

DELIRIUM TREMENS NA KLINICE PSYCHIATRIE V OLOMOUCI V LETECH 2005–2011

původní práce

Barbora Mainerová^{1,2}
Ján Praško^{1,2}
Klára Látalová^{1,2}
Jarmila Šmoldasová^{1,2}
Rostislav Horáček³

¹Klinika psychiatrie
Fakultní nemocnice Olomouc

²Lékařská fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci

³Oddělení intenzivní péče
chirurgických oborů
Fakultní nemocnice Olomouc

Kontaktní adresa:

MUDr. Barbora Mainerová
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
779 00 Olomouc
e-mail:
barbora.mainerova@gmail.com

SOUHRN

Mainerová B, Praško J, Látalová K, Šmoldasová J, Horáček R. Delirium tremens na klinice psychiatrie v Olomouci v letech 2005–2011

Delirium tremens představuje nejzávažnější komplikaci abstinčního stavu při odnětí alkoholu, která může, cestou minerálové dysbalance, akutního srdečního či respiračního selhání, vést k fatálním komplikacím, a mělo by tedy být zvládnáno na jednotkách intenzivní péče.

Cíle: Cílem naší práce byla identifikace faktorů, jako jsou abnormality v laboratorních hodnotách na většině oddělení rutinně odebíraných, somatická komorbidita pacienta, jeho tělesné parametry, medikace podávaná v rámci léčby deliria a její dávkování či socioekonomický status pacienta, které mohou predikovat délku trvání deliria, délku hospitalizace či závažné komplikace deliria tremens.

Metody: Studovali jsme retrospektivní data 106 pacientů, diagnosticky uzavíraných, dle MKN-10, a léčených pro F10.4, tedy Poruchy způsobené alkoholem – odvykací stav s deliriem, přijatých na naše akutní oddělení v letech 2005–2011.

Výsledky: Naše první výsledky neukázaly souvislost pohlaví, počtu předchozích psychiatrických hospitalizací, včetně těch pro delirium tremens, či tělesných parametrů a s délkou hospitalizace, ale zjistili jsme vysokou korelaci s hodnotami sérového ALT (alanin-aminotranferáza) a GGT (gama-glutamyltranferáza).

SUMMARY

Mainerová B, Praško J, Látalová K, Šmoldasová J, Horáček R. Delirium tremens at the department of psychiatry in University hospital Olomouc in years 2005–2011

Delirium tremens represents the most severe complication of alcohol withdrawal, which due to electrolyte imbalance, acute cardiac and respiratory failure may lead to fatal complications that's why it should be managed at the ICU (intensive care unit).

Aims: Our aim was identification of factors such as laboratory abnormalities in routinely taken laboratory tests, somatic comorbidity of the patient, physical parameters at the admission, administered medication and its dosages or socioeconomic status, which may predict duration or severe complications of the delirium tremens or length of the hospitalization.

Methods: We were retrospectively studying data of 106 patients admitted, diagnosed, according to the ICD-10 as F10.4 – Alcohol withdrawal delirium, at our acute ward in years 2005–2011 and diagnosed and treated as alcohol withdrawal delirium.

Results: Our first results have shown there is no correlation in gender, number of previous psychiatric hospitalizations, included those for alcohol withdrawal delirium, or body parameters and length of the hospitalization, but there is a strong evidence correlation in ALT and GGT values.

Klíčová slova: delirium tremens, predikující faktory, délka trvání, kломethiazol, diazepam, haloperidol, laboratorní hodnoty.

Key words: delirium tremens, predicting factors, duration, clomethiazole, diazepam, haloperidol, laboratory tests.

ÚVOD

Delirium tremens je závažný stav nejčastěji vznikající jako komplikace odvykacího stavu u pacientů se syndromem závislosti na alkoholu, nebo také při pijáckém excessu.^{1,2} Jedná se však o stav, který, vzhledem k možným komplikacím typu minerálového rozvratu, srdeční či respirační insuficience, či dokonce zástavy, může pacienta ohrozit i na životě.³ Úmrtnost se dříve pohybovala mezi 5 a 10 %, ovšem moderní autoři uvádějí při kvalitní péči mortalitu do 1 %.^{4–6} Rizikovými faktory rozvoje deliria se dle některých studií zdají být: delirium tremens nebo odvykací stav komplikovaný epileptickou aktivitou v anamnéze, elevace systolického tlaku, všeobecná somatická komorbidita, zvláště strukturální léze mozku. Z laboratorních nálezů pak nízká sérová hladina kalia, trombocytopenie, zvýšení středního objemu erytrocytů, elevace jaterní aspartát-aminotransferázy.^{7–10} U všech těchto faktorů můžeme předpokládat souvislost nejen s rozvojem deliria, ale též s délkou jeho trvání a celkovým průběhem a případnými komplikacemi. Jedná se o standardně sledované hodnoty u všech našich hospitalizovaných pacientů a jejich získávání není nijak zvláště finančně ani procedurálně náročné.

Pacienti s deliriem tremens by měli být léčeni na jednotkách intenzivní péče, což je však kvůli častému psychomotorickému neklidu obtížné, značnou překážkou je také organizace psychiatrické péče v České republice. Většinou bývají tito pacienti léčeni na akutních, uzavřených psychiatrických odděleních, což s sebou přináší rizika jak pro pacienty, tak pro ošetřující personál.

Nekomplikované příznaky z vysazení lze zvládnout i bez psychotropní medikace.¹¹ Pro ambulantní léčbu syndromu z vysazení se doporučuje tiaprid tam, kde nehrozí nebezpečí epileptických paroxysmů.¹¹ Během hospitalizace upřednostňujeme benzodiazepiny (BZD),¹² zvláště diazepam nebo oxazepam (ten má spolu s lorazepamem nejpríznivější farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti) v supramaximálních dávkách (ekvivalent až 80 mg diazepamu i více), rozdělených do více denních dávek s následnou postupnou redukcí. Alternativou benzodiazepinů (BZD) je podávání kломethiazolu.^{13–18} U těžších abstinčních stavů je nutné zajistit suplementaci thiaminu a vitamínu B₁₂, úpravu elektrolytové rovnováhy, hypoglykemie a horečky. Antipsychotika (haloperidol) užíváme při výrazném neklidu, agresivitě, vždy upřed-

nostňujeme kombinaci s BZD před monoterapií. K podávání antipsychotik se staví část autorů odmítavě^{11,16,19,20} s odůvodněním že snižují záchvatový práh, zvyšují mortalitu a prodlužují trvání deliria. Antipsychotika jsou ale například v USA součástí doporučených postupů jako přídatná psychofarmaka k podávání BZD.²¹ Při léčbě samotného deliria tremens je nejdůležitější monitorovat základní vitální funkce a korigovat elektrolytové změny. Léčbu deliria od počátku spojujeme s léčbou somatického onemocnění, pokud je přítomné. Symptomatická farmakoterapie deliria slouží k navození přiměřené sedace s cílem zajistit bezpečnost nemocného a jeho okolí, zabránit exhausci a zlepšit spolupráci při vyšetřeních.²²

CÍLE

Identifikovat rizikové demografické, socioekonomické, laboratorní, somatické a terapeutické faktory, které mají vliv na délku trvání, průběh, prognózu či závažnou komorbiditu pacientů s deliriem tremens.

METODA

Retrospektivní sběr dat z elektronické i písemné dokumentace pacientů s diagnózou F10.4 – Poruchy způsobené alkoholem, odvykací stav s deliriem dle Mezinárodní klasifikace nemocí č. 10¹ hospitalizovaných na Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc v šestiletém období v letech 2005–2011.

Na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci je ročně hospitalizováno v průměru 18,3 pacienta s diagnózou delirium tremens. Přijímání jsou buď z terénu, nebo jsou překládáni ze somatických oddělení fakultní nemocnice.²³ V terapii nejčastěji užíváme kломethiazol do 5400 mg denně, nebo diazepam do 80 mg, nebo jeho kombinace s haloperidolem či tiapridem. Současně korigujeme změny vnitřního prostředí či interní komorbidity, je-li potřeba. Naše akutní oddělení, kam tyto pacienty přijímáme, nemá k dispozici žádné zařízení k monitorování základních vitálních funkcí krom přenosného oxymetru, nicméně v případě komplikací je prakticky okamžitě dosažitelný intenzivistický resuscitační tým.

Posuzovány byly: pohlaví a věk pacientů, počet předchozích psychiatrických hospitalizací včetně těch pro delirium tremens, tělesné parametry, laboratorní hodnoty platné v době diagnostikování deliria tremens, tzn. ne starší než 24 hodin – elektrolyty, jaterní enzymy, krevní obraz, ledvinové funkce. Dále byla sledována medikace pro léčbu deliria, a to jak typ léčiva, tak jeho dávkování a kombinace. Vše jsme porovnávali s délkou hospitalizace, délkou trvání deliria a případnými komplikacemi, které vedly v překladu na somatické oddělení či jednotku intenzivní péče, popřípadě fatální zakončení.

Demografická data i průměrné hodnoty laboratorních výsledků byly hodnoceny pomocí popisné statistiky; byly zjištěny průměry, mediány, směrodatné odchylky a charakter rozložení dat. Ke statistickému zpracování byl použit program Prism-3. Délka deliria léčeného jednotlivými přípravky a jejich kombinacemi byla hodnocena nepárovými t-testy. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů a lineární regrese. K hodnocení vztahu mezi alternativními proměnnými (pohlaví) byl použit Fisherův přesný test a χ^2 -test. U všech statistických testů byla za přijatelnou považována 5% hladina statistické významnosti. Studie byla schválena místní etickou komisí. Výzkum byl proveden v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a doporučením pro Správnou klinickou praxi (EMA 2002). Pacienti podepsali informovaný souhlas.

VÝSLEDKY

V elektronické i písemné dokumentaci bylo zaznamenáno celkem 109 pacientů s diagnózou odvykací stav s deliriem.

Jeden pacient zemřel v den přijetí na maligní arytmií, jeden pacient byl přeložen na interní JIP (jednotku intenzivní péče) pro akutní krvácení do horního gastro-intestinálního traktu, jeden pacient byl přeložen na interní JIP pro plicní embolizaci, u dvou pacientů došlo za pobytu k rozvoji pneumonie. Tři pacienty jsme vyřadili pro nedostatečné základní údaje k další analýze. Mezi zařazenými bylo 91 mužů a 15 žen (14,15 %), s průměrným věkem $49,60 \pm 10,92$ roku (minimální věk 28 a maximální věk 78 let). Delirium tremens trvalo v průměru $3,62 \pm 2,84$ dne (od 1 do 20 dnů), s průměrnou délkou hospitalizace $10,32 \pm 4,75$ dne (od 1 do 28 dnů). Laboratorní hodnoty, které byly vyšetřeny, jsou uvedeny v tab. 1.

Délka deliria – vztah k demografickým údajům

Nezjistili jsme korelaci délky deliria tremens s věkem (Spearman $r = 0,0549$; n. s.), počtem předchozích psychiatrických hospitalizací (Spearman $r = -0,102$; n. s.), počtem psychiatrických hospitalizací pro závislost na alkoholu (Spearman $r = 0,0925$; n. s.). Nebyl zjištěn rozdíl mezi délkou hospitalizace pro delirium tremens u žen a u mužů ($8,47 \pm 3,09$ versus $10,63 \pm 4,92$; nepárový t-test: $t = 1,643$, $df = 104$; n. s.).

Délka deliria tremens – vztah k laboratorním nálezům

Nebyla zjištěna signifikantní korelace délky trvání deliria se vstupními laboratorními hodnotami z oblasti elektrolytů, jaterních enzymů, krevního obrazu. Objevila se však jedna významná korelace mezi pomocnými nálezy.

Tab. 1. Průměrné výsledky, směrodatné odchylky a procento hodnot mimo normu

	Na mmol/l	K mmol/l	Cl mmol/l	Mg mmol/l	Ca mmol/l	Glykémie mmol/l	Urea mmol/l	Kreatinin μ mol/l	CRP mg/l	Hb g/l
Průměr	134,50 \pm 11,92	3,67 \pm 0,49	97,51 \pm 7,065	0,75 \pm 0,17	2,04 \pm 0,41	7,37 \pm 2,90	5,42 \pm 7,90	72,40 \pm 21,95	28,92 \pm 45,63	127,90 \pm 18,42
% Nad/pod normou	3,1/47,9	0/34,4	4,3/48,9	0/0	x	65,2/0	7,9/22,5	7,9/32,6	85,7/0	0/54,5
	WBC $10^9/l$	RBC $10^{12}/l$	MCV fl	MCHC pg	PLT $10^9/l$	Lymf %	Mono %	Neutrof %	Celková bílkovina g/l	Albumin g/l
Průměr	7,80 \pm 2,77	3,81 \pm 0,80	98,46 \pm 6,48	34,31 \pm 2,27	138,20 \pm 68,53	16,53 \pm 9,56	11,65 \pm 10,12	78,84 \pm 72,07	67,73 \pm 8,25	39,97 \pm 6,47
% Nad/pod normou	21,7/0	0/63,3	47,5/1	47,5/0	0/68,3	0/72,3	36,1/0	59/0	x	x
	ALT μ kat/l	AST μ kat/l	GGT μ kat/l	Bilirubin μ mol/l	Celkový cholesterol mmo/l	TSH mIU/l	ft3 nmol/l	ft4 nmol/l	Kys. močová μ mol/l	Quick %
Průměr	1,51 \pm 1,51	2,48 \pm 2,01	9,37 \pm 11,83	30,23 \pm 29,78	5,01 \pm 1,25	1,16 \pm 0,56	3,93 \pm 0,49	13,30 \pm 2,12	504,50 \pm 259,10	82,19 \pm 15,71
% Nad/pod normou	65,3/0	89,8/0	95,8/0	49,4/0	x	x	x	x	x	x
	INR	Hmotnost kg	Výška cm	TK/syst	TK/diast	TF Tep/min	TT °C	BMI		
Průměr	1,23 \pm 0,22	72,76 \pm 14,74	174,30 \pm 7,15	141,30 \pm 21,74	86,85 \pm 13,01	92,13 \pm 17,25	36,79 \pm 0,67	23,92 \pm 4,36		

Legenda: x – statisticky nedostatečný počet hodnot

Tab. 2. Rozložení medikace

Preparát	klo	dia	hal + dia	klo + tia	klo + dia	klo + hal	klo + dia + tia	dia + hal + tia	klo + hal + dia + tia
Počet pacientů	32	3	10	10	10	7	11	4	4
% zastoupení	30,2	2,8	9,4	9,4	9,4	6,6	10,4	3,8	3,8

Legenda: klo – klomethiazol, hal – haloperidol, dia – diazepam, tia – tiapridal

Vstupní tepová frekvence statisticky významně negativně korelovala s délkou trvání deliria (Spearman $r = -0,2319$; $p \leq 0,05$). Na rozdíl od délky deliria tremens s některými laboratorními nálezy pozitivně korelovala délka hospitalizace. Jedná se o hodnoty ALT (Spearman $r = 0,2259$; $p \leq 0,05$) a GGT (Spearman $r = 0,2728$; $p \leq 0,01$).

Délka deliria – vztah k medikaci

Pacienti s deliriem tremens byli preferenčně léčeni monoterapií klomethiazolem, případně u extrémně neklidných, agitovaných pacientů kombinací haloperidolu a diazepamu.

Rozložení medikace (tab. 2)

U pacientů léčených tiapridem (vždy v kombinaci) se jednalo o první léčbu nasazenou před přijetím na naše pracoviště, kdy byl následně vysazen.

Z pohledu farmakoterapie nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi jednotlivými druhy farmak, pouze délka deliria při monoterapii klomethiazolem se zdá být kratší než u pacientů léčených kombinací klomethiazolu s dalším lékem.

Rozdíly mezi muži a ženami

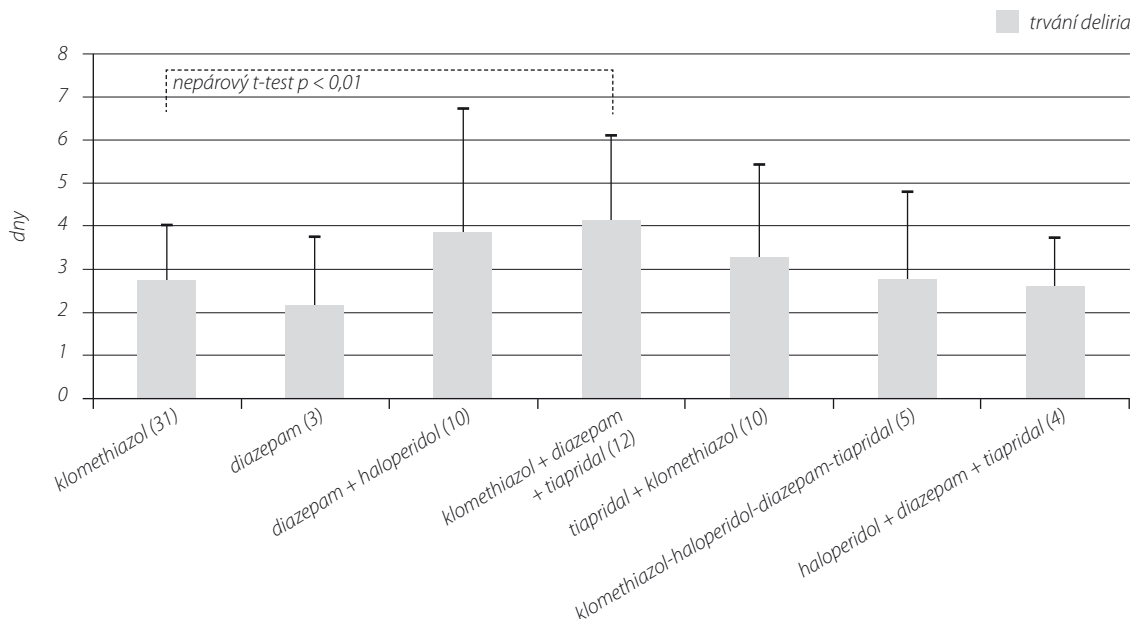
Mezi muži a ženami také nebyly zjištěny rozdíly v délce trvání (3,61 + 2,90 dne versus 3,68 + 2,49; nepárový t-test; n. s.). V laboratorních nálezech byly u delirujících žen zjištěny vyšší hodnoty kreatininu, MCV (střední kor-

puskulární objem erytrocytů) a MCHC (střední objem hemoglobinu v erytrocytech) (obr. 2).

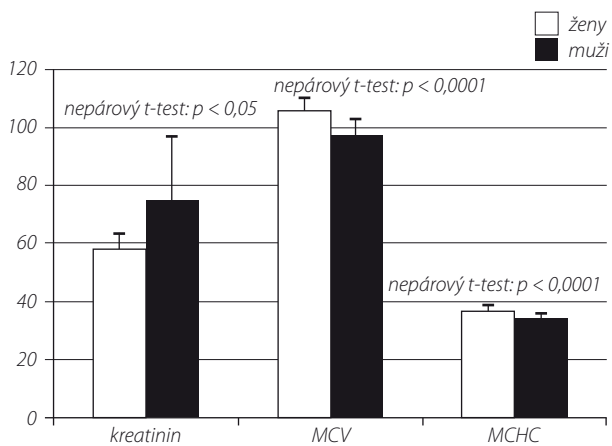
Pokud uvažujeme vztah délky deliria k laboratorním nálezům u žen, délka deliria tremens u žen koreluje pozitivně s WBC (množství leukocytů) (Pearson $r = 0,589$; $p \leq 0,05$). U mužů tato korelace zjištěna nebyla.

DISKUSE

Získané údaje ukazují na dobrou účinnost léčby deliria tremens, srovnatelnou s moderními světovými trendy.^{4,5} Jak doba léčby, tak doba hospitalizace je relativně krátká na to, o jak závažný psychicky i somatický stav se jedná, a je srovnatelná s délkou deliria tremens v jiných studiích.^{24–27} Pacienti jsou pro delirium tremens léčeni nejčastěji ve středním věku, kolem 50 let, ale mohou se objevit i pacienti s deliriem tremens mladší 30 let a starší 75 let. Mezi léčenými významně převažují muži v poměru 7 : 1 k ženám, což se shoduje s nálezy jiných autorů^{6,7,28} a je pravděpodobně zapříčiněno vyšší konzumací alkoholu a ve vyšších dávkách v mužské populaci.^{29,30} Nález signifikantně vyšších hodnot MCV u žen se rovněž shoduje s výsledky jiných autorů a pravděpodobně souvisí s vyšší vnímavostí žen k hematotoxicitě alkoholu.^{31,32} Naše studie neukázala v průměru závažnější odchylky v laboratorních nálezech u celé skupiny delirujících. Vztah k délce deliria se ukázal pouze u vstupní tepové frekvence, kde vyšší tepová frekvence na počátku korelovala s kratším trváním deliria tremens. Tento nález se obtížně interpretuje, nicméně mohlo by to svědčit pro delší trvání deliria



Obr. 1. Léčba deliria v monoterapii a v kombinaci a délka trvání deliria



Obr. 2. Rozdíly mezi muži a ženami v hladinách kreatininu, MCV a MCHC

Pozn.: osa Y: kreatinin – $\mu\text{mol/l}$, MCV – fl, MCHC – pg

u pacientů, kteří mají horší schopnost reagovat na kvalitativní změnu vědomí zvýšenou tepovou frekvencí.

Délka hospitalizace pak pozitivně koreluje se zhoršenými nálezy jaterních enzymů, což je očekávatelný nález, neboť tito pacienti vyžadují delší čas rekonvalescence, více somatické péče, a také vzhledem k horšímu somatickému stavu je pravděpodobně také delší průběh odeznívání abstinčních příznaků jako takových po odeznění vlastního deliria.

Pokud se týká farmakoterapeutického klidnění deliria tremens, retrospektivní zpracování údajů ukazuje na relativně častou polypragmazií,³³ zejména v našem regionu v primárním záhytu pacientů (nepsihiatrickém), při léčbě (65,1 % pacientů). Jak ukazují výsledky, při monoterapii klomethiazolem trvalo delirium kratší dobu než při polypragmazií. Tento nález může svědčit jednak o tom, že klomethiazol v monoterapii od počátků příznaků je efektivnější, jednak o tom, že komplikovanější pacienti jsou častěji léčeni polypragmazií. Jiným důvodem může být ne-

dostatečná edukace o zvládnání deliria tremens na somatických odděleních. Na tuto otázku by pomohla odpověď studie, která by zároveň hodnotila závažnost deliria, což v dokumentaci hodnoceno nebylo.

Studie má řadu omezení, vyplývajících z jejího charakteru. Jedná se o zpracování dat retrospektivně z elektronické a písemné dokumentace na klinice. Přestože je dokumentace vedena předpisově podle akreditačních norem, neposkytuje tolik údajů potřebných k testování hypotéz, jaké by přineslo prospektivní zaznamenávání dat u probíhajících případů. Délka deliria byla stanovována podle zápisů v dokumentaci, a nemusí být proto přesná. Podobně léčba byla vedena podle doporučených postupů, ale probíhala naturalisticky a byla stanovena službu konajícími lékaři, tudíž ne podle předem stanoveného a jednotného algoritmu. Tyto proměnné mohou ovlivňovat významně výsledky, a proto podobně jako u všech retrospektivních studií, které hodnotí naturalisticky probíhající léčbu a nesystematicky sbíraná data, musíme pokládat výsledky za orientační.

ZÁVĚR

Ročně je na klinice psychiatrie léčeno kolem dvaceti pacientů s deliriem tremens. Počet delirií tremens meziročně neroste. Pacienti s deliriem jsou nejčastěji k léčbě doporučení lékaři somatických obzorů FNOL. Přes nedostatečné technické vybavení PK FNOL je mortalita velmi nízká a odpovídá mortalitě udávané vyspělými zdravotnickými systémy v posledních letech. Z našich výsledků se jako možný prediktor délky trvání deliria jeví výše vstupní tepové frekvence pacienta, ostatní laboratorní parametry žádnou statistickou významnost neukázaly. Prodloužení hospitalizace pacienta v našem souboru korelovalo se závažností jaterního postižení, zvláště v oblasti ALT a GGT. Nejčastěji je delirium zvládáno pomocí klomethiazolu. Monoterapie se jeví jako účinnější než kombinace.

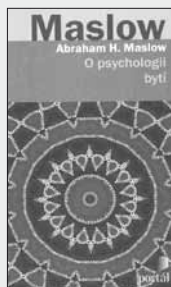
LITERATURA

- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha: Psychiatrické centrum; 1996, Zprávy č. 134.
- Praško J, Jiráček R, Franková V, Seifertová D. Delirium. In: Postupy v léčbě psychických poruch. Seifertová D, Praško J, Horáček J, Hoschl C (eds). Praha: Medical Tribune, Amepa; 2008: 29–37.
- Bašný Z, Havlůj J, Seifertová D, Praško J. Výzkumná studie diagnostiky a léčby deliria tremens. In: Havlůj J (ed). Intenzivní péče o život ohrožující sta-
- vy v psychiatrii. Praha: Psychiatrické centrum; 1991: 81–100.
- Blumenfeld M, Tiamson MLA. Konzultativní psychiatrie. Praktická příručka. Trenčín: Vydavatelstvo F; 2006.
- Berggren U, Claudia Fahlke C, Berglund KJ, Blennow K, Zetterberg H, Ballidin J. Thrombocytopenia in early alcohol withdrawal is associated with development of delirium tremens or seizures. Alcohol & Alcoholism 2009; 44 (4): 382–386.
- Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. J Gen Intern Med. 1996; 11 (7): 410–414.
- Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Sturbel T, Saugel B, Zilker T. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal – predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. Alcohol Alcohol 2011 Jul–Aug; 46 (4) :427–433.
- Fiellin DA, O'Connor PG, Holmboe ES, Horwitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. Subst Abuse 2002; 23: 83–94.
- Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. Psychiatr Serv 2001; 52: 820–823.
- Blondell RD, Powell GE, Dodds HN, Looney SW, Lukan JK. Admission characteristics of trauma patients in whom delirium develops. Am J Surg 2004 Mar; 187 (3): 332–337.

11. Popov P, Nešpor K: Závíslost na psychoaktivních látkách. In: Raboch J, Anders M, Praško J, Hellerová P (eds): *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm; 2006; 38–53.
12. Cooper E, Vernon J. The effectiveness of pharmacological approaches in the treatment of alcohol withdrawal syndrome (AWS): a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013; Sep, 20 (7): 601–612.
13. Nimmerrichter AA, Walter H, Gutierrez-Lobos KE, Lesch OM. Double-blind controlled trial of gamma-hydroxybutyrate and clomethiazole in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Alcohol* 2002; 37 (1): 67–73.
14. de Millas W, Ganzer F, Kuhn S, Haasen C. Oxazepam versus clomethiazol in alcohol withdrawal treatment. *Eur Addict Res* 2010; 16 (4): 179–184.
15. Tiecks FP a Einhäupl KM. Behandlungsalternativen des Alkoholdelirs. *Der Nervarzt* 1994; 65: 213–219.
16. Nešpor K. Terapie poruch působených alkoholem a jinými návykovými látkami. In: Seifertová D, Praško J, Hoschl C (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Amedra; 2004: 20–44.
17. Praško J, Havlůj J, Bašný Z, Seifertová D. Diagnostika a terapie deliria tremens v podmínkách JIPP. *Protialkoholický Obzor* 1991; 25: 35–41.
18. Havlůj J, Seifertová D, Bašný Z, a kol. Intenzivní péče o život ohrožující stavy v psychiatrii, Praha, PCP, OBIS VTEI 1991, Zprávy č. 99.
19. Stanley KM, Worrall CI, Lunsford SI, Simpson KN, Miller JG, Spencer AP. Experience with an adult alcohol withdrawal syndrome practice guideline in internal medicine patients. *Pharmacotherapy* 2005; 25 (8): 1073–1083.
20. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician* 2004; 69 (6): 1443–1550.
21. American Psychiatric Association, ed. *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub; 2006.
22. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Delirium, dementia, and other cognitive disorders. *Oxford Textbook of Psychiatry*. 3rd ed., Oxford: Oxford University Press; 1996: 308–341.
23. Mainerová B, Praško J. Deliria na klinice psychiatrie v Olomouci v letech 2005–2011. In: Raboch J, Zrzavecká I, Doubek P: *Sborník příspěvků, IX. Sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Civilizace, čas a duševní poruchy ve Špindlerově Mlýně 7.–10. 6. 2012*; Tribun EU; 2012: 283–285.
24. Feuerlein W, Reiser E. Parameters affecting the course and results of delirium tremens treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 329: 120–123.
25. Stendig-Lindberg G, Rudy N. Stepwise regression analysis of an intensive 1-year study of delirium tremens. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 273–297.
26. Cutshall B. The Saunders-Sutton syndrome: an analysis of delirium tremens. *Q J Stud Alcohol* 1965; 26: 423–448.
27. Victor M, Adams RD. The effect of alcohol on the nervous system. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis* 1953; 32: 526–573.
28. Schuckit MA, Tipp JE, Reich T, Hesselbrock VM, Bucholz KK. The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. *Addiction* 1995; 90 (10): 1335–1347.
29. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjansson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009; 104 (9): 1487–1500.
30. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. *Global status report on alcohol and health. 1. Alcoholism – epidemiology*. I. World Health Organization; 2011: 2–16.
31. Chalmers DM, Chanarin I, Macdermott S, Levi AJ. Sex-related differences in the haematological effects of excessive alcohol consumption. *Journal of clinical pathology* 1980; 33 (1): 3–7.
32. Mundle G, Munkes J, Ackermann K, Mann K. Sex Differences of Carbohydrate-Deficient Transferrin, γ -Glutamyltransferase, and Mean Corpuscular Volume in Alcohol-Dependent Patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000; 24 (9): 1400–1405.
33. DeCarolis DD, Rice KL, Ho L, Willenbring ML, Cassaro S. Symptom-Driven Lorazepam Protocol for Treatment of Severe Alcohol Withdrawal Delirium in the Intensive Care Unit. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 2007; 27 (4): 510–518.

Abraham H. Maslow

O PSYCHOLOGII BYTÍ



Jednou z nejčastěji citovaných teorií v oblasti lidské motivace je bezpochyby hierarchie lidských potřeb Abrahama H. Maslowa. Podle tohoto autora jsou lidské potřeby uspořádány od nejnižších k nejvyšším. Vyšší motivy se objevují, až když byly uspokojeny potřeby nižší úrovně. Tuto základní teorii Maslow rozvíjí a rozlišuje nedostatkou

motivaci nižší úrovně (D-motivaci) a růstovou motivaci vyšší úrovně (B-motivaci). Objasňuje charakteristiky lidí s vyšší úrovní motivace, kteří se sebeaktualizují, prožívají vrcholné zážitky a mohou být inspirací pro ostatní. Kniha je sérií Maslowových přednášek na tato témata z let 1954–1961. Dílo jednoho z nejcitovanějších psychologů 20. století zde vychází v češtině poprvé.

499 Kč, Portál, 318 stran, barevně, 130 × 200 mm, brožovaná