebo substitučním režimu

F10.23 v současnosti abstinuje při léčbě averzivními nebo blokujícími látkami

F10.24 v současnosti pije (aktivní závislost)

F10.25 souvislé užívání

F10.26 epizodické užívání (dipsománie)

**Akutní intoxikace (prostá opilost, ebrietas simplex)** je přechodný stav po požití alkoholu, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity a chování, dále k narušení psychomotoriky a vegetativních funkcí. Příznaky trvají pouze po dobu přítomnosti

alkoholu v organismu, stupeň poruchy vědomí odpovídá hladině alkoholu v krvi, kdy hladina 4g/l již může být letální.

**Patologická intoxikace alkoholem (patická opilost, ebrietas pathica)** je abnormální reakci jedince na alkohol a u závislých se nevyskytuje. Po jednorázovém požití malé dávky alkoholu propuká náhle kvalitativní porucha vědomí, chování je obvykle cizí osobnosti postiženého, činům chybí motivační pozadí, nejsou porušeny motorika a artikulace řeči.

**Škodlivé užívání /abúzus/** znamená takový vzorec konzumace, který poškozují tělesné nebo duševní zdraví postiženého nebo vyvolává opakované sociální problémy. Patří sem např. konzumace alkoholu pacientem, u něhož je alkohol ze zdravotních důvodů kontraindikován, ale u něhož nejsou přítomny další příznaky závislosti. **Syndrom závislosti na alkoholu** zahrnuje skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má pití alkoholu u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Ústřední charakteristikou závislosti je touha užívat psychoaktivní látku. Při požití alkoholu (i jiných návykových látek) po období abstinence se příznaky syndromu závislosti rychle obnovují.

Kritériem pro **diagnózu syndromu závislosti na alkoholu** je výskyt alespoň tří z následujících jevů během posledního roku:

a) silná touha nebo pocit nucení užívat látku (craving, bažení)

Pacient může craving prožívat jako chuť se napít, ale také jako různé změny psychického či fyzického stavu, které měl v minulosti spojené s konzumací alkoholu, jako neurčitý dyskomfort („něco mu chybí“), sny nebo fantazie o droze. Craving není ovladatelný vůlí – pacient si nemůže craving zakázat, může se však naučit ho zvládat (nenapít se alkoholu, i když má na něj chuť) a žít tak, aby craving pocíťoval zřídka.

b) b) potíže v kontrole, a to pokud jde o začátek konzumace, její ukončení nebo množství vypitého alkoholu

Pacient jde do hospody s úmyslem vypít jedno pivo a vypije deset piv, nebo si otevře láhev s úmyslem vypít jen jednu sklenku, ale nalévá si další, dokud v láhvi něco je (nebo dokud neusne), chce se napít a neopít se („pít s kontrolou“), ale opakovaně se opije, ač nechtěl. U rozvinuté závislosti není obnovení kontroly užívání možné, pokusy o kontrolované užívání vedou po různě dlouhé době k zhroucení kontroly a recidivě návykového chování (a k obnovení a prohloubení komplikací), proto je u rozvinuté závislosti jedinou možností k dosažení dlouhodobé remise a kvality života důsledná abstinence od návykových látek.

c) c) somatický odvykací stav

Objevuje se při poklesu hladiny alkoholu v těle, zpravidla ráno, typický je neklid, nervozita, třes, pocení, návaly horka, dávení až zvracení, nespavost, děsivé sny. – vše odeznívá po požití další dávky alkoholu.

d) d) změna tolerance

U pacienta, který nejeví známky intoxikace při hladině, která běžně k příznakům intoxikace vede („střízlivý“ pacient s 2,5promile) jde tedy s největší pravděpodobností o rozvinutou závislost a je třeba počítat s rozvojem odvykacího stavu po vystřízlivění. V průběhu abúzu tolerance roste, při abstinenci – i vynucené – klesá. U závislosti na alkoholu dochází v terminálním stadiu k poklesu tolerance v důsledku poškození jater – pacient je po jednom pivě opilý půl dne.

e) e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku

Pacient s rozvinutou závislostí zvládá vedle činností, spojených s drogou, čím dál méně aktivit, nejprve opouští koníčky, plnění pracovních a rodinných povinností je čím dál problematičtější (zvládá jen rutinu, i tu s chybami), až vymizí docela, zanedbává svůj vzhled a péči o sebe.

f) f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

tlak okolí (hrozba rozvodu, důtka v zaměstnání) nebo zdravotní komplikace abúzu vedou někdy k dočasné abstinenci, po odeznění tlaku či úpravě komplikací se pacient vrací k abúzu (s přesvědčením, že už se mu „to“ nestane). U rozvinuté závislosti nedokáže pacient bez léčby přestat pít navzdory závažným důsledkům, a to i při vysokém intelektu a původně pevným mravním zásadám, spíše ho pocit viny a beznaděje doženou k sebevražednému chování.

**Odvykací stav** (syndrom odnětí drogy, abstinenci syndrom) je tvořen kombinací příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném odnětí alkoholu po předchozí zpravidla dlouhodobé konzumaci. Začátek a průběh odvykacího stavu jsou časově omezeny a závisí na dávce, užívané bezprostředně před zahájením abstinence. Rozvíjí se zpravidla za 6-8 hodin po skončení pití, nejčastěji to bývá ráno. Typickými příznaky jsou neklid, nervozita, třes, pocení, návaly horka, palpitace, dávení až zvracení, nespavost, děsivé sny, úzkost, nesoustředěnost, neklid, může být komplikován záchvaty křečí. Je třeba připomenout, že pití alkoholu pacient často popírá či bagatelizuje, což může někdy vést k diagnostickým omylům - k obrazu závislosti totiž patří, že pacient uvítá jakékoliv vysvětlení svých obtíží, které nesouvisí s jeho pitím. Odvykací stav zpravidla ustupuje i bez terapie do 50 hodin, pokud ovšem nepřejde v delirium tremens.

Syndrom odnětí drogy bychom neměli zaměňovat za prostou "kocovinu neboli nevolnost po opilosti, jejímiž příznaky jsou bolest hlavy, nauzea, předrážděná či sklíčená nálada a pocit viny. Kocovina nastupuje po přeměně požitého alkoholu na acetaldehyd a je v podstatě příznakem intoxikace acetaldehydem, zatímco syndrom odnětí drogy se rozvíjí již během poklesu alkoholémie a je příznakem hyperexcitace v důsledku odeznívání tlumivého účinku alkoholu. Příznaky syndromu odnětí rychle a spolehlivě odstraňuje další dávka drogy a je provázen velmi intenzívním až nezvladatelným cravingem. "Kocovina" trvá asi 12 hodin, i zde se někdy setkáváme se snahou "lécit" její příznaky další dávkou alkoholu, chybí tu však chorobná touha po droze. Postižený není - na rozdíl od pacienta s rozvíjejícím se syndromem odnětí drogy - ochoten pro získání další dávky drogy riskovat závažný konflikt, přestoupit své morální zásady atd.

**Odvykací stav s deliriem (delirium tremens)** se zpravidla rozvíjí 48 – 72 hodin po přerušení nebo podstatné redukci příjmu alkoholu. Rozvoji deliria předchází mírnější projevy odvykacího stavu (predelirantní stav), s tachykardií, pocením, nervozitou, úzkostí, podrážděností, neklidem, nespavostí, děsivými sny (popřípadě halucinačními vsuvkami po probuzení) a třesem končetin, které se objevují již několik hodin po přerušení pití. Hladina alkoholu, při níž se objeví tyto odvykací příznaky, je významným prediktorem závažnosti nastupujícího odvykacího stavu – pokud se objeví silný třes a pocení při alkoholémii 1-1,5g/l (1 -1,5 promile), je vysoké riziko epileptického záchvatu a/nebo deliria a je třeba zahájit léčbu odvykacího stavu ještě před vystřízlivěním pacienta. Po těchto prodromech – nejčastěji v noci - přicházejí masívní, především zrakové halucinace (typické jsou halucinace malých zvířat nebo lidských postav, před nimiž se pacient snaží uniknout nebo je odhání) a stav dezorientace časem i místem. Sluchové halucinace a iluze jsou méně časté a bývají velmi nepříjemné (pacienti slyší hlasy, které jim vyhrožují), dále se mohou objevit i halucinace vícesmyslové. Stupňuje se úzkost a agitovaný neklid, vrcholící v deliru zaměstnanosti, kdy pacient lpí zoufale a neadekvátně na nějaké všední činnosti, kterou vykonává (skutečně popř. imaginárně), strach se může vystupňovat v agresi vůči okolí či vlastní osobě. Typický je kolísavý průběh se zhoršováním příznaků v noci, s pacientem lze navázat kontakt případně jej i ovlivňovat. Somatické příznaky deliria tremens zahrnují bohatou vegetativní symptomatologii (tachykardie, hypertenze, febrilie, tachypnoe, návaly horka a pocení, nauzea a zvracení), dále hrubý třes a ataxii. Klinický nále z dokresluje fyzikální a laboratorní známky

orgánového poškození alkoholem. Při fyzikálním vyšetření často nacházíme icterus, pavoučkové névy, četné hematomy, dehydrataci nebo otoky, ascites, malnutrici, příznaky polyneuropatie. Je třeba aktivně pátrat po známkách úrazu hlavy, všimnout si stavu vědomí, zápachu dechu, hydratace, kožních změn a krvácivých projevů, posoudit stav dýchání a oběhu, vyloučit náhlou příhodu břišní, retenci moči a melénu, provést orientační neurologické vyšetření.

Podrobnou analýzou příznaků závislosti na alkoholu a jejího vývoje se zabýval v první polovině 20. století E.M.Jellinek, který popsal v roce 40 příznaků závislosti a seřadil je do čtyřech vývojových stadií, které zde pro porozumění zákonitostem vývoje závislosti uvádíme. Znalost postupu vývoje závislosti je velmi důležitá pro získání důvěry pacienta – je třeba se totiž při anamnestickém rozhovoru ptát trpělivě, s porozuměním, protože jen tak je pro pacienta možné přiznat příznaky, které dosud popíral, neboť se za ně styděl.

### **1. stadium: iniciální, počáteční**

Během tohoto stadia se budoucí pacient navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. Jen on sám by mohl tušit (nemusí si to však uvědomovat), že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí lépe, než střízlivý, dokáže překonávat situace, které pro něj dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Protože se alkohol jako „řešení problému“ osvědčuje, využívá jeho účinků častěji. Častější konzumace vede **růstu tolerance** - roste tedy dávka, nutná k „vyřešení problému“. Neobjevují se zřetelné opilosti, v pijící společnosti mívá adept závislosti pověst člověka, který "hodně snese a není to na něm vidět".

V tomto stadiu tedy budoucí pacient pije proto, že neumí jinak řešit svůj problém (nespokojenost v práci, partnerských vztazích atd.). Pokud najde řešení problému - třeba s pomocí psychoterapie - omezí většinou i své pití. Je však pravděpodobné, že na další problémy bude znovu reagovat pitím.

### **2. stadium: prodromální, varovné**

Rostoucí tolerance způsobuje, že dávka potřebná k vyvolání příjemného pocitu (nebo úlevy od nepříjemného) je stále blíže hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí - ta se však zatím objevuje jen jako občasné "nedopatření". S "hladinkou" se adept závislosti cítí "ve formě", proto vyhledává příležitosti k pití. K dosažení žádoucí hladiny musí pít rychleji než okolí, proto si připravuje náskok v pití a začíná pít potajmu. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná se za své počínání stydět. Proto je citlivý na jakoukoliv zmínku o alkoholu, své pití skrývá a v intoxikaci se kontroluje. Okolí tedy nadále nic nepozoruje, ale on se díky maximálnímu psychickému vypětí může i po menší dávce etanolu dostat do okénka (palimpsestu) - nepamatuje si průběh intoxikace. To dále, vedle nechtěných opilostí a tajného pití, prohlubuje jeho pocit viny. Rostoucí pocit viny vyvolává v postiženém odhodlání vypořádat se s alkoholem a ovládnutí účinků alkoholu se pro něj stává prestižní záležitostí. Tato snaha uvede do pohybu bludný kruh vedoucí k závislosti.

Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů.

### **3. stadium: kruciólní, rozhodné**

V tomto stadiu ještě dále roste tolerance. Pacient snese vysoké dávky alkoholu, avšak hladina, kterou pacient vnímá jako příjemnou, už prakticky splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. To se projevuje tak, že pacient dlouho působí střízlivým dojmem a náhle se během jedné sklenky úplně opije - obvykle ve zcela nevhodné situaci. Jinými slovy, pacient se stále častěji, byť nerad, opíjí v marné snaze napít se a přitom se neopít, přestat včas - došlo k narušení kontroly v pití, zpravidla však nikoliv k úplné ztrátě – občas nějaké napití neskončí opilostí – to je pro postiženého důkazem toho, že situaci zvládá a tím i povzbuzením k dalším snahám pít s kontrolou.

Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím. Postižený na ně reaguje budováním racionalizačního systému - systému zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Získávání drogy, její ukrývání a systém zdůvodňování a výmluv, proč drogu potřebuje, postupně vyžaduje stále více času a schopností pacienta a stává se středem vesmíru postiženého - mluvíme o alkoholocentrickém myšlení a chování, upadají pacientovy zájmy a koníčky, přestává stačit na své povinnosti. Čím více se chování pacienta přiči jeho původnímu systému hodnot, tím více rostou jeho pocity viny, proti nimž se pacient brání racionalizačním systémem a další konzumací alkoholu. Začíná se měnit osobnostní struktura, manifestují se negativní stránky osobnosti – narůstá egocentrismus, vztahovačnost, ukřivděnost, agresivita, sebelítost, mizí zodpovědnost a altruismus, dosud spolehlivý a čestný člověk lže, neplní sliby, podvádí, je zlý. Vzhledem k vysoké toleranci pacient přechází na levnější alkoholické nápoje, z důvodu utajení často na nápoje s vyšší koncentrací alkoholu (destiláty, typická jsou cestovní balení), často se objevuje kombinace s užíváním návykových léků nahrazení účinku alkoholu. V tuto dobu již většina pacientů zcela zanedbává správnou výživu, resp. často přestává jíst úplně, což dále zhoršuje jejich zdravotního stav. Tlak okolí může donutit pacienta po určitou dobu abstinovat, ale jakmile povolí tlak okolí, pacient se vrací k abúzu.

V tomto stadiu se již objevují zdravotní poruchy a pacient může vyplývat mnoho energie návštěvami odborných lékařů a stížnostmi na své nejasné potíže, aniž se, navzdory odborné a často nákladné péči, cokoliv zlepší (pokud nedojde k zastavení konzumace alkoholu).

Celé snažení pacienta v tuto dobu ovládá pocit: "přece nejsem takový slaboch, abych nedokázal pít s mírou". Cílem pacienta je neopít se, nikoliv se nenapít. Opakované neúspěšné pokusy o kontrolované pití tuto snahu nezvrátí. Původní problémy, které na počátku "odstartovaly" pití, ustupují do pozadí za problémy způsobené alkoholem a již slouží jako racionalizace další konzumace, jejich případné vyřešení nezastaví další vývoj závislosti. Stoupající frekvence opilostí dosáhne stavu, kdy pacient je víc dnů v týdnu opilý, než střízlivý. Tím také končí třetí stadium a přichází stadium poslední, konečné.

#### **4. stadium: terminální, konečné**

Charakteristickým znakem čtvrtého stadia je rozvoj odvykacího stavu při střízlivění, který je pacient "nucen" léčit další dávkou drogy - tzv. ranními doušky. Pokračuje-li od ranního doušku pití dál, vzniká tah - několikadenní období, během něhož pacient nevystřízliví. Někdy nezůstává postižený u pití alkoholických nápojů a z nouze pije i jiné chemické prostředky obsahující etanol.

V důsledku poškození jater již ve čtvrtém stadiu klesá tolerance - pacient se opije menší dávkou alkoholu, než dříve. Objevují se nejrůznější orgánová poškození, nastupuje degradace osobnosti - úpadek, kdy jediným požadavkem na život je získání drogy. Tu už pacient upřednostňuje před nezákladnějšími životními hodnotami, jako je péče o děti, o sebe, profesi atd. Nastupuje stav, kdy to nejde bez drogy, ale ani s drogou – tzv. debakl.

Vedle tohoto vývoje, začínajícího nenápadnou společenskou konzumací, se v současné době setkáváme se skupinou pacientů, kteří konzumují alkohol od počátku ve značném množství, s cílem se opít, a to ve společnosti stejně zaměřených jedinců. Jedná se zpravidla o mladé lidi, konzumující takto alkohol často ještě před dosažením zletilosti, jejich životní styl i další charakteristiky jsou blízké toxikomanským, ostatně mnozí z nich mají v anamnéze abúzus ilegálních drog nebo kombinují abúzus alkoholu, návykových léků a ilegálních drog podle své aktuální situace. U těchto jedinců dochází k rozvoji závislosti velmi rychle, typické jsou zdravotní (úrazy, psychotické stavy, epileptické záchvaty) i společenské (nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, trestná činnost) komplikace, někdy však dochází ke spontánní remisi.

Z diferenciálně diagnostického hlediska je třeba na problematiku závislosti na alkoholu pomýšlet, proto zde uvádím alespoň heslovitě příznaky, které mohou na závislost na alkoholu upozornit:

#### **Vzhled pacienta:**

- Zanedbaný zevnějšek nebo nezvládnutá snaha o dobrý dojem
- nepřiměřené nalíčení, maskované hematomy různého stáří a nejasného původu
- zarudlé, plovoucí oči, zarudlý nos, zanedbaný chrup, parodontopatie
- foetor alcoholicus (ev. maskovaný žvýkačkou, parfémem, ústní vodou)
- u pivařů typická obezita, se zvýrazněním femininních prvků

#### **Psychický stav a chování pacienta**

- desinhibice, podrážděnost, výbušnost, lítostivost, ukřivděnost, emoční labilita
- poruchy paměti a pozornosti, zmatenost, motorický neklid
- anamnéza mlhavá, snaha o dobrý dojem, „stížnosti na celý svět“
- přecitlivělost na téma abúzu, bagatelizace a racionalizace abúzu

#### **Laboratorní nálezy**

- makrocytární anemie, (MCV nad 100), trombocytopenie
- hypokalemie, elevace GMT, hyperbilirubinémie, hyperurikémie, hyperlipoproteinémie s hypertriacylglycerolemií a hypercholesterolemií, hypoglykemie
- proteinurie, urobilinogenurie, ketosa

#### **Příznaky dalších komplikací abúzu alkoholu**

- Hepatopatie (subicterus, moonface, hepatomegalie, ascites, žilní spojky, hemorhagická diatéza)
- Pankreatitis (kachexie, průjmy, dyspepsie)
- Neuropatie (parestzie, parezy, edémy, mramorová kůže, trofické změny, bolesti)
- Vegetativní poruchy (pocení, palpitace, návaly horka, tachykardie, kolísavý TK)
- Poruchy glukózové tolerance
- Encefalopatie (demence, třes, poruchy stoje, chůze, koordinace pohybů)

#### **Přístup k pacientům se závislostí v lékařské ordinaci**

Je zásadní rozdíl, zda se setkáváme s abstinujícím závislým či s pacientem s aktivní závislostí (byť momentálně střízlivým).

**Abstinující závislí** – podávají kvalitní anamnestické údaje včetně informace o své závislosti, někdy až úzkostně se dotazují na návykovost ordinovaných léků, v léčbě spolupracují, někdy lépe než pacienti bez závislosti, jsou zvyklí respektovat určitá omezení a dodržovat doporučený program. Zásadou je u těchto pacientů neordinovat návykové léky krom vitální indikace z důvodů ohrožení abstinence pacienta (i terapeutické dávky vyvolávají craving, který podporuje rychlý růst tolerance, což ve výsledku zpravidla vede k recidivě abúzu buď původní návykové látky, nebo k rozvoji zkřížené závislosti se zneužíváním ordinovaného léku (případně dalších návykových látek). Při chirurgických zákrocích doporučujeme se rovněž pokud možno vyhnout použití benzodiazepinů, opioidů a jiných návykových léků, pokud nelze, použít parenterální formy a doporučit pacientovi po stabilizaci somatického stavu konzultovat svého AT specialistu.

**Aktivní závislí** – přicházejí do ordinace lékaře buď pro zdravotní komplikace abúzu, nebo pro onemocnění, které se vyvíjí souběžně s abúzem. Návštěvu lékaře často odkládají (stydí se za abúzus), takže přicházejí často s komplikacemi, mnohdy v akutním stavu, a to buď v intoxikaci návykovou látkou, nebo v odvykacím stavu. Anamnestické údaje nebývají validní, abúzus tají, v léčbě nespupracují, nedodržují doporučené postupy, zapomínají na kontroly, kombinují ordinované léky s abúzem alkoholu (a jiných návykových látek), nebo ze strachu před kombinací s nimi terapii vysazují. Není vzácností, že u pacienta snažícího se o

prostřízlivění před návštěvou lékaře dojde k rozvoji odvykacího stavu s křečemi nebo deliriem, někdy dojde k epileptickému záchvatu přímo v ordinaci lékaře. Zásadou u pacientů s aktivní závislostí je v ambulantní péči minimalizovat farmakoterapii, vyhnout se návykovým lékům, lékům, jejichž kombinace s alkoholem (jinými návykovými látkami) je kontraindikována a lékům, u nichž je nezbytné přesně zachovat terapeutické schéma. V neodkladné ústavní péči je třeba zvládnout odvykací stav a počítat s vysokou tolerancí a atypickou reakcí pacienta na podávaná farmaka (zejména v anesteziologické péči).

**Použitá literatura:**

Heller, Pecinovská a kol.: Pavučina závislosti (Togga 2011)

Smolík: Duševní a behaviorální poruchy (Maxdorf 1996)

**Doporučená literatura:**

Höschl, Liebiger, Švestka a kol. : Psychiatrie (Tigis 2002)

Heller, Pecinovská a kol.: Pavučina závislosti (Togga 2011)

Zima, Mareček, Špičák, Lukáš: Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem (Medprint 1996)

Ehrmann a kol.: Alkohol a játra (Grada 2006)

### Otázky:

1. Jaká hladina alkoholémie je považována za letální?  
1,5 g/l  
**4g/l**  
10g/l  
0,4g/l
2. Mezi příznaky deliria tremens nepatří:  
zrakové halucinace  
sluchové halucinace  
vícesmyslové halucinace  
**intrapsychické halucinace**
- 3.) Ve farmakoterapii abstinujících alkoholiků je třeba se vyhnout:  
lékům, u nichž je nutno přesně zachovat dávkovací schéma  
**benzodiazepinům a jiným návykovým lékům**  
parenterálně podávaným preparátům  
jakýmkoliv psychofarmakům
- 4.) Pacient, který při alkoholémii 3g/l nejeví známky opilosti:  
rozhodně nemůže být závislý na alkoholu  
**je s velkou pravděpodobností závislý na alkoholu a lze očekávat při střízlivění rozvoj odvykacích příznaků**  
je s velkou pravděpodobností závislý na alkoholu, ale po vystřízlivění nehrozí rozvoj odvykacích příznaků  
nemůže mít problémy s alkoholem, protože má vysokou toleranci
- 5) Mezi somatické obtíže související s nadměrným pitím alkoholu patří:  
poruchy srdečního rytmu  
žloutenka  
hemorrhagická diatéza  
**vše je správně**