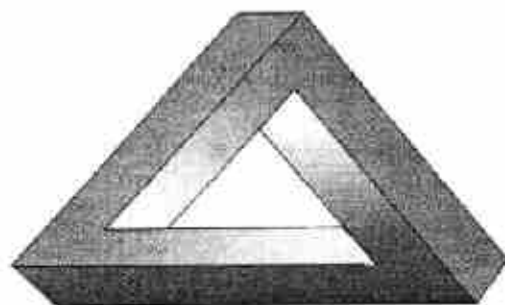


# Státní zdravotní ústav

Centrum zdraví a životních podmínek



# ZPRAVODAJ

Drogového informačního centra

# 44

Březen 2005



**UN INFO online**

elektronická služba Informačního centra OSN v Praze

**01.03.2005**

**OSN vydává výroční zprávu o drogách**

## **Výroční zpráva Mezinárodního výboru pro kontrolu drog (INCB) 2004:**

### **Největším heroinovým trhem v Evropě je Rusko**

**PRAHA, 1. března 2005 (Inf. centrum OSN)** – Letošní výroční zpráva Mezinárodního výboru pro kontrolu drog (INCB) se zaměřuje na problematiku integrace strategií, které mají snížit nabídku a poptávku po drogách. Zpráva vychází 2. března 2005.

INCB ve své zprávě argumentuje, že současné přístupy, které kladou důraz na vyváženost kroků na snižování nabídky i poptávky po drogách jsou sice poměrně úspěšné, provádějí-li se však izolovaně, přinášejí jen omezené výsledky. Obě strategie je tudíž nutné integrovat. Výbor INCB proto vyzývá ke komplexnějšímu propojení přístupů ke snižování nabídky a poptávky na všech úrovních, od místní až po mezinárodní.

*„Ke splnění cílů, které byly přijaty na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN o problematice drog v roce 1998, musejí vlády všech států zajistit integraci strategií na snížení nabídky i poptávky po drogách, a to na technické i politické úrovni,“* uvádí ve zprávě šéf INCB Hamid Ghodse. Na zvláštním zasedání VS o drogách se státy zavázaly, že dosáhnou do roku 2008 významného snížení výroby, distribuce a užívání nezákonných drog.

Zpráva INCB zdůrazňuje, že *„...když se návyková droga stává dostupnější, je jí vystaven větší počet zranitelných jedinců. Pravděpodobnost experimentování se tak zvýší a problémy spojené se zneužíváním drog narostou“*. Nebude-li souvislost mezi nabídkou a poptávkou po drogách náležitě pochopena a přijata, kontrola drog se může vymknout z rukou a problémy s tím spojené dosáhnou epidemických rozměrů. Jako příklad uvádí epidemické rozšíření upraveného kokainu, tzv. cracku, v osmdesátých letech v USA, kdy se tato nová a levnější forma tradiční drogy stala dostupná široké veřejnosti.

Zpráva doporučuje, aby k dosažení rovnováhy mezi strategiemi na snižování nabídky a poptávky po drogách byl přijat společný model drogových trhů, specificky upravený pro konkrétní trhy místní, národní i regionální.

*„Tvůrci politických přístupů by měli klasifikovat typy drogových trhů v konkrétních oblastech, aby pro ně mohli vytvořit cílené strategie zaměřené na snižování nabídky a poptávky,“* říká Hamid Ghodse. Například u drogového trhu „dospělých“, charakterizovaného silnou konzumací u relativně malého počtu závislých osob, doporučuje INCB zaměřit se na úzký počet distributorů obchodujících s velkým množstvím drog, spíše než zatýkat závislé jedince.

Výbor INCB dále vyzývá k větší vzájemné koordinaci a sdílení informací, dat, programů na prosazování zákona při snižování nabídky i poptávky. Jako příklad iniciativy

zaměřené na snižování nabídky i poptávky zmiňuje tzv. drogové soudy, které spojují prosazování zákona s poskytováním zdravotnických služeb. Zdůrazňuje také potřebu zaškolovacích programů, jejichž cílem je posílení vzájemné koordinace mezi sociálními službami, vzděláváním, trestním soudnictvím a sektorem veřejného zdraví.

### **Internetové lékárny: Prudký nárůst prodeje nelegálních drog**

Podle letošní výroční zprávy INCB se přes internet každoročně prodá několik miliard dávek léků, což představuje potenciální smrtelné zdravotní riziko pro jejich uživatele.

Nelegální internetový prodej léčiv obsahujících omamné a psychotropní látky v minulém roce stále rostl a nyní tvoří naprostou většinu prodeje ilegálně operujících internetových lékáren. Ty běžně prodávají návykové léky a psychotropní látky bez povinného lékařského předpisu.

Internetový prodej se týká i látek s vysokým potenciálem zneužití, kam patří některé opiáty (např. oxycodon), stimulanty (amfetamíny) a benzodiazepiny (např. alprazolam a diazepam), stejně jako látky s potenciálně smrtelnými zdravotními riziky, jsou-li konzumovány bez náležitého lékařského dohledu, jako je například fentanyl a secobarbital.

Pravost a kvalita léčiv nelegálně prodávaných na internetu je často pochybná – v některých případech se dokonce jedná jen o napodobeniny léků. Zakoupení těchto léků bez platného předpisu je přitom téměř ve všech zemích protiprávní. Navíc je v mnoha případech nákup v nelicencovaných internetových lékárnách ve srovnání s tradičními lékárnami podstatně dražší.

„Účinný zásah proti takovým nelegálním aktivitám vyžaduje silnou mezinárodní spolupráci a především politickou vůli všech vlád přikládat tomuto problému patřičnou důležitost,“ říká předseda INCB Hamid Ghodse.

### **Posun v přístupu ke kanabis v Nizozemsku**

INCB vítá změnu přístupu nizozemské vlády ke kanabis. Vláda ve svém dokumentu z loňského roku připouští, že „kanabis není neškodná látka“, což se týká nejen jejích uživatelů, ale i celé společnosti. INCB ve své zprávě vyzývá nizozemskou vládu k přijetí dalších opatření ke snížení počtu „coffee shopů“ v zemi.

### **Prekurzory: Zlepšení situace**

INCB vyzývá vlády států k výměně informací při zadržování prekurzorů, klíčových chemických látek používaných při výrobě kokainu, heroinu a amfetamínových stimulantů. Ve sledovaném období došlo k více než 430 případům zajištění prekurzorů, které směřovaly na nezákonné trhy. Některé z těchto případů vedly ke odhalení tajných laboratoří, rozrušení ilegálních obchodních sítí a uvěznění drogových dealerů.

### **Afrika: Alarmující situace**

INCB vyzývá mezinárodní společenství, aby poskytlo pomoc africkým státům v boji proti zneužívání drog a nezákonnému obchodování s nimi. Současně naléhá na vlády afrických států, aby drogovému problému věnovaly větší pozornost. Afrika je hlavním

zdrojem kanabis, se kterým se obchoduje na evropských trzích. Podle INCB existují důkazy o tom, že některé z probíhajících konfliktů na africkém kontinentu jsou částečně financovány z drogových obchodů. Na druhou stranu je v Africe nedostek některých základních léků k medicínským účelům. Ve více než třiceti zemích je konzumace narkotických drog téměř nulová a celkově je spotřeba těchto drog v Africe pouhým zlomkem spotřeby v USA a Západní Evropě.

## **Evropa**

Nejrozšířenější nelegální drogou v Evropě (i ve všech ostatních regionech) je konopí. V Evropě ho v posledních dvanácti měsících podle odhadů užívalo 28,8 milionů lidí, tedy 5,3 procenta z celkové populace kontinentu. Spotřeba konopí nadále rostla v letech 2003 a 2004 i ve východní Evropě, kde ho užívá 3,6 procenta dospělého obyvatelstva, tedy přibližně 8,5 milionů lidí.

Užívání konopí roste v posledním desetiletí téměř ve všech evropských zemích. Veřejná debata o jeho užívání se však více zabývá jeho údajnými pozitivy než souvisejícími riziky. Zdá se, že rostoucí trend zneužívání konopí souvisí se snahou některých lidí prosazovat názor, že jeho používání není škodlivé.

Od roku 1998 roste v Evropě užívání kokainu, v poslední době se ale počet závislých stabilizuje. Spotřeba kokainu ve východní Evropě přitom stále velmi zaostává za Západní Evropou. Odhaduje se, že každoročně se do Evropy propašuje přes 200 tun kokainu, dostává se tam převážně přes Belgii, Nizozemsko, Španělsko a Británii.

Po třech posledních bohatých sklizních opiového máku v Afghánistánu stoupla v Evropě spotřeba heroinu. Zatímco jeho užívání ve většině zemí Západní Evropy je stabilní či klesající, v zemích východní Evropy a ve státech bývalého Sovětského svazu nadále stoupá. Podle oficiálních odhadů je v Ruské federaci více než milion osob užívajících heroin a tato země je tak největším heroinovým trhem v Evropě.

Používání infikovaných injekčních stříkaček mezi narkomany přispívá k šíření HIV/AIDS. Nejvyšší procento růstu případů HIV mezi nitrožilními narkomany mají pobaltské státy a státy SNS. Přibližně 80 až 90 procent nových případů HIV v těchto zemích je výsledkem injekční aplikace drog.

Zatímco v Západní Evropě se úroveň užívání drog zřejmě stabilizovala, ve východní Evropě roste dále obliba amfetaminů a MDMA (extáze).

V mnoha státech, které se v roce 2004 staly členy Evropské unie, jsou kontroly nad chemikáliemi používanými při nelegální výrobě drog přísnější než ty, které vyžadují předpisy Evropské komise. Výbor se obává, že rozšíření Evropské unie může vést k oslabení existujících kontrolních mechanismů importu a exportu v celé Evropě.

## **O Mezinárodním výboru pro kontrolu drog**

Mezinárodní výbor pro kontrolu drog (INCB) je nezávislým a kvazisoudním kontrolním orgánem, jehož úkolem je dohlížet na dodržování úmluv Spojených národů o problematice drog. Výbor byl založen v roce 1968 na základě Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961. INCB předcházela řada podobných orgánů zakládaných již od doby Společnosti národů.

Výbor je nezávislý na vládách i na Organizaci spojených národů; jeho třináct členů je vybíráno podle vlastních schopností a odbornosti. Jsou voleni Ekonomickou a sociální radou OSN (ECOSOC). Činnost INCB financuje OSN. Tři členové jsou voleni ze seznamu kandidátů jmenovaných Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a deset ze seznamu kandidátů, které nominují vlády států.

## **Mandát**

Úkolem INCB je napomáhat vládám států plnit ustanovení úmluv o omamných látkách. Přesně je jeho mandát definován v jednotlivých úmluvách. Stručně řečeno, INCB se zabývá dvěma aspekty kontroly drog:

V oblasti legální výroby, obchodu a prodeje drog se INCB snaží zajistit dostatečné dodávky pro lékařské a vědecké účely a zabránit únikům drog z legálních zdrojů na ilegální trh. Za tímto účelem byl vytvořen systém na vytváření předběžných odhadů množství omamných látek na trhu a dobrovolný systém pro vyhodnocování situace na trhu s psychotropními látkami. S pomocí statistického systému INCB monitoruje dění na poli mezinárodního obchodu s drogami. Výbor také dohlíží na to, aby vlády států vytvářely podmínky, které brání zneužívání chemických prekurzorů k ilegální výrobě drog a pomáhá jim předcházet únikům těchto látek na ilegální trh.

V oblasti ilegální výroby a obchodu s drogami usiluje INCB o odstranění nedostatků ze systému kontroly na státní i mezinárodní úrovni. Výbor zodpovídá za identifikaci chemikálií používaných při ilegální výrobě drog a zařazení těchto látek na seznam látek podléhajících mezinárodní kontrole.

## **Mezinárodní úmluvy o drogách**

Za posledních osmdesát let se postupně rozvinul celosvětový systém pro kontrolu zneužívaných omamných látek prostřednictvím řady mezinárodních úmluv. V současné době platí tyto multilaterální úmluvy: **Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961** (Úmluva 1961) v podobě pozměněné dodatečným Protokolem z roku 1972; **Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971**; a **Úmluva OSN o zákazu ilegálního obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988**. Každá z těchto smluv rozšířila systém mezinárodního práva o nové normy. Od začátku bylo základním cílem úmluv o mezinárodní kontrole drog omezit používání těchto látek výhradně na lékařské a vědecké účely.

**Zpráva INCB a další tiskové materiály jsou k dispozici v IC OSN, nebo on-line na internetu: [www.incb.org](http://www.incb.org)**

Za IC OSN: [Michal Broža](#)

# Poškození jater alkoholem

Souvislost mezi zneužíváním alkoholu a jaterními onemocněními je již známa od starověku (Zima a spol., 1996). Jedná se o aktuální a diskutovaný problém, alkoholovému poškození jater byla např. věnována nedávná dvě čísla časopisu Alcohol Research and Health (č. 3 a 4, 27, 2003). Jaké mechanismy se podle současných znalostí při alkoholovém poškození jater uplatňují především:

- Metabolismus alkoholu vede ke tvorbě volných radikálů a oslabuje mechanismy, které volné radikály eliminují. Zvýšená tvorba radikálů se podílí na poškození organismu řadou mechanismů – např. kancerogenní efekt nebo stimulace tvorby kolagenu.
- Toxicita alkoholu souvisí také s látkami, které vznikají při jeho odbourávání. Takovou toxickou látku je mimo jiné i acetaldehyd.
- Alkohol interferuje s tvorbou energie v játrech, např. s tvorbou adenosin trifosfátu (ATP).
- Na alkoholovém poškození jater se podílí aktivace imunitního systému – infiltrace cytokiny, tvorba specifických autoprotilátek, které poškození prohlubují.
- V důsledku pití alkoholu se v jaterní tkáni hromadí matné kyseliny, podílející se na rozvoji jaterní steatózy.
- Dlouhodobé nadměrné pití alkoholu snižuje vstřebávání některých iontů, stopových prvků a dalších látek v tenkém střevě.
- Pití alkoholu zhoršuje průběh jaterní poškození jiného původu (např. v důsledku chronické žloutenky u nás nejčastěji typu C).
- Alkoholová poškození jater zvyšují riziko rakoviny v této lokalizaci.

## Epidemiologie

Na alkoholické onemocnění jater zemřelo podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2003 v České republice 731 mužů a 242 žen. Některá alkoholová poškození jater se ale mohou skrývat pod jinými souvisejícími diagnózami jako krvácení z jícnových varixů, jaterní selhání či hepatocelulární karcinom. Navíc je běžné, že pacient svůj problém s alkoholem nepřizná a že jeho jaterní onemocnění se pak přičte jiné příčině. Dále, jak uvedeno výše, alkohol zhoršuje i jaterní poškození jiné etiologie.

## Léčba a prevence

Nejdůležitější zásadou při léčbě alkoholového poškození jater je naprostá abstinence od alkoholu. U abstinujících pacientů dochází podle našich zkušeností většinou k relativně rychlému zlepšení stavu někdy i v případě závažného poškození. Podle materiálů amerického National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Alcoholic liver disease, 2005) 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 poškození jater u abstinujících má relativně dobrou prognózu (Bellamy a spol., 2001), lepší než např. transplantace pro pokročilou hepatitidu 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 (Keeffe, 1997).

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 si pak zvýšila náklady zdravotnictví a snížila efektivitu péče. Z celospolečenského hlediska komplikuje prevenci nízká cena alkoholu a jeho prakticky neomezovaná propagace.

### **Literatura**

Alcoholic liver Disease. Alcohol Alert, 64, 2005, citováno podle internetové verze na [www.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm](http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm)

Bellamy, Ch. O., C., DiMartini, A. M., Ruppert, K. a spol.: Liver transplantation for alcoholic cirrhosis: Long term follow-up and impact of disease recurrence. Transplantation, 72, 2001, s. 619-626

Keeffe, E.B. Comorbidities of alcoholic liver disease that affect outcome of orthotopic liver transplantation. Liver Transplantation and Surgery, 3, 1997, s. 251-257. Citováno podle Alcoholic liver Disease (2005)

Zima, T., Mareček, Z., Špičák, J., Lukáš, M.: Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem. Medprint, Praha 1996, s. 198.

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.*

*Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8*

*Tel.: 284 016 249, E-mail: [nespor.k@seznam.cz](mailto:nespor.k@seznam.cz), [www.plbohnice.cz/nespor](http://www.plbohnice.cz/nespor)*

## **Krátká intervence u patologického hráčství**

### **Rozšíření problémů působených hazardní hrou v populaci**

Údaje o počtu patologických hráčů nejsou k dispozici, je ale znám výskyt zkušeností s hazardními 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 1 x týdně či častěji se objevovalo u 2,4 % chlapců a 0,6 % dívek (Csémy a spol., 2003). Z uvedeného vyplývá, že, vzhledem k dostupnosti hazardních her, lze předpokládat další nárůst patologického hráčství i jiných problémů, které hazardní hra působí (kriminalita 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 (Lynch a spol., 2004). 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 provádět krátkou intervenci pro problémy působené 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 je typické 1. craving (bažení) po hazardní hře, 2. zhoršené sebeovládání ve vztahu k hazardní hře, 3. pokračování navzdory nepříznivým důsledkům. Jedná se tedy 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 u sebe 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 (1999).
- 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 se vyhnout 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 lepšímu zvládnutí nečekaných krizí. Ledgerwood a Petry (2004) 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 jsme původní českou příručku (Nešpor, 1999), která je volně ke stažení z webových stránek [www.plbohnice.cz/nespor](http://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 pomoci podmínit dobrou spoluprací při léčbě.
- Užitečné je posilování motivace (Hodgins, 2004). 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, 1999), 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. Takushi a spol., 2004, viz dále).
- 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 někdo z rodiny pacienta z k první návštěvě příslušného zařízení doprovodí (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 (Hodgins a el-Guebaly, 2004). 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 to není možné, jejich zvládání. 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. (2004) 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. (2004) referují o úspěšném programu pro vysokoškolské studenty, který zahrnoval posilování motivace, nácvik kognitivně-behaviorálních dovedností, kognitivní korekci, uvažování o důsledcích hazardní hry a prevenci recidiv.

Krátká intervence, kterou rutinně provádíme u pacientů, kteří se na nás obracejí, sestává z předání svépomocné příručky (Nešpor, 1999), 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 1x 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 pro problémy působené 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 atd.

## Literatura

Csémy L., Sovinová H., Sadílek P., Lejčková P.: (2003) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2003. Nepublikovaná výzkumná zpráva. Psychiatrické centrum Praha.

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, 3, s. 293-296.

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, s. 72-80.

Ledgerwood, D. M., Petry, N.M.: Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis*, 192, 2004, 10, s. 711-714.

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, 11, s.1116-1122.

Nešpor, K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. 2. rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, s. 104.

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, 1, s. 83-93.

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
vědecký sekretář Společnosti návykových nemocí České lékařské společnosti JEP  
a národní koordinátor Evropského akčního plánu o alkoholu SZO  
Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8  
Tel.: 284 016 249, E-mail: nespork@seznam.cz  
Internet: www.plbohnice.cz/nespor, www.muweb.cz/veda/nespor*