

Intenzivní účinek se dostavuje 4 – 6 sekund po užití cracku. Nejdříve přicházejí pocity povznesené nálady či vymizení starostí, společně s přehnanými pocity sebevědomí. Je narušen úsudek a uživatel se stává nezodpovědným – provozuje ilegální a nebezpečné aktivity s minimálním náhledem na důsledky této činnosti. Řeč je zrychlená, může se stát útržkovitou a inkohrentní. Příjemný účinek je maximálně 5 – 7 minut, poté nálada prudce klesá do dysforie a uživatel má silné přání opakovat celý proces jako objednávku na příjemné pocity až euforii. Tyto reakce jsou kvalitativně stejné jako u kokainu, ale mnohem intenzivnější. Vzhledem k nižší ceně a vyšší intenzitě prožitku má crack vysoký potenciál pro vznik závislosti. ➔ *dojezd, „run“, stimulancia*

K

KOKOVÉ LISTY ♦ Listy kokového keře *Erythroxylon coca*, které jsou tradičně žvýkány nebo cucány v Andské kultuře spolu se zásaditým popelem, jako stimulant a prostředek k potlačení chuti k jídlu a ke zvýšení výkonnosti ve vysoké nadmořské výšce. Kokain je extrahován z kokových listů.

KOKOVÁ PASTA ♦ Španělsky „pasta de coca“ – produkt po prvním kroku procesu extrahování kokainu z kokových listů. Ten obsahuje 50 – 90 % kokainového sulfátu a toxické nečistoty jako jsou: kerosen a kyselina sírová. V Jižní Americe jsou kouřeny samostatně nebo spolu s marihuanou a tabákem. Koková pasta smíchaná s marihuanou a/nebo tabákem je známa jako „pitillo“ v Bolívii a „bazuco“ v Kolumbii.

KOMUNITA ♦ Obec, v širším významu společenství lidí, spojených např. bydlením na určitém místě a sounáležitostí s ním (místní komunita), vírou (křesťanská komunita), profesním zaměřením a zájmem (odborná komunita), stylem života (umělecká komunita, drogová komunita). V 60. letech se pojem „komunita“ používal pro společný život skupiny dospělých osob s dětmi, pokládaný za alternativu rodiny. Komunita si vytváří specifický soubor sociálních norem a hodnotový systém, což většinou doplňuje a obohacuje celospolečenské normy a hodnoty, může však s nimi také být ve větším či menším rozporu. Hovoří se pak o „sociálně deviantním“ společenství či komunitě, což se obvykle chápe negativně (v tomto smyslu jsou známy např. sociálně deviantní komunity v sídlištních ghetech, na drogové scéně apod.), může však být i pozitivní smysl (některá nekonformní společenství v totalitním režimu se označovala jako „ostrůvky pozitivní deviace“). ➔ *komunitní péče, sociální normy, terapeutická komunita*

KOMUNITNÍ PÉČE (COMMUNITY CARE) ♦ Péče probíhající v souvislosti s místním společenstvím, odpovídající jeho potřebám, využívající jeho podpůrných

faktorů a usilující o začlenění klientů do života v normálních podmínkách. Je protikladem péče v uzavřených institucích (institucionální péče). V okruhu drogových závislostí patří do komunitní péče například terénní práce, výměnné programy, nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře, různé formy následné ambulantní péče včetně chráněného bydlení apod. ➔ **duševní zdraví**

KOMUNITNÍ ZPLNOMOCNĚNÍ (COMMUNITY EMPOWERMENT) ➔ Intervence, která povzbuzuje komunitu (např. lidé v lokalitě, injekční uživatelé drog, prostitutky) k rozvíjení kolektivního vědomí a odpovědnosti za aktivity vedoucí ke změně chování ve zdravotní oblasti a dalších činnostech. K dosažení těchto změn může komunita také potřebovat získat kolektivní kontrolu širokých sociálních, politických a ekonomických faktorů, které mají vliv na jejich přístup ke zdraví. „Zplnomocnění“ je proces rostoucí osobní, mezilidské nebo politické síly, aby komunita mohla mít vliv na zlepšení života svých příslušníků.

KONFRONTACE V PSYCHOTERAPII ➔ Metoda psychoterapeutické práce, při níž terapeut nebo jiný klient autenticky reaguje na klienta. Při používání této metody jde o ujištění, že si klient uvědomuje jednotlivé činy a pocity, které jsou právě předmětem terapie. Klient je prostřednictvím této metody konfrontován s důsledky svého chování a působením na ostatní. Ke konfrontaci se využívají různé racionální a emotivní metody. Příkladem je technika zvaná „horká židle.“ – Pod názvem Konfrontace vychází v ČR psychoterapeutický časopis.

KONTAKTNÍ CENTRUM (DROP-IN CENTRE) ➔ Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nízkoprahová („low threshold“).

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá především v kontaktní místnosti, kde jsou pracovníci spolu s klienty. Provozu kontaktní místnosti napomáhá správa z řad klientů. Doba pobytu v kontaktní místnosti je obvykle časově omezena (většinou na 2 hodiny, v zimním období 3 hodiny). Klienti kontaktní místnosti mohou být, a obvykle jsou, pod vlivem drogy, nesmí však jakkoliv manipulovat s drogou přímo na místě nebo se dopouštět násilí. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a má vysloven zákaz vstupu na určité časové období. Klienti kontaktní místnosti mohou využívat potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou

cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd.). Větší možnosti než v terénu má základní zdravotní péče, prováděná zdravotní sestrou nebo i lékařem. Kontaktní centra také provádějí testování na hepatitidy B,C a HIV. Klienti kontaktní místnosti jsou obvykle anonymní.

Druhou důležitou složkou práce KC je poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematičtější (nikoliv pouze jednorázové) řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle zhodnocení potřeb klienta. Může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu (předléčebné poradenství, motivační trénink). Klient již většinou není anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podpůrné a informační rodičovské skupiny. ➔ *Harm Reduction, poradenství, skrytá populace*

KONTAKTNÍ PRÁCE (OUTREACH WORK) ♦ Kontaktní práce probíhá buď v nízkoprahovém zařízení (kontaktní centrum) nebo přímo v terénu (terénní práce). Základním cílem je navázání kontaktu s klientem a vytvoření komunikace založené na důvěře a otevřenosti. Postupně se buduje důvěra klienta v zařízení či program a k možnosti využití odborné pomoci obecně. Ke kontaktní práci patří i poučení klienta o účinku drog, důsledcích, rizicích aplikace, zneužívání drog a závislosti, informace o relativně bezpečnějších způsobech užívání drog, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích atd. Prohloubeného kontaktu lze využít k nastolení otázky změny rizikového chování (výměna injekčního náčiní, motivace k návštěvě odborného zařízení atd.). Kontaktní poradenství, i když často jednorázové nebo nesystematické, pomáhá u konkrétního klienta definovat určitý problém zdravotní, psychologický, sociální či právní, navrhuje možnosti řešení a zajišťuje asistenci směrem ke zdrojům odborné pomoci. ➔ *terénní práce, výměna*

KONTRAKT ♦ Smlouva mezi klientem na straně jedné a terapeutem, týmem či pracovištěm na straně druhé o cílech, procesu, časovém rámci a podmínkách léčby či jiné odborné péče, o právech a povinnostech obou stran apod. Na mnoha pracovištích je zvykem zařazovat do kontraktu i konkrétní úkoly na příští období a způsob jejich hodnocení.

Kontrakt je „dospělým“ rámcem léčebného procesu, vyjadřuje postavení klienta jako odpovědného partnera odborných pracovníků. Má mít písemnou podobu. Kontrakty se často uzavírají i v psychoterapeutickém výcviku a v supervizi.

V supervizi je běžné kromě rámcového kontraktu uzavírat ústní kontrakt na každé konkrétní supervizní setkání.

KONTROLOVANÉ LÁTKY (CONTROLLED SUBSTANCES) ♦ Termín zahrnující psychoaktivní substance a jejich prekurzory, jejichž dostupnost je zakázána podle mezinárodních úmluv kontroly drog nebo limitována pro použití lékařských a farmaceutických postupů. Na obou těchto úrovních, státní i mezinárodní, jsou kontrolované látky a prekurzory obvykle klasifikovány podle vlivu/účinku do tabulek, reflektují rozdílné stupně omezení a dostupnosti. ➔ *prekurzor, psychoaktivní látka*

KOTERAPEUT (CO-THERAPIST) ♦ Druhý terapeut při skupinové psychoterapii. Jeho role a funkce může být velmi různorodá. Obvykle se jedná o pomocného terapeuta, který je nápomocen při práci terapeuta ať již ve smyslu technické pomoci (například přípravou pomůcek apod.) nebo psychoterapeutické (např. podpora a posilování práce terapeuta nebo určitá dělba rolí, např. tak, že při intenzivní práci terapeuta s jedním ze členů skupiny se koterapeut věnuje ostatním či skupině jako celku). Role koterapeuta může být také využito pro výukové a výcvikové účely, kdy se kandidát (student) může osobně účastnit skupinového sezení a přímo se na něm podílet pod dohledem zkušeného terapeuta. Koterapie se uplatňuje i v rodinné a partnerské terapii.

KRÁTKODOBÁ INTERVENCE (SHORT TERM INTERVENTION) ♦ Léčebná strategie s limitovaným počtem setkání (obvykle 1 – 4). Setkání trvají typicky 5 – 30 minut. Má podpořit klienta při řešení jasně definovaného a časově ohraničeného problému či situace, jako je vysazení drogy, snížení dávky, ale také rozhodnutí k léčbě, změna v rodině, v partnerském vztahu, zaměstnání apod. Může být účinná i u kuřáků a osob zneužívajících alkohol, zejména v časném stadiu. Některé klinické výzkumy doporučují tento typ intervence také pro nemotivované klienty, kteří se nechťejí zapojit do intenzivnějšího přístupu. Součástí krátkodobé intervence je i edukace, například formou brožury s návodem na svépomoc. Procento osob, kteří změni návykové chování po krátkodobé intervenci, je sice nevelké, přesto pro ni existují racionální důvody. Krátkodobá intervence nevyžaduje specializované pracoviště ani specializovaný výcvik a může ji soustavně provádět široký okruh pracovníků pro značný počet klientů. Mohou ji poskytovat například praktičtí lékaři a jiní pracovníci v základní linii zdravotní péče či v poradenství obecně. Často je spojena se systematickým screeningovým testováním lidí, kteří užívají látky (především alkohol a tabák) rizikovým a škodlivým způsobem. Krátkodobá intervence má nejvyšší efektivitu, jestliže poté následuje dlouhodobý kontakt v trvání od jednoho do šesti měsíců. – Termín „minimální intervence“ se obvykle

užívá jako synonymum pro krátkodobou intervenci, někdy se vztahuje na kontakt trvající ne déle než 5 minut. → *časná intervence, poradenství*

KRÁTKODOBÁ LÉČBA (SHORT TERM TREATMENT) ♦ Pojem obvykle vyhrazený pro ústavní léčbu kratší než 3 měsíce (nejčastěji 4 – 8 týdnů). Jde o strukturovaný program, v němž léčebné aktivity převažují nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Vhodná pro uživatele drog motivované k léčbě, kteří nejsou schopni se uzdravit v ambulantní léčbě a jsou ohroženi relapsem, případně vyžadují komplexní péči, protože vedle drogové závislosti mají jinou osobnostní poruchu nebo psychiatrické či somatické onemocnění. Nepředpokládá se výrazné ovlivnění životního stylu u osob s delší drogovou kariérou, i u nich však může hrát krátkodobá léčba důležitou roli jako „úvodní léčba“ po které následuje jiný, střednědobý nebo dlouhodobý program péče. V ČR se provádí málo a její indikace a účinek se podceňují. → *strukturovaný program, ústavní léčba, střednědobá léčba, dlouhodobá léčba*

KRIZE (CRISIS) ♦ V psychosociální oblasti je krize definována jako důsledek životní události, kterou není jedinec schopen zvládnout vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně pouze za pomoci jemu blízkých lidí, v přijatelném čase a navyklym způsobem. K charakteristikám krize patří: (1) obvykle dojde k opouzdření a řešení během 1 – 6 týdnů, (2) jedinec signalizuje během krize potřebu pomoci, ale nemusí tak vždy činit přiměřeným způsobem, (3) jedinec v krizi hledá nové zdroje opory a vzorce chování a může tak být mnohem přístupnější pomoci zvenčí, (4) východiskem z krize je aktivita jedince a intervence druhých.

V první fázi krize jedinec vnímá určité ohrožení, nepatrně se zvyšuje tenze a jedinec reaguje obvyklými adaptačními vzorci. Je-li ohrožení příliš velké, přestávají ve druhé fázi obvyklé mechanismy fungovat, napětí vzrůstá a již je vnímáno jako nepohoda a úzkost, jedinec v této fázi často podniká vědomé pokusy, jak problém vyřešit. Ve třetí fázi se jedinec snaží mobilizovat zcela nové vzorce adaptačního chování, které mohou být účinné. V této fázi je jedinec nejpřístupnější pomoci. Ve čtvrté fázi je již napětí tak vysoké, že hrozí dezorganizace, dekompenzace, kognitivní a emocionální změny. V této chvíli již může být nezbytná krizová intervence nebo i rozsáhlejší terapie.

KRIZOVÁ INTERVENCE (CRISIS INTERVENTION) ♦ Cíle krizové intervence jsou jednak aktuální – uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, jednak perspektivní – propracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat v případě nutnosti další možnosti řešení. V průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc s cílem: (a) usnadnit

komunikaci (jak mezi klientem a pracovníkem, tak ale převážně mezi klientem a jeho okolím), (b) umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, (c) pomoci klientovi při vyjadřování emocí, (d) pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, (e) zmapovat možnosti podpory v okolí klienta (jak laické, tak profesionální). Má-li být krizová intervence účinná, je nutné využít intervalu zvýšené otevřenosti pro vnější pomoc a možnost změn. Jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost ke změnám se zmenšuje.

KVALITA PÉČE (QUALITY OF CARE) ♦ Z odborného hlediska se kvalita péče může odvozovat a posuzovat na základě (1) patřičného vzdělání a specifických znalostí a dovedností personálu, (2) dodržování odborných postupů a metod, (3) prevence komplikací a mimořádných příhod, (4) dodržování etických zásad a respektování práv pacienta či klienta, (5) zvládnuté organizace práce včetně adekvátní dokumentace a komunikace o pacientovi či klientovi, včasného vyšetření, předávání apod., (6) vybavení a bezpečnosti pracoviště. Soubor kritérií, podle nichž se hodnotí kvalita péče, se nazývá standardy. Pro udržování a rozvoj kvality péče slouží postupy na mnoha úrovních počínaje daným pracovištěm (sebehodnocení, vnitřní management kvality) přes postupy uplatňované v odborné komunitě a mezi pracovišti navzájem až po mechanismy využívané státní správou nebo poskytovateli finančních prostředků (inspekce, akreditace). Je nezbytné se zabývat kvalitou péče i z hlediska klientů, kteří ji využívají, zjišťovat jejich spokojenost se službami a hodnotit jejich potřeby a preference.

KVALITA ŽIVOTA (QUALITY OF LIFE) ♦ Kvalita života se obvykle popisuje v pojmech jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost, tvořivost apod., jindy jako „schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou“ (Sigmund Freud). Obsah tohoto pojmu je samozřejmě podmíněn společenskými normami a hodnotami, nebývá však omezen pouze na materiální statky a výhody, a rovněž „soulad“ neznamena nutně konformitu s většinovou společností. Kvalita života ve vztahu ke zdraví je definována souborem kritérií používaných k hodnocení výsledků léčby (škála QALY). V léčbě závislostí je kvalita života pokládána za dlouhodobý terapeutický cíl, pro který je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující – léčba se proto nemá zaměřit pouze na změnu návykového chování, ale i na změnu (zralost) osobnosti a celkového životního stylu.

KVALITATIVNÍ PŘÍSTUP ♦ Výzkumný přístup představujícím ve vědě a výzkumu způsob chápání jevů prostřednictvím jejich kvality, tedy prostřednictvím nekvantifikovaných vlastností těchto jevů. Nejedná se o přístup, který stojí v rozporu s tradičním pojetím vědy a vědeckým poznáním, ale doplňuje

a rozšiřuje jej o nový rozměr v zacházení a chápání zkoumaných jevů, představuje rozšíření spektra výzkumných možností. Vychází z představy, že kromě kvantifikace a měření je možné s určitými omezeními jevy uchopit a zkoumat, aniž by bylo třeba tak výrazné redukce a simplifikace jakou vyžaduje právě proces kvantifikace. Kvalitativní přístup umožňuje respektovat jedinečnost, neopakovatelnost, dynamiku, procesuálnost a kontextuální podmíněnost některých jevů patřících do vnější i vnitřní reality života jednotlivce i společnosti. Má vytvořen vlastní teoretický a metodologický rámec z něhož vycházejí jednotlivé kvalitativní metody užívané pro výzkumu. Tento rámec však není zcela jednotný a odpovídá velmi různorodým historicko-filozofickým kořenům. Odlišná a často nejednotná terminologie, způsob práce a značná pluralita v teoriích činí tento přístup obtížně uchopitelný a aplikovatelný v praktickém výzkumu. Ve výzkumu závislosti představuje jednu z nejdynamičtější se rozvíjejících oblastí přinášejících potřebná data o vzorcích užívání, postojích, prožívání a jednání často u dříve zcela výzkumně nedostupných částech populace uživatelů návykových látek.

LAAM ♦ Chemickým názvem levo-alfa-acetylmethadol. Je to syntetický, čistý opioidní agonista (ve srovnání s metadonem) morfinového typu. Byl intenzivně zkoumán v sedmdesátých letech jako farmakologická alternativa k metadonu; jeho hlavní výhodou je delší poločas účinku, takže je možné ho pacientům podávat po 48 až 72 hodinách, což je výhodnější než 24 hodinový interval podávání, který vyžaduje metadon. Výhody, které z jeho delšího účinku vyplývají, zahrnují také: lepší potlačení abstinčních příznaků po 24 hodinách; snížení potřeby vydávat dávky s sebou a s tím spojeného rizika distribuce a případného předávkování osob bez vyvinuté tolerance; snížení frekvence návštěv kliniky kvůli další dávce. LAAM bylo ve srovnání s metadonem užíváno v omezeném rozsahu, ale zájem o tuto látku se zvýšil koncem devadesátých let. Jedinými nevýhodami, zjištěnými při klinických zkouškách, jsou předrážděnost CNS jako počáteční vedlejší účinek u některých pacientů v prvních 24 hodinách a riziko toxicity při častějším podání než po 48 hodinách. Celkově se jeví LAAM jako bezpečná a účinná látka pro většinu pacientů. ➔ *metadon, opiát, opioid, substitute*

LAPS ♦ Jednorázové, izolované užití alkoholu nebo drog po období abstinence („uklouznutí“). ➔ *relaps*

LÉČENÍ, LÉČBA (TREATMENT) ♦ U závislosti se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu: jako „léčbu“ tudíž označujeme i odborné programy mimo rámec zdravotnictví. Léčení používá

řady metod či přístupů: farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie. Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá (všechny zde uvedené pojmy jsou samostatnými hesly).

Účinná léčba má (podle NIDA) splňovat tyto charakteristiky: (1) individualizovaný obsah a rozsah – neexistuje jednotná léčba vhodná pro všechny klienty, (2) včasná a rychlá dostupnost, (3) zaměření na komplexní problémy klienta, nikoliv pouze na drogovou závislost, (4) průběžné hodnocení a modifikace podle měnících se potřeb klienta, (5) přiměřeně dlouhá doba setrvání v léčbě – za účinné minimum se obvykle pokládá léčba v délce 3 měsíců, (6) nezbytné používání psychosociálních metod – individuální, skupinová, rodinná terapie atd., (7) vhodné použití léků, zejména při detoxifikaci nebo v případě psychických komplikací, (8) možnost léčit souběžnou psychickou poruchu či komplikaci současně se závislostí, (9) používání detoxifikace jako vhodného úvodu do léčby, nikoliv jako samostatného opatření, (10) využití případného vnějšího donucení pro získání motivace, (11) průběžné monitorování případného užití drogy, (12) zajištění diagnostiky a poradenství týkající se infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid, (13) zahrnutí možnosti relapsu a potřeby více léčebných epizod do dlouhodobé perspektivy klienta.

LEGALIZACE ♦ Zrušení zákazu dříve nelegální aktivity, např. nelékařského prodeje a konzumace psychoaktivních látek. Neznamená to nezbytně zrušení všech kontrolních mechanismů týkajících se dané aktivity, např. omezení prodeje mladistvým. → **dekriminalizace**

LSD, LYSERGID ♦ LSD (diethylamid D-formy kys. lysergové, lysergid) je semi-syntetická droga odvozená od kys. lysergové, která je jedním z alkaloidů námelu (úřvar vytvořený na obilném klasu parazitující houbou). Látka byla objevena Albertem Hoffmanem v r. 1943, její silné halucinogenní účinky byly zpozorovány při práci s ní náhodou a následně potvrzeny. Krátkou dobu bylo LSD užíváno v psychiatrii jako registrovaný léčebný přípravek (Delysid), bylo však brzy staženo pro množství škodlivých vedlejších účinků. Začátkem 60. let se rozvinul rychle rostoucí obchod s LSD jak v Evropě tak v Severní Americe, který vyvrcholil v době hnutí hippies. LSD se na ilegálním trhu vyskytuje ve třech hlavních formách: jako napuštěné papírky (savý papír, známky), nejčastěji potištěné různými obrázky; v malých želatinových kuličkách nebo plátcích; v minitabletách (mikrotrip), pilulích a kapslích; někdy ale také jako tekutina (acidin).

Jde o nejsilnější známý halucinogen, běžné dávky se pohybují mezi 30 – 100 mikrogramy. Velikost dávek dostupných např. ve formě „tripů“ v 90. letech se obecně považuje za nižší, než byly dávky dostupné v letech 60., také se ukazuje

jejich velká variabilita. Droga je většinou užívána perorálně – požitím, ale může být užitá i injekčně. Účinek nastupuje 30 až 60 minut po požití a trvá 8 – 12 hodin. Typickými, uživateli žádanými účinky, jsou změny myšlení, nálady a smyslového vnímání, „rozšíření vědomí“, empatie a usnadnění komunikace. Změněné vnímání, nálada a myšlení jsou nejcharakterističtějšími účinky LSD, přičemž změny zrakových vjemů jsou pro LSD signifikantní. Barvy, zvuky a hmatové vjemy jsou zesíleny. Zdá se, že současní uživatelé LSD jej užívají hlavně pro potěšení, na rozdíl od snahy o hledání spirituálních zážitků v éře hippies.

Nežádoucí účinky LSD (spolu s halucinacemi) zahrnují zvýšenou úzkost, roztěkanost až zmatenost, dezorientaci, paranoidní pocity („bad trips“ – špatné tripy) a zvýšené riziko úrazu v důsledku změny vnímání a emocí. Somatické účinky jsou většinou slabé, mohou zahrnovat rozšířené zorničky, sníženou tělesnou teplotu, pocity na zvracení a zvracení, silné pocení a zrychlení srdečního rytmu. Droga je považována za schopnou precipitovat emoční nestabilitu a vyvolat post-halucinogenní poruchy vnímání („fleshbacks“ – flashbacks), které mohou trvat vteřiny, dny nebo i měsíce. Na účinky LSD se rychle vyvíjí tolerance, která ale mizí po přerušení užívání. Při opakovaném užívání nejsou zaznamenávány abstinenční příznaky ani fyzická závislost. ➔ „bad trip“, *halucinogeny*

MARIHUANA – VIZ CANNABIS

MANICKÝ SYNDROM ♦ Patří mezi afektivní poruchy, představuje protipól depresivního syndromu. Jedná se o patologicky elevovanou náladu spojenou s urychlením psychomotorického tempa. Nemocný obvykle pocítuje velké množství energie, mizí nebo se výrazně snižuje potřeba spánku. Manický syndrom se vyskytuje buď jako jedna fáze bipolární afektivní poruchy (maniodepresivní syndrom) nebo samostatně. Může být vyvolán užitím látky s psychostimulačním účinkem.

MARLATTOVA TEORIE ♦ Teoretický model průběhu relapsu, popsáný Marlattem a Gordonem, základ soudobých efektivních strategií prevence relapsu. Uvedení autoři popisují relaps jako proces, který má určité zákonitosti. Pokud klient tento proces pochopí, zlepšuje se jeho sebekontrola a tedy i jeho schopnost odolávat relapsu.

Z hlediska zvýšené pravděpodobnosti relapsu mluvíme o tzv. vysoce rizikových situacích (VRS). Jak vyplývá z výzkumů, můžeme VRS dělit na tři typy: (1) negativní emoční stavy – jsou nejčastější příčinou relapsu, jedná se především o frustraci, vztek, úzkost, depresi nebo nudu, (2) interpersonální konflikty –

s rodiči, partnerem, spolupracovníky atd., (3) sociální tlak. Tyto VRS nejčastěji vyvolávají a zesilují craving (česky „bažení“, „chutě“), který je ústředním tématem prevence relapsu. Záleží na úrovni sebekontroly, zda craving spustí model závislého chování vedoucího k relapsu. Závislý člověk může zvyšovat svoji sebekontrolu a tím se úspěšně vyhýbat rizikovým situacím nebo je bezpečněji zvládat. Každé úspěšné zvládnutí rizikové situace zvyšuje klientovu sebedůvěru. To mu umožňuje odhalovat další situace a chovat se v nich bezpečněji.

V tradičním medicínském modelu relaps znamená recidivu (= obnovení nemoci) a je řešen opakovaným nástupem do léčby. Marlattova teorie však považuje relaps za součást procesu uzdravy a jeho kvalitní zpracování individuem za faktor snižující pravděpodobnost další relapsu. ➔ *craving, prevence relapsu, relaps*

MDA ♦ Methylen-dioxy-amfetamin, MDA, je syntetický derivát amfetaminu velmi podobný extázi (MDMA). Byl poprvé syntetizován v r. 1910 jako látka, která by mohla být užívána pro potlačení chuti k jídlu. Vzhledem k jejím nežádoucím psychickým účinkům ovšem nebyla nikdy registrována jako legální lék. V 60. letech byl studován její vliv na lidské chování a začátkem 70. let se objevila na černém trhu v USA. V reakci na to byla dána na seznam kontrolovaných látek, nejdříve v USA a následně i mezinárodně. Účinky MDA jsou až na některé odlišnosti podobné účinkům MDMA. MDA je výrazněji halucinogenní a jeho efekt přetrvává přibližně dvakrát déle (8 – 12 hodin oproti 3 – 5 hodinám u MDMA). Většinou je vyráběn v tajných laboratořích jako náhražka nebo obdoba MDMA a prodáván ve stejných formách, sám nebo v kombinaci s dalšími látkami. Běžná dávka je 75 – 100 mg. ➔ *amfetaminy, MDMA, taneční drogy*

MDEA ♦ Methylen-dioxy-ethylamfetamin, MDEA, je syntetický derivát amfetaminu velmi podobný extázi (MDMA). Nikdy nebyl vyráběn pro legální účely. Pod názvem „Eve“ – Eva si získal postavení jako ilegální taneční droga v mnoha zemích. Někdy je vyráběn v tajných laboratořích jako náhražka MDMA, aby se obešly kontrolní mechanismy, a prodáván ve formě tablet, samotný nebo v kombinaci s dalšími látkami. Jeho hlavní účinky jsou podobné účinkům extáze, ale o něco méně atraktivní. V reakci na epidemii užívání „extáze“ (pod jejím názvem se prodávají i tyto podobné látky) v USA i v Evropě, byl MDEA zařazen na seznam mezinárodně kontrolovaných látek. ➔ *amfetaminy, MDMA, taneční drogy*

MDMA, EXTÁZE (ECSTASY) ♦ Methylen-dioxy-methamfetamin, MDMA, také označovaný jako „Extáze“ (Ecstasy), je syntetický derivát amfetaminu. Poprvé byl syntetizován v r. 1914 jako látka, která by mohla být užívána pro potlačení

M